

EESTI NSV VABARIIKLIK ARSTLIK-KEHAKULTUURI DISPANSER
ENSV SPORDIMEDITSIINI JA RKK TEADUSLIK SELTS

**III VABARIIKLIK
TEADUSLIK-PRAKTIINE KONVERENTS
SPORDIMEDITSIINI JA
RAVIKEHAKULTUURI KÜSIMUSTES**

ETTEKANNETE MATERJALID

*

**TÄLLINN
1960**

Armed
Eesti vabariiklik tead.-prakt.
konverents spordimeditsiini
küsimustes, 3.

A-22086
EESTI NSV VABARIIKLIK ARSTLIK-KEHAKULTUURI DISPANSER
ENSV SPORDIMEDITSIINI JA RKK TEADUSLIK SELTS

III VABARIIKLIK
TEADUSLIK-PRAKTILINE KONVERENTS
SPORDIMEDITSIINI JA
RAVIKEHAKULTUURI KÜSIMUSTES

ETTEKANNETE MATERJALID

TALLINN
1960

2

Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu

46633

SPORDIMEDITSIINI ARENG NOUKOGUDE EESTIS (1940—1960. a. a.)

A. SARAP,

ENSV Tervishoiuministeeriumi Ravi-profülaktilise valitsuse ülem.

Enne nõukogude korra kehtestamist Eestis ei erinenud kehakultuurlaste ja sportlaste meditsiiniline teenendamine selle meditsiiniharu olukorrast teistes kapitalistlikes maa-des. Meditsiinitöötajad viibisid vahel suurematel võistlustel ning üksikud arstid-entusiastid teostasid asjaarmastusest mõningate sportlaste läbivaatust.

Nõukogude võimu kehtestamisega Eestis toimusid eesti rahva elus suured muutused, sealhulgas ka elanikkonna tervishoius ja kehakultuuri liikumises.

Kahjuks takistas sportlaste meditsiinilise teenendamise parandamise alal kavatsetud ürituste elluviimist 1941. a. puhkenud Suur Isamaasõda. Seepärast arenes sõjajärgsetel aastatel — kui oli vaja esmajoones taastada tervishoiuasutusi — arstlik-kehakultuuri võrk aeglaselt. Kuid juba sel ajal hakkasid töötama arstlik-kehakultuuri kabinetid Tallinnas ja Tartus. 1940. a. alustatud tegevust spordimeditsiini alal jätkas M. Püümets, sellel alal hakkasid tööle M. Kirsner, A. Pavelson jt. Juba sellal teostati sportlaste põhjalikku läbivaatust, hakkas arenema õppetreeningkogunemiste ja võistluste meditsiiniline teenendamine.

1950. a. reorganiseeriti Tallinna arstlik-kehakultuuri kabinet vabariiklikuks keskuseks sportlaste arstliku kontrolli alal. Sellal töötasid arstlik-kehakultuuri kabinetid juba Rakveres, Pärnus, Võrus, Kohtla-Järvel, Viljandis. Arstlik-kehakultuuri kabinet töötas ka VSÜ «Spartaki» juures. 1950. a. lõpul reorganiseerub Vabariiklik Arstlik-Kehakultuuri Keskus Vabariiklikuks dispanseriks, milline saab vabariigi juhtivaks metoodiliseks keskuseks kogu arstlik-kehakultuuri töö alal. Dispanseri peaarstiks määratakse M. I. Kirsner. Samal ajal avatakse kabinetid VSÜ «Kalev» ja «Dünamo» juures. Tööle sportlastega asuvad

arstid F. Markusas (Rakvere), A. Arro (Tartu) jt. 1952. a. saab vabariiklik dispanser I kateooria, Tartu kabinet reorganiseerub IV kateooria dispanseriks. Tallinnas ja Tartus toimub sportlaste dispanseerimine, algavad arstlik-pedagoogilised jälgimised, paraneb spordikoolide õpilaste teenendamine, toimuvad katsed dispanseeringu andmete analüüsiks. 1954. a. anti ENSV Tervishoiuministeriumi poolt käskkiri nr. 200, milles kohustati neis kohtades, kus veel ei töötanud kabinetid — eraldama selle töö eest vastutavaid isikuid — arste. Samal aastal avatakse uued kabinetid Narvas, Jõhvis, Valgas, Kiviõlis, Kingissepas, Paldiskis, Haapsalus, Tapal. Sellel perioodil töötavad edukalt spordimeditsiini alal arstid A. Sellend, H. Timusk, U. Kuslap, E. Käppa, L. Agudina jt. Suurt osa etendas 1956. a. läbiviidud I vabariiklik teaduslik-praktiline konverents arstliku kontrolli küsimuste alal. Konverentsil esitati 16 ettekannet, kus tehti kokkuvõtte ENSV sportlaste meditsiinilisest teenendamise kohta NSVL rahvaste I spartakiaadi eel. Ettekannetes märgiti edaspidised teed meditsiinilise teenendamise parandamiseks, üldistati sportlaste haigestumiste andmeid, analüüsiti 700 arstlik-pedagoogilist jälgimist juhtivate sportlaste treeningperioodil.

Käesoleval ajal teostavad vabariigis arstlik-kehakultuuri tööd kaks dispanseri — vabariiklik dispanser Tallinnas ja linna dispanser Tartus, 15 kabinetti vabariigi rajoonides, 3 kabinetti VSÜ «Dünamo», «Kalev» ja «Lokomotiiv» juures, Tallinna Kesk- ja Mererajooni 2 kabinetti ja 2 kabinetti Tartu Riikliku Ülikooli ja Eesti Põllumajanduse Akadeemia juures. Kui meenutada, et 1940. aastani Eestis ei olnud ühtegi arstlik-kehakultuuri asutust, käesoleval ajal on neid aga 24, siis juba see iseloomustab seda hoolt, mida meil kantakse kehakultuurlaste ja sportlaste tervisliku seisundi eest. Kuid vaatamata sellele ei suuda meie vabariigis, kus iga üheksas inimene on vabatahtliku spordiühingu liige — see võrk veel rahuldada kehakultuuri liikumise üha kasvavaid nõudeid.

Viimaste aastate töö puuduseks oli arstide kaadri voolavus spordimeditsiini alal. Sageli oli see seotud sellega, et paljud vaatasid (ja vaatavad veel praegu) spordimeditsiinile kui «teise järgu» meditsiinile, sellel alal töötavad arstid aga ei saanud töötada haigla tingimustes ja, mitte soovides dekvalifitseeruda, lahkusid ravisutustesse. Käesoleval ajal tegelevad paljud spordiarstid ravitööga, mis

soodsalt mõjub ka spordimeditsiinile. Vabariigis on tegev medtöötajate kaader, kes — mitte enam esimest aastat — on kindlalt sidunud oma tegevuse spordimeditsiiniga: arstid A. Arro, N. Elšteín, M. Püümets, E. Sauemägi, I. Frorip, A. Sellend, H. Kahn, R. Trink, O. Imelik, H. Tiik, L. Šulga, med. õed I. Tang, A. Vaab, E. Kalde, S. Veelma.

Viimastel aastatel on paranenud Tallinna ja Tartu dispanserite sisustus. Halvemini on sisustatud rajoonide kabinetid, kuid jääb loota, et ka siin toimuvad lähemal ajal tunduavad muudatused.

Puudutades arstlik-kehakultuuri teenistuse tegevust vabariigis, peab mainima, et üldtuntud ülesannete lahendamise kõrval — sportlaste kompleksse uurimise alal kabineti tingimustes ja treeningutel, sporttraumatismi profülaktika alal, kehakultuuri- ja spordipropaganda ning võistluste teenendamise alal — teostavad dispanserid ja kabinetid ka teisi üritusi, nagu näiteks ravikehakultuuri juurutamine, kontroll õpilaste kehakultuurigruppide jaotuse õigsuse üle, tootmisvõimlemise organiseerimise abistamine jne.

Uuteks suundadeks eriti Vabariikliku arstlik-kehakultuuri dispanseri töös olid: a) sportlaste seas teostatava ravi-töö tugevdamine ja b) teostatud töö teadusliku üldsustamise parandamine. Eestis on peaaegu kõikidel sportlastega töötavatel arstidel nüüd ka ravi-eriala. Möödunud 1958. a. II vabariiklikul konverentsil spordimeditsiini alal said meie kogemused kiitvaid hinnanguid Moskva, Leningradi, Läti, Leedu, Murmanski teaduslikelt töötajatelt ja arstidelt. See konverents, kus esitati 23 ettekannet, oli uueks sammuks edasi spordimeditsiini uuringute alal Eestis. Umbes 20 tööd on esitatud III vabariiklikul konverentsil spordimeditsiini ja ravikehakultuuri töö alal. Tuleb märkida, et kõigi kolme konverentsi organiseerimise alal on teinud suurt tööd N. Elšteín.

Rääkides spordimeditsiini edusammudest Eestis peab samuti mainima spordimeditsiini alaste tööde ilmumise kasvu. Nii on nõukogude korra ajal ainult ajakirjades ilmunud 90 artiklit vabariigi medtöötajate poolt: Vabariikliku Arstlik-Kehakultuuri Dispanseri töötajad on ainuüksi kahe viimase aasta jooksul avaldanud 45 artiklit ajakirjades, teaduslike tööde kogumikkudes ja ajalehtedes. F. Markusase ja A. Sellendi tööd on avaldatud XII rahvusvahelise spordimeditsiini kongressi kogumikus.

XIII rahvusvahelise spordimeditsiini kongressi (1960. a.) päevakavasse on võetud kolme eesti arsti — M. Mägi, N. Elšteini ja F. Markusase tööd.

Spordimeditsiini-alaste teaduslike uuringute pidev kasv vabariigis lubas 1959. a. asutada vabariikliku teadusliku ühingu spordimeditsiini ja ravikehakultuuri alal.

Tuleb märkida olemasolevaid loomungulisi sidemeid ENSV spordiarstide ja Leningradi ning Kehakultuuri ja Spordi Teadusliku Uurimise Keskinstituudi spordimeditsiini sektorite vahel ning Ortopeedia ja Traumatoloogia Teadusliku Uurimise Instituudi vahel.

Suurt tähelepanu spordimeditsiinile pööravad Eesti tervishoiu juhtivad töötajad ja arstid A Gunter, S. Gulordava, A. Chevalier, L. Espar, A. Mardna jt.

Kahtlemata esinevad sportlaste meditsiinilise teenindamise töös nii puudused kui ka raskused. Mitteküllaldane on dispanserite ja kabinettide side Tartu Riikliku Ülikooliga, jätab soovida mõningate med. töötajate kvalifikatsioon, real juhtudel annab end tunda ruumide ja sisustuse puudulikkus, ebarahuldav on veel töö rajoonides, kus ei ole arstlik-kehakultuuri kabinette. Vaevalt mõjub soodsalt arstlik-kehakultuuri asutuste alluvus erinevatele organisatsioonidele. Kuid kõik need raskused on ületatavad.

Spordimeditsiini töö parandamisest annab tunnustust sportlaste saavutuste tõus Eestis. Sport ENSV-s läheb käesoleval ajal tõusuteed ja sedasama võib öelda ka spordimeditsiini kohta. Tihe side spordi ja meditsiinilise üldsuse vahel soodustab meie vabariig sportlaste spordimeisterlikkuse kasvu ja stimuleerib spordimeditsiini edasist arengut Eesti NSV-s.

TREENITUSE SEISUNDI KINDLAKSMÄÄRAMINE

Prof. S LETUNOV

Spordi- ja Kehakultuuri Kesk-Teadusliku Uurimise
Instituudi spordimeditsiini sekorig.

1. Pikaajaliste jälgimiste kogemuste üldsustamise tulemusena võib käesoleval ajal lugeda selgitatuks a) treenituse seisundi kindlaksmääramine arstlikus kontrollis peab põhinema uurimiste kompleksel kasutamisel; b) otsustav tähendus on rakendatavate meetodite funktsionaalsel suunal ja c) treenituse astme määramisel tuleb lähendada uurimiste tagajärgede individuaalsest hinnangust.

2. Treenituse seisundi hinnangusse peab olema kätke- tud kaks põhilist kriteeriumi: organismi potentsiaalne võime oma funktsioonide tugevdamiseks ja organismi kohanemis- võime suurenenud nõuetele seoses füüsiliste koormustega. Need on ühe ja sama protsessi kaks külge, tingitud spetsiifilise treeningu mõjust.

3. Treenituse ja ületreenituse tunnuseks on rida näi- tajaid, millised avastuvad kliinilis-füsioloogilise uuringuga lihaste rahulikus seisundis; kuid treenituse seisundi pari- maks kindlaksmääramise vahendiks igal konkreetset juhul on ühe või teise meetodi kasutamine seoses füüsilise koor- musega. Treenituse tähtsaimaks kriteeriumiks on orga- nismi kohanemise füüsilistele koormustele ja tema funktsionaalsete võimete arengu aste.

4. Organismi kohanemise võimet füüsilistele pingutustele iseloomustab kolm põhilist faktorit — sissetöötamine, reak- tiivsus ja taastumine. Need faktorid on üksteisest sõltuvad ja neid peab arvestama treenituse seisundi kindlaksmäära- misel funktsionaalsete proovide andmetel.

5. Organismi funktsionaalsed võimed selguvad täieliku- malt temale maksimaalselt kõrgete nõudmistele esitamisel, kuna vaid neis tingimustes avaldub täielikumalt organismi kohanemise diapsoon, mida määratakse organismi tähtsaimate süsteemide integratsiooni astmega.

Arstlik-pedagoogiliste jälgimiste praktikas üheks organismi funktsionaalsete võimete uurimise meetodiks on proovid korduvate äärmuse-lähedase intensiivsusega koormustega, millised vahelduvad lühiajaliste puhkustega.

6. Suurt abi treenituse seisundi kindlakmääramisel osutavad arstlik-pedagoogilised vaatlused ja spetsiaalsed uurin-gud, mida teostatakse treeningute, võistluste või spetsiaal-se jälgimise tingimustes.

Treeningute ja võistluste tingimustes on parimad või-malused selleks, et kindlaks määrata sportlaste võimet mak-simaalseteks lihaste pingutusteks, sportlaste füüsiliste (vastu-pidavus, jõud, kiirus, osavus), samuti tahtejõuliste omaduste taset, s. t. lõpuks sportlaste treenituse taset.

Arstlik-pedagoogiliste vaatluste andmete tähtsus suu-reneb seoses sellega, et sportliku tegevuse loomulikes tingi-mustes on võimalus kindlaks määrata mitte ainult üldist füüsilist ettevalmistust, vaid ka spetsiaalset treenitust. Vii-mane määratakse kindlaks organismi funktsionaalsete või-mete arengu tasemega teatud (treenitava) alaliigituste tege-vuse suhtes. Spetsiaalse treenituse kindlakmääramisel on ülesandeks selgitada organismi adaptatsiooni astet mak-simaalsetele lihaste pingutustele konkreetsetel spordialal, nõuete spetsiifilisust, mida määratakse lihaste pingutuste prevaleeruva iseloomuga ühel või teisel spordialal, nende läbiviimise väliskeskonna tingimustega, liigutuste vormi ja muude liigutustegevuse iseloomustamisega.

Spetsiaalse treenituse kindlakmääramine kahtlemata abistab treeningprotsessi resultatiivsuse hinnangul ja avab perspektiivi sportlikuks prognoosiks.

SPORTLASTE HAIGUSTEST

Prof. A. DEMBO

Leningradi Kehakultuuri- ja Spordi Teaduslikust Uurimisinstiituidist

1. Asjaolus, et sportlased on allutatud väliskeskkonna faktorite kahjulikele mõjudele ja põevad tavalisi haigusi, ei ole kahtlust. Kuid sportlaste organismi füüsilise arengu ja funktsionaalse seisundi erinevused põhjustavad tavaliste haiguste omapärasteid kulge ja teket ning eeldavad ravi teistsuguseid tingimusi.

Selle küsimuse uurimine omab suurt tähtsust sportlaste arstliku teenendamise organiseerimisel ja peab olema spordimeditsiini teadusliku uuringu lähimaks ülesandeks.

2. Treeningu ebaõige organisatsioon ja meetodika on sportlaste haigestumise peapõhjusi, eriti varjatud või tähtsusetumate kõrvalekaldumiste puhul tervislikus seisundis.

Ülekoormatus, treeningu mitteindividualiseerimine, režiimi mittetäitmine, võistluste või pingeliste treeningute läbiviimine koos suure koormusega põhitöökohal jne., on haigestumise peapõhjusi.

Meie andmed näitavad terve südame ülepingutuse võimalikkust ülekoormatise või treeningu ebasoodsate tingimuste puhul.

3. Absoluutselt terve sportlane treeningu õige organisatsiooni ja meetodika puhul ei tohi haigestuda (väljaarvatud haigestumised, milliste põhjused ei ole seoses spordiga).

4. Treeningu õige organisatsiooni ja meetodika puhul on sportlaste haigestumise põhjuseks ühtede või teiste defektide olemasolu tervislikus seisundis. Seepärast ei tohi intensiivsele treeningule lubada isikuid, kelle tervislikus seisundis esineb mingisuguseid defekte, n.n. praktiliselt terved. Termin «praktiliselt terve» ei ole spordis rakendatav.

Mitteravitavad haigused, näit. südamerikked, müokardiitiline kardioskleroos jne., on vastunäidustuseks spordiga tegelemisel (võib olla lubatud ainult kehakultuur). Teisi haigusi peab ravima, kusjuures peale ravi tuleb treeningutele lubamise tähtaega pikendada. Infektsiooni fookused (mandlites, hammastes sapipõies jne.) tuleb likvideerida, kuna neis peitub hädaoht mitmesugusteks haigestumisteks.

5. On vaja kontrollida mõistet sportlase n.n. «iseärasustest». Enne kui pidada üht või teist kõrvalekaldumist tervislikus seisundis «iseärasuseks», tuleb igal üksikul juhul patoloogia ja eelpatoloogia hoolikalt välja lülitada.

6. Sportlastele suurendatud nõudmiste esitamine treeningutel ja võistlustel kaasaegsetes tingimustes nõuab põhjalikku spetsialiseeritud arstlikku kontrolli.

Tekib vajadus spordiarstide spetsialiseerumiseks ja spordiarsti-terapeudi, -pediaatri, -kirurgi, -neuropatoloogi, -günekoloogi ja teiste loomiseks, kes tunneksid peale spordi spetsiifika vastavat arstlikku eriala.

7. On vajalik uute täpsemate ja põhjalikumate uurimismeetodite omandamine ja juurutamine, millised võimaldaksid avastada sportlase tervislikus seisundis eelpatoloogia tüüpi väiksemaid kõrvalekaldumisi ja täpsustada diagnostikat.

8. On vajalik otsustavalt võidelda treeneritega, kes lubavad sportlasi treeningutele ja võistlustele vaatamata arsti keelule. Arst peab kindlalt seisma sportlase tervise kaitse positsioonil, arvestamata mingeid situatsioonilisi tingimusi.

9. On välja töötatud sportlaste haigestumise põhjuste klassifikatsiooni skeem, mille põhjal võib ja peab kulgema sportlaste haigestumise profülaktika uurimine ja juurutamine.

SPORDITRAUMATISMI ANALÜÜS TALLINNA VABARIIKLIKU HAIGLA MATERJALIDE PÕHJAL 1955—1959. A.

S. GULORDAVA
Tallinna Vabariiklikust Haiglast

Autor töötas läbi 1955—1959. a. sporditraumade tõttu statsionaarsel ravil viibinud 169 kannatanu haiguslood. Mehi oli 76,4%, naised 23,6%. Tugeva meeste ülekaalu põhjuseks on esiteks asjaolu, et spordiga tegelevate meeste hulk on üldse suurem ja teiseks, et osa spordiharudega (jalgpall, poks ja maadlus), mis annavad tunduva osa sporditraumasid, naised üldse ei tegele. Sagedamini esineb sporditraumatism vanuses 11 kuni 25 aastat (80,4%). Tähelepanu äratav traumade ülekaal koolieas. Sporditraumasid tekkis nii organiseerimata kui ka organiseeritud sportlikul tegevusel. Ülekaalus olid traumad organiseeritud üritustel (63,3%). Organiseerimata sporditraumadest haaras enda alla uisu- ja suusasport 72,6%.

Rasked sporditraumad võistluste või treeningute ajal tekkisid kõige sagedamini võimlemisel, jalgpallis, motoring jalgrattaspordis, maadlusel ja poksis.

Vigastuste iseloom sõltuvalt spordiharust on toodud tabelis nr. 1:

Tabel nr. 1

| Spordiliik | Vigastuste iseloom | | | | | Kokku |
|------------------------|--------------------|------------|-----------|---------------------|----------------------|-------|
| | Põrutused | Vapustused | Luumurrud | Liigeste vigastused | Meniskide vigastused | |
| Võimlemine | 4 | 3 | 8 | 6 | 1 | 22 |
| Uisutamine | 3 | 7 | 12 | 1 | — | 23 |
| Poks | 2 | — | 1 | — | — | 3 |
| Jalgpall | 6 | 5 | 12 | 1 | 1 | 25 |
| Kergejõustik | 1 | — | 4 | 4 | — | 9 |

| Spordiliik | Vigastuste iseloom | | | | | Kokku |
|----------------------------------|--------------------|------------|-----------|---------------------|----------------------|-------|
| | Põrutused | Vapustused | Luumurrud | Liigeste vigastused | Meniskide vigastused | |
| Suusatamine | 1 | 4 | 15 | 3 | 1 | 24 |
| Võrkpall | — | — | 1 | 3 | — | 4 |
| Maadlus | 2 | 1 | 6 | 3 | 2 | 14 |
| Ujumine ja vettehüpped | 2 | 1 | 5 | 1 | — | 9 |
| Motosport | 3 | 4 | 6 | 1 | — | 14 |
| Jalgrattasport | 1 | 11 | 2 | — | — | 14 |
| Korvpall | — | 1 | 1 | 2 | — | 4 |
| Rattasport | — | 1 | 2 | — | — | 3 |
| Langevarjusport | — | — | 1 | — | — | 1 |
| Kokku: | 25 | 38 | 76 | 35 | 5 | 169 |

Esitatud tabelist nähtub, et suurem osa traumadest esines spordiharudes, kus toimub kiireid ja järske liigutusi (jalgpall, suusatamine jt.). Teisel kohal olid spordiharud nagu maadlus, moto- ja jalgrattasport jt.

Ettekujutuse spordivigastuste lokaliseerimisest annab tabel nr. 2:

Tabel nr. 2

| Vigastuste liik | Vigastuste lokaliseerimine | | | | | | | | | Kokku | |
|----------------------|----------------------------|-----|-------|-----|-----------|---------|---------|----------|---------------|-------|-----------------|
| | Nägu | Pea | Kolju | Aju | Lüüsammas | Ülajäse | Alajäse | Liigesed | Põlveliigesed | | Teised kehaosad |
| Põrutused | 2 | 7 | — | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 25 |
| Vapustused | — | — | — | 38 | — | — | — | — | — | — | 38 |
| Luumurrud | — | — | 11 | — | 2 | 23 | 26 | 8 | 1 | — | 76 |
| Venitused | — | — | — | — | — | — | — | 2 | — | — | 2 |
| Liigeste vigastused | — | — | — | — | — | — | — | 6 | 14 | — | 20 |
| Meniskide vigastused | — | — | — | — | — | — | — | — | 5 | — | 5 |
| Nihestused | — | — | — | — | — | — | — | 3 | — | — | 3 |
| Kokku | 2 | 7 | 11 | 40 | 10 | 24 | 29 | 21 | 22 | 3 | 169 |

Niisiis esikohal on luumurrud, moodustades 46,7%. Järgnevad ajuvapustused — 22,4%, põrutused — 14,8%. Kõige sagedamini olid vigastused alajäsemel. Põlveliigese vigastusi oli 34,9% kõigist alajäseme vigastustest. Nõo- ja peavigastusi, kaasa arvatud ajuvapustused, esines 35,5% kõigist statsionaarsel ravil viibinud haigetest. Üla- jäsemete vigastused moodustavad 13,2%, lülisamba vigastused 5,9%. Viimastest 7-l juhul täheldati lülisamba murdu, nendest kahel esines selgroo kaelalülide murd, mis osutusid kõige raskemateks vigastusteks (tekkisid vettehüppamise momendil).

Sporditraumad tekkisid rea faktorite ühisel toimel, milledest eeskirjade rikkumine esines 15%, mitteküllaldane treenitus 12,4%, kaitseabinõude puudumine 12%, väsimus 1,7%, puudulik ja korrastamata spordiinventar 1,7% ja muud põhjused 57,2% juhtudest. «Muude põhjuste» suur protsent on tingitud haigusjuhtude puudulikust käsitlemisest haiguslugudes. Raskete sporditraumade tekkemehhanism on mitmesugune, kuid sagedamini on nende teke seoses kannatanu enda kukkumisega (60,9%), järsu liigutusega (13%), vastase löögiga (8,8%) ja teistel põhjustel (17,3%).

169-st statsionaaris viibinud kehakultuurilasest ja sportlasest raviti 125 konservatiivselt (74%), operatiivset ravi teostati 40-l (23,7%), kombineeritud ravi 4-l haigel (2,3%).

Statsionaarse ravi tulemuseks oli täielik tervistumine 54-l juhul, 108 haiget kirjutati ambulatoorsele ravile, 2 viidi üle teistesse ravi-asutustesse.

Autor on arvamusel, et õige sporditraumade profülaktikaga, mis saavutatakse pedagoogide, instruktorite, treenerite ja arstide ühisel koostööl, on välditavad mitte ainult rasked juhud, vaid sporditraumad on üldse likvideeritavad või viidavad miinimumini.

KORTIKOSTEROIDSETE HORMOONIDE KASUTAMISEST SPORTLASTEL TRAUMAATILISTE HAIGUSTE PUHUL

M. MÄGI

ENSV Vabariiklikust Arstlik-Kehakultuuri Dispanserist

Kortikosteroidseid hormone kasutati ambulatoorselt ägedate ja krooniliste traumaatiliste haigestumiste puhul 150 sportlasel. Preparaat oli manustatud lokaalselt. Süsteid teostati 2—3 päevaste vahedega à 25—50 mg. kuni 10-ne süsteni. Hormoonravi osutus efektiivsemaks ägedate traumaatiliste haigestumiste puhul. Krooniliste traumade ravi järgselt esines valude retsidiveerumist. Viimatimainitud juhtudel raviefekt oli püsivam hormoonravi kombineerimisel füsioteraapiaga. Hormoonravi vältel osutus vajalikuks vigastatud kohale maksimaalse rahu võimaldamine. Preparaadi kohalikul manustamisel oli tulemus kiirem ja püsivam kui üldiselt kasutatuna.

Teostatud jälgimiste alusel on võimalik näidustused hormoonraviks jaotada järgnevalt:

I. Absoluutne näidustus: a) liigese-sideaparaadi ägedad ja kroonilised kinnised vigastused. b) Liigese kapsli traumaatiline põletik suurenenud liigesevedeliku produktsiooniga. c) Lihaste osalised rebendid. d) Periostoosid.

II. Osaline näidustus: a) Deformeeruv artroos. b) Lumbago.

Hormoonravi pole näidustatud ägeda bursiidi puhul.

ULTRAHELI RAKENDAMISEST SPORDITRAUMADE RAVIS

H. TIIK

Tartu Riikliku Ülikooli staadioni arst

1. Ultraheli kasutuselevõtmisega meditsiinis on oluliselt rikastunud füsioterapeutiliste vahendite arsenal.

Ultraheli raviotstarbelise kasutamise aluseks on tema omadus avaldada elusatele kudedele keerulist ja mitmekülgset toimet (mikromassaaž, endogeense soojuse moodustumine, mitmesugused keemilised reaktsioonid kudedes).

2. TRÜ staadioni arstikabinetis on ultraheli ravi rakendatud 43-l sportlasel, kellel esinesid järgmised traumaaatilised haigestumised: Achilleuse peritendiniit (10 juhtu), hüppeliigese nikastus (8), õlaliigese limapaunade kroonilised põletikud (5), neuralgiad ja neuriidid (5), lihasevenitused (3), muud diagnoosid (7). Ravitud sportlastest pöördusid 24 esmakordselt arstikabeti poole. 19-l juhul oli eelnevalt tulemusteta rakendatud mitmesuguseid muid füsioterapeutilisi protseduure (lühilainet, solluksit, massaaži). Ravil kasutati ultraheli väikesi intensiivsusi 0,2—1,6 W/cm² nii vibraatori vahetu kontaktiga kui ka vesivannis. Protseduuride arv kõikus 5-st 15-ne korrani kestvusega 5—15 min.

3. Ravil saavutati täielik tervistumine 24-l juhul, tunduv paranemine 13-l, seisund jäi muutusteta 3-l ja halvenemine esines ühel juhul.

4. Ultraheli rakendamise kogemustest võib järeldada:

a) Ultraheli kasutamine on spordtraumade ravis otsustav ja tulemusrikas nii akuutsete kui ka krooniliste kahjustuste korral.

b) Krooniliste vigastuste ja protsesside ravi nõuab pikemat ravikuuri ja seansside kestvust, ning ultraheli on otsustav ja tulemusrikas kombinatsioon teiste füsioterapeutiliste protseduuridega (induktotermia).

c) Kiire valuvaigistav efekt ei tohi olla ravikuuri katkestamise põhjuseks, kuna täielik paranemine saavutatakse ettenähtud ravikuuri lõpuks või veelgi hiljem.

KERGEJÖUSTIKLASTE LAMPJALGSUSEST

F. MARKUSAS

ENSV Vabariiklikust Arstlik-Kehakultuuri Dispanserist

Suurendatud treeningkoormused kutsuvad kergejõustiklaste seas esile mikrotraumade hulga suurenemise. Viimaste hulka kuuluvad ka kergejõustiklastel sageli arenev lampjalgsus või põlavõlvi lamenumine. Meie poolt uuritud 89, ENSV kergejõustiku koondvõistkonna kandidaadi seas avastati 33-l põlavõlvi lamenumist, 11-l lampjalgsus. 80-st inimesest koosneva kontrollgrupi — spordikooli sportlaste-kergejõustiklaste uurimisel, kellede sportlik staaž ei ületanud aastat, avastati põlavõlvi alanemist 6-l inimesel, lampjalga mitte kellelgi.

Rida sportlasi, kellel esines põlavõlvi lamenumine või lampjalg, esitasid sageli kaebusi valudele põias, jalas või ristluudes. Paljud nendest olid sunnitud valude tõttu kauaks ajaks eemale jääma treeningutest ja võistlustest. Treeningute taasosalustamisel ei olnud nad enamikel juhtudel võimelised saavutama sportlikku vormi ja näitama häid tagajärgi.

Sealjuures selgus, et olenevalt sportlikust staažist kergejõustiku alal, arenes põlavõlvi alanemine või lampjalgsus enamasti jooksjatel (sprint, kesk- ja pikamaajooks) ja heitjatel. Olemasolevad andmed näitavad, et põlavõlv lameleb järk-järgult enamuses sprinteritel, kes tegelevad ainult sprindiga, kusjuures sprinteritel, kes tegelevad täiendavalt hüpetega, esineb see vähem.

Kõrgushüppajatel ei ole põlavõlvi alanemist või lampjalgsust täheldatud ühelgi juhul.

Alanenud põlavõlviga või lampjalaga kergejõustiklastele soovitati ikanda supinaatoreid ja lülitada treeningu plaani spetsiaalseid harjutusi. Mõningad sportlased näitasid edaspidi jälle häid tagajärgi.

Järeldused: 1) põlavõlvi lamennemist kergejõustiklastel tuleb lugeda mikrotraumaks, mis on seoses nende treeningu spetsiifikaga. Jooksjatel areneb see patoloogia seoses suure koormusega põiale jooksu ajal, heitjatel seoses sellega, et suurem osa nende treeningust koosneb raskuste tõstmisest.

2) See fakt, et hüppajatel avastati tunduvalt vähem põlavõlvi lamennemist või lampjalgsust näitab, et hüpped on heaks profülaktiliseks harjutuseks lampjala arenemise vastu.

3) On vajalik, et treenerid lülitaksid kõikide kergejõustiku treeningute plaani lampjala arenemise vastaseid harjutusi.

4) Kergejõustiklastel, kellel esineb põlavõlvi lamennemine või lampjalg, on vajalik väljaspool treeninguid kanda supinaatoreid ja tegelda profülaktiliste harjutustega, millel võib olla raviv toime.

RAVIVÕIMLEMISE METOODIKA LAMPPÖIDADE RAVIMISEL

H. NIITRA

Tallinna Vabariikliku Haigla ravikehakultuuri kabinetist

Alates märtsist 1959. a. rakendati 70 ambulatoorsele haigele ravivõimlemist algava-, kergema- ja raskemakujulise lamppöidsuse puhul.

Ravi tulemusena kadusid valud jalgades. Poole aasta pärast tehtud korduv pöiaajäljend näitas paljudel juhtudel normaalsemat kaju.

Spetsiaalsed jalgade harjutused toimusid järk-järgulise koormuse tõusuga ravikehakultuuri kabinetis meetodiku järelvalve all 3 korda nädalas. Äraõpitud harjutusi kordas haige iseseisvalt (kodus) iga päev hommikuti.

Jalgade harjutusi alustati lamades ja istudes, s. t. täieliku või osalise koormuse vähendamisega jalgadele; peale seda kui harjutused olid hästi omandatud, sooritati samad harjutused püstiasendis (koormusega jalgadele) ja hiljem kõndides.

Ravivõimlemise meetodika kohandati vastavalt lamppöia raskusastmele, haigete eale ja individuaalsetele iseärasustele. Suurem osa haigeid omandas vajalikud harjutused kolme kuu jooksul; selle järele nad jätkasid harjutamist kodustes tingimustes ja käisid ravikehakultuuri kabinetis 2—3 korda kuus.

Lastele on vajalik ravivõimlemise kompleksi lülitada harjutusi ka kogu organismi tugevdamiseks.

KÕRVA-NINA-KURGUHAIGUSTE ESINEMISEST SPORTLASTEL

Med. tead. kand. A. LUTS ja L. LUTS
ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist
ja ENSV Vabariiklikust Arstlik-Kehakultuuri Dispanserist

Eesti NSV Vabariiklikus Arstlik-Kehakultuuri Dispanseris vaadati läbi 1957—1959. a.a. otorinolarüngoloogiliselt 321 sportlast.

Kroonilist tonsilliiti diagnoositi 25,6% läbivaadatuist, kroonilist mädast põsekoopa põletikku 12,8% ja ägedat põsekoopa põletikku 9,9%. Harvemini diagnoositi teisi LOR-organite haigusi, nagu ägedat keskkõrvapõletikku (5%), riniiti (4,6%), larüngiiti (4,3%) jne. Abi on vajanud kõige sagedamini ujujad, poksijad, maadlejad ning kergejõustiklased, harvemini teiste spordialade esindajad. Ujujatel diagnoositi kõige sagedamini põsekoopa põletikku (46% külasthanud ujujaist) ja kroonilist tonsilliiti (27%). Neil esines sageli kõrvalesta või väliskuulmekäigu püsivaid ja laialivalguvaid ekseeme. Ülemiste hingamisteede haiguste (krooniline nohu, nina-kõrvalõõnte põletik, krooniline tonsilliit) sage esinemine ujujail on seoses organismi reaktiivsuse muutumisega ülemäärase organismi jahtumise tõttu ja neid tuleks vaadelda kui allergilise iseloomuga haigusi (G. Eigler, D. Findeisen, V. Ratner jt.). Kõrvalesta ja väliskuulmekäigu püsivate ja laialivalguvate ekseemide tekkimist ujujail soodustab vee matsereeriv toime epiteelile.

Poksijail ja maadlejail täheldati peamiselt traumafaktoriga seoses olevaid LOR-organite haigestumisi (ninaluude murd, epistaks, kõrvalesta hematoom, kuulmekile rebend jt.).

Kergejõustiklastel täheldati külmetusfaktoriga seoses olevaid LOR-organite haigusi (kroonilist tonsilliiti ja põsekoopa põletikku). Samuti suusatajatel täheldati sageli kroonilist tonsilliiti.

Meie andmeil LOR-organite haigestumised sportlastel on seoses peamiselt külmetusega või traumaga.

Külmetusfaktori mõju sportlastele oleneb sportimise kohast (vabas õhus või kinnises ruumis), aasta-ajast, füüsilisest pingutusest jne. Seega esineb LOR-organite haigusi kõige sagedamini ujujatel, sellele järgnevalt ülemiste hingamisteede põletikulisi haigusi spordialadel, mida viljelakse vabas õhus (jalgrattasport, jalgpall, tennis, sõudesport, kergejõustik, suusaspord ja jäähoki). Harvemini täheldati LOR-organite põletikulisi haigusi seoses külmetusega spordialadel, milledega tegeldakse kinnistes ruumides-võimlates (vehklemine, korv- ja võrkpall, poks, maadlus, kunstiline võimlemine).

LOR-organite haigestumiste juhused sagenesid varakevadadel või hilissügisel, seoses ebasoodsate kliimaatiliste meteoroloogiliste teguritega. Ülaltoodust selgub, et sportlastel kõrva-nina-kurguhaiguste vähendamiseks tuleb rohkem rõhku panna organismi vastupanuvõime tõstmisele külmetuste suhtes (karastamine, vitamineerimine, õige treeningu ja puhkuse vahetamine), teadmiste tõstmisele külmetushaiguste profülaktika suhtes, nende haiguste varajasele avastamisele ja õigeaegsele ravile. Kroonilist tonsilliiti põdevad sportlased on vajalik dispanseerida ja vajadusel suunata kirurgilisele ravile. Tähtis on meditsiinilistest vastunäidustustest kinnipidamine vastavalt spordialale.

LOR-organite ägedate haiguste puhul on pealveesportlastel (ujujad, veepallurid) vastunäidustuseks:

1. Nina kõrvalõõnte krooniline põletik.
2. Krooniline mädane keskkõrvapõletik.
3. Väliskõrva krooniline ekseem.
4. Tasakaaluorganite häired.

Allveesportlastel — akvalangistidel on meditsiinilisteks vastunäidustusteks:

5. Kuulmekile liited trummiõõnega, millega kaasneb püsiv kuulmise halvenemine astmeni, kus sosinkõne on kuulda 2 meetrini ja kõrva barofunktsioon on häiritud (III ja IV aste).

6. Mõlemate kõrvade püsiv kuulmise halvenemine astmeni, kus sosinkõne on kuulda kummagi kõrvaga eraldi 2 meetrini, püsiv barofunktsiooni häire (III ja IV aste):

7. Ühe või mõlema lõualuu kõikide hammaste puudumine ja nende asendamine äravõetavate proteesidega, kolme kõrvuti asetseva hamba puudumine ühel lõualuul.

Moto- ja aviosportlastele meditsiinilised vastunäidustused on ette nähtud vastavate määrustega juhiloa taotlemisel. Haigused, mis puhul keelatakse poksimine, on adenoidid, nina kõrvalkoobaste põletikud, nina vaheseina kõverdused, mis põhjustavad hingamisfunktsiooni häiret, nohu, mis puhul nina kaudu hingamine on taksistatud, mädased keskkõrvapõletikud, otoskleroos, kurtummus ja Meniere sündroom. Teiste erialade sportlastele meditsiinilised vastunäidustused LOR-organite haiguste puhul määratakse individuaalselt, vastavalt kõrva-nina-kurgu arsti äranägemise järgi.

ARTERIAALNE HÜPOTOONIA JA SPORT

N. ELSTEIN

ENSV Vabariiklikust Arstlik-Kehakultuuri Dispanserist

Võrreldes hüpertooniatõvega on arteriaalse hüpotoonia probleeme vähem uuritud. Arteriaalsele hüpotooniale on pühendatud rida kapitaalseid uurimusi (N. S. Moltšanov ja tema kaastöötajad, M. P. Kozlanskaja ja teised), kuid seoses spordiga ei ole seda teemat peaaegu üldse käsitletud. Sportlastel esinevate hüpotooniliste seisundite analüüsi aktuaalsusele osutavad oma töödes A. Dembo ja N. Volnov.

Töös sisaldub katse sportlaste juures kindlaks määrata arteriaalse hüpotoonia esinemise sagedus ja põhjused ning eriti sportimise mõju selle arengule. Viimane ülesanne on tingitud sellest eksisteerivast arvamusest, et sport, kutsudes esile vagotoonia, tingib ka arteriaalse hüpotoonia arengu. 17—35. a. vanuste sportlaste juures arvestasime alanenud rõhu puhul maksimaalseks näitajaks alla 100 mm elavh.-sammast ja minimaalseks rõhuks alla 60 mm elavh.-sammast.

Nagu näitas meie eelnev uuring (1957. a.), avastati ENSV koondvõistkondade liikmete — NSVL rahvaste I spartakiaadist osavõtjate — hulgas arteriaalset hüpotooniat 8% juhtudest. 410 inimese — NSVL rahvaste II spartakiaadist osavõtja — hulgas avastati arteriaalset hüpotooniat 10,7% sportlastest. Meie andmed peaaegu ei erine N. Volnovi poolt toodud andmetest (10,1%).

Teisest küljest avastas M. Kozlovskaja mittesportlastel arteriaalset hüpotooniat 7%, V. Silvestrov 17—23% uuritutest.

Niisiis, nende andmete võrdlus ei näita arteriaalse hüpotoonia sagedamat esinemist sportlastel.

Arteriaalse hüpotoonia iseloomu tundmaõppimisel 44 inimese juures (NSVL rahvaste II spartakiaadist osavõtjad)

avastati maksimaalse rõhu alanemist 14-l, minimaalse rõhu alanemist — 18-l, maksimaalse ja minimaalse rõhu alanemist — 12-l sportlasel.

Arteriaalse rõhu andmete analüüs 4—6-aastase uuringu järgi näitab, et ainult 5-l inimesel (4 meest ja 1 naine) alanes rõhk seoses sportimisega. 39-l inimesel oli rõhk normist madalamal juba enne sportimise algust. Järelikult — enamikul juhtudel ei saa arteriaalse rõhu madalamaid näitajaid seostada sportimisega.

Sportlastel, kellel rõhk alanes sportimise protsessis, avastati ka teisi vagotoonia sümptome. Kõikide alanenud arteriaalse rõhuga sportlaste, samuti kui mittesportlaste seas võib eraldada kaht gruppi: praktiliselt terveid inimesi ja neid, kellel võib diagnoosida hüpotooniatõbe.

Eraldades need kaks sportlastegruppi, meie ei arvesta alanenud rõhku, millel on ajutine iseloom ja mis on üks ületreenituse või nakkus-toksilise faktori avaldusi.

Hüpotooniatõbe põdevatel sportlastel täheldatakse väsimust, nõrkusperioode, rasket virgumist ja uimasust hommikuti, töövõime aeglast tõusu; viimane väljendub eriti päeval, peale kella 11—12, suurema aktiivsusega õhtuti. Kaebused on sageli mitte küllaldaselt sügavale sissehingamisele, südameklõppimisele, südame piirkonnas esinevale ebameeldivale tundele, lühiajalistele peapööritustele, rinnakutagusete valudele, liigsele higistamisele, külmakartlikkusele. Halvasti talutakse kuumust, umbset õhku. Ebameeldivad tunnetused tugevnevad kevadel. Võimalik, et see on seoses sellel aastaajal tekkiva vitamiinipuudusega organismis. Objektiivselt täheldatakse mitmesuguseid südame-vereringe süsteemi funktsionaalseid häireid: süstoolne kahin südame tipul või kopsuarteril, rütmi labiilsus, ekstrasüstoolia. Vastavaid funktsionaalseid muutusi leitakse ka elektrokardiogrammil. Sageli avastatakse ortostatismi — arteriaalse rõhu langust kiirel üleminekul horisontaalsest asendist vertikaalsesse.

Vastavalt meie andmetele, enamikel juhtudel (38-l 44-st inimesest) arteriaalse hüpotoonia puhul funktsionaalse proovi teostamisel kõrgeneb maksimaalne rõhk, minimaalne aga peaaegu ei alane üldse või isegi veidi tõuseb.

Tuleb märkida, et arteriaalne hüpotoonia patoloogiliste sümptomidega võib olla üks neuroosi avaldusi.

Hüpotooniatõve sümptoomidega ei ole arstid küllaldaselt tuttavad: sageli diagnoositakse niisugustel sportlastel mitraalklapi puudulikkust, müokardiodüstroofiat, reumokardiiti jt.

Hüpotoonia ilma haiguslike nähtudeta ei vaja ravi. Hüpotooniatõve diagnoosimisel peab ettevaatlikult otsustama sportlaste lubamist suure koormusega võistlustele, eriti kuumal aastaajal. Sama ettevaatlik peab olema nais-sportlastega menstruatsiooni ajal.

Seisundi halvenemise profülaktikas omab suurt tähtsust närvi- ja südame-vereringe süsteemi tugevdamine, eriti hommikvõimlemine, hommikused niisked ülehõõrumised, normaalne uni, loobumine suitsetamisest, regulaarne toitumine. Hommikuti soovitatakse juua naturaalsel kohvi või kanget teed, süstemaatiliselt tarvitada vitamiinirikast toitu või vitamiine B₁ ja C, eriti talve-kevadperioodil.

Medikamentidest on efektiivsemad belladonna ja atropiini väikesed doosid. Pantokriin, žen-šen, meie tähelepänekute kohaselt, on vähem efektiivsed.

VITAMIINIDE E JA B₁₂ MÕJU VASTUPIDAVUSELE

Med. tead. kand. O. IMELIK, M. ARVISTO ja J. LOKKO
TRÜ Füsioloogia kateeder

Kuna mõned pikkadel distantssidel häid tulemusi saavutanud sportlased on treeningu vältel kasutanud E vitamiini, seadsime endale ülesandeks eksperimentaalselt uurida E vitamiini mõju vastupidavusele. Koos E vitamiiniga jälgisime viimaste aastate kirjanduses väga palju käsitlemist leidnud vitamiini B₁₂ mõju vastupidavusele.

Katsed teostati 20-l isasel valgel hiirel, kaaluga 20—30 grmmi, kes olid jaotatud nelja rühma, 5 hiirt rühmas. Ühele rühmale manustati E vitamiini, teisele B₁₂ vitamiini, kolmandale E ja B₁₂ vitamiine. Neljas rühm oli kontrollrühmaks. Vitamiine manustati igal kuuendal päeval nahaaluse süstimise teel. Vaatlusperioodi algul olid süstitavateks doosideks 3 milligrammi E ja 6 mikrogrammi B₁₂ vitamiini hiire kohta. Alates 18-ndast katsepäevast vähendati doosisid poole võrra, s. o. süstiti 1,5 milligrammi E vitamiini ja 3 mikrogrammi B₁₂ vitamiini hiire kohta. Treeninguks kasutati ujutamise suutlikkuse piiri ülepäiviti. Hiirte kaal püsis katseperioodi vältel mõnegrammiliste kõikumistega enam-vähem konstantsel tasemel.

Esimestel vaatluspäevadel oli kõikide rühmade keskmine ujumisaeg umbes 40—50 minutit. Järgnevalt pikenes kontrollrühma hiirtel ujumisaeg katsest katsesse ebakorrapärase lainetusega ning saavutas katseperioodi lõpuks 180 minutilise kestuse.

Kõigil vitamiine saavatel rühmadel oli katsete algperioodil, seni kuni neile manustati suuremaid vitamiini doose, treeningu efekt väiksem kui kontrollrühmas. Peale üleminekut väiksematele vitamiinidoosidele tõusis E vitamiini saava rühma keskmine ujumiskestus kõrgemale kontrollrühma omast ja püsis kõrgemal katseperioodi lõpuni, pikenedes 200 minutini. B₁₂ rühma keskmised ujumiskestused pike-

nesid enam-vähem paralleelselt kontrollrühma ujumiskes-
tusega, jäid aga kogu katseperioodi vältel madalamateks.
E ja B₁₂ vitamiine saaval rühmal püsisid ujumiskestused
kuni 38-nda katsepäevani tunduvalt madalamal tasemel
kui kontrollrühmal. Alles viimasel kümnel päeval pikene-
sid ujumiskestused järsult ning ületasid katseperioodi lõ-
puks vähesel määral kontrollrühma tulemused.

Käesoleva töö põhjal saadud andmed viitavad vitamiinide E ja B₁₂ (nii üksikult kui kombineeritult) suuremate dooside negatiivsele mõjule vastupidavustreeningule ning E vitamiini väiksema doosi võimalikule soodsale efektile.

SÜDAME LÖÖGISAGEDUSE JA VERERÖHU MUUTUSTE DÜNAAMIKAST LETUNOVI KOMBINEERITUD PROOVI PUHUL

Dotsent M. EPLER, A. VIRU ja E. KURRIK
Tartu Riikliku Ülikooli füsioloogia kateeder ja Kehakultuuri
teaduslik-metoodiline laboratoorium

Käesolevas töös seati eesmärgiks südame löögisageduse ja arteriaalse vererõhu dünaamika uurimine Letunovi kombineeritud proovi puhul, kasutades pidevat registreerimist võimaldavaid meetodeid. Südame tsükli aegade registreerimiseks kasutati aparaati KT-59, keskmine vererõhk registreeriti aparaadi HCKA-1 abil)¹. Minimaalne ja maksimaalne vererõhk määrati Korotkovi järgi iga 15—20 sekundi järele, kasutades mansetirõhu kiireks tõstmiseks suruõhureservuaari.

Vaatlused teostati 22 mitmesuguse spordijärgu (alates III järgust kuni meistersportlaseni) ja spetsiaalsusega kehakultuuri osakonna üliõpilastel, neist 6 nais- ja 16 meesüliõpilast, vanusepiirid 19—28 aastat.

Tulemused. Vaatlusaluste vereringe funktsionaalse seisundi näitajad olid normi piirides. Enne katsete sooritamist oli uuritavas rühmas pulsisagedus keskmiselt 73 lööki minutis, üksikväärtuste hajuvus standarthälve põhjal ± 11 . Maksimaalne vererõhk oli 114 ± 7 , minimaalne — 70 ± 9 ja keskmine arteriaalne rõhk — 78 ± 10 mm Hg. Katseisikute reaktsioone Letunovi proovi puhul võis lugeda normotoonilisteks, välja arvatud üks juht.

Letunovi proovi esimese töökatsu (20 kükki) sooritamisel südame löögisagedus tõusis lähtetasemest 72% kõrgemale (122 ± 11 lööki minutis). 15-sekundilise jooksu puhul oli südame löögisageduse tõus 83% (125 ± 10 lööki minutis) ja 3-minutilise jooksu puhul — 76% (130 ± 13

¹) Nimetatud aparaadid on konstrueeritud Tartu Riikliku Ülikooli Eksperimentaaltöökojas.

lööki minutis). Lühiajaliste koormuste puhul kestis südame-
tegevuse kiirenemine kuni töö lõpuni, 3 minutit kestva
töö puhul saavutati esimese minuti jooksul püsiv tase.

15-sekundilise jooksu puhul jätkus enamikel juhtudel
südame löögisageduse tõus ka pärast töö lõpetamist
3—5 sekundi vältel, nagu seda on täheldanud ka
A. A. Arutsev (1959). Südame löögisagedus esimese 10 se-
kundi vältel pärast tööd oli keskmiselt 6% kõrgem sellest
maksimaalsest tasemest, mis saavutati töö ajal. Pärast 20
kükki ja 3-minutilist jooksu jäi pooltel juhtudel südame
löögisagedus umbes 5—9 sekundiks endisele tasemele,
ülejäanud juhtudel algas aeglustamine kohe pärast töö
lõpetamist. Seetõttu südame löögisagedus oli nimetatud
koormuste (20 kükki ja 3-minutiline jooks) puhul esimese
10 sekundi vältel pärast töö lõpetamist 10% võrra madalam
tööaegsest maksimaalsest tasemest, järgmise 10 sekundi
jooksul — 25% madalam. Seega annab pulsisageduse mää-
ramine esimesel 10 sekundil pärast pingutust ettekujutuse
sageduse tegeliku maksimumi kohta üksnes 15-sekundilise
maksimaalse intensiivsusega jooksu puhul, mille lõpetami-
sel südametegevuse kiirenemine jätkub veel mõningate sek-
undite jooksul.

Keskmine arteriaalne rõhk, mille registreerimine kat-
kestati töö ajaks ning algas uuesti 10 sekundit pärast töö
lõppu, näitas lühiajaliste tööde puhul järsku tõusu; kõr-
geima taseme (keskmiselt 15—25 mm Hg üle lähtetaseme)
saavutas keskmine rõhk seejuures mitte kohe, vaid 40—70
sekundit pärast töö lõpetamist.

Maksimaalne rõhk, mis oli esimese tööjärgse määramise
ajaks (15—20 sekundit pärast töö lõppu) lühiajaliste tööde
korral keskmiselt 20 mm Hg võrra kõrgem tööeelsest tase-
mest, näitas järgmiste 2—3 määramise vältel edasist tõusu.
Kõige kõrgem tase, mis ületas lähteväärtused 25—30 mm
Hg võrra, mõnedel juhtudel isegi 40—50 mm Hg võrra,
saadi 40—70 sek. pärast töö lõppu. Enamikel juhtudel mak-
simaalse rõhu suurimad väärtused langesid ajaliselt kokku
keskmise vererõhu maksimumiga. Samal ajal ilmnis südame
löögisageduse järsk langus.

3-minutilise jooksu korral täheldati nii keskmise kui ka
maksimaalse rõhu kõige kõrgemaid väärtusi, mis ületasid
algtaseme vastavalt 15—25 ja 25—45 mm Hg võrra,
kohe pärast töö lõpetamist.

Minimaalne rõhk oli 2/3 juhtudest esimesel tööjärgsel määramisel (15—20 sekundit pärast töö lõpetamist) märgatavalt madalam lähtetasemest: pärast 20 kükki keskmiselt 18 mm Hg, pärast 15-sekundilist jooksu — 26 mm Hg ja pärast 3-minutilist jooksu — 15 mm Hg. Järgmise mõõtmise ajaks (ca 40 sek. pärast töö lõpetamist) oli minimaalne rõhk tõusnud 6—12 mm Hg võrra.

Järelikult vererõhu määramine 15—40 sek. pärast töö lõpetamist, nagu seda näeb ette standardmeetod, langeb lühiajaliste koormuste puhul ajale, kus enamikul juhtudel maksimaalne rõhk pole veel saavutanud kõrgeimat taset. Kuna järgmised määramised teostatakse tavalise meetodi puhul minutiliste intervallidega, siis võib ühe ja sama vererõhu muutuste dünaamika puhul saada kas normotoonilise reaktsiooni (s. t. maksimaalse rõhu kõrgeim väärtus esimesel mõõtmisel) või nn. astmelise reaktsiooni (vererõhu maksimum teisel määramisel). Seega sõltuvad reaktsiooni hindamise tulemused sellest, missugune kahest esimesest määramisest satub lähemale tegelikule maksimumile.

Järelikult selleks, et lahendada küsimust, miks mõnel juhul võib hästitreenitud sportlaste juures saada nn. astmelist reaktsiooni, tuleks vererõhku määrata sagedamini ning seejuures täpselt fikseerida mõõtmise aeg. Tehnilised võimalused selleks avanöksid suruõhureservuaari kasutamisega manseti kiireks täitmiseks.

MÕNINGATE NÄITAJATE GRAAFILISEST KUJUN- DAMISEST SPORTLASTEL FUNKTSIONAALSE PROOVI LÄBIVIIMISEL

T. KARU

ENSV Tartu Arstlik-Kehakultuuri Dispanserist

Autor kujundas seadeldise, mis võimaldab sportlastel funktsionaalse proovi läbiviimisel registreerida graafiliselt arteriaalrõhu dünaamikat, pulsi sagedust ja kopsumahtu. Seadeldist kasutati suusatajate, sõudjate ja kergejõustiklaste jälgimisel. Tema lihtne käsitamine ja registreeritud andmete näitlikkus lubavad seadeldist soovitada laialdaseks kasutamiseks arstlik-kehakultuuri praktikas. Töös näidatakse 20 suusataja jälgimise analüüsi, kellel funktsionaalse proovi näitajad arstlik-pedagoogiliste jälgimiste ajal registreeriti graafiliselt.

VÄLJASPOOL KOOLI SPORTIVATE JA MITTESPORTIVATE RAKVERE KOOLIÕPILASTE FÜÜSIILISE ARENGU DÜNAAMIKAST

R. TRINK

Rakvere arstlik-kehakultuuri kabinetist

Käesolevas töös on ära toodud Rakvere esimese keskkooli 140 õpilase füüsilise arengu analüüs 1958. ja 1959., kellest 82 tegelesid täiendavalt kehalise kasvatuses spordikoolis.

Nagu uuringute tulemused näitavad, ei ole olulist vahet kasvus ja kehakaalus sportivatel ja väljaspool kooli mittesportivatel õpilastel, kuid rindkere liikuvuse amplituudi, spiromeetria ja tugevama käe dünamomeetria andmed on tunduvalt paremad sportivatel õpilastel (absoluutsetes arvudes).

Väljaspool kooli mittesportivad õpilased jäävad füüsilises arengus maha sportivatest õpilastest aasta võrra ja rohkem.

Aasta juurdekasvu keskmised andmed osutusid samuti paremaks sportivatel õpilastel, eriti rindkere liikuvuse amplituudi ja spiromeetria osas. Kuid käe dünamomeetria aastase juurdekasvu keskmised andmed osutusid madalamaks(!) kui sama klassi õpilastel, kes ei tegelnud täiendavalt spordiga väljaspool kooli.

Järeldused. 1. Käesoleval momendil keskkoolides kehtivad kehalise kasvatuses alased programmid lahendavad noorsoo kehalise kasvatuses probleeme mitteküllaldaselt.

2. Füüsilise arengu andmete ebaühtlane kasv spordikooli õpilastel võib tõendada mitmekülgse füüsilise ettevalmistamise alahindamist spordikoolides.

3. Lähtudes eelpooltoodust on üldhariduslikes koolides vajalik suurendada kehalise kasvatuses tundide arvu ja pöörata rohkem tähelepanu spordikooli õpilaste igakülgsele füüsilisele ettevalmistamisele.

TARTU LINNA LASTE SPORDIKOOLI TREENING- TUNDIDE ARSTLIK-PEDAGOOGILINE KONTROLL

I. FRORIP

Tartu Linna Arstlik-Kehakultuuri Dispanserist

Laste spordikoolide treeningtundide arstlik-pedagoogilise kontrolli kohta on erialases kirjanduses esitatud suhteliselt vähe andmeid.

Spordikoolid omavad suurt tähtsust kõrge spordimeisterlikkusega sportlaste järelkasvu ettevalmistamisel. Eriti vajalik on arstlik-pedagoogiline kontroll veel sellepärast, et praktilistes tingimustes jäävad kooliarstid oma suure töökoormuse tõttu sellest kontrollist kõrvale.

Kontrolliga haarati 1959. a. II poolaastal Laste Spordikooli võrk- ja korvpallisektsioone, kokku 48-1 korral.

Õpilaste staaž spordikoolis 1—4 aastat, vanus 13—18 (keskmiselt 14—15 aastased).

Treeningtundide kontroll viidi läbi skeemi järgi, mida kasutatakse üldhariduslikes koolides kehalise kasvatusetundide arstlik-pedagoogilise kontrolli teostamisel (M. A. Minkevits'i järgi, 1957. a.), täiendavalt aga mõõdeti veel arteriaalset vererõhku ja treeningtunnis saadud andmeid võrreldi dispanserise kaardi vorm nr. 227 andmetega.

Kõik treenerid omavad kõrgemat eriharidust, on I järgu ja meistersportlased. Negatiivseks nähuks treeningtundide läbiviimisel on asjaolu, et osa treeningtunde viiakse läbi liig hilistel kellaaegadel (osa tunde lõppes kell 22.30). Õpilaste distsipliin treeningtundides on hea, mis näitab noorte suurt huvi spordi vastu, ja treeningtundide läbiviimise kõrget taset.

Treeningtundide metoodilisel ülesehitamisel üheks jooksuks oli see, et treeningtunni üksikute osade vahel puudus terav piir. Kõikidesse tundidesse on sisse võetud jõuharjutused, millised viiakse läbi tunni lõpul, nii et praktiliselt rahustav osa treeningtunni lõpus puudub. Treeningtundide tihedus oli 70—90%, olenevalt treeningtunni ülesannetest.

Treeningtunni eriosades võetud pulsi ja arteriaalse vererõhu näitajad olid enamuses normi piirides, 12-1 juhul esines ebatüüpilisi ja normist kõrvalekalduvaid näitajaid.

Treeningtundide arstlik-pedagoogiline kontroll võimaldas arstidel lähemalt tundma õppida noorte sportlaste treeningtingimusi ja treeningkoormusi, ning varakult avastada kõrvalekaldumisi normaalsest tervislikust seisundist.

KESKMISE JA VANEMA EA ÜLDISE FÜÜSILISE ETTEVALMISTUSE TÄHTSUSE ARSTLIK- HÜGIEENILINE HINNANG

R. MOTOLJANSKAJA, V. TISLER, B. SAVENKOV, P. BABARIN,
D. BUKREJEVA, L. STOGOVA ja I. SURKINA
KKTUI spordimeditsiini sektorist

Meie andmed põhinevad 500 keskmise ja vanema ea (40—70. a.) inimese süstemaatilistel jälgimistel, kes tegelevad üldise füüsilise ettevalmistuse gruppides V. I. Lenini nim. staadionil Lužnikis.

Tegevuse programm koosneb kergejõustiku, võimlemise, spordimängude, ujumise, uisutamise ja suusatamise elementidest. Õpingute kestvus 1,5 tundi, 2—3 korda nädalas.

Õppijate jaotamine gruppidesse ja koormuste doseerimine toimub ea, kliinilise ja, mis kõige tähtsam — funktsionaalse diagnoosi arvestusega.

Lihaste töö intensiivsus on tähtsaimaks faktoriks organismi adaptatsiooni taseme kindlaksmääramisel füüsilistele koormustele vanemas eas. Komplekssed õpingud, millede koormuse tihedus ei ületa 50—25% (olenevalt meditsiinilisest grupist), lühiajaliste mõõduka koormusega harjutuste rakendamisel põhjustavad täiesti rahuldavad näitajad organismi kohanemisvõimes (vereringe ja hingamise uurimise andmetel). Tsüklilised harjutused võimsusega 50% maksimaalsest (antud isikule), mida teostatakse vahetult 5-e min. jooksul, hapniku tarvidusega 1,5 kuni 2 l minutis, tavaliselt ei kutsu esile ebasoodsaid reaktsioone. Koormuste suurema intensiivsuse puhul, eriti ateroskleroosi, hüpertooniatõve või teiste organismi ealiste muutuste kliiniliste sümptomide puhul tekivad vereringe ja hingamise ülepingutuse ebasoovitavad nähud, mõnikord ka müokardi verevarustuse halvenemine (elektrokardiogrammi, ballistokardiogrammi, arteriaalse rõhu ja pulsi kõvera andmetel)

väheneb hapnikutarvituse koefitsient, oksügenatsioon ja nõndanimetatud taastav koefitsient.

Vere hapnikuküllastuse taseme teatud alanemisel lihaste rahulikus seisundis (89—92%) vahetult peale harjutusi (eriti väljas) toimuvad soodsad muutused organismi hapendumisprotsesside seisundis (oksühemomeetriseliste funktsionaalsete proovide andmetel). 50-l juhul täheldatakse vere kolesteriini sisalduse langust, seda enam väljendunud, mida kõrgem on tema lähtetase.

Dünaamiliste jälgimistega on kindlaks tehtud õppijate enesetunde tunduvalt paranemist, vasomotoorse reaktiivsuse suurenemise sümptomide (angiospasmid) ja keha liigse kaalu kadumist, kopsukaalu suurenemist, real juhtudel üldise kolesteriini sisalduse vähenemist veres, südame funktsionaalse seisundi ja organismi adaptatsiooni paranemist.

Teostatatud uuringute alusel tehakse järeldusi aktiivse liigutusrežiimi tähendusest mitte ainult vananeva organismi adaptatsioonivõime alalhoidmiseks, vaid ka selle laiendamiseks ja füüsilise treeningu põhiliste positiivsete mehhanismide mõjust vanemas eas.

EELKOOLIEALISTE LASTE RÜHI PARANDAMISE ABINÕUDEST RIIA LINNA LASTEAEDADES

V. RINGS

Läti NSV Vabariiklikust Arstlik-Kehakultuuri Dispanserist

1958. a. Riia linna lasteaedades teostatud eelkooliealiste laste rühi valikkontroll näitas suurel hulgal ebaõiget rühti.

Halb rüht, küürselgsus, lampjalgsus avastati samuti nooremates valikgruppides. See oli tõukeks õigemaks ja põhjalikumaks lasteaedade laste füüsilise ettevalmistuse läbiviimiseks. Koos haridusosakonnaga teostati 1958—1960. a. jooksul järgmist tööd:

a) linna lasteaedades olevate laste rühi kontroll nimekirjade koostamisega, kus märgiti ära avastatud defekte, nagu rinnakorvi deformatsioon, selgroo füsioloogiliste kõverduste muutused, jalgade kõverdused, lampjalgsus jne.

b) mööbli (voodid, laud, toolid) kontroll ja markeerimine.

Laste füüsilise arengu parandamiseks oli vajalik kasvatajate vastav ettevalmistus. Selleks, et kasutada mitte ainult korrigeerivaid abinõusid, vaid teadlikult iga päev jälgida laste rühti ja õigeaegselt kõrvaldada kõiki rühi defekte viidi läbi:

a) konsultatsioone kohtadel pärast laste uurimist, lähtudes iga lasteaia konkreetsetest tingimustest;

b) seminare juhtivatele ja kasvatajatele eelkooliealiste laste füüsilise arengu ja kasvatamise küsimustes;

c) seminare-praktikume (rajoonide järgi) kõikide vanusegruppide lastele;

d) pidevaid konsultatsioone Vabariiklikus Arstlik-Kehakultuuri Dispanseris spetsiaalsete harjutuste rakendamise küsimustes.

Kõikide ürituste edukaks läbiviimiseks on vajalik tihe kontakt lastevanematega, kuna rühile mõjuvad riietus, jalatšud, kodune režiim olenevad täiel määral vanemate teadlikkusest.

Lasteaedades viidi läbi lastevanematele loenguid laste füüsilisest arengust.

Peale laste läbivaatust toimuvad lasteaedades profülaktilised ja korrigeerivad üritused:

a) mõningates lasteaedades on organiseeritud spetsiaalsed korrigeerivad võimlemise rühmad;

b) hommikvõimlemise kompleksi ja kehalise kasvatusetundidesse on lülitatud selgroo liikuvust parandavad harjutused, harjutused, millised tugevdavad lihaskonda ja põia võlvi;

c) on organiseeritud korrigeeriva võimlemise tunde eelkooliealiste lastega laste polikliinikutes ja Vabariiklikus Arstlik-Kehakultuuri Dispanseris.

Teistkordne laste rühi kontroll lasteaedades, kus teostati mainitud üritusi, näitas rühi tunduvat paranemist, fikseeritud kõverduste vähenemist, lampjalgsuse protsendi langust.

RAVIKEHAKULTUURIST SEOSSES OSTEOSÜNTEESI UUTE MEETODITEGA

Dotsent A. SEPPO
Tallinna II Linna Haiglast

1. Kaasaegses traumatoloogias on keskseks küsimuseks suurte liigestesiseste ja -lähedaste murdude ravi. Siiani on see trauma liik jätnud peaaegu kõikidel juhtudel invaliidisuse vigastatud liigese jäigastuse või piiratud liikuvuse kujul.

2. Mitmesugused teineteisele järgnenud ravimeetodid nagu lahastamine, kips-immobilisatsioon, traat-õmblus ja kruvid ning skelett-venitus jne. rahuldasiid lihtmurdude ravi, kuid osutusid mitteküllaldasteks killustatud liigese otstega toruluumurdude ravis. Pikaajaline liigese immobilisatsioon, mitteküllaldaselt paigaldatud ja nõrgalt fikseeritud fragmendid olid takistuseks ravikehakultuuri varajasel rakendamisel.

3. Meie poolt väljatöötatud ja demonstreeritav uus osteosünteesi operatsioon liigete-lähedaste murdude raviks võimaldab fragmendid kokku suruda põiki ja sisse kiiluda pikuti meie reponaator-fiksaatori abil. Siin toimub fiksaatsioon eelpingutatud kahest materjalist (luu ja teras) koosneva süsteemi printsiibil. See võimaldab maksimaalselt ära kasutada nii metalli kui luu vastupidavust murru fiksatsiooniks. Liiges jääb väljaspoole immobilisatsiooni. Haiged, tundes fiksaatsiooni tugevust, alustavad ise vigastatud liigese liigutamist kolmandal-viiendal päeval pärast operatsiooni. Ravikehakultuuri töötajad juba kasutavad seda võimalust varajaste vastavate protseduuride läbiviimiseks. Tekib vajadus ravikehakultuuri spetsiaalse meetodika väljatöötamiseks, mis vastaks perioodile, mil kudedes on veel trauma- ja operatsioonijärgsed põletiku nähud, ömmeldud või lahtise haava puhul. Kindlale osteosünteesile järgnev varajane ravikehakultuur ja füsioteraapia vähendavad oluliselt invaliidistumist nende haigete hulgas.

HINGAMISHARJUTUSI RESPIRATOORSETE HÄIRETEGA POLIOMÜELIIDIIHAIGETEL

U. UGANDI

Tartu Vab. Kl. Haiglast ja TRÜ nēuroloogia kateedrist

Vaatlusalusteks haigeteks on Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla nārviosakonna hingamistsentrumis ravil viibivad poliomüeliidahaiged, kellel lisaks jāsēmete halvatusetele on vālja kujunenud interkostaallihaste, samuti diafragma pareesid. Vaatlusaluste iga kōigub 17—36 aasta vahel. Kōik haiged on haiguse algjārgus trahheotomeeritud, ūhtlasi teostatud kunstlikku hingamist mitmesuguste hingamisaparāatide abil kestvusega vastavalt kliinilisele nāidustusele (mōnest pāevast mitme kuuni).

Ravivōimlemine respiratoorsete hāiretega poliomüeliidahaigetel viiakse lābi meie kliinikus vālja tōtatud metoodika kohaselt ning oleneb pareeside ulatusest ja sūgavusest. Haigetega, kes pole suutelised iseseisvalt hingama, teostatakse ravivōimlemist ūhistel alustel teistega, kasutades samaaegselt hingamise teostamiseks portatiivset respiraatorit ДП-2.

Hingamisharjutuste valik ja lābiviimine respiraatorsete hāiretega poliomüeliidahaigetel sõltub vāljakujunenud halvatusete raskusest ūlaljāsēmete, selja, rindkere- jt. lihaste osas. Sellest tingituna harjutuste sooritamine toimub kas iseseisvalt vōi instruktori aktiivsel kaasabil.

Hingamisharjutused viiakse lābi kogu ravivōimlemise protseduuri jooksul lūlitatuna teiste harjutuste vahele. Ūldise ravivōimlemise protseduuri kestus ja seega ka hingamisharjutuste doseerimine oleneb kasutatavatest harjutustest ja lāhteasendite iseloomust, varieerub ajaliselte ulatuslikult ning sõltub haige emotsionaalsest toonusest ja subjektiivsesest seisundist. Sobivaks keskmiseks protseduuri kestvuseks loeme 40. min. kuni 1,5 tundi.

Peale hingamistsoodustavate võimlemisharjutuste on soovitatav veel mitu korda päeva jooksul viia läbi spetsiaal-seid hingamisharjutusi palatis, kasutades emotsionaalsust tõstvaid vahendeid (täispuhutavad mänguasjad, õhupallid).

Meie kliinikus teostatud intensiivse kompleksse järel-ravi tulemusena, kus suurt rõhku on osutatud hingamishar-jutustele, on saadud vitaalkapatsiiteedi suhteliselt kiire ja püsiv suurenemine kõikidele haigetel.

Möödapääsamatult vajalik on rasketele poliomüeliidi-haigetele kindlustada süstemaatiline kvalifitseeritud ravi-kehakultuuri-alane sanatoorne järelravi statsionaarselt klii-niliselt ravilt lahkudes.

AMBULATOORSETE HAIGETE FUNKTSIONAALSEST RAVIST KÜÜNARLIIGESTE TRAUMAATILISTE VIGASTUSTE PUHUL

A. VAAB

ENSV Vabariikliku Arstlik-Kehakultuuri Dispanseri ravikehakultuuri kabinetist

1956.—1959. a. viibis ravil Vabariikliku Arstlik-Kehakultuuri Dispanseris küünarliigese vigastustega 170 inimest (112 meest ja 58 naist).

Kuni 15. a. vanuses oli 94, 16.—25. a. — 21, 26.—50. — 34 ja vanemad — 21 haiget. Eelkooliealisi 12, kooliealisi kuni 15. a. — 82. Kooliealised haiged moodustavad 48,2% küünarliigese vigastustest. Enamus vigastustest kooliõpilaste seas juhtus võimlemistundides ja tänaval.

Traumad esinesid märtsi-aprilli-mai kuudel — kokku 64 juhtu. 116 juhtu jaotusid ühtlaselt teistele kuudele. Küünarliigese siseseid murde oli 94, liigese nihetusi 42-l juhul, liigese põrutusi 34.

Peale traumat esimese 10-ne päeva jooksul saabus ravile 24 haiget, 11.—30. päeva järel 80, 1.—1,5 kuu möödumisel 41 haiget, 2—3 kuu möödumisel 22 ja kauem 3 haiget. Ravil viibis kuni 1 kuu 125 haiget, 2 kuud 22, 3—4 kuud 23 haiget.

Ravi lõpetas 98 haiget. Funktsioonide taastumine — 100% esines 49-l juhul, taastumine — 75% — 41-l, — 50% — 8-l juhul. Ravi ei lõpetanud 72 haiget.

Ravi mittelõpetanutest küünarliigese funktsioon taastus 50% — 40-l juhul. Ülejäänud juhtudel esines minimaalne funktsiooni paranemine või täielik raviefekti puudumine.

Ravi tulemused küünarliigese vigastuse puhul olenevad:

1) vigastuse suurusest ja iseloomust, 2) repositsiooniga taastatud endisest anatoomilisest vahekorrast, 3) fiksaatsiooni kestusest, 4) ravikehakultuuri protseduuride rakendamisest peale traumat.

Järeldused:

1) Haiged saabuvad liiga hilja peale traumat ravikehaskultuuri kabinetti;

2) suur % haiged on katkestanud ravi, mis näitab, et kirurgide ja ravikehaskultuuri alal töötajate koostöö on puudulik;

3) koolilaste traumatismi profülaktika-alane töö on seni ajani ebarahuldav.

RAVIKEHAKULTUURIST KOPSUHAIGUSTE OPERATIIVSE RAVI PUHUL

M. SANNAMEES

Tartu Vabariiklikust Haiglast ja Tartu Riikliku Ülikooli üldkirurgia kateedrist

Tartu Vab. Kl. Haigla haavaosakonnas on välja töötatud ravikehakultuuri harjutuste kompleks kopsuhaiguste kirurgilise ravi puhul operatsiooni-eelsel kui ka -järgsel perioodil. Meie andmed baseeruvad 28-l haigel. Ravivõimlemise teostamisel on jälgitud haigete üldseisundit, südamevereringe- ning hingamisorganite funktsionaalset seisundit.

Haigete üldseisundi hindamisel võeti aluseks esitatud subjektiivsed kaebused ning objektiivsed näitajad: pulsi sagedus, iseloom, vererõhu muutused, hingamise sagedus, sügavus, Stange proov ja kopsu vitaalkapatsiteedi väärtused.

Haigete saabumisel alustatud kohealt operatsioonieelse ravivõimlemisega, mis koosneb üldtooniseerivatest ja spetsiaalsetest hingamisharjutustest. Selles perioodis harjutuste sihiks hingamisreservide tõstmine ja haigete üldtoonuse parandamine. Oluline on tutvustada haigeid varase postoperatiivse perioodi hingamisharjutustega, torakaalse ja abdominaalse hingamisega, et vajadusel haige suudaks tahtlikult muuta oma hingamistüüpi.

Varases postoperatiivses perioodis (esimesest postoperatiivsest päevast kuni tõusmiseni) on rakendatud kergeid ravivõimlemise harjutusi, milliste sihiks:

- 1) kopsukomplikatsioonide vältimine (kopsu atelektaas, pneumoonia, liidete teke jne.);
- 2) kardiovaskulaarse süsteemi funktsionaalse seisundi tugevdamine;
- 3) õlaliigese kontraktuuride vältimine;
- 4) ettevalmistus tõusmiseks.

Hilises postoperatiivses perioodis on võimlemisharjutused suunatud pideva füüsilise koormuse doseeritud tõstmisele, hingamisreservide suurendamiseks.

Ravivõimlemise läbiviimisel võisime sedastada haigetel peale võimlemise enesetunde paranemist, hingamise muutumist aeglasemaks, sügavamaks. Varases postoperatiivses perioodis harjutuste järgselt silmatorkavaid vererõhu ja pulsisageduse ja iseloomu muutusi ei registreeritud. Hilisemas postoperatiivses perioodis peale võimlemist esines vererõhu tõus ja pulsifrekventsi kiirenemine, kuid nimetatud nähud taandarenesid 5-e minuti jooksul.

Postoperatiivselt haigetel õlaliigestes harjutuste rakendamisel valulikkust, liigutuste piiratust ja kontraktuure ei sedastatud.

Varases postoperatiivses perioodis, kuni tõusmiseni, täheldasime haigetel ülekaalus abdominaalset hingamistüüpi, mis hilisemas perioodis — tõusmisel, muutus kostaalseks hingamistüübiks.

Varases postoperatiivses perioodis loeme soovitavaks rõhutatud abdominaalset hingamist, mis haigele võrreldes kostaalse hingamisega valutum ja sügavam. Samuti soovitate harjutusi pikendatud ekspiiriumiga, mis soodustavad vere juurdevoolu südame paremasse poolde.

SISUKORD

| | |
|--|----|
| A. SARAP — Spordimeditiini areng Nõukogude Eestis (1940—1960. a.) | 3 |
| S. LETUNOV — Treenituse seisundi kindlaksmääramine | 7 |
| A. DEMBO — Sportlaste haigustest | 9 |
| S. GULORDAVA — Sporditraumatismi analüüs Tallinna Vabariikliku Haigla materjalide põhjal 1955—1959. a. | 11 |
| M. MÄGI — Kortikosteroidsete hormoonide kasutamisest sportlastel traumatiliste haiguste puhul | 14 |
| H. TIIK — Ultraheli rakendamisest sporditraumade ravis | 15 |
| F. MARKUSAS — Kergejõustiklaste lampjalgsusest | 16 |
| H. NIITRA — Ravivõimlemise meetodika lamppöidade ravimisel | 18 |
| A. LUTS ja L. LUTS — Kõrva-nina-kurgu-haiguste esinemisest sportlastel | 19 |
| N. ELSTEIN — Arteriaalne hüpotoonia ja sport | 22 |
| O. IMELIK, M. ARVISTO ja I. LOKKO — Vitamiinide E ja B ₁₂ mõju vastupidavusele | 25 |
| M. EPLER, A. VIRU ja E. KURRIK — Südame löögisageduse ja vere- rõhu muutuste dünaamikast Letunovi kombineeritud proovi puhul | 27 |
| T. KARU — Mõningate näitajate graafilisest kujundamisest sportlastel funktsionaalse proovi läbiviimisel | 30 |
| R. TRINK — Väljaspool kooli sportivate ja mittedportivate Rakvere kooli- õpilaste füüsilise arengu dünaamikast | 31 |
| I. FRORIP — Tartu Linna Laste Spordikooli treeningtundide arstlik-peda- googiline kontroll | 32 |
| R. MOTÖLJANSKAJA, E. TISLER, B. SAVENKO, P. BABARIN, D. BUKREJEVA, L. STOGOVA ja J. SURKINA — Keskmise ja vanema ea üldise füüsilise ettevalmistuse tähtsuse arstlik-hügieeniline hinnang | 34 |
| V. RINGS — Eelkooliealiste laste rühi parandamise abinõudest Riia linna lasteaedades | 36 |
| A. SEPPO — Ravikehakultuurist seoses osteosünteesi uute meetoditega | 38 |
| U. UGANDI — Hingamisharjutusi respiratoorsete häiretega poliomieliidi- haigetel | 39 |
| A. VAAB — Ambulatoorsest funktsionaalsest ravist küünarliigese trau- matiliste vigastuste puhul | 41 |
| M. SANNAMEES — Ravikehakultuurist kopsuhaiguste operatiivse ravi puhul | 43 |

TASUTA

A-22086

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00191600 8