

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUM
EESTI NSV VABARIKLIK LASTEARSTIDE SELTS

EESTI NSV LASTEARSTIDE VABARIKLIKU
KONVERENTSI

ETTEKANNETE TEESID

25.—26. OKTOOBRI 1960. A.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭСТОНСКОЙ ССР
РЕСПУБЛИКАНСКОЕ НАУЧНО-МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО
ДЕТСКИХ ВРАЧЕЙ ЭСТОНСКОЙ ССР

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ДЕТСКИХ
ВРАЧЕЙ ЭСТОНСКОЙ ССР

25—26 ОКТЯБРЯ 1960 Г.

TALLINN • 1960 • ТАЛЛИН

A-23430

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUM
EESTI NSV VABARIIKLIK LASTEARSTIDE SELTS

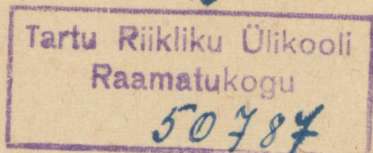
EESTI NSV LASTEARSTIDE VABARIIKLIKU
KONVERENTSI

ETTEKANNETE TEESID

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

Toimetuse kolleegium:
A. Vares (toimetaja), K. Vassiljeva,
E. Müllerbek, P. Silla, korrektor E. Petuhova

2



ARHIIVKOGU

LASTE SUREMUSEST ENSV-s NING SELLE VÄHENDAMISE VÕIMALUSTEST

A. Vares

ENSV Tervishoiuministeeriumi peapediaater.

1. Sõjajärgsel perioodil on laste suremus tunduvalt vähenenud. Sama perioodi jooksul on vastsündinute suremus järsult vähenenud, peamiselt enneaegselt sündinute suremuse vähendamise arvel.

2. Laste suremuse vähenemise kõrval märgitakse haiglasisesse letaalsuse süstemaatilist vähenemist. Eriti suurt edu on saavutatud imikute letaalsuse vähendamisel düsenteeria tagajärjel.

3. Laste suremuse vähenemine on elanike materiaalse heaolu kiire tõusu ning laste ravi- ja profülaktikaalase teenindamise kvaliteedi paranemise tulemus.

4. Laste suremuse struktuuris on esikohal hingamiseldite haigused, teisel — vastsündinute haigused ja kolmandal — ägedad soolenakkused, kaasa arvatud düsenteeria.

Laste suremuse edasine vähendamine peab toimuma peamiselt nende haiguste vähendamise arvel, kuid ka teistel põhjustel esineva suremuse vähendamine ei ole tähtsusetu, sest vaatamata sellele, et ükski neist ei ole olulise tähtsusega, omavad nad oma suure arvu tõttu kokkuvõttes laste suremuse struktuuris tunduvat kohta.

5. Üksikutes linnades ja rajoonides kõigub laste suremuse tase tunduvalt, mis tõestab suuri võimalusi selle näitaja vähendamiseks, kui kõik linnad ja rajoonid jõuavad eesrindlike tasemele.

6. Laste suremuse vähendamisel evib otsustavat tähtsust lastepolikliniikute profülaktikaalase töö edasine parandamine, nende kontakti parandamine naistenõuandlate ja sünnitusabistatsiooniaridega, üleminek kuni kolme kuu

vanuste laste täielikule ravi- ja profülaktikaalasele teenindamisele ainult kodus ning emade teadmiste plaanipärane süstemaatiline tõstmine terve lapse kasvatamise küsimustes.

7. Tähtsat osa laste suremuse vähendamisel peavad etendama naistenõuandlate, samuti ka lastestatsionaaride vastsündinute osakondade ja palatite töö ning ravi kvaliteedi parandamine lastestatsionaarides.

VASTSÜNDINUTE HAIGESTUMISE JA SUREMUSE VÄHENDAMISE EDASPIDISEST PERSPEKTIIVIST

I. Veerma

TRU Sünnitusabi ja günekoloogia kateeder.

1. Kuna vastsündinute haigestumus ja suremus püsivad juba pikemat aega endisel tasemel, moodustades tähtsa osa laste suremuses, siis tuleb senisest rohkemat tähelepanu pöörata vastsündinute antenataalsele ja varajasele postnataalsele perioodile.

2. Antenataalse profülaktika teostamisel tuleks naistenõuandlas mitte piirduda ainult standardsete uuringute läbiviimisega, vaid suhtuda igasse rasedasse individuaalselt, avastades varakult rasedus- ja üldpatoloogia tunnuseid ning hospitaliseerides rasedaid raseduspatoloogia palatisse. On vajalik kindlustada küllaldane arv voodikohti raseduspatoloogia palatites.

Igal nõuandlal peaks olema võimalik uurida rasedaid Rh-faktori, toksoplasmoosi, listerioosi ja teiste infektsioonide suhtes.

3. Ratsionaalsel sünnituse juhtimisel tuleb arvestada asfüksiat kui sagedast sünnitrauma põhjust, mille pärast kõik sünnitusosakonnad tuleks varustada hapnikuseadeldistega ja küllaldaselt hapnikuga.

4. Kuigi lasteosakondades on tunduvalt paranenud sanitaar-hügieeniline režiim, ruumide seisund ja materiaalne varustus, omab käesoleval ajal olulist tähtsust osakonna töös kesk-meditiiniline kaader, kelle kvalifikatsioon ja töö kvaliteet ei vasta alati nõuetele. Õdede ülekoormus (20 last ühe kohta) kutsub esile kiirustamist, töö mehaanilisust, huvi kadumist töö vastu ja sagedat kaadri vahetust. Suure staaži ja kogemustega õdesid, kes peaksid teenindama enneaegseid ja haigeid lapsi, on vähe.

5. Haigestunud vastsündinute edukas ravi oleneb haiguse varajasest *diagnostikast*, mis on võimalik rakendades kõiki laboratoorseid ja kliinilisi uuringuid, kuid olemas olevaid võimalusi alati ei kasutata.

Haiged vastsündinud vajavad kirurgi, neuroloogi, röntgenoloogi konsultatsiooni ja ravi.

6. Enneaegsete laste, kaaluga alla 1500 g, üleskasvatamisel on vajalikud kuvöösid, mis vastavad tänapäeva nõuetele. Laste transportimisel tuleb kasutada kiirabiautodes soojendusabinõusid.

7. Ainult tihe koostöö akušööri ja pediaatri vahel, kogemuste vahetamine, ühised konverentsid, haigus- ja surmajuhtude arutlused kindlustavad profülaktilise ja ravitöö parandamist.

REUMAATILISE PROTSESSI AKTIIVSUSE KLIINILISED JA NEUROHUMORAALSED NÄITAJAD LASTEL

NSVL MTA tegevliige prof O. Sokolova-Ponomarjova,
NSVL MTA Pediaatriline Instituut

1. Reumaatilise protsessi diagnoosimise ja aktiivsuse kindlaksmääramise küsimused lastel omavad suurt teaduslikku ja praktilist tähtsust.

2. Lastereumatismi kliinilised nähud erinevad täiskasvanute omadest. Neid iseloomustab polümorfism ning kulu muutlikkus. Viimased on seotud lapse organismi individuaalse reaktiivsusega, mis oleneb närvisüsteemi tüpoloogilistest iseärasustest.

3. Lastereumatismi varajaste nähtude, samuti peidetult (latentselt) kulgevate haigusvormide diagnoosimine on vahel raskendatud ja võib olla diagnoosimise ning ravi hilinemise põhjuseks.

4. Lastereumatismi ning selle haiguse mitmesuguste kliiniliste vormide varajane diagnoosimine nõuab lapse kompleksset läbivaatust, kusjuures tuleb rakendada kaas-aegseid meetodeid, nagu röntgeno-kümograafia, EKG, ostsillograafia, fonokardiograafia, ballistokardiograafia, vektoroelektrograafia jt.

5. Erilist tähelepanu nõuab haige lapse hoolikas läbivaatus, tema anamneesi, kaebuste, närvisüsteemi seisundi ja temperatuuriliste reaktsioonide uurimine.

6. Reumaatilise protsessi aktiivsuse kindlaksmääramisel lastel tuleb arvestada haiguse kliinilist kulgu, neurohumoraalseid näitajaid ning hematoloogilisi ja biokeemilisi muutusi.

7. Närvisüsteemi seisund, kortikodünaamika funktsionaalse seisundi ja vegetatiivse närvisüsteemi häired on reumaatilise protsessi aktiivsuse tähtsaimaid näitajaid.

8. Reumaatilise protsessi aktiivsuse kindlaksmääramisel võivad abiks olla ka sidekoe histoloogilised, füüsikalised ja keemilised näitajad. Seejuures etendavad tähtsat osa kapillaaride läbitavuse suurenemine ning difenüülamiinreaktsiooni määramine, valgufraktsioonide elektroforeetiline uurimine ja vereseerumi koliinesteraasi seisund.

9. Reumaatilise protsessi puhul täheldatakse lastel mitte-speetsiifilise immuunsuse muutumist (O-antistreptolüsiini, antihüaluronidaasi tiitri tõusmist ja C-reaktiivse valgu olemasolu).

10. Reumaatilise protsessi aktiivsuse näitajad lastel on dünaamilised ning sõltuvad haiguse kliinilisest vormist, reumatismi raskusest ja faasist.

REAKTIIVSUSE MUUTUSED LASTEL REUMATISMI MITMESUGUSE KULU PUHUL BIOKEEMILISTE UURIMISTE ANDMETEL PÄRAST GALAKTOOSI-KOORMUST

Arstitead. kand. J. N a d e ž d i n a, arstitead. kand. E. L a r s k i,
NSVL MTA Pediaatriline Instituut

Käesoleval ajal äratab üha rohkem tähelepanu organismi reaktiivsuse uurimine reumatismi puhul. Sääraste võimsate organismile tugevalttoimivate ravivahendite, nagu hüpofüüsi ning neerupealiste koore hormoonide, rakendamine reumatoloogia kliinikus nõuab kaitsejõudude ja reaktiivsuse seisundi põhjalikku kontrollimist kogu ravi-perioodi jooksul.

Üheks reaktiivsuse uurimise võimalikuks meetodiks on muutuste uurimine vereseerumi mitmesuguste valgugruppide vahekorras. Valgufraktsioonide ja vereseerumi glükoproteiidide normaalsete vahekordade muutumine reumatismi puhul on dünaamiline protsess, mis peegeldab organismi pidevat võitlust patoloogiliste häiretega. Nende protsesside püsivuse laadi tundmaõppimiseks uurisime

muutusi, mis tekivad reaktsioonina lisatoimele, s. o. koormusele süsivesikutega.

Uuriti galaktoosikoormuse mõju vere valgufraktsioonide suhtelise taseme ning glükoproteiidide difenüülamiini näitaja muutusele reumaatilise protsessi mitmesuguse kulu puhul. Sel eesmärgil uuriti dūnaamika suhtes 50 last, kes põdesid ägedat, pidevalt retsidiveeruvat või pikaleveniva kuluga reumatismi. Uuriti loo glūkeemilist kõverat ja umbes 8400 valgufraktsioonide, glükoproteiidide ja difenüülamiini näitajat.

Peaaegu kõigil lastel täheldati muutusi glūkeemilise kõvera reflektorse faasi reumatismi aktiivsel perioodil. Paljudel lastel, kes põdesid pidevalt retsidiveeruva ja pikaldase kuluga reumatismi, ei esinenud vastusena galaktoosikoormusele suhkrutaseme tõusu veres. Nähtavasti võib pikaldase reumaatilise protsessi puhul esineda häireid mehhanismides, mis reguleerivad süsivesikute taset veres. Hormoonravi taustal täheldati suhkru lähtetaseme muutusi ning glūkeemilise kõvera reflektorse faasi häireid sagedamini kui ravimisel salitsülaatidega.

Pidevalt retsidiveeruvate või pikalevenivate protsesside puhul täheldati haigetel ka glūkeemilise kõvera sünteetilise faasi häireid suhkru taseme vähenemise aeglustumise suunas, mis võimaldab mõelda maksa funktsionaalsetele häiretele.

Avastati kindel seaduspärasus vereseerumi valgufraktsioonide suhtelise taseme muutumises pärast koormust süsivesikutega.

Tehti kindlaks alfa-1 ja alfa-2 globuliinfraktsioonide taseme muutuste kõvera 4 tüüpi. Reumaatilise protsessi kõige suurema aktiivsuse järgus täheldatakse raskesti haigetel lastel nende fraktsioonide taseme langust pärast galaktoosikoormust. Protsessi aktiivsuse vaibumisel ning intoksikatsiooni vähenemisel esinevad selged lainjad kõverad.

Beetoglobuliinide tase muutus enamikul juhtudest retsiprookselt alfabglobuliinidega. Reumaatilise protsessi kõige suurema aktiivsuse perioodil kaasub alfa-2-globuliinide vähenemisega beeta-fraktsiooni suurenemine. Seisundi parandamisel täheldatakse vastupidist seaduspärasust.

Üldise düsproteineemia korral oli gammaglobuliini lähtetaseme paljudel lastel pidevalt retsidiveeruva või pikaleveniva protsessi puhul normaalne või madalam. Neil juh-

tudel ei tekitanud galaktoosikoormus gammaglobuliini tõusu ja kogu kõver kulges madalalt. Gammaglobuliini kõrge lähtetaseme juures pärast galaktoosikoormust täheldati kõrgete lähteartvude väikest kõikumist.

Reumatismi raske kulu puhul protsessi aktiivsuse kõrgjärgus albumiinide tase suhkrukõvera uurimise perioodil oluliselt ei muutunud. Üldseisundi paranemisega kaasnesid pärast koormamist süsivesikutega kindlad muutused albumiinide tasemes. Need muutused peegeldavad võimaliku dünaamilise tasakaalu nihet maksa- ja verevalkude vahel.

Difenüülamiini näitaja lähtetase sõltub mitte ainult haiguse aktiivsuse astmest, vaid ka selle raskusest ja kestusest. Samad põhjused määravad nähtavasti kindlaks difenüülamiini näitaja muutumise kõverate laadi pärast koormamist galaktoosiga. Difenüülreaktsiooni madalate lähtenäitajate puhul ei mõjutanud süsivesikute koormus näitaja taset. Kõver peatus kogu uurimisaja jooksul madalatel arvudel. Difenüülamiinreaktsiooni kõrgete lähtetasemete puhul täheldatakse kolme kõvera tüüpi: tõusu ja kõrge taseme püsimist kogu uurimisaja jooksul, tõusu difenüülamiini näitaja taseme kiire langusega, vähenemist, edaspidise pikaldase tagasipöördumisega lähtetasemele.

Uuritavate näitajate muutumise seaduspärasuste uurimine pärast koormamist süsivesikutega võimaldab oletada, et nende muutuste tase on tingitud mitte niivõrd reumaatilise protsessi aktiivsusest kui organismi reaktiivsuse tasemest, mis langeb püsiva intoksikatsiooni ja kroonilise nakkuse kolletega pikaldaselt kulgeva reuma puhul.

Reumatismi aktiivsuse langemisel normaliseeris galaktoosikoormus verevalkude ning -süsivesikute ja valgukomponendid paljudel lastel. Võimalik, et seisundi paranemisel tõuseb süsivesikute talutavus ning glükoosi ja süsivesikute määramine toiduks on otstarbekohasem kui raske ägeda protsessi puhul, kui süsivesikute koormus tekitab veel suurema düsproteineemia või mõningate biokeemiliste näitajate pärssimise.

KLIIINILISTEST TÄHELEPANEKUTEST SÜDAME- RÜTMI HÄIRETEGA REUMATISMIHAIGETEL LASTEL

T. Ternova,
NSVL MTA Pediaatriline Instituut

1. Reumaprobleemi kaasaegsel uurimisel on üheks vältimatuks nõudeks südame ja veresoonkonna detailne uurimine ning nende kahjustuste iseloomu täpsustamine. Reumahaigete laste südamerütmi häirete uurimine, millel on suur diagnostiline tähtsus, võimaldab jälgida patoloogilise protsessi arenemist ning aitab kindlaks määrata reumaatilise protsessi aktiivsust (tähelepanekute puhul dünaamika alal).

Südamerütmi häirete diagnoosimisel ja kliinilisel hindamisel tekib käesoleval ajal veel rida raskusi. Sellepärast on laste südamerütmi häirete uurimisel suur praktiline tähtsus.

Käesolevas ettekandes tuuakse tähelepanekute ja uurimisandmeid enam kui 50 südamerütmi häiretega reumahaige lapse kui ka laste kohta, kellel kliinikusse saabumisel kahtlustati reumatismi, mis aga pärast läbivaatust ei leidnud kinnitust.

2. Südame rütmi- ja juhtehäireid täheldatakse reumahaigetel lastel peamiselt ekstrasüstoolia näol. Teistest südamerütmi häiretest esineb ka sõlmjas rütm, Wolff-Parkinson-White'i sündroom, II ja III astme mittetäielik atrioventrikulaarne blokaad, interferents dissotsiatsiooniga, virvearütmi, His'i kimbu hüvaku haru blokaad ja vahelduv pulss. Ekstrasüstol esineb tavaliselt reumatismi korduvate atakkide puhul, sagedamini haigetel, kel on südameklapi rikked. Kõige sagedamini esineb vatsakese ekstrasüstol ja sellele järgneb atrioventrikulaarne süstol. Atrioventrikulaarne ekstrasüstol koos His'i kimbu haru funktsionaalse blokaadiga võib vahel simuleerida polütoopset süstolit.

3. Ekstrasüstolid, sõlmjas rütm, Wolff-Parkinson-White'i sündroom võivad reumahaigetel lastel olla peamiselt funktsionaalset laadi, olles tingitud ekstrakardiaalsetest mõjudest.

4. Enamikul lastest püsivad südamerütmi häired visalt ning jäävad kliinilise remissiooni saabumisel reumaatilise protsessi kulus sageli ilma positiivse dünaamikata. Mõnel

lapsel on need häired ajutised ning kaovad pärast ravi (sõlmjas rütm) või vähenevad pärast ravi novokaiinamiidiga (ekstrasüstolid).

5. Ekstrasüstolid, südamekodade vabisemine, III astme mittetäielik atrioventrikulaarne blokaad, paroksüsmiline tahhükardia põhjustab lastel sageli minestusseisundeid, ekvivalendid), mis sageli raskendab diagnoosimist ja ravimist.

6. Südamekodade vabisemine, mittetäielik atrioventrikulaarne blokaad 2:1, ekstrasüstolid, sõlmjas rütm ja paroksüsmiline tahhükardia ei tekkinud mõnel haigel reumaatilise protsessi tõttu, vaid nende põhjuseks olid südame juhtesüsteemi sünnipärane kahjustus, difteeriajärgse müokardiidi jääknähud, krooniline tonsilliit jt.

7. Südamerütmi häirete ravimine novokaiinamiidiga annab mõnel lapsel positiivse raviefekti.

VÕITLUSEST REUMAGA TALLINNA LASTEL

Arstitead. kand. E. Müllerbek,

ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Käesolevas töös esitatakse 1,5—2 aasta uurimise andmeid laste kohta, kes põdesid 1958. a. esmakordselt reuma ägedat hoogu (106 inimesest). Neist lastest 21,7% (23 inim.) põdesid juba kuni 1. juunini 1960. a. korduvalt reuma ägedaid hooge. 41,5% (44 inim.) lastest täheldati südame mitraalklappide puudulikkust, 58,5% (62 inim.) neist esinesid mitmesugused kaebused.

Esmasele reumasse haigestumisele eelnes angiin 27,3% (29 juhul), krooniline tonsilliit 20,8% (22 juhul), karioosseid hambaid esines 10,6% (17 juhul).

Enamikul reumahaigeist olid materiaalsed tingimused head või rahuldavad, ainult 9,0% haigeist olid need halvad. Halvad korteritingimused olid $\frac{1}{4}$ reumahaigeist.

Nagu nähtub esitatud andmeist, esines suurel protsendil lastest pärast esmast reumasse haigestumist 1,5—2 aasta kestel korduvalt haiguse ägedaid hooge. Enamik reumahaigetest lastest ei tundnud end selle aja jooksul füüsiliselt tervetena ja neil esinesid mitmesugused kaebused. Samuti arenes paljudel neist südameklappide kahjustus.

Need andmed kinnitavad veel kord, et reumal on laste patoloogias tõsine tähtsus ja on hädavajalik reumahaigete laste kestev ja korduv dispanseerne jälgimine.

Reumahaigete laste teenindamist peab parandama järgmiselt:

1) Tugevdada reumakabineti tööd ja tõsta jaoskonna arstide kvalifikatsiooni reuma suhtes.

2) Parandada statsionaarset abi reumahaigetele lastele.

3) Kiiremini lahendada reumahaigetele lastele metsakooli asutamise küsimus.

4) Parandada korteri-tingimusi perekondades, kus esineb reumahaigeid.

5) Jätkata ja süvendada võitlust mädaste koldeliste infektsioonide vastu lastel.

Reuma teaduslik uurimine peab olema suunatud reumat tekitavate põhjuste avastamisele, kaasaegsete uusimate diagnostiliste ja efektiivsemate terapeutiliste meetodite leidmisele.

TÄIENDAVATE DIAGNOSTILISTE PROOVIDE KLIINILINE TÄHTSUS REUMA PUHUL (LASTEL)

Arstitead. kand. L. Kook,

ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Reuma varane diagnoosimine, samuti reumaatilise protsessi aktiivsuse määramine lastel omab olulist tähtsust reumahaige lapse edukal ravil ja reuma profülaktikas.

Kirjanduse andmeil soovitatakse reuma diagnoosimiseks nahasisest proovi reumahaige vereseerumiga (Landtman) ja kortisoniga (Landtman ja Arajärvi) ning seroloogilist reaktsiooni Knöcheli järgi (vereseerumi selgimine kloroformiga töötlemisel).

Nahaproovi reumahaige vereseerumiga tehti 59 reumahaigel ja 44 muid haigusi põdeval lapsel. Kontrolltestina kasutati terve lapse vereseerumit ja füsioloogilist lahu. Niihästi reumahaige kui ka terve lapse vereseerumi, samuti füsioloogilise lahu puhul järgnes naha skarifikatsioonile traumaatiline reaktsioon naha punetuse näol, mis püsis 1/2—1 tund, osal juhtudel hilistraumaatilise reaktsioonina

2 kuni 4^a tundi. Saadud andmed ei andnud võimalust kasutada Landtmani nahaproovi reuma diagnoosimiseks vereseerumiga.

Landtmani ja Arajärvi nahasisest proovi kortisoniga rakendati 289 lapsel, neist 130 reumahaigel ja 159 muid haigusi põdeval lapsel. Testiks kasutati kortisoni emulsioonina (1 cm³ sisaldas 2 mg kortisoni). Kortisoni-reaktsioon osutus positiivseks 242 lapsel 289-st; nende hulgas oli reumahaigeid 115 ja muid haigusi põdevaid lapsi 127. Negatiivseks jäi nimetatud proov 15 reumahaigel ja 32 muid haigusi põdeval lapsel.

Seega osutub kahtlaseks nimetatud kortisoni-testi kasutamine reuma diagnoosimisel.

Seerumi proovi Knücheli järgi kasutati 66 reumahaigel ja 23 muid haigusi põdeval lapsel, kokku 190 juhul. Reuma aktiivses faasis oli Knücheli reaktsioon positiivne, reaktsiooni intensiivsus langes haige paranemisel. Knücheli test osutus positiivseks ka mitmete teiste infektsioonide puhul (näit. tuberkuloos jt.). Seepärast ei saanud teda kasutada reuma diagnoosimiseks. Küll aga võiks Knücheli seroreaktsiooni teatud määral rakendada reumaatilise protsessi aktiivsuse näitajana.

MÖNINGAID ANDMEID FONOKARDIOGRAAFIAST REUMAHAIGETEL LASTEL

S. Kleitmann,

ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Käesoleva töö sihiks oli kliiniliste fonokardiograafiliste andmete võrdlemine lastel.

Töö teostamisel kasutati fonokardiograafilist abiparaati «ФКП-1» ja elektrokardiograafi «ЭКП-5», mis olid vastavalt nõuetele ümber tehtud.

Uuriti üldse 35 last, neist 24 aktiivse reumatismiga, viimastest 10 südamerikkega. Üldse südamerikkega lapsi uuriti 15.

Järeldused:

1. «ФКП-1» ja «ЭКП-5» töötamisel saadud kõveraid võib kasutada praktiliseks otstarbeks.

2. Fonokardiograafilised leiud põhiliselt vastasid kliinilisele diagnoosile.

3. Kõrge sagedusega süstoolne kahin fonokardiogrammil vastab kliinilisele mõistele «puhuv süstoolne kahin».

4. Transformatsiooni aeg «Q I» on mitraalriketega haigetel lastel pikenenud.

5. Tugevnenud III tooni esineb sagedamini südameriketega lastel.

6. Intervall II tooni algusest kuni III tooni tipuni on lühem nii südamerikkega lastel («II—III» 0,15") kui ka lastel ilma südamerikketa (««II—III» 0,16").

7. Kirjanduse andmetel on aortaalne diastoolne kahin fonokardiogrammil ägeda endokardiidi ja väljakujunenud aordi insufitsientsuse puhul erinev. Meie oma vähestes andmetes selles osas selget vahet ei sedastanud.

8. Fonokardiograafilised leiud lastel kliinilise diagnoosiga mitraalinsufitsientsus lubavad esitada küsimuse, kas ei esine lastel reumaatilise südamerikke puhul mitraalsteenoos sagedamini, kui teda diagnoositakse.

Vastuse sellele küsimusele saab ainult edaspidiste uurimistega.

Käesolev töö on ainult orienteeruv, hädavajalikud' on edasised uurimised, selle hulgas katamnestilised. Vajalik on võrdluseks uurida terveid lapsi.

KORTIKOSTEROIDIDE KLIINILISE EFEKTIIVSUSE VÖRDLEV UURIMINE REUMAHAIGETE LASTE RAVIMISEL

NSVL MTA tegevliige prof. O. Sokolova-Ponomarjova,
arstitead. kand. T. Borissova,
NSVL MTA Pediaatriline Instituut

1. Vaatamata steroidsete hormoonide laialdasele rakendamisele laste reumatismi ravimisel ja sellele küsimusele pühendatud kirjanduslike andmete rohkusele ei ole nende toimemehhanism, annused ja manustamise meetodid veel lõplikult kindlaks määratud.

2. Meie varemad tähelepanekud AKTH ja kortikosteroidide rakendamise kohta reumahaigete laste kompleksseks ravimiseks NSVL MTA Pediaatria Instituudis näitasid, et kortisoon ja adresoon on võimsad terapeutilised vahendid, mis muudavad patoloogilise protsessi kulgu lastel, vähendades haiguse aktiivseid nähte (millest 1956.—1959. a. teatasime paljudes ettekannetes ja üksikutes artiklites).

3. Käesoleval ajal oleme teinud tähelepanekuid 210 reumahaige lapse üle. Enamik lapsi talusid hästi ülalmainitud preparaate. Kortikosteroidide manustamisel täheldati ebasoodsat reaktsiooni ainult 8 lapsel (210-st), kelle juures nende preparaatide rakendamine lõpetati. Kõrvalnähud, nagu tahhükardia, hüpertensioon, leukotsütoos, kehakaalu ülemäärane tõus jne., ilmnesid 78% lastest, kuid kadusid preparaadi annuse vähendamisel või selle manustamise katkestamisel enamasti 1—2 nädala jooksul. Mõnel lapsel kestsid säärased nähud 1,5—2 kuud. Kõige vähem kõrvalnähte täheldati prednisooni manustamisel.

4. Saadud materjalide kliiniline analüüs näitas, et reumahaigete laste ravimisel kortikosteroididega normaliseeruvad protsessi aktiivsuse mitmesugused näitajad kiiremini kui kontrollgrupil. Enamikul lastest paranesid kiiremini üldseisund ja meeleolu, kadusid valud südames ja liigestes, normaliseerus südametaliitus ja vereringe: südametoonide tuhmus, kahinate intensiivsus, südamepiirid vähenesid, temperatuur langes.

Ravi tulemusena märgiti paranemist mitmesuguses astmes 160-1 lapsel (210-st), 37-1 ei täheldatud terapeutilist efekti, 9-1 haiguse kulg halvenes ning 4-1 lapsel, kelle haigusprotsess kulges raskesti ja katastroofiliselt, oli selle lõpe letaalne. Kõige paremaid ravitulemusi saavutati prednisooni ja deltafluoreeni kasutamisel.

5. Kortikosteroidide mitmesuguste annuste terapeutilise efektiivsuse esialgse hinnangu järgi ei olnud kortisooni (25 mg.) ja prednisooni (5 mg.) väikeste annuste efektiivsus vähem kui keskmistel ja suurtel annustel.

6. Biokeemiliste uurimiste andmed näitavad, et hormoonidega ravimisel väheneb lastel reumatismiprotsessi aktiivsus. Sidekoe põhiliste koostisosade ainevahetuse häired kaovad või taanduvad, mida kinnitab vere ja uriini mukoproteiidide kõrgeenenud taseme langemine, difenüülamiini näitaja ja vereseerumi antihüaluronidaasi tiitri vähenemine ning vere valgusspektri normaliseerumine.

7. Kapillaaride suurenenud läbilaskvus reumatismi aktiivses faasis väheneb hormoonravi toimel vastavalt vereseerumi antihüaluronidaasi tiitrite, difenüülamiini näitaja ning vere ja uriini mukoproteiidide üldkoguse vähenemisele.

8. Immunoloogilised ja keemilised uurimised avastavad enamikul järelevalvel olevaist lastest antihüaluronidaasi

ja 0-antistreptolüsiini tiitri suurenemist reumatismi aktiivses perioodis. Ravimine kortikosteroididega põhjustab streptokokiliste antikehade tiitri langemist. Fagotsütoosi komplemendi tiitri ning Rose reaktsiooni näitajate andmeil paraneb hormoonravi toimel reumahaigetel lastel vähenenud mittespetsiifiline immuunsus, kusjuures täheldatakse kolme immunoloogiliste protsesside muutuste varianti.

9. Võrreldes kontrollgrupiga, tõestavad 130-l lapsel 6 kuu kuni 2 aasta jooksul läbiviidud katamnestilised tähelepanekud hormoonravi paremust nende varajase manustamise tingimusel ning reumaatilise protsessi ägeda kulu puhul.

10. Omades võimsat toimet, tuleb kortikosteroidide manustada ettevaatlikult, kusjuures peab arvestama ka laste ealisi iseärasusi ja nende organismi reaktiivsust, rakendades neid preparaate võimalikult haiguse algstaadiumis ning rangelt individuaalselt.

Kortikosteroidide toime kliinilist uurimist tuleb jätkata biokeemiliste ja immunoloogilis-bioloogiliste näitajate vastandamise teel.

REUMA RAVITULEMUSTEST PUHANGUJÄRGSSEL JA PUHANGUTEVAHELISEL PERIOODIL

**(Tartu linna Kliinilise Lastehaigla reumatoloogilise
kabineti andmeil)**

Arstiteaduse kand. Z. S a a r,
TRÜ arstiteaduskonna pediatría kateeder

1. Reumaatilise protsessi kulg puhangu järgsel ja puhanguvahelisel perioodil oleneb suurel määral

a) esimese ataki kliinilise ravi kestusest ja intensiivsusest,

b) peale ägedate nähtude vaibumist režiimi täitmisest vähemalt poole aasta vältel.

2. Suurt kalduvust retsidiveerumisele ning ravi vähest efektiivsust võib täheldada kesknärvisüsteemi reumaatiliste kahjustuste puhul (Chorea minor). Suuri diagnostilisi ja ravi raskusi valmistavad latentselt kulgnevad reuma juhud.

3. Süstemaatilist antireumaatilist, profülaktilist ravi on

vajalik läbi viia vähemalt kahe aasta vältel peale viimast atakki.

4. Retsidiivivastase ravi kompleksi peab peale medikamentoosse teraapia kuuluma veel sanatoor-kuurordiline ravi hoojärgses ning hoogudevahelises perioodis.

Eriti suurt tähelepanu tuleb pöörata sanatoorse ravi organiseerimisele ja läbiviimisele hoojärgses perioodis.

5. Võttes arvesse reumaatilise protsessi kroonilist kulgu ning reumaatikute sagedat invaliidistumist ning kõrget suremust, on vajalik luua vabariigis ravi-profülaktiliste asutuste süsteem, milline kindlustaks püsiva ravikompleksi.

Selleks on vajalik organiseerida ENSV Tervishoiuministeeriumi süsteemis reumatoloogiline sanatoorium ning ENSV Haridusministeeriumi süsteemis reumat põdevate laste jaoks sanatoorne grupp ühe internaatkooli juures.

6. Sanatoor-kuurordilist ravi nii puhangutejärgses kui ka puhangutevahelises perioodis on meie tingimustes soovitatav läbi viia ühes ja samas sanatooriumis.

7. Alates 1961. aastast on vajalik eraldada antireumaatiliste ravivahendite fond reumaatikute ambulatoorseks ravimiseks.

8. Reumatoloogiliste kabinetide diagnostilise ja ravitöö parandamiseks on vajalik:

a) eraldada vastavad koosseisud nii arstliku kui ka keskm. personali osas;

b) luua suuremad võimalused haige laboratoorseks (biokeemiliseks ja bakterioloogiliseks) ning instrumentaal-funktsionaalseks uurimiseks;

c) polikliinikute juures, kus on reumatoloogilised kabinetid, on vajalik luua vastava profiiliga füsioterapeutilised osakonnad.

ÕPILASTE MEDITSIINILISEST TEENINDAMISEST SEOSSES HARIDUSSÜSTEEMI ÜMBER- KORRALDAMISEGA

L. Lavrova,

ENSV Tervishoiuministeeriumi Laste ja Emade Ravi-profülaktilise
abi osakonna ülem

1. NSVL Liidu Ülemnõukogu 1958. aasta 24. detsembri seadus «Seose tugevdamisest kooli ja elu vahel ning rahvahariduse süsteemi edasisest arendamisest» rajab

ued teed õpilaste õpetamisel ja kasvatamisel ning muudab oluliselt kogu rahvahariduse süsteemi.

Vastavalt sellele tuleb muuta meditsiinilise teenindamise vorme, meetodeid ja sisu meditsiinitöötajate aktiivse osavõtu suunas seadusega püstitatud ülesannete edukaks lahendamiseks.

2. Järelevalvet õpilaste kehalise arenemise ja tervisliku seisundi üle kui kooliarstide peamist ülesannet tuleb täita sihikindlalt, kohaldades neid konkreetsetele tingimustele, mis võimaldavad realiseerida kooli elule lähendamise ning õpilaste tootmisest aktiivse osavõtu nõuet.

Selle ülesande lahendamisest peavad kooli meditsiinitöötajad vahetult osa võtma.

3. Üldhariduslike koolide tööle asumisel uute õppekavade ja plaanide kohaselt on tarvis uut suhtumist õpilaste õppe-, töö- ja koolivälise tegevuse režiimi organiseerimises.

Režiim peab võimaldama optimaalseid tingimusi õpilaste mitmekülgsele tegevusele, kindlaks määrama nende ratsionaalse koormuse vastavalt ealistele anatoomilistele ja füsioloogilistele iseärasustele, ette nägema pedagoogilise protsessi organiseerimise kõige otstarbekohasemad vormid ning tagama vajalikud tingimused õpilase normaalseks kasvamiseks ja arenemiseks.

Selle ülesande lahendamisest peavad kooli meditsiinitöötajad vahetult osa võtma.

4. Õpilaste tööalane tegevus (iseteenindamine, töötamine töökodades, kooliaias, tööstuses jne.) peab õppe- ja kasvatusülesannete kõrval olema õpilaste tervistamise aktiivseks teguriks ning kaasa aitama hügieeniliste harjumuste ja teadmiste omandamisele.

Selle ülesande lahendamine kohaldatuna iga kooli konkreetsetele tingimustele, peab kuuluma kooli meditsiinitöötajate tegevussfääri.

5. Üldhariduslik kaheksaklassiline kool peab õpilasi ette valmistama tööks tööstusettevõtetes ja andma neile vastavaid kutsealaseid teadmisi. Kooli meditsiinitöötaja ülesandeks on õpilaste õigeaegne tutvustamine nõuetega, mis mitmesugused elukutsed püstitavad inimese kehalisele arenemisele ja tervisele. Säärane konsultatsioon peab abistama õpilast elukutse valikul.

6. Meditsiiniline kontroll kehalise kasvatus üle koolis,

selle ühendamine õpingute ja õpilaste tööalase tegevusega on kooli meditsiinitöötajale tõsiseks ülesandeks.

7. Uusi ülesandeid seoses kooli ümberkorraldamise seadusega on võimalik täita ainult arstide ja keskharidusega meditsiinipersonali funktsioonide vastava jaotamise ning kogu õpilaste meditsiinilise teenindamise süsteemi täpse kohaldamisega koolide mitmesugustele tüüpidele.

8. Kogu töö seoses õpilaste meditsiinilise teenindamisega peab toimuma alalises kontaktis õpetajate ning kooli kommunistlike noorte organisatsioonidega, tõmmates selleks kaasa ka lastevanemaid ja ühiskondlikke organisatsioone.

KOGEMUSTEST ÕPILASTE HAIGESTUMUSE VÄHENDAMISE ALAL TALLINNA INTERNAATKOOLIS

J. Žurba,
Tallinna Internaatkool

Mitmete küsimuste õigesti ja õigeaegne lahendamine Tallinna Internaatkoolis vähendas õpilaste haigestumust 1959/60. õppeaastal järsult.

Nendest küsimustest olid põhilised:

1. Sanitaartervistavate abinõude konsekventne rakendamine koolis.

2. Süstemaatilised abinõud laste karastamiseks toasooja veega ülehõõrumiste abil hommikuti ja õhtuti ning kohustusliku värskes õhus viibimise teel õppetundide vaheajal igasuguse ilmastiku puhul.

3. Täiuslikuma kunstliku valgustuse sisseseadmine klassiruumidesse.

4. Kõrge kalorsusega toitlustuse organiseerimine, C-vitamiini lisamine toidule kogu õppeaasta jooksul ning 1 supilusikatäie kalamaksaõli andmine kõigile õpilastele sügis- ja talveperioodil.

5. Õpilaste õige pinkidesse paigutamine, arvestades nende kasvu ning nägemis- ja kuulmise teravust.

6. Õige koolirežiimi organiseerimine ühes laste süstemaatilise karastamisega etendas suurt osa organismi väsimuse profülaktikas, mõjus positiivselt õpilaste füüsilisele arenemisele, tõstis nende töövõimet ja vastupidavust haigustele ning avaldas soodsat mõju õppeedukusele.

7. Tihe kontakt meditsiinitöötajate ja pedagoogilise personali vahel oli soodsaks eelduseks kõigile tervistusüritustele koolis.

8. Internaatkooli õpilaste meditsiinilise teenindamise edasiseks parandamiseks kavatakse laiendada kontrolli õpilaste koormuse ja kehakultuuriharjutuste alal ning parandada sanitaar-hügieenilist režiimi koolis.

KEHAKULTUUR ÕPILASTE PÄEVAREŽIIMIS TEMA MÕJU SEISUKOHAST VAIMSELE ARENEMISELE

Arstitead. kand. R. Silla,

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut

Kehakultuuri toime analüüs vaimsele arenemisele näitab, et see toime avaldub rea erinevate komponentide kujul:

- 1) soodus mõju üldtugevdava ja tervistava toime abil;
- 2) kehakultuuritreening, sõltuvalt tegevuse iseloomust vastavaid närvikeskusi ja -süsteeme;
- 3) kehakultuur arendab rida psüühilisi omadusi, mis on vajalikud ka edukas vaimses töös (algatusvõime, püsivus, eneseusaldus jne.);
- 4) kui kehakultuur vaheldub vaimse tööga, avaldub tal veel üks positiivne omadus — vaimse väsimuse likvideerumise kiirendamine (aktiivne puhkus);
- 5) režiimifaktorite vastastikuse sõltuvuse üldise printsiibi kohaselt sõltub kehakultuuri kestusest päevarežiimi rea teiste faktorite kestus — näit., mida rohkem kulub aega kehakultuurile, seda enam lüheneb aeg mitmesuguse spetsiaalse vaimse treeningu ja arengu jaoks jne.

Kooliastumisel toimub laste päevarežiimis muutus — ühekülgse vaimse koormuse järsk suurenemine. Meie uurimused näitavad aga, et õppekoormus ise rõhuval enamikul õpilastest ei tingi üleväsimuse seisundit. Kuid seoses suure õppekoormusega tekib tavaliselt alakoormus mitmesuguse kehakultuurilise tegevuse osas ning värskes õhus viibivad lapsed vähe. Sellest võib järeldada, et õpilaste ämmutunud nn. kroonilise kooliväsimuse (vaimse töövõime langus, peavalud, kehalise arengu peetus, unehäired jne.) tõeliseks põhjuseks on mitte õppekoormuse enda

toime, vaid viimasest tingitud kehaline alakoormus, vähene viibimine värskes õhus jms. ning nendest põhjustest tingitud organismi mitteküllaldane areng ja tervise nõrgenemine.

Tallinna rohkem kui 300 kooliõpilase päevarežiimi uurimisel selgus, et kõige mitmesugusema kehakultuurilise tegevuse (hommikvõimlemine, liikumismängud, sport jne.) keskmine öö-päevane kestus oli 1. klassi õpilastel 1,2 tundi, 3. ja 5. klassi õpilastel 1,5 tundi; seejuures paljud õpilased praktiliselt üldse ei tegele kehakultuuriga.

Reas uurimistes (Gratsianov, Zak, Porter, Olson jt.) on selgitatud, et kehaliselt paremini arenenud lapsed on keskmiselt ka vaimselt paremini arenenud, kuigi leidub küllalt palju erandeid. Kuid sellest ei järeldu, et kehakultuur oleks parema vaimse arengu garantiiks.

Meie uurimusest on näha, et kehakultuur toimib närvisüsteemile erinevalt sõltuvalt õpilase vanusest ja arengustmest.

1. klassis kehakultuuriga kõige kestvamalt tegelevad õpilased on ka vaimselt paremini arenenud kui kehakultuuriga vähem tegelejad (põhiliste närviotsesside jõud ja liikuvus oli neil suurem, närviotsessid paremini tasakaalus, 2. signaalsüsteemi tegevus ja vastastikune toime 1.-ga parem, vaimne töövõime (korrektuurtestide alusel) kõrgem ja isegi mälu parem). Kehakultuuri selline toime õpilaste kasvades muutub.

Tõenäoliselt on see tingitud sellest, et kui väiksemad lapsed vaimse arengu põhistiimulid saavad mängus, liikumismängudes tihedas kontaktis looduse endaga lahtises atmosfääris jms., siis edaspidi omandab vaimseks arenguks ikka suurema tähtsuse spetsiaalne vaimne treening, mis sageli toimub raamatu taga istudes jne. Kuid spetsiaalse vaimse treeningu kestus õpilase päevarežiimis sõltub kehakultuuriga tegelemise kestusest ja on sellele pöördproportsionaalne.

Vastavalt sellele polnud 3. klassi õpilastel 2. signaalsüsteemi tegevuse ja 1.-ga vastastikuse toime parimad näitajad enam mitte lastel, kes kõige kauem tegelesid kehakultuuriga, vaid sellega keskmiselt kaua tegelejal (1,2—1,5 tundi ööpäevas).

5. klassi õpilastel 2. signaalsüsteemi tegevuse ja 1.-ga vastastikuse toime parimad näitajad olid juba kehakultuuriga kõige vähem tegelejal. Ka vaimse töövõime pari-

mad näitajad olid 5. klassi õpilastel nihkunud kehakultuuriga kõige kauem tegelejate laste grupist sellega keskmiselt kaua tegelejate gruppi.

Vaimse arengu ülalkirjeldatud nihked ilmusid samadel õpilastel ka 2 aasta jooksul korduval uurimisel ja ka pärast kehakultuuri ja vaimse koormuse muutusi.

Seega on kehakultuuril lai kasulike mõjude diapasoon organismile, kuigi ta pole arengu universaalseks faktoriks. Kuid kehakultuuri erinev mõju närvisüsteemi eri funktsioonidele näitab, et mõnede funktsioonide arendamiseks on ta siiski otseseks spetsiaalseks vahendiks (näit. olid põhiliste närviotsesside jõud ja liikuvus suuremad kehakultuuriga rohkem tegelejalatel kõigis vanusgruppides).

Kokkuvõtlikult näib meile, et õpilaste vaimne koormus ei vaja vähendamist, kuid tuleb tunduvalt suurendada, mitmekesistada ja intensiivistada õpilaste kehalist kasvatust, viies seda läbi värskes õhus ja organiseeritud korras.

KÜLMA VEE JALAVANNIDE TOIMEST ÕPILASTE MÕNINGATELE KEHA- JA NAHATEMPERATUURI NING VERENÄITAJATELE

E. Valdre ja S. Kallas,

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut

Töö ülesandeks oli külma vee jalavannide kui karastusprotseduuri toime uurimine noorema kooliea õpilaste organismile. Veeprotseduur viidi läbi Tallinna Internaatkooli V klassi 15 mõlemast soost õpilasel 1 kord päevas alates 24. II kuni 12. III 1960. a. Püstitati küsimus: kas ja kuidas muutub õpilaste organismis reaktsioon peale 17-päevast külma vee jalavannide läbiviimist? Selle selgitamiseks teostati õpilaste keha- ja nahatemperatuuri mõõtmised ning vereanalüüsid katseperioodi alguses ja lõpus enne jalavanni ning peale seda iga 10 minuti järel 1 tunni jooksul. Katsetulemuste analüüs lubab teha järgmised kokkuvõtted:

1. Külma vee jalavannide läbiviimisel 2,5 nädala vältel toimus ulatuslik füüsikalise termoregulatsiooni mehhanismide ümberkõlastumine reaktsiooni lühenemise ja otsustavaks muutumise suunas.

2. Külma vee jalavannide toimel ilmnes õpilastel aksil-

laar- ja oraaltemperatuuri tõsureaktsioon, mis oli suurem ja kestvam esimese protseduuri järel ja muutus lühiajaliseks veeprotseduuri korduval kasutamisel.

3. Pärast 17-päevast süstemaatilist külma vee jalavannide läbiviimist oli õpilaste rinna-, käte- ja jalgade nahatemperatuuri ning nina limanaha temperatuuri tase enne jalavanni 1,5°—2,5° võrra kõrgem kui varem, kusjuures naha temperatuurireaktsiooni amplituud jalgadel oli enam-vähem sama esimese ja viimase veeprotseduuri järel, kaugemate kehaosade naha temperatuurireaktsiooni amplituud oli katseperioodi lõpul aga tunduvalt väiksem. (Organismi termoregulatsioon tervikuna muutus kehatemperatuuri säilitamise seisukohalt efektiivsemaks ja nahaveresoonte reaktsioonid temperatuuriärritajale otstarbekamaks).

4. Külma vee jalavannide igapäevasel kasutamisel tõusis õpilaste nahatemperatuuri ja ümbritseva ruumi temperatuuri vahe, mis kujutab endast nähtavasti tingitud — reflektorset termoregulatsiooni aktiivsuse tõusu.

5. Külma vee jalavannide läbiviimisel 2,5 nädala vältel tuli ilmsiks erütrotsüütide ja leukotsüütide arvu, hemoglobiini protsendi ja settimisreaktsiooni kiiruse tõusutendents.

6. Vereplasma C-vitamiini sisaldus katsegrupi õpilastel veeprotseduuride igapäevase kasutamise perioodil langes samuti kui teistel internaatkooli õpilastelgi samas ajavahemikus.

7. Külma vee jalavannide igapäevane kasutamine on organismi elutegevust, sealhulgas ka termoregulatsiooni, adekvaatsuse suunas ulatuslikult ümberkõlastava toimega, mistõttu teda, eriti läbiviimise lihtsust arvestades, on vajaliku ettevaatusega võimalik kasutada karastusprotseduurina.

NOOREMATE KOOLIÕPILASTE HINGAMISE JA SÜDAME-VERESOONTE SÜSTEEMI ARENGU SÕLTUVUS FÜÜSILISEST KOORMUSEST

V. Hion ja E. Valdre,

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni
Teadusliku Uurimise Instituut

1959. a. esimesel poolel uuriti meie poolt Tallinna Internaatkooli II ja III kl. kõigi õpilaste hingamise- ja pulsisageduse dünaamikat tööpäeva vältel. Hingamise- ja

pulsisagedust loeti 6 korda öö-päevas: esimene kord — kell 7.00 hommikul, kohe peale äratust voodis lamades; teine kord — kell 7.15, kohe peale hommikvõimlemist samuti lamavas asendis; kolmas, neljas ja viies kord — kell 9, 10 ja 11, kohe peale I, II, III õppetunni lõppu klassiruumis, koolipingis istudes; kuues kord — kell 16.00 magamisruumis voodis lamades.

1959/60. õ.-a. sügisel ja kevadel uuriti samade, kuid nüüd juba III-sse ja IV-sse üleviidud õpilaste hingamise- ja pulsisageduse päevast dünaamikat tööpäeva vältel samadel kellaaegadel ja samades väliskeskonna tingimustes. Nende klasside õpilastele olid organiseeritud ja rangelt juurutatud erinevad päevarežiimid. III klassi õpilastele viidi sisse režiim kõrgendatud füüsilise ja vaimse aktiivsusega (6 võimlemistundi nädalas värskes õhus ja 5 lisatundi teoreetilistes ainetes). IV klassi õpilaste jaoks kehtis Vene NFSV Ped. Teaduste Akadeemia poolt välja-töötatud tüüp-režiim. Saadud andmete analüüsil selgitati järgmist:

1. Hingamise- ja pulsisagedus oli tööpäeva vältel tütarlastel kõrgemal tasemel kui poistel.

2. Keskmine päevane pulsisagedus nii tütarlastel kui ka poistel ea suurenedes järjest vähenes nähtavasti pulsimahtu samaaegse tõusu arvel.

3. Pulsisagedus sõltub lapse arenguastmest. Keskmine päevane pulsisagedus on samavanustel, kuid erinevates klassides õppivatel lastel seda madalam, mida kõrgemas klassis nad õpivad (enamarenenud lastel on pulss aeglasem — seega pulsimaht suurem). Keskmine pulsisagedus ühes ja samas klassis õppivatel, kuid erineva vanusega lastel on aga, vastupidi — seda sagedam, mida vanem on laps (vähemarenenud lastel on pulss sagedam — seega pulsimaht väiksem).

4. Eaga (arenguastme tõustes) õpilastel tavalistes harjunud internaatkooli tingimustes keskmine päevane pulsisagedus pulsimahtu suurenemise tõttu mitte ainult ei vähene, vaid pulss muutub ka püsivamaks tavalise tööpäeva vältel (kokkuhoiuprintsiip). Näiteks pulsisageduste kõikumise amplituud samadel päevaaegadel tavalistes korduvates koolikeskkonna tingimustes II klassi õpilastel oli 17 lööki minutis, III kl. — 12 lööki minutis, aga IV kl. (1960. a.) 7 lööki minutis. Koos eaga suureneb pulsi tingitud-reflektoorne labiilsus. Seda näitab klino-orto-klino-

staatiline kats. (Väliskeskonna korduvatele muutustele organismi reaktsiooni kiirenemise printsiip).

5. Tervetel lastel ea suurenedes paralleelselt arenguga tuleb tavalistes harjunud ümbritseva keskkonna tingimustes kokkuhoiu printsiibi toimetel ilmsiks järk-järguline hingamissageduse langus, mis toimub hingamismahu suurenemise arvel; aga samuti ka pulsi-hingamise suhte suuremine, mis vihjab stabiliseerunud või isegi vähenenud nõudmistele väliskeskonna poolt lapse lihastegevuse suhtes, s. o. hapniku stabiliseerunud või vähenenud tarvidusele.

6. Režiim kõrgendatud füüsilise ja vaimse koormusega mõjutas tugevalt III klassi (eksperimentaalklass 1959/60. õppeaastal) õpilaste pulsisageduse päevast dünaamikat, vähendades pulsi-hingamise suhet.

7. Päevane pulsisageduse dünaamika kõver nii III (eksperimentaal-) klassi poistel kui ka tütarlastel asetseb tunduvalt madalamal nivool kui vanema kontrollklassi õpilastel, mis vihjab suuremale arengule. Seejuures tütarlastel see pulsisageduse klassi-erinevus oli maksimaalne peale hommikvõimlemist, ulatudes 21 löögini minutis (s. o. 19%, võrreldes kontrollklassi tüdrukutega), aga poistel õppetundide ajal, ulatudes 12 löögini minutis (s. o. 14%).

8. Üldine sooline pulsisageduse erinevus vähenes 13% võrra, sest eksperimentaalrežiimi toimetel toimus tütarlastel tunduvalt suurem pulsisageduse aeglustumine kui poistel.

9. Vaimselt ja füüsiliselt aktiivsema eluviisi toimetel pulsisageduse päevaste kõikumiste maksimaalne amplituud vähenes 12-st 7 löögini minutis, aga tütarlastel 26-st 11 löögini, mis samuti vihjab vereringe kiiremale arengule tütarlastel.

10. Eksperimentaalne režiim veidi suurendas keskmist hingamissagedust kogu tööpäeva vältel nii poistel kui ka tütarlastel, kusjuures hingamise sagenemine poistel oli veidi väiksem. Hingamislüügutuste sagedus poistel tõusis keskmiselt 1,8, aga tütarlastel 4,8 hingamise võrra minutis. Hingamise sagenemine tuli eriti ilmsiks päeva teisel poolel.

Seega pulsisageduse ja pulsi-hingamise suhte alusel on võimalik hinnata lapse südame- ja veresoonte ning hingamistegevuse arenguastet.

LASTE GÜNEKOLOOGILISE ABI ORGANISEERIMISE KOGEMUSTEST TALLINNAS

L. Lissovenko,
Tallinna Vabariiklik Haigla

Lastegünekoloogia küsimused huvitavad günekolooge ja pediaatreid järjest rohkem.

Tallinna Lastehaigla baasil loodi 1959. a. märtsikuus meie vabariigis esimene lastegünekoloogia kabinet.

Sellest ajast saadik on kabineti abi kasutanud 340 tütarlast 1 kuu kuni 18 aasta vanuseni. Neist hospitaliseeriti 18 isikut.

Kabineti poole pöördunud laste üldarvust kannatas 70% mitmesuguse etioloogiaga vulvovaginiitide all. Haiguse sagedaseks põhjuseks olid soolenugiliste invasioon hügieenirežiimi rikkumine.

Need andmed sunnivad pöörama tütarlaste hügieeniküsimustele suuremat tähelepanu nii lasteasutustes kui ka elukonnas.

Lastegünekoloogia ning tütarlaste hügieeniga seotud küsimuste lahendamisele tuleb juhtida pediaatreid, kooliarsteid, pedagoogide ja lastevanemate tähelepanu.

DIFTEERIA LIKVIDEERIMISEST EESTI NSV-S

L. Stepanova,
ENSV Tervishoiuministeeriumi Vabariiklik
Sanitaar-Epidemioloogiline Jaam

1. Difteeriasse haigestumuse likvideerimise probleem on teoreetiliselt põhjendatud. Selle haiguse etioloogiat, epidemioloogiat, kliinikut ja profülaktikat on küllaldaselt uuritud. Ka selleks vajalikud organisatsioonilised ja profülaktilised üritused on täiesti reaalsed. Lähtudes sellest, on tervishoiuorganite käsutuses abinõude kompleks, mille õige kasutamine võib tagada difteeria likvideerimise.

2. Viimase kümne aasta jooksul märgitakse Eesti NSV-s difteeriasse haigestumuse pidevat vähenemist.

Ühtlasi tuleb märkida, et viimase 3—4 aasta jooksul ei ole registreeritud difteeriasse haigestumist enam Võru, Väike-Maarja, Hiiumaa, Märjamaa ja Rapla rajoonis.

3. 1959. aastal ja 1960. a. esimesel poolaastal esines dif-

teeria kõige sagedamini 3—4 aasta ja 7—8 aasta vanuste laste hulgas. See on seletatav nende eagruppide mitteküldase immuunsusega vaktsineerimise ja revaktsineerimisega halva hõlmamise tõttu.

4. Viimase 5 aasta jooksul avastati kontingentide läbivaatamisel epidemioloogiliste näidustuste põhjal difteeriasse haigestumuse poolest ebasoodsates linnades ja rajoonides 2—3% batsillikandjaid. Difteeriasse madala haigestumusega rajoonides oli batsillikandmine tunduvalt harvem. Järelikult tuleb laiendada elanike bakterioloogilist läbivaatust batsillikandmisele difteeria suhtes ja sellele järgnevat batsillikandjate ravi, eeskätt rajoonides, kus difteeriasse haigestumus on kõrgem.

5. Viimase poolteise aasta jooksul oli difteeriat põdenud laste hulgas 30—40% kaitsepoogituid, 52% -l 1959. a. difteeriasse haigestunud lastest ning 20% 1960. a. esimesel poolaastal haigestunuist olid kaitsepooked lõpetamata. 7,6% 1959. aastal difteeriat põdenuist ja 20% 1960. a. esimesel poolaastal põdenuist olid hoopis pookimata.

Tunduva arvu difteeriat põdenud laste kohta puudusid kaitsepoogete andmed. Tuleb organiseerida kõigi 0 kuni 12-aastaste laste täpne ja täielik arvelevõtmine ning hõlmata kõik nad profülaktiliste kaitsepoogetega.

6. Väga väärtuslikuks meetodiks immuunsuse kindlaksmääramisel difteeria suhtes on Schicki-reaktsioon. Rakendades ulatuslikult Schicki-reaktsiooni tuleb erakordselt revaktsineerida kõik lapsed, kellel puudub immuunsus difteeria suhtes.

7. Esineb difteeria ebaõige ja hilise diagnoosimise juhtumeid. Näiteks diagnoositi kahe esimese haiguspäeva jooksul difteeriat 1959. aastal ainult 48,8% -l ja 1960. aasta esimesel poolel ainult 30% -l haigestunuist.

8. Viimaste aastate jooksul võib märgata difteeria kulu raskenemist. Näiteks põdes 1959. aastal ja 1960. a. esimesel poolaastal 22,5% haigeist toksilist difteeriat. 1959. aastal moodustas letaalsus difteeria tagajärjel 2,08%.

9. Eesti NSV-s on tähtsaimateks üritusteks difteeriasse haigestumuse vähendamise ja likvideerimise alal:

- a) ühtse süsteemi organiseerimine kõigi 0—12-aastaste laste täielikul arvelevõtmisel;
- b) kõigi vaktsineerimisele ja revaktsineerimisele kuuluvate laste täielik hõlmamine;

c) erakordsete individuaalsete kaitsepoogete tegemine lapse organismi üldise reaktiivsuse vähenemisel ja massiliste kaitsepoogete läbiviimine epidemioloogiliste näidustuste põhjal ohtliku epidemioloogilise olukorra puhul linna või rajooni mikrojaoskondades;

d) difteeria õige ja õigeaegne diagnoosimine ning haigete isoleerimine;

e) ulatuslik bakterioloogiline uurimine batsillikandjate avastamiseks epideemiakolletes ning laste ja täiskasvanute hulgas, avastatud batsillikandjate ravimine;

f) meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni tõstmine difteeria profülaktika, laboratoorse ja kliinilise diagnostika alal;

g) sanitaarharidustöö tõhustamine elanikkonna hulgas difteeria profülaktika küsimustes.

LASTE POLIOMÜELIITI HAIGESTUMUSE MÕNINGAID EPIDEMIOLOOGILISI ISEÄRASUSI NING SELLE HAIGUSE LIKVIDEERIMISE VÕIMALUSTEST EESTI NSV-S

K. Vassiljeva,

ENSV Tervishoiuministeeriumi peaepidemioloog

Poliomüeliidi levikut tuntakse Eesti NSV territooriumil juba ammu. Viimaste aastate jooksul (kuni 1958. aastani) täheldati poliomüeliiti haigestumise tunduvalt tõusu, kusjuures haigus esines sageli puhangutena. Kõige suurem puhang, mis haaras vabariigi lõunarajoone, oli 1958. aastal.

Viimasel perioodil märgiti poliomüeliidijuhtude arvu suurenemist maal seoses lokaalsete puhangutega.

Poliomüeliidi levimist iseloomustas teatud perioodilisus, mis vaheldus epideemiliste tõusudega ja järkjärgulise langusega pärast haigusjuhtude maksimaalset arvu.

Poliomüeliidi tüüpiline hooajalisus väljendus Eesti NSV-s järsult, kusjuures haigusjuhtude arv tõusis juulis, augustis ja septembris 41,1—82,2%-ni aastasesst haigestumusest.

Haigestumuse näitajad ea kohta üle 18 aasta langevad järsult.

Poliomüeliiti haigestumuse kõrgemad näitajad nii eelkooli- kui ka kooliealiste laste osas kinnitavad poliomüeliidi tunduvalt levikut laste hulgas Eesti NSV-s.

Ühtlasi oli poliomüeliiti haigestumusele Eesti NSV-s omane haigestunud täiskasvanute kõrge erikaal. 1920.—1940. aastani moodustas haigestumiste arv üle 15 aasta vanuste isikute hulgas 50,1 protsenti. Järgnevatel aastatel kõikus täiskasvanute haigestumus 32,6—46,0 protsendi pii-rides haigestunute üldarvust.

Haigusjuhtumite arvu poolest märgiti kõige madalama- mat seisu imikute hulgas, nimelt 3,9 protsenti. Ühe- kuni kümneaastaste laste hulgas oli haigestumus kõrgem. Üle kümneaastaste laste hulgas oli haigestunuid palju rohkem, nad moodustasid keskmiselt 18,3 protsenti haigestu- nute üldarvust.

Eesti NSV-le on iseloomulik, et poliomüeliiti haigestu- mus vanuserühmade järgi erineb linna- ja maaelanike hul- gas, mis on olnud poliomüeliidi levimise kohalikest tingi- mustest. Eesti NSV linnades on haigestumus nooremate laste hulgas tunduvalt kõrgem, eriti 1—2 aasta vanuses. Maal esineb poliomüeliidijuhtumeid rohkem kooliealistel lastel, alates 10-ne aasta vanustest ja eriti täiskasvanute hulgas kuni 30 aasta vanuseni.

Üldine letaalsus poliomüeliidi tagajärjel oli Eesti NSV-s tunduvalt kõrgem ja kõikus 3,0—9,8 protsendi piirides. Kõige madalam oli letaalsus üheaastaste laste hulgas ning oli eriti kõrge üle 20 aasta vanuste haigestunute hulgas.

Põhiliseks ürituseks poliomüeliiditõrje alal on profülak- tilised kaitsepooked, mis on end väga hästi õigustanud. Käesoleva ajani ületamata tulemus immuunsuse alal saa- vutati Eesti NSV-s peroraalse elusvaktsiini manustami- sega.

Teostades järelevalvet poliomüeliidi vastu vaktsineeri- mise ja revaktsineerimise tulemuste üle võib meie koge- muste põhjal juba käesoleval etapil teha järeldusi massi- liste ja korduvate kaitsepoogete tähtsuse kohta.

Umbes 50% elanike immuniseerimine ja maksimaalse arvu nooremaealiste laste vaktsineerimine loob kindla kaitse poliomüeliidi leviku vastu.

Käesoleval perioodil võib immuunsuse kestvuse ja tõhu- suse küsimust praktiliselt lahendada järgnevate revaktsi- neerimistega, võttes arvesse «tänavayüiruse» tsirkuleeri- mise võimalusi ning interferentsinähtude tähtsust.

1960. aastal hõlmati revaktsineerimisega üldse 67,4 protsenti elanikest, vanuses kuni 18 aastat aga 93,3 prot-

senti, kusjuures tuleb märkida 2 kuu kuni ühe aasta vanuste laste mitteküllaldast hõlmamist (53,0 protsenti).

Võttes arvesse täheldatud tunduvat haigestumust polio-müeliiti kuni 7 aasta vanuste laste hulgas osutub plaanilise kaitsepookimise puhul vajalikuks kõigi selle-ealiste laste immuniseerimine. Arvesse võttes individuaalse immuunsuse tõhususe erinemist, eriti lastel, on vajalikud õigeaegsed revaktsineerimised.

LÄKAKÖHASSE HAIGESTUMUSE JÄRSU VÄHENDAMISE VÕIMALUSTEST EESTI NSV-S

A. Vares,

ENSV Tervishoiuministeeriumi peapediaater

Laste ägedatest nakkushaigustest on läkaköha üks levi-numaid, ületades oma kulu raskuse ja tagajärgede poolest isegi leetreid ja düsenteeriat. Nii epidemioloogid kui ka pediaatrid osutavad läkaköhale liiga vähe tähelepanu, mis ei vasta selle nakkuse tähtsusele lapsea patoloogias.

Kaitsepoogete-eelsel perioodil iseloomustas läkaköhasse haigestumust lainelisus, tõusu kordumine iga 1—2 aasta järel. 1959. ja eriti 1960. aastast alates täheldatakse Eesti NSV-s läkaköhasse haigestumuse järsku langust, mis enam ei kuulu konjunktuuri võnkumiste mastaapi ning on kahtlemata seotud massiliste kaitsepoogetega läkaköha vastu.

Letaalsus läkaköha tagajärjel on viimase kümne aasta jooksul vähenenud umbes 2 korda ja oli 1959. a. 3,8 protsenti. 1960. a. 9 kuu jooksul ei ole olnud surmajuhtumeid läkaköha tagajärjel.

Läkaköha immuuno-profülaktikat alustati 1957. aasta lõpul ning käesolevaks ajaks on poogitud 64 290 last kuni viie aasta vanuses. Läkaköhasse haigestumuse võrdlev analüüs poogitud ja pookimata lastesõimede laste hulgas näitab, et poogitute haigestumus oli 15 korda vähem kui pookimata kontingentidel. Poogitute hulgas ei täheldatud raskeid haigestumisi, mis tõestab kaitsepoogete kõrget efektiivsust.

Läkaköha-difteeriavastaste kaitsepoogete juhendil on palju puudusi ja see vajab revideerimist vastunäidustuste diapasoni ahendamise suunas.

Läkakõhase haigestumuse vähendamises evib spetsiifiline profülaktika sama suurt tähtsust kui mittespetsiifilinegi (laste ratsionaalne toitmine, karastamisabinõud, lasteasutuste sanitaar-hügieenilise režiimi parandamine jne.).

LAMBLIOOSI ESINEMISE SAGEDUSEST TARTU LINNA LASTEL

Aspirant V. Seeder,
TRÜ pediaatria kateeder

1. Lamblioosi esinemissageduse väljaselgitamiseks Tartu linna eelkoolialistel ja kooliealistel lastel teostati rooja uuringuid 111 lapsel vanuses 4—14 a., ilma eelneva küsitluseta tervisliku seisundi kohta.

2. Lamblioosi koproloogilisel diagnoosimisel osutus kliinilises töös parimaks meetodiks preparaadi valmistamine Lugoli lahusega (I. P. Pavlovski järgi).

3. Lamblioosi kindlakstegemiseks on vajalik teostada vähemalt 6 koproloogilist uuringut erinevatel päevadel.

4. 111-st uurimisalusest esines lambliosis 48 lapsel, s. o. 43% juhtudest.

5. 48-st lambliosisiga lapsest, keda lubati praktiliselt tervetena lastekollektiivi, esinesid kliinilised kaebused $\frac{2}{3}$ uurituist.

6. Kõigil kollektiivide lastel on vajalik paralleelselt teiste kohustuslike uuringutega teostada korduvaid kontroll-analüüse lambliate avastamiseks.

7. Lamblioosi leviku vältimiseks on vajalik kõigil avastatud lamblioosi juhtudel koheselt rakendada ravi.

LAMBLIOOSI ESINEMISE SAGEDUS JA RAVI TULEMUSED TARTU LINNA VÄIKELASTEKODU LASTEL

V. Karu,
Tartu Linna I Väikelastekodu

1. Tartu Linna I Väikelastekodus, mis teenendab düsenteeria kroonikuid, teostati 43 lapsel, vanuses 2—3 aastani, rooja uuringuid lambliatele. Igal lapsel teostati 7 korda

rooja analüüs erinevatel päevadel. Teostatud uuringutest selgus, et lambliooosi esines 18 lapsel, s. o. 42% kõigist 2—3 aastaseist.

2. Järgnevalt selgitati, kuidas mõjuvad erinevad toidu-režiimid (rasva-, valgu- või süsivesikute rikas toit) lambliia tsüstide eritumise sagedusele roojaga. Selgus, et nii rasvade kui ka valgurikas toit ei avaldanud erilist mõju lambliia tsüstide eritumisele. Süsivesikuterikka toidu kasutamise ajal äga eritus lambliia tsüste roojaga poole võrra vähem kui tavalise toidu puhul.

3. Atsidofiilbaktermassi kasutamisel lambliia tsüstide eritumine enamikul lastel lakkas, kuid vähemal osal uuri-tuist leiti korduvatel uuringutel üksikuid tsüste.

4. Lambliooosi raviks katsetati absindi tinktuuri ja akrihiini. Absindi tinktuuri (kahe-tsükliline à 7 päeva) puhul ei saadud lõplikku tervistumist; akrihiiniga ravi teostamisel ei leitud korduvatel uuringutel lambliia tsüste.

RAVILE RASKELT ALLUVATEST OMAPÄRASTEST STAFÜLOKOKILISTEST HAIGESTUMISTEST LASTEL TARTU LINNAS

E. Ratnik,

Tartu Linna Kliiniline Lastehaigla

1. Alates 1958. a. Tartu linnas sagenenud stafülokoki-
liste haigestumiste arv, on kujunenud omapäraselt kliini-
lised vormid.

2. Vastsündinu eas esineb ka stafülokoki-
lise infektsiooni kliinilistest vormidest kõige sagedamini nahavorm, mis
kulgeb teatud omapäraga vesikulo-pustuloosina, milledest
osal juhtudel arenevad hulgaliselt abstsessid.

3. Imikueas kõige raskemaks stafülokoki-
lise infektsiooni vormiks on abstsedeeruv pneumoonia. Stafülokoki-
line abstsedeeruv pneumoonia on harva primaarne, tavaliselt ta
kaasub eelnenud naha-, kõrva-, nina-, neeluruumi stafülo-
kokilisele infektsioonile.

4. Stafülokoki-
line pneumoonia ei moodusta määravat
osa varaealiste laste haigestumuses ja suremuses, vaid
omab tähtsust kui uus haigusvorm.

5. Stafülokoki-
lise pneumoonia kliinilist kulgu iseloo-
mustab kalduvus kopsukoe kiireks abstsedeerumiseks, kus-
juures sageli kujuneb empüem püopneumotooraksiga.

6. Stafülokokilise pneumoonia komplikatsioonina kujunevale empüemile on iseloomulik tema varajane teke (3.—4. haiguspäeval). Varase empüeemi õigeaegseks avastamiseks on vajalik röntgenoloogiline uurimine, et alustada varajast ravi.

7. Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas stafülokokilise empüemiga ravil viibinuist osutused antibiogrammi alusel kõik uuritud juhud penitsilliinresistentseiks. Kõigil juhtudel esines nõrk tundlikkus levo- või biomütsiinile, ainult ühel kolmandikul juhtudel esines nõrk tundlikkus streptomütsiinile. Seetõttu on ravi seisukohalt oluline antibiootikumide õige valik ja tugev üldravi; plasma-, vereülekanded, tugev oksügenoteraapia, õige toitmine.

8. Stafülokokilise pneumoonia puhul sagedane varane püopneumotooraksi esinemine nõuab õigeaegset kirurgilist vahelesegamist.

9. Alates 1959. a. on sagenenud vastsündinutel haavanduvad enteriidid, mis kliinilise pildi ja kulu poolest ühtuvad literatuuris kirjeldatud stafülokokilise enteriidiga.

OKSÜGENOTERAAPIA OSATÄHTSUSEST VARAEALISTE LASTE KOPSUPÖLETIKU RAVIMISEL

Dots. arstitead. kand. L. Keres,
TRÜ pediaatria kateeder

1. Hüpkseemilise seisundi puhul, olenemata selle patogeneesist, on nõutav substitutsioonravina oksügenoteraapia rakendamine, et vältida elutähtsate organite (aju, maks, müokard jne.) väärastumist hapniku puuduliku juurdevoolu tõttu.

2. Pneumoonia puhul on vajalik kohe esimeste hingamisinsuffitsiensi nähtude ilmnemisel rakendada hapnikuravi.

3. Hapniku andmisel varaealistele lastele leetri või poolkinnise kupli kaudu on vajalik vastavalt hüpkseemia tugevusele anda minutis pidevalt 5—15 liitrit hapnikku.

4. Nõuetekohase hapnikravi teostamiseks on vajalik, et kõik lastehaiglad ja lasteosakonnad oleksid küllaldaselt varustatud hapnikravi seadmetega (hapniku balloonid, re-duktorid, dosimeetrid jne).

5. Hüpkseemiaga lapse transportimisel on nõuetava tugevusega hapnikravi teostamiseks vajalik, et transpordil

oleks kaasas reductoriga varustatud väike hapnikuballoon.

6. Tugev hapnikuravi kõrvaldab organismi eluohtliku funktsioonihäire ja sellega kergendab ägeda pneumoonia puhul kujunevaid raskeid hingamisinsufitsientsi nähte ning võimaldab ulatusliku abstsedeeruva pneumoonia ja empüeemiga komplitseeritud juhtudel pikaajalise põdemisega üle saada põletikulisest protsessist.

KROONILISTE MITTESPETSIIFILISTE PNEUMOONIAE KLIINILIS-STATISTILISEST ANALÜÜSIST TALLINNA VABARIIKLIKU HAIGLA LASTE-OSAKONNA ANDMEIL

T. Krjukova,

Tallinna Vabariiklik Haigla

1. Krooniline mittespetsiifiline pneumoonia ei esine väikelapse-eas harvemini kui vanemas eas. 60—75 protsendil juhtudest algab see esimesel 3 eluaastal.

2. Kroonilisel mittespetsiifilisel pneumoonial on tähtis koht lapseea patoloogias.

3. 1957. aasta juulist kuni 1960. a. augustini hospitaliseeriti Tallinna Vabariikliku Haigla lasteosakonda 80 haiget kroonilise mittespetsiifilise pneumooniaga.

Raskuse poolest jagunesid kõik haigusjuhud järgmiselt: Krooniline mittespetsiifiline pneumoonia I staadiumis — 61 juhtumit.

Krooniline mittespetsiifiline pneumoonia II staadiumis — 10 juhtumit.

Krooniline mittespetsiifiline pneumoonia III staadiumis — 9 juhtumit.

Esinesid kombinatsioonid: krooniline mittespetsiifiline pneumoonia bronhiaalastmaga — 14 juhtu (17,5%), krooniline mittespetsiifiline pneumoonia kroonilise tonsilliidiga — 9 juhtu (11,3%), krooniline mittespetsiifiline pneumoonia kroonilise haimoriidiga — 2 juhtu (2,5%).

4. Meie andmeil täheldati kroonilise mittespetsiifilise pneumoonia arenemist pärast ägedat pneumooniat 36 juhul (45%), pärast sagedaid ülemiste hingamisteede katarre 24 juhul (30%), pärast leetritejärgset pneumooniat 8 juhul (10%), pärast läkaköhajärgset pneumooniat 7 juhul (8,7%) ja pärast grippi 3 juhul (3,7%).

5. Kroonilist mittespetsiifilist pneumooniat põdevaid haigeid tuleb ravida kestvalt, süstemaatiliselt ning tingimata komplekselt. Üldtugevdava ravi taustal ravivõimlemise ja füsioteraapia ulatusliku rakendamisega tuleb rationally kasutada antibiootikume (aerosoolidena). Tuleb laialdasemalt rakendada sanatoorium- ja kuurortravi.

6. Arvesse võttes kroonilise mittespetsiifilise pneumoonia algvormide suurt erikaalu lapseas, omandavad varajase diagnostika, dispanseerimise ja kompleksse ravi küsimused otsustava tähtsuse nende haiguste vastu võitlemisel.

LASTE ÕIGE KEHALINE KASVATUS — REUMATISMI HAIGESTUMISE PROFÜLAKTIKA ALUS

Professor A. T u r,

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige

1. Laste individuaalsed iseärasused etendavad erakordselt suurt osa nende haigestumisel reumatismi.

2. Reumatismi kulu iseärasused laste esmashaigestumisel, samuti korduvad reumahood olenevad täielikult haigestunud lapse individuaalsetest iseärasustest ning tema resistentsusest ümbritseva keskkonna erinevate negatiivsete tegurite toime suhtes.

3. Laste õige kehaline kasvatamine esimestest elupäevadest alates on vajalikuks tingimuseks nende täisväärtuslikule arenemisele ning organismi maksimaalse resistentsuse moodustamisele igasuguste negatiivsete väliskeskkonna tegurite vastu.

4. Mõiste «kehaline kasvatus» alla kuuluvad: a) õige elurežiim: uni, virgelolek, mängimine jne., b) õige toitlustamine, c) looduslike tegurite: õhu, vee, valguse, päikese otstarbekohane ja süstemaatiline rakendamine ning d) kehakultuur.

5. Kõigist mittespetsiifilise profülaktika teguritest on õige kehaline kasvatus kõige efektiivsem.

6. Elu-, une-, otstarbekohaselt organiseeritud virgeloleku ning puhkuse režiimi osatähtsus lapse individuaalsete iseärasuste moodustumisel ja korrigeerimisel.

7. Õige toitlustamine ja selle osatähtsus allergia desensibilisatsiooni arenemises.

8. Loomulike loodustegurite ning kehakultuuri rakendamine igas vanuses peavad sunduslikult kuuluma tervete laste igapäevase elurežiimi kompleksi.

9. Konstitutsioonianomaaliate puhul (asteenia, lümfaatiline diatees jt.), samuti kroonilist tonsilliiti põdevatel lastel ning reumatismi hoogudevahelisel perioodil evib kehaline kasvatus erakordselt suurt tähtsust. Nendesse kategooriatesse kuuluvate laste kehaline kasvatus nõuab muidugi tunduvalt diferentseerimist.

10. Laste kehalise kasvatus põhielemente tuleb põhitegurina ulatuslikult ja süstemaatiliselt kasutada ka reumahaigete laste ravimisel.

11. Lastearst peab etendama juhtivat osa laste kehalise kasvatus alal nii kollektiivis kui ka perekonnas.

SISUKORD

1. A. VARES — Laste suremusest ENSV-s ning selle vähendamise võimalustest	3
2. I. VEERMA — Vastsündinute haigestumise ja suremuse vähendamise edaspidisest perspektiivist	4
3. O. SOKOLOVA-PONOMARJOVA — Reumaatilise protsessi aktiivsuse kliinilised ja neurohumoraalsed näitajad lastel	5
4. J. NADEZDINA, E. LARSKI — Reaktiivsuse muutused lastel reumatismi mitmesuguse kulu puhul biokeemiliste uurimiste andmetel pärast galaktoosi koormust	6
5. T. TERNOVA — Kliinilistest tähelepanekutest südamerütmi häiretega reumatismihaigetel lastel	9
6. E. MÜLLERBEK — Võitlusest reumaga Tallinna lastel	10
7. L. KOOK — Täiendavate diagnostiliste proovide kliiniline tähtsus reuma puhul (lastel)	11
8. S. KLEITSMANN — Mõningaid andmeid fonokardiograafiast reumahaigetel lastel	12
9. O. SOKOLOVA-PONOMARJOVA, T. BORISSOVA — Kortikosteroidide kliinilise efektiivsuse võrdlev uurimine reumahaigete laste ravimisel	13
10. Z. SAAR — Reuma ravitulemustest puhangujärgsel ja puhanguvahelisel perioodil	15
11. L. LAVROVA — Õpilaste meditsiinilisest teenindamisest seoses haridussüsteemi ümberkorraldamisega	16
12. J. ZURBA — Kogemustest õpilaste haigestumuse vähendamise alal Tallinna Internaatkoolis	18
13. R. SILLA — Kehakultuur õpilaste päevarežiimis, tema mõju seisukohast vaimsele arenemisele	19
14. E. VALDRE, S. KALLAS — Külma vee jalavannide toimest õpilaste mõningatele keha- ja nahatemperatuuri ning verenäitajatele	21
15. V. HION, E. VALDRE — Nooremate kooliõpilaste hingamise ja südame-veresoonte süsteemi arengu sõltuvus füüsilisest koormusest	22
16. L. LISSOVENKO — Laste günekoloogilise abi organiseerimise kogemustest Tallinnas	25
17. L. STEPANOVA — Difteeria likvideerimisest Eesti NSV-s	25
18. K. VASSILJEVA — Laste poliomüeliiti haigestumuse mõningaid epidemioloogilise iseärasusi ning selle haiguse likvideerimise võimalustest Eesti NSV-s	27
19. A. VARES — Läkakõhasse haigestumuse järsu vähendamise võimalustest Eesti NSV-s	29
20. V. SEEDER — Lambliooosi esinemise sagedusest Tartu linna lastel	30

21.	V. KARU — Lambliosi esinemise sagedus ja ravi tulemused Tartu linna Väikelaste kodu lastel	30
22.	E. RATNIK — Ravile raskelt alluvatest omapärastest stafülokokilistest haigestumistest lastel Tartu linnas	31
23.	L. KERES — Oksügenoteraapia osatähtsusest varaealiste laste kopsupõletiku ravimisel	32
24.	T. KRJUKOVA — Krooniliste mittespetsiifiliste pneumooniate kliinilis-statistilisest analüüsist Tallinna Vabariikliku Haigla lasteosakonna andmeil	33
25.	A. TUR — Laste õige kehaline kasvatus — reumatismi haigestumise profülaktika alus	34

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭСТОНСКОЙ ССР

РЕСПУБЛИКАНСКОЕ НАУЧНО-МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО
ДЕТСКИХ ВРАЧЕЙ ЭСТОНСКОЙ ССР

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ДЕТСКИХ
ВРАЧЕЙ ЭСТОНСКОЙ ССР

25—26 ОКТЯБРЯ 1960 Г.

г. Таллин

Редакционный совет:

Варес А. М. (редактор), **Васильева К. А.**,

Мюллербек Е. Х., **Силла Р. В.**

Корректор: **Петухова Е. П.**

СОСТОЯНИЕ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ЭССР И ПУТИ ЕЕ ДАЛЬНЕЙШЕГО СНИЖЕНИЯ

А. М. Варес

Главный педиатр Министерства здравоохранения ЭССР

1. Детская смертность за послевоенный период резко снизилась. За этот же период резко снизилась смертность новорожденных, главным образом за счет снижения смертности недоношенных детей.

2. Одновременно со снижением детской смертности отмечается систематическое снижение больничной летальности, особенно большие успехи достигнуты в снижении летальности от дизентерии у детей грудного возраста.

3. Снижение детской смертности является результатом быстрого подъема материального благосостояния населения и улучшения качества лечебно-профилактического обслуживания детства.

4. В структуре детской смертности на первом месте стоят заболевания органов дыхания на втором болезни новорожденных и на третьем острые желудочно-кишечные заболевания, включая дизентерию.

Дальнейшее снижение детской смертности должно идти главным образом за счет снижения числа этих заболеваний, хотя не малое значение имеет также снижение смертности от других причин, каждая из которых не имеет существенного значения, но в силу многочисленности этих заболеваний в сумме они занимают значительное место в структуре детской смертности.

5. Отдельные города и районы республики дают значительные колебания уровня детской смертности, что свидетельствует о больших возможностях снижения этого показателя при условии подтягивания всех городов и районов к уровню передовых.

6. Решающее значение в снижении детской смертности отводится дальнейшему улучшению профилактиче-

ской работы детских поликлиник, улучшению их связи с женскими консультациями и родовспомогательными стационарами, переход на полное лечебно-профилактическое обслуживание детей до 3-х месяцев только на дому и плановое систематическое повышение знаний матерей по воспитанию здорового ребенка.

7. Значительное место в снижении детской смертности должны занять вопросы улучшения работы женских консультаций, улучшения работы отделений и палат новорожденных и повышение качества лечебного дела в детских стационарах.

ДАЛЬНЕЙШИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ УМЕНЬШЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ

И. Веерма

Кафедра акушерства и гинекологии ТГУ

1. Заболеваемость и смертность новорожденных еще высока. Следует поэтому особое внимание обратить на антенатальный и ранний госпитальный период жизни новорожденного ребенка.

2. В женской консультации при проведении антенатальной профилактики следует не только довольствоваться общепринятыми методами обследования, но подходить индивидуально к каждой беременной, выявляя ранние признаки заболеваний и патологии беременности, госпитализируя беременных в отделения патологии беременности безотказно и своевременно. Каждая консультация должна иметь возможность обслуживания женщин на резус — фактор, токсоплазмоз, листериоз и др. инфекции.

3. При рациональном ведении родов следует обращать больше внимания на профилактику асфиксии, как частой причины возникновения внутричерепной травмы. Родильные отделения должны иметь специальные установки для подачи кислорода и быть обеспечены кислородом.

4. В детских отделениях значительно улучшился санитарно-гигиенический режим и обеспеченность инвентарем. В настоящее время особое значение приобретает квалифика-

ция и качество работы ср. мед. персонала. Загруженность мед. сестер (20 детей на 1 сестру) вызывает спешку в работе.

5. Успешное лечение новорожденных детей зависит от ранней диагностики, которая возможна при применении всех лабораторных и клинических методов обследования, которые однако не всегда применяются. Для консультативной помощи и лечения новорожденных нужны детские хирурги, невропатологи, рентгенологи имеющие специальную квалификацию.

6. Для выращивания недоношенных детей весом ниже 1500 гр. следует применять кувезы, отвечающие современным требованиям. При транспортировании детей в машинах скорой помощи следует иметь обогревательные приспособления.

7. Только тесная связь акушеров-гинекологов и педиатров, обмен опытом, общие конференции, обсуждение случаев смертности и заболеваний у детей, научная разработка важнейших вопросов обеспечат улучшение профилактической и лечебной работы.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И НЕРВНО-ГУМОРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ

Действительный член АМН СССР, профессор
О. Д. Соколова-Пономарева
ин-т педиатрии АМН СССР.

1. Вопросы диагностики и определения активности ревматического процесса у детей имеют большое научное и практическое значение.

2. Клинические проявления ревматизма у детей отличаются от таковых у взрослых и характеризуются своим полиморфизмом и вариабельностью течения, что связано с возрастной и индивидуальной реактивностью организма ребенка, зависящей от типологических особенностей нервной системы.

3. Диагностика начальных проявлений ревматизма, а также скрыто (латентно), протекающих форм болезни у детей иногда представляется затруднительной и может явиться причиной запоздалого распознавания и лечения.

4. Для ранней диагностики ревматизма у детей, различных клинических форм болезни, необходимо комплексное исследование с использованием современных методов: рентгенокимографии, ЭКГ, осциллографии, фонокардиографии, баллистокардиографии, векторкардиография и др.

5. Особенного внимания требуют тщательное обследование больного ребенка, изучение его анамнеза, жалоб, состояние нервной системы, температурной реакции.

6. При определении активности ревматического процесса у детей необходимо учитывать клиническое течение болезни, нервногуморальные показатели, а также гематологические и биохимические изменения.

7. Состояние нервной системы, нарушение функционального состояния корковой динамики и вегетативной нервной системы, являются одним из ведущих показателей активности ревматического процесса.

8. Гисто-физико-химические показатели соединительной ткани при ревматизме могут также служить для определения активности ревматического процесса. В этом отношении большая роль принадлежит повышенной проницаемости капилляров и определению дифениламиновой реакции, электрофоретическому исследованию белковых фракций, состоянию холинэстеразы сыворотки крови.

9. При ревматическом процессе у детей отмечаются изменения неспецифического иммунитета (повышение титра антистрептолизина — 0; титра антигиалуронидазы; наличие С-реактивного белка).

10. Показатели активности ревматического процесса у детей динамичны и находятся в зависимости от клинической формы болезни, тяжести ревматизма и фазы его развития.

ИЗМЕНЕНИЕ РЕАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ РЕВМАТИЗМА ПО ДАННЫМ БИОХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОСЛЕ ГАЛАКТОЗНОЙ НАГРУЗКИ

Канд. мед. наук Е. А. Надеждина,

Канд. мед. наук Э. Г. Ларский.

Ин-т педиатрии АМН СССР

В настоящее время изучение реактивности организма при ревматизме привлекает все большее внимание. Применение в ревматологической клинике таких мощных лечебных средств, как гормоны гипофиза и коры надпочечников, оказывающих значительное воздействие на организм, требует углубленного контроля за состоянием защитных сил и реактивности организма в течение всего периода лечения.

Одним из возможных методов изучения реактивности является исследование изменений в соотношении различных групп белков сыворотки крови. Обнаруживаемые при ревматизме изменения нормальных соотношений белковых фракций и гликопротеидов сыворотки крови, представляют собой динамический процесс, отражающий непрерывно идущую борьбу организма с патологическими нарушениями. Для исследования характера устойчивости этих процессов, мы изучали изменения, происходящие в результате реакции на добавочное воздействие — углеводную нагрузку.

Исследовалось влияние нагрузки галактозой на изменение относительного уровня белковых фракций крови, дифениламинового показателя и гликопротеидов при различном течении ревматического процесса. С этой целью было обследовано в динамике 50 детей с острым, непрерывно-рецидивирующим и затяжным течением ревматизма. Исследовано 100 гликемических кривых и проведено около 8400 исследований белковых фракций, гликопротеидов, дифениламинового показателя.

Почти у всех детей в активном периоде ревматизма отмечены те или иные изменения рефлекторной фазы гликемической кривой. У ряда детей с непрерывно-рецидивирующим и затяжным течением ревматизма отсутствовало повышение уровня сахара крови в ответ на нагрузку галактозой, повидимому при наличии длитель-

ного ревматического процесса может иметь место нарушение регуляторных механизмов, изменяющих уровень углеводов в крови. На фоне гормональной терапии изменения исходного уровня сахара и нарушения в рефлекторной фазе гликемической кривой отмечались чаще, чем при терапии салицилатами.

У больных с непрерывно-рецидивирующим или затяжным процессом отмечены также нарушения синтетической фазы гликемической кривой, в сторону замедления снижения уровня сахара, что позволяет думать о функциональных нарушениях печени.

Обнаружена определенная закономерность в изменении относительного уровня белковых фракций сыворотки крови после углеводной нагрузки. Выявлено четыре типа кривых изменений уровня альфа-1 и альфа-2 глобулиновых фракций. При тяжелом состоянии больных детей на высоте активности ревматического процесса наблюдается понижение уровня этих фракций после нагрузки галактозой. При стихании активности процесса и уменьшении интоксикации определяются четкие волнообразные кривые.

Уровень бета-глобулинов в большинстве случаев изменялся реципрочно с альфа-глобулинами. В период наибольшей активности ревматического процесса снижение альфа-2-глобулинов сопровождается повышением бета-фракции. При улучшении состояния отмечается обратная закономерность.

Исходный уровень гамма-глобулина у ряда детей с непрерывно-рецидивирующим или затяжным течением процесса был при наличии общей диспротеинемии нормальным или сниженным. В этих случаях нагрузка галактозой не вызывала повышения гамма-глобулина, вся кривая проходила на пониженном уровне. При высоком исходном уровне гамма-глобулина после галактозной нагрузки отмечались незначительные колебания в пределах высоких исходных цифр.

При тяжелом течении ревматизма на высоте активности процесса уровень альбуминов за период исследования сахарной кривой существенно не изменялся. Улучшение общего состояния сопровождалось определенными изменениями уровня альбуминов после углеводной нагрузки. Эти изменения, возможно, отражают сдвиг динамического равновесия между белками печени и крови.

Исходный уровень дифениламинового показателя обуславливается не только степенью активности, но также тяжестью и длительностью заболевания. Те же причины, по-видимому, определяют характер кривых изменения дифениламинового показателя после нагрузки галактозой. При низких исходных показателях дифениламиновой реакции углеводная нагрузка не оказывала влияния на уровень показателя, кривая в течение всего времени исследования проходила на низких цифрах. При высоких исходных уровнях дифениламиновой реакции отмечается три типа кривых: повышение и высокий уровень в течение всего времени исследования, повышение с быстрым падением уровня дифениламинового показателя, уменьшение с дальнейшим растянутым возвращением к исходному уровню.

Изучение закономерностей изменений исследуемых показателей после углеводной нагрузки позволяет предположить, что степень этих изменений обусловлена не столько активностью ревматического процесса, сколько уровнем реактивности организма, снижающейся при длительном течении ревматизма с наличием стойкой интоксикации и очагов хронической инфекции.

У ряда детей при снижении активности ревматизма нагрузка галактозой вызывала нормализацию белковых и углеводно-белковых компонентов крови. Возможно, что при улучшении состояния повышается переносимость к углеводам и в этих условиях назначение глюкозы и углеводного питания более целесообразно, чем при тяжелом остром процессе, когда нагрузка углеводом вызывает еще большую диспротеинемию или угнетение некоторых биохимических показателей.

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ, БОЛЬНЫМИ РЕВМАТИЗМОМ, С НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Т. И. Тернова

Институт педиатрии АМН СССР.

1. Детальное исследование состояния сердечно-сосудистой системы и уточнение характера ее поражения является необходимым при ревматизме. Изучение наруше-

ний ритма сердца у детей, больных ревматизмом, помимо важного диагностического значения, дает возможность проследить развитие патологического процесса, а также помогает в определении активности ревматического процесса (при наблюдении в динамике).

В докладе приводятся данные наблюдения и обследования более 50-ти детей с нарушениями сердечного ритма больных ревматизмом, а также поступивших в клинику с подозрением на ревматизм, диагноз которого не подтвердился после обследования.

2. Нарушения сердечного ритма и проводимости у детей, больных ревматизмом, наблюдаются большей частью в виде экстрасистолии. Из других нарушений ритма сердца встречаются также узловой ритм, синдром Вольф-Паркинсон-Уайта, неполная атриовентрикулярная блокада II и III степени, интерференция с диссоциацией, мерцательная аритмия, блокада правой ножки пучка Гиса, альтернирующий пульс. Экстрасистолия встречается обычно при повторных атаках ревматизма, чаще у больных с клапанными поражениями сердца. Наиболее часто встречается желудочковая экстрасистолия, затем атриовентрикулярная. Атриовентрикулярная экстрасистолия с функциональной блокадой ножки пучка Гиса может иногда симулировать политопную.

3. Экстрасистолия, узловой ритм, синдром Вольф-Паркинсон-Уайта у детей, больных ревматизмом, могут иметь преимущественно функциональный характер, обусловленный экстракардиальными влияниями.

4. Нарушения ритма сердца при ревматизме у большинства детей держатся стойко и при наступлении клинической ремиссии в течении ревматического процесса часто остаются без положительной динамики. У некоторых детей эти нарушения носят преходящий характер — исчезают после противоревматического лечения (узловой ритм) или уменьшаются после лечения новокаином (экстрасистолия).

5. Экстрасистолия, трепетание предсердий, неполная атриовентрикулярная блокада III степени, пароксизмальная тахикардия у детей нередко является причиной обморочных состояний иногда с тошнотой (эквиваленты синдрома (Морганьи-Эдемс-Стокса), что часто вызывает затруднения в диагностике и лечении.

6. Трепетание предсердий, неполная атриовентрику-

лярная блокада 2:1, экстрасистолия, узловый ритм и пароксизмальная тахикардия у некоторых больных были вызваны не ревматическим процессом, а врожденным поражением проводниковой системы сердца, остаточными явлениями последифтерийного миокардита, хроническим тонзиллитом и др.

7. Лечение нарушений сердечного ритма новокаином у некоторых детей оказывает положительный терапевтический эффект.

К ВОПРОСУ О БОРЬБЕ С РЕВМАТИЗМОМ У ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ ТАЛЛИНЕ

Кандидат мед. наук. Е. Х. Мюллербек

Институт экспериментальной и клинической медицины АН ЭССР

В работе приводятся данные 1,5—2-летнего наблюдения за детьми, перенесшими в 1958 г. первичные атаки ревматизма (106 человек). По данным на 1 июня 1960 г. 21,7% этих детей (23 чел.) перенесли повторные атаки ревматизма. У 41,5% детей (44 чел.) отмечались явления митральной недостаточности. 58,5% из этих детей (62 чел.) имели различные жалобы.

Первичному заболеванию ревматизмом ангина предшествовала в 27,3% случаев (29 чел.), хрон. тонзиллиты в 20,8% случаев (22 чел.), карнозные зубы отмечались в 10,6% случаев (17 чел.). Материальные условия у большей части заболевших были хорошими и удовлетворительными. Только 9,0% заболевших имели неудовлетворительные материальные условия.

Как видно из приведенных данных, у первично заболевших ревматизмом детей уже в течение ближайших 1,5—2-х лет наблюдается высокий процент повторных заболеваний (атак). Более половины переболевших детей в течение этого же срока не чувствуют себя вполне здоровыми имея те или другие жалобы.

Так же высок среди них процент клапанных сердечных поражений. Эти данные еще раз подчеркивают серьезное значение ревматизма в детской патологии и необходимость постоянного длительного наблюдения за болеющими детьми. Обслуживание детей больных ревматизмом должно улучшаться за счет:

1. Укрепления ревмокабинетов и повышения квалификации участковых врачей.

2. Улучшения стационарной помощи детям.

3. Быстрейшего разрешения вопроса о создании для больных ревматизмом лесной школы.

4. Улучшения жилищных условий семей, где есть больные ревматизмом.

5. Дальнейшего усиления борьбы с гнойными очаговыми заболеваниями у детей.

Научные исследования должны быть направлены на дальнейшее изучение причин, способствующих возникновению ревматизма, на изучение более совершенных методов диагностики этого заболевания и наиболее эффективных методов борьбы с ним.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРОБ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Канд. мед. наук Л. Ю. Коок

Институт экспериментальной и клинической медицины АН ЭССР.

Для профилактики ревматизма и успешного его лечения большое значение имеет ранняя диагностика этого заболевания и определение степени активности болезненного процесса.

В литературе имеются сведения о большом количестве различных диагностических проб, с помощью которых многие авторы пытались разрешить эти две задачи.

В последнее время появились указания о возможности использовать для диагностики ревматизма кожную реакцию с сывороткой больного ревматизмом (Ландтман), кожную реакцию с кортизоном (Ландтман и Араярв), а также серологическую реакцию по способу Кньюхеля (просветление сыворотки при обработке хлороформом).

Кожная реакция с сывороткой больных ревматизмом проделана нами у 59 больных указанным заболеванием и у 44 больных с другими заболеваниями. У всех исследованных больных, независимо от диагноза, отмечалась травматическая реакция на скарификацию. Чаще всего она длилась 1/2 часа — час. В некоторых случаях задерживалась до 2—4 часов. Использовать эту реакцию для

диагностики ревматизма нам не представлялось возможным.

Пробу Ландтмана и Араярва мы применили у 289 детей из них 130 больных ревматизмом, 159 — различными другими заболеваниями. При проведении пробы использовалась эмульсия кортизона (1 см³ содержал 25 мг кортизона).

У 242 исследованных детей кортизоновая проба оказалась положительной. В их числе было 115 детей больных ревматизмом и 127 детей страдающих другими заболеваниями. Отрицательной проба оказалась у 15 больных ревматизмом и у 32 детей другими различными заболеваниями.

Эти данные говорят о том, что и эта проба не представляет какого-либо значения для диагностики ревматизма.

Проба Кнюхеля была проведена у 66 больных ревматизмом и у 23 больных другими заболеваниями, всего в 190 случаях. В активной фазе ревматизма проба Кнюхеля была обычно положительной. Активность реакции снижалась по мере выздоровления больного. Проба Кнюхеля была положительной и при некоторых других инфекционных процессах (например, в 7 случаях при туберкулезе), поэтому нельзя использовать эту пробу как специфическую для диагностики ревматизма. Однако в известной степени пробу можно использовать для характеристики активности ревматического процесса.

НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ О ФОНОКАРДИОГРАФИИ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ

Младш. научный сотрудник С. Х. Клейтсман
Институт экспериментальной и клинической медицины АН ЭССР

Целью настоящей работы являлось сравнение клинических (аускультативных) и фонокардиографических данных, полученных при обследовании детей больных ревматизмом.

При проведении работы использовалась фонокардиографическая приставка «ФКП-1» и электрокардиограф «ЭКП-5», переделанный соответственно необходимости.

Всего было исследовано 35 детей, из них 24 с активным

ревматизмом и среди последних 10 с пороками сердца. Всего детей с клапанными пороками исследовалось 15.

Выводы:

1. Кривые полученные с помощью аппаратов «ФКП-1» и «ЭКП-5» можно использовать для практических целей.

2. Результаты фонокардиографического исследования в основном соответствовали клиническому диагнозу.

3. Высокочастотный систолический шум на фонокардиограмме соответствует клиническому понятию «дующий систолический шум».

4. Время проведения на участке «01» у детей с поражением митрального клапана удлинено.

5. Усиленный III тон чаще наблюдается у детей с пороками сердца.

6. Интервал от начала II тона до вершины III тона укорочен как у детей с пороками сердца (II—III 0,15), так и у детей без клапанных поражений (II—III 0,15).

7. По литературным данным фонокардиографический аортальный диастолический шум отличается при остром эндокардите и при сформированной недостаточности аортального клапана, наши малочисленные данные не позволяют делать своих выводов по этому вопросу.

8. Данные фонокардиографического исследования детей с клиническим диагнозом митральной недостаточности позволяют ставить вопрос о том, что не встречается ли у детей с ревматическими пороками сердца митральный стеноз чаще, чем он диагностируется.

Ответ на этот вопрос могут дать только дальнейшие исследования.

Данные настоящей работы являются предварительными, необходимы дальнейшие наблюдения, в том числе и катamnестические. Необходимы сравнительные исследования здоровых детей.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ

Действ. чл. АМН СССР, проф. О. Д. Соколова-Пономарева.
Кандидат медицинских наук Т. П. Борисова.

Институт педиатрии АМН СССР

1. Несмотря на широкое применение стероидных гормонов при лечении ревматизма у детей и обширную литературу, посвященную этому вопросу, механизм их действия, а также дозы и методы применения еще окончательно не разрешены.

2. Наши предыдущие наблюдения о применении АКТГ и кортикостероидов в комплексном лечении детей, больных ревматизмом, проведенные в Институте педиатрии АМН СССР показали, что кортизон и адрезон являются мощными терапевтическими средствами, изменяющими течение патологического процесса у детей, уменьшая активные проявления заболевания (об этом нами сообщалось в ряде выступлений и в отдельных статьях 1956—1959 гг.).

3. В настоящее время нами проведены наблюдения у 210 детей, больных ревматизмом. Большинство детей хорошо переносили вышеуказанные препараты и только у 8 детей (из 210) были отмечены неблагоприятные реакции на введение кортикостероидов, что явилось причиной их отмены. Побочные явления: тахикардия, гипертензия, лейкоцитоз, чрезмерное повышение веса и др. наблюдались у 78% детей, большинство из них при уменьшении дозы препаратов или их отмены исчезали в течение 1—2 недель. У некоторых детей эти явления держались длительно до 1½—2 месяцев. Наименьшее количество побочных явлений наблюдалось при применении преднизона.

4. Клинический анализ полученных материалов показал, что при лечении кортикостероидами детей, больных ревматизмом, наступает более быстрая нормализация различных показателей активности процесса по сравнению с контрольной группой; у большинства детей быстрее улучшалось общее состояние и настроение, исчезали боли в сердце и суставах, а также сердечно-сосудистые расстройства: уменьшалась приглушенность тонов, из-

менилась интенсивность шумов, сокращались границы сердца, снижалась температура.

В результате проведенного лечения было отмечено улучшение различной степени у 160 (из 210). У 34 больных терапевтического эффекта не наблюдалось, у 9 — наблюдалось ухудшение и у 4 детей с тяжелым и катастрофическим течением болезненного процесса наступил летальный исход. Наилучшие результаты лечения получены при применении преднизона и дельтафлуорена.

5. Предварительная оценка терапевтической эффективности различных доз кортикостероидов, показывает, что у некоторых детей с активным ревматизмом малые дозы кортизона (25 м) и преднизона (5 м) были не менее эффективны, чем средние и большие дозы.

6. Активность ревматического процесса у детей по данным биохимических исследований под влиянием гормонального лечения уменьшается. Исчезают или становятся менее выраженными нарушения обмена основного вещества соединительной ткани, что подтверждается, снижением повышенного уровня мукопротеидов крови и мочи, уменьшением дифениламинового показателя, снижением титра антигиалуронидазы сыворотки крови и нормализацией белкового спектра крови.

7. Повышенная проницаемость капилляров в активной фазе ревматизма у детей под влиянием гормонального лечения уменьшается в соответствии со снижением титров антигиалуронидазы сыворотки крови, уменьшением дифениламинового показателя и общего количества мукопротеидов крови и мочи.

8. Иммунохимические исследования выявляют у большинства наблюдаемых детей в активном периоде ревматизма повышение титра антигиалуронидазы и антистрептолизина — 0. Лечение кортикостероидами вызывает снижение титра стрептококковых антител. Пониженный неспецифический иммунитет у детей, больных ревматизмом, по данным титра комплемента фагоцитоза и показателей реакции Розе под влиянием гормонального лечения улучшается, при этом наблюдается три варианта изменений иммунологических процессов.

9. Катамнестические наблюдения, проведенные у 130 детей в сроки от 6 месяцев до 2-х лет, выявляют преимущество гормональной терапии, сравнительно с контроль-

ной группой детей, при условии раннего их применения и при остром течении ревматического процесса.

10. Кортикостероиды обладают мощным действием. Поэтому необходима осторожность их применения с учетом возрастных особенностей и реактивности организма детей, по возможности в наиболее ранние сроки заболевания и строго индивидуально.

Дальнейшее клиническое изучение действия кортикостероидов необходимо продолжать в сопоставлении с данными биохимических и иммунобиологических показателей.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЗМА В ПОСТ- И МЕЖПРИСТУПНОМ ПЕРИОДЕ (ПО ДАННЫМ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ТАРТУСКОЙ ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧ. БОЛЬНИЦЫ)

Канд. мед. наук. З. Н. Саар
Кафедра педиатрии Мед. фак. ТГУ

1. Течение ревматического процесса в пост- и межприступном периоде в значительной мере зависит:

а) от интенсивности и длительности клинического лечения первой атаки;

б) от выполнения режима в течение полугода после затихания острых явлений.

2. Наибольшая склонность к рецидивированию и часто малая эффективность предупредительной терапии отмечается при ревматических поражениях центральной нервной системы — малой хореи. А наибольшие трудности в диагностике и терапии представляют латентно протекающие формы ревматизма.

3. Систематическое предупредительное противорецидивное лечение необходимо проводить в течение не менее двух лет после последней атаки.

4. В систему противорецидивного лечения, кроме медикаментозной терапии, должно входить санаторно-курортное лечение в пост- и межприступном периоде.

Особенно большое внимание необходимо уделить организации и проведению санаторного лечения в постприступном периоде.

5. Учитывая хроническое течение ревматического процесса и высокую инвалидизацию и смертность больных

ревматизмом необходимо создать в республике систему лечебно-профилактических учреждений, обеспечивающую комплексность, преемственность и последовательность в лечении больного. Для этого необходимо создать в системе Министерства здравоохранения ревматологический санаторий, а в системе Министерства народного образования — санаторную группу для больных ревматизмом при одной из школ-интернатов.

6. Проведение санаторно-курортного лечения как в пост-, так и межприступном периоде желательно в наших условиях проводить в одном и том же санатории.

7. С 1961 г. выделить бесплатный фонд медикаментов для проведения противорецидивной терапии.

8. Для улучшения как диагностической, так и терапевтической работы ревматологических кабинетов необходимо:

а) выделение соответствующих штатов как врачебного, так и среднего медицинского персонала;

б) создание более широких возможностей для лабораторного (биохимического, бактериологического) и инструментально-функционального исследования больного;

в) при поликлиниках, имеющих ревматологические кабинеты, необходимо создать физиотерапевтические кабинеты соответствующего профиля.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ШКОЛЬНИКОВ В СВЯЗИ С ЗАКОНОМ О ПЕРЕСТРОЙКЕ ШКОЛЫ

Л. П. Лаврова

Н-к отдела лечпрофпомощи детям и матерям Минздрава ЭССР

Принятый Верховным Советом СССР от 24/XII-58 закон об укреплении связи школы с жизнью и о дальнейшем развитии системы народного образования определяет новые пути обучения и воспитания школьников и существенно изменяет всю систему народного образования.

В соответствии с этим существующие формы и методы содержащие работы по медицинскому обслуживанию должны быть изменены в направлении активного участия

медицинских работников в успешном решении поставленных законом задач.

2. Наблюдения за физическим развитием и состоянием здоровья школьников, как основная задача школьных врачей должны проводиться целенаправленно применительно к тем конкретным условиям, в которых реализуются требования о приближении школы к жизни и активном участии школьников в производственном труде.

В разрешении этой задачи непосредственное участие должны принимать медицинские работники школы.

3. При переходе работы общеобразовательных школ на новые учебные программы и планы необходим новый подход к организации режима учебной, трудовой и внешкольной деятельности учащихся.

Режим должен предусматривать оптимальные условия многогранной деятельности школьников, рациональную их нагрузку в соответствии с возрастными анатомо-физиологическими особенностями, наиболее целесообразные формы организации педагогического процесса и вместе с тем обеспечивать необходимые условия для нормального роста и развития школьника.

В разрешении этой задачи непосредственное участие должны принимать медицинские работники школы.

4. Трудовая деятельность школьников (самообслуживание, работа в мастерских, на участке, на производстве и др.) должны наряду с учебно-воспитательными задачами явиться так же активным фактором оздоровления школьников и содействовать приобретению гигиенических навыков и знаний.

Разрешение этой задачи, применительно к конкретным условиям каждой школы, должно также войти в круг деятельности медицинских работников школы.

5. Общеобразовательная восьмилетняя школа должна подготовить школьников к дальнейшему переходу к производительному труду непосредственно на производстве с приобретением соответствующей профессии. Задачей медработника школы является своевременное ознакомление школьников с теми требованиями, которые различные профессии предъявляют к физическому развитию и здоровью человека. Такая консультация должна помочь школьнику в выборе профессии.

6. Медицинский контроль за постановкой физического воспитания в школе, сочетание его с учебой в трудовой

деятельностью школьников является серьезной задачей медицинских работников школ.

7. Выполнение новых задач в связи с законом о перестройке школы возможно лишь при условии соответствующего распределения функций врачебного и среднего медперсонала и уточнения всей системы медицинского обслуживания школьников применительно к различным типам школ.

8. Вся работа по медицинскому обслуживанию школьников должна проводиться в постоянном контакте с учителями и комсомольскими организациями школы с привлечением родителей и общественных организаций.

ОПЫТ РАБОТЫ ПО СНИЖЕНИЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ШКОЛЬНИКОВ В ТАЛЛИНСКОЙ ШКОЛЕ-ИНТЕРНАТЕ

Е. П. Журба

Таллинская школа-интернат.

1. Резкое снижение заболеваемости в школе-интернате гор. Таллина за 1959/60 учебный год явилось результатом правильного и своевременного решения ряда вопросов.

Основными из них являются:

1. Настойчивое проведение мероприятий по санитарному оздоровлению внутри школы.

2. Систематическое проведение мероприятий по закаливанию детей путем утренних и вечерних обтираний водой комнатной температуры, обязательного пребывания на свежем воздухе между уроками в любую погоду.

3. Установка более совершенного искусственного освещения в классах.

4. Организация высококалорийного питания с витаминизацией пищи витамином С в течение всего учебного года и назначение всем учащимся в осенне-зимний период ежедневно по 1 столовой ложке рыбьего жира.

5. Правильная посадка учеников с учетом роста, состояния остроты зрения и слуха.

6. Организация правильного школьного режима с систематическим закаливанием детей — сыграла огромную роль в профилактике утомляемости организма, ока-

зала положительное влияние на физическое развитие школьников, повысило их работоспособность и сопротивляемость к заболеваниям и благотворно сказалась на успеваемость.

7. Тесная взаимосвязь между медицинскими работниками и педагогическим персоналом явилась благоприятной предпосылкой всех оздоровительных мероприятий в школе.

8. Для дальнейшего улучшения медицинского обслуживания воспитанников школы-интерната предполагается расширить контроль за нагрузкой учащихся и физкультурными занятиями и дальнейшее улучшение санитарно-гигиенического режима школы.

ФИЗКУЛЬТУРА В РЕЖИМЕ ДНЯ ШКОЛЬНИКА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЕЕ ВЛИЯНИЯ НА УМСТВЕННОЕ РАЗВИТИЕ

Кандидат мед. наук Р. В. Силла
Таллинский н/и. ин-т ЭМиГ

Анализируя действие физкультуры на умственное развитие, выясняется, что это действие проявляется в виде ряда компонентов:

1) благоприятное влияние посредством общего укрепляющего и оздоровительного действия;

2) физкультура тренирует различные нервные центры и системы;

3) физкультура развивает ряд необходимых для успешного умственного труда психических качеств (инициативность, устойчивость, самоуверенность и т. д.);

4) если физкультура чередуется с умственным трудом, у нее появляется еще одно положительное свойство — ускорять ликвидацию умственного утомления (активный отдых);

5) по общему принципу взаимной зависимости режимных факторов от продолжительности занятий физкультурой зависит продолжительность ряда других факторов режима дня — напр., чем больше затрата времени на физкультуру, тем больше укорачивается время для различной специальной умственной тренировки и развития и т. д.

При поступлении в школу в режиме для детей проис-

ходит изменение — резкое увеличение односторонней умственной нагрузки. Но наши исследования показывают, что учебная нагрузка сама у подавляющего большинства школьников не вызывает состояния переутомления. В связи же с большой учебной нагрузкой обычно возникает недогрузка в различной физической деятельности; на свежем воздухе дети пребывают мало. Из этого можно заключить, что действительной причиной давно известного т. наз. школьного переутомления школьников (понижение умственной трудоспособности, головные боли, задержка физического развития, нарушения сна и т. д.) является не влияние самой учебной нагрузки, а зависящая от нее недостаточная физическая нагрузка, малое пребывание на свежем воздухе и вызванные этими причинами недоразвитие организма и ослабление здоровья.

Изучение режима дня больше чем 300 таллинских школьников показало, что средняя суточная продолжительность самой разнообразной физической деятельности (утренняя физзарядка, подвижные игры, спорт и т. д.) составляет для первоклассников только 1,2 часов, для школьников 3 и 5 классов — 1,5 часов; многие школьники практически вообще не занимаются физкультурой.

Рядом исследований (Грацианов, Зак, Портер, Олсон и др.) установлено, что физически более хорошо развитые дети в среднем и умственно более хорошо развиты, хотя достаточно много и исключений. Но из этого не вытекает, что физкультура является гарантией более хорошего умственного развития.

Наше исследование показывает, что влияние физкультуры на нервную систему различно в зависимости от возраста и уровня развития школьника.

В первом классе наиболее длительно занимающиеся физкультурой дети умственно лучше развиты, чем школьники менее длительно занимающиеся физкультурой (у них сила и подвижность основных нервных процессов была больше, нервные процессы лучше уравновешены, деятельность 2-й сигнальной системы и ее взаимодействие с 1-й лучше), умственная работоспособность (на основе корректурных тестов) у них выше и даже память лучше. При подрастании школьника такое влияние физкультуры изменяется.

По всей вероятности, это обусловлено тем, что если младшие дети свои основные стимулы умственного развития получают в игре, в подвижных играх в тесном контакте с самой природой на открытом воздухе и т. п., то в дальнейшем все большее значение для умственного развития приобретает специальная умственная тренировка, которая обеспечивается занятиями с книгой и т. д. Продолжительность же специальной умственной тренировки в режиме дня школьника зависит от продолжительности физкультуры и обратнопропорциональна ей.

Соответственно у школьников 3-го класса наилучшие показатели деятельности 2-й сигнальной системы и ее взаимодействия с 1-й наблюдались уже не у детей, длительно всего занимающихся физкультурой, а у детей со средней длительностью этих занятий (1,2—1,5 часов в сутки).

У школьников 5-го класса наилучшая деятельность 2-й сигнальной системы и ее взаимодействие с 1-й наблюдались уже и наименее длительно занимающихся физкультурой. Кроме того, наилучшие показатели умственной работоспособности у школьников 5-го класса также передвинулись из группы наиболее длительно занимающихся физкультурой в группу детей со средней длительностью этих занятий.

Вышеописанные сдвиги умственного развития появились у тех же школьников и при повторном исследовании в течение 2 лет, а также после изменения физкультурной и умственной нагрузки.

Таким образом, физкультура имеет широкий диапазон полезных влияний на организм, хотя она не является универсальным фактором развития. Но факт неодинакового влияния физкультуры на разные функции нервной системы показывает, что для развития некоторых функций она все-таки является прямым специальным средством (напр., сила и подвижность основных нервных процессов были у больше занимающихся физкультурой выше во всех возрастах).

Подытоживая, нам кажется, что умственную нагрузку школьников не следует уменьшать, не необходимо значительно увеличить, разнообразить и повысить интенсивность физического воспитания школьников, проводя это на свежем воздухе и в организованном порядке.

О ВЛИЯНИИ ХОЛОДНЫХ ВАНН ДЛЯ НОГ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА И КОЖИ, А ТАКЖЕ И ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ

Э. Я. Валдре и С. Ю. Каллас

Таллинский научно-исследовательский институт эпидемиологии
микробиологии и гигиены Минздрава ЭССР

Задачей работы было изучить закаливающее влияние ножных ванн на организм детей младшего школьного возраста. Водную процедуру 15 воспитанников обоего пола Таллинской школы-интерната получали один раз в день в течение 17 дней. Им проводился общий анализ крови, а также измерения температуры тела и кожи в различных пунктах до ванны и после нее через каждые 10 минут в течение часа.

В результате наблюдений оказалось:

1) При ежедневном применении ножных ванн в течение 2,5 недель происходила широкая перестройка механизмов физической терморегуляции в направлении укорочения и целесообразной экономии реакции.

2) У детей обнаруживается повышение аксиллярной и оральной температуры. Повышение температуры тела продолжительнее после первой процедуры и становится менее продолжительным после повторных применений их.

3) После 17-тикратного ежедневного применения ножных ванн у школьников повысился уровень температуры кожи на груди, на пальцах рук, на лодыжках ног, а также слизистой оболочки носа на 1,5—2,5°. Амплитуда температурной реакции ног была, примерно, одинакова как после первой, так и после последней процедуры, но амплитуда кожно-температурной реакции более отдаленных частей тела в конце курса была значительно меньше. Терморегуляция организма в целом стала в отношении сохранения температуры тела более эффективной и реакция кровеносных сосудов кожи на температурный раздражитель белее целесообразной.

4) В результате ежедневного применения ванн для ног в течение 2,5 недель повысилась дифференция между температурой кожи и помещения, что, по всей вероятности, является условно-рефлекторным повышением активности терморегуляции.

5) 17-тидневное применение ножных ванн увеличило

количество эритроцитов, лейкоцитов и процент гемоглобина в крови и вызвало тенденцию повышения скорости оседания эритроцитов.

7) Ежедневное применение ножных ванн вызывает в организме учеников значительные изменения функций ряда органов, в том числе и терморегуляции в направлении большей адекватности. Так как применение этой процедуры несложно, при соблюдении необходимых предосторожностей, ее можно использовать для закаливания.

ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ШКОЛЬНИКОВ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ОТ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ

В. Г. Хион и Э. Я. Валдре

Таллинский н/и Институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены

В первой половине 1959 г. нами исследовалась динамика частоты дыхания и пульса в течение рабочего дня всех учеников II и III классов Таллинской школы-интерната. Частота дыхания и пульса подсчитывались одновременно 6 раз в течение рабочего дня. Первый раз — в 7.00 час. утром сразу же после пробуждения в положении лежа в кровати, второй раз в 7 час. 15 мин., сразу же после утренней физзарядки так же в положении лежа; третий, четвертый и пятый разы — в 9, 10 и 11 часов сразу же после окончания 1-го, 2-го и 3-го уроков в школьном классе в положении сидя за партой; шестой раз — в 16 час. 00 мин. в спальном помещении в положении лежа.

Осенью и весной в 1959/60 учебном году повторно исследовалась дневная динамика частоты пульса и дыхания тех же учащихся, но перешедших в III и IV классы на тех же отрезках рабочего дня и в тех же условиях внешней среды. Для учащихся этих классов были организованы и строго внедрены различные режимы дня. Учащиеся III класса занимались под влиянием режима повышенной физической и умственной нагрузки и активности (6 уроков гимнастики на свежем воздухе в неделю и 5 добавочных уроков по теоретическим предметам).

Учащиеся IV класса занимались под влиянием типового режима, выработанного АПН РСФСР.

В результате изучения полученных данных мы установили следующее:

1. Кривая динамики частоты пульса и дыхания у девочек все время в течение рабочего дня, как правило, несколько выше, чем у мальчиков.

2. Средняя дневная частота пульса девочек и мальчиков с возрастом постепенно уменьшается, очевидно, за счет увеличения пульсового объема.

3. На частоту пульса влияет степень развития ребенка. Средняя дневная частота пульса детей одного и того же возраста, но занимающихся в различных по старшинству классах школы тем меньше, чем в более старшем классе они занимаются (более развитые дети имеют более редкий пульс, т. е. больший пульсовый объем). Средняя частота пульса детей одного и того же школьного класса, но различного возраста, как раз наоборот, тем чаще пульс, чем выше их возраст (менее развитые дети имеют более частый пульс, т. е. меньший пульсовый объем).

4. С возрастом (по мере развития) школьников в обычных и привычных условиях школы-интерната не только снижается вследствие увеличения пульсового объема средняя дневная частота пульса, но и увеличивается постоянство частоты пульса в течение обычного рабочего дня (принцип большей экономии). Например, амплитуда колебаний частоты пульса в одно и то же время суток в повторных условиях школьной среды в течение дня во II классе была 17 ударов в минуту, в III — 12, а в IV (1960) 7 уд. в минуту. Одновременно с возрастом увеличивается условно-рефлекторная лабильность пульса. Это показала клино-ортоклиностатическая проба. (Принцип ускорения редакции организма на повторные изменения внешней среды).

5. У здоровых детей с возрастом (по мере развития) происходит в обычных и привычных условиях среды в силу действия закона экономии, постепенное снижение частоты дыхания за счет увеличения дыхательного объема, а также увеличение пульсо-дыхательного отношения, что указывает на стабилизовавшиеся или даже уменьшившиеся требования со стороны среды мышеч-

ных движений организма ребенка, т. е. на стабилизировавшееся или уменьшившееся потребление кислорода.

6. Режим повышенной физической и умственной активности очень сильно воздействовал на дневную динамику частоты пульса учащихся экспериментального класса 1959/60 учебного года и в направлении уменьшения пульсо-дыхательного отношения.

7. Кривая дневной динамики частоты пульса как девочек, так и мальчиков, занимавшихся в течение учебного года в экспериментальном классе, оказалась значительно ниже (что указывает на большее развитие), чем в контрольном более старшем классе. При этом у девочек эта классная разница частоты пульса была максимальной в течение дня в момент после утренней физзарядки и достигала 21 удара в мин. (т. е. 19% в сравнении с девочками контрольного класса), а у мальчиков во время уроков достигала 12 ударов в минуту (т. е. 14%).

8. Общее половое различие частоты пульса под влиянием одинакового экспериментального режима уменьшилось на 13%, т. к. в результате относительно большего увеличения физической активности девочек у них произошло значительно большее урежение частоты пульса, чем у мальчиков. Показатели сблизились.

9. Под влиянием умственно и физически более активного образа жизни максимальная амплитуда дневных колебаний частоты пульса снизилась у мальчиков с 12 до 7 ударов в мин., а у девочек с 26 до 11 ударов в мин., что также указывает на более быстрое развитие кровообращения у девочек.

10. Экспериментальный режим несколько увеличил частоту дыхания на всем протяжении рабочего дня как у мальчиков, так и у девочек. Причем у мальчиков учащение дыхания выражено несколько меньше. Частота дыхательных движений у мальчиков увеличилась на 1,8 дыханий в минуту, а у девочек на 4,8. Учащение дыхания проявляется особенно ярко во второй половине дня.

Таким образом, можно считать, что по частоте пульса и пульсо-дыхательному отношению возможно оценивать степень развития сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности ребенка.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕТСКОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В Г. ТАЛЛИНЕ

Л. П. Лисовенко

Таллинская республиканская больница Минздрава ЭССР

Вопросы детской гинекологии все больше и больше интересуют гинекологов и педиатров.

В нашей республике в марте 1959 года на базе городской Таллинской детской больницы создан первый детский гинекологический кабинет.

С этого времени через кабинет прошло 340 девочек в возрасте от 1 месяца до 18 лет: из них госпитализировано 18 человек.

Из общего числа прошедших через кабинет 70% больных страдали вульво-вагинитами различной этиологии. Частой причиной заболевания являлись глистная инвазия и нарушения гигиенического режима.

Эти данные свидетельствуют о том, что необходимо уделять большое внимание вопросам гигиены девочек в детских учреждениях, а также в быту.

К разрешению ряда вопросов детской гинекологии и гигиены девочек должно быть привлечено внимание педиатров, школьных врачей, педагогов и родителей.

ПУТИ ЛИКВИДАЦИИ ДИФТЕРИИ В ЭСТОНСКОЙ ССР

Л. М. Степанова

Республиканская санэпидстанция ЭССР

1. Проблема ликвидации заболеваний дифтерией теоретически обоснована. Достаточно полно изучены этиология, эпидемиология, клиника и профилактика этого заболевания. Также проводимые организационные и профилактические мероприятия вполне реальны. Исходя из этого органы здравоохранения располагают комплексом мероприятий, которые при правильном использовании могут обеспечить ликвидацию дифтерии.

2. В Эстонской ССР в течение последних десяти лет отмечается постепенное снижение заболеваемости дифтерией. Однако темп снижения медленный, т. к. заболе-

ваемость снижается неравномерно во всех городах и районах.

Одновременно следует отметить, что уже в течение последних 3—4 лет не регистрируется заболеваний дифтерией в районах Выру, Вяйке-Маарья, Хийумаа, Мярьямаа, Рапла, т. е. там можно отметить стойкое благополучное состояние.

3. В 1959 г. и I половине 1960 г. наибольшее количество заболеваний дифтерией было среди детей в возрасте 3—4-х лет и 7—8 лет, это можно объяснить недостаточной иммунной прослойкой этих возрастов в связи с плохим охватом их вакцинацией и ревакцинацией.

4. За последние 5 лет в городах и районах, неблагополучных по заболеваемости дифтерией, при обследовании контингентов по эпидпоказаниям было выявлено 2—3% бациллоносителей. В благополучных районах в отношении заболеваемости дифтерией бациллоносительство значительно ниже. Следовательно необходимо расширение бактериологического обследования лиц на дифтерийное бациллоносительство и их последующее лечение, в первую очередь в районах с повышенной заболеваемостью дифтерией.

5. Среди детей, перенесших за последние полтора года дифтерию было 30—40% привитых детей, 52% детей из заболевших дифтерией в 1959 г. и 20% детей из заболевших ею в I полугодии 1960 года имели незаконченные прививки, 7,6% детей в 1959 г. и 20% детей в I полугодии 1960 г. из переболевших дифтерией не были совсем привиты.

У значительного числа переболевших детей не имелось никаких данных о прививках. Это требует организации точного и полного учета всех детей от 0 до 12 лет и полного охвата всех детей профилактическими прививками.

6. Весьма ценным методом для определения состояния иммунитета против дифтерии является проведение реакции Шика. Широко применяя реакцию Шика необходимо проводить внеочередные ревакцинации всем детям не имеющим иммунитета.

7. Имеет место неправильная и поздняя диагностика дифтерии. Так, например, в 1959 г. только у 48,8%, а в I половине 1960 г. только у 30% больных дифтерия была диагностирована в первые два дня заболевания.

8. За последние годы отмечается тяжелое течение дифтерии, так например, в 1959 г. и I половине 1960 г. 22,5% больных имели токсическую форму дифтерии. В 1959 г. летальность от дифтерии составляла 2,08%.

9. Важнейшими мероприятиями по снижению и ликвидации заболеваемости дифтерией в Эстонской ССР являются:

а) организация единой системы полного учета всех детей в возрасте от 0 до 12 лет;

б) полный охват всех детей, подлежащих прививкам, вакцинацией и ревакцинацией;

в) проведение внеочередных индивидуальных прививок при снижении общей реактивности организма ребенка, а также проведение массовых прививок против дифтерии по эпидпоказаниям в случаях неблагоприятного эпидемиологического состояния на микроучастках города или района;

г) правильная и своевременная диагностика дифтерии, изоляция больных;

д) широкое бактериологическое обследование с целью выявления бациллоносителей и их лечения в эпидемических очагах и среди детских контингентов и взрослого населения;

е) повышение квалификации медицинских работников по вопросам профилактики, лабораторной и клинической диагностики дифтерии;

ж) усиление санитарно-просветительной работы среди населения по вопросам профилактики дифтерии.

НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОЛИОМИЕЛИТОМ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЛИКВИДАЦИИ ЭТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В ЭСТОНСКОЙ ССР.

К. А. Васильева

Главный эпидемиолог Министерства здравоохранения ЭССР

Заболеваемость полиомиелитом в Эстонской ССР имела давнее распространение. В последние годы (до 1958 г.) наблюдалось значительное повышение заболеваемости, имевшее нередко характер вспышек. Наиболее

крупная вспышка полиомиелита, захватившая ряд районов Южной части республики, была в 1958 г.

В последний период отмечалось увеличение количества заболеваний полиомиелитом среди сельского населения в связи с возникновением локальных вспышек.

Распространение полиомиелита характеризовалось определенной периодичностью, с чередованием эпидемических подъемов, при постепенном снижении после максимума заболеваний.

Типичная для полиомиелита сезонность резко проявлялась в Эстонской ССР, число заболеваний в июле—августе и сентябре месяцах составляло 41,1—85,2% от годовой заболеваемости.

Показатели заболеваемости среди лиц более старших возрастов после 18 лет резко снижаются. Более высокие показатели заболеваемости полиомиелитом среди детей как дошкольного, так и школьного возрастов подтверждают значительное распространение заболеваемости полиомиелитом среди детского населения республики.

Одновременно заболеваемость полиомиелитом в Эстонской ССР по числу случаев характеризовалась высоким удельным весом заболевших взрослых. В период 1920—1940 гг. количество заболеваний среди лиц старше 15 лет составляло 50,1%, в последующие годы заболеваемость среди взрослых колебалась в пределах 32,6—46,0%.

По количеству случаев отмечалась наиболее низкая заболеваемость среди детей грудного возраста — 3,9%, среди детей в возрасте от одного года до 10 лет была выше и уже более значительное количество случаев было среди детей старше 10 лет, составляя в среднем—18,3% от общего количества заболевших.

Характерно для Эстонской ССР, что заболеваемость полиомиелитом по возрастным группам имеет отличительные особенности среди городского и сельского населения, связанные с местными условиями распространения заболеваемости полиомиелитом; в городах республики значительно выше заболеваемость среди детей младшего возраста, особенно в возрасте 1—2 лет, в сельской местности большее количество случаев полиомиелита среди детей школьного возраста, начиная с 10 лет и особенно среди взрослых в возрасте до 30 лет.

Общая летальность от полиомиелита по Эстонской

ССР была сравнительно высокой и колебалась в пределах 3,0—9,8%. Наиболее низкая летальность отмечалась среди детей до одного года (1,2%), количество летальных исходов увеличивалось среди лиц более старших возрастов, особенно высока была летальность среди заболевших старше 20 лет. Основными прекрасно уже себя оправдавшим мероприятиями в борьбе с полиомиелитом являются профилактические прививки; непревзойденный до настоящего времени результат получен в нашей республике при применении для иммунизации живой пероральной вакцины.

На основании нашего опыта, при наблюдении результатов вакцинации и ревакцинации против полиомиелита, представляется уже возможным на данном этапе сделать выводы о значимости массовости и повторности проведения прививок.

При иммунизации с охватом около 50% населения, при максимальном охвате детей младших возрастов и создается уже твердая защита против распространения заболеваний полиомиелитом.

Практически, в данный период, вопрос длительности и напряженности иммунитета может быть решен последующими ревакцинациями с учетом еще возможности циркуляции «дикого» вируса полиомиелита и значимости явлений интерференции.

При ревакцинации в 1960 году охват населения республики в целом составлял 67,4%, в возрасте до 18 лет—93,3%. При этом однако отмечается недостаточный охват прививками детей в возрасте от 2-х месяцев до одного года (53,0%).

При наблюдавшейся значительной заболеваемости полиомиелитом в республике среди детей в возрасте до 7 лет, следует считать необходимым полную вакцинацию детей этого возраста, при проведении плановых прививок; учитывая особенности индивидуальной напряженности иммунитета, особенно у детей, необходимо своевременное проведение последующих ревакцинаций.

О ПУТЯХ РЕЗКОГО СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОКЛЮШЕМ В ЭСТОНСКОЙ ССР

А. М. Варес

Главный педиатр Министерства здравоохранения ЭССР

Коклюш является одним из наиболее распространенных острых детских инфекционных заболеваний, которое по тяжести течения и последствиям превосходит даже корь и дизентерию. Внимание к коклюшу как со стороны эпидемиологов, так и педиатров, совершенно недостаточно и не соответствует значимости этой инфекции в патологии детского возраста. Кривая заболеваемости коклюшем в допрививочный период характеризовалась волнообразностью, где подъемы заболеваемости повторялись через каждые 1—2 года. Начиная с 1959 года и особенно в 1960 г. отмечается резкое снижение заболеваемости коклюшем в ЭССР, которое не укладывается уже в масштабы конъюнктурных колебаний и несомненно связано с массовыми противококлюшными прививками.

Летальность от коклюша за последние десять лет снизилась приблизительно в два раза и составляла в 1959 г. 3,8%. За 9 месяцев 1960 г. летальности от коклюша не было.

Иммунопрофилактика коклюша в ЭССР началась с конца 1957 г. и к настоящему времени привито 64 290 детей до 5-ти летнего возраста. При сравнительном анализе заболеваемости коклюшем среди привитых и непривитых детей детских ясель заболеваемость среди привитых была в 15 раз меньше по сравнению с непривитыми контингентами, а тяжелых случаев заболевания среди вакцинированных не отмечалось, что свидетельствует о высокой эффективности прививок.

Существующая инструкция по проведению коклюшно-дифтерийных прививок имеет целый ряд недостатков и нуждается в пересмотре в сторону сужения диапазона противопоказаний.

В деле снижения заболеваемости коклюшем наряду со специфической профилактикой не меньшее значение имеет неспецифическая профилактика (рациональное

вскармливание детей, мероприятия по закаливанию, улучшение санитарно-гигиенического режима детских учреждений и т. д.).

ЧАСТОТА ЛАМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ ГОРОДА ТАРТУ

В. Сеедер

Кафедра педиатрии Тартуского госуниверситета

1. Для выяснения частоты ламблиоза у детей дошкольного и школьного возраста в гор. Тарту проведены исследования кала у 111 детей в возрасте 1—14 лет без предварительного опроса о состоянии здоровья.

2. При копрологическом определении ламблиоза наилучшим методом оказалась обработка препаратов раствором Люголя (по И. П. Павловскому).

3. Для установления ламблиоза обязательно проведение по меньшей мере 6-ти копрологических анализов в различные дни.

4. Из 111 детей, подвергавшихся исследованию, ламблиоз был обнаружен у 48 детей, т. е. в 43%.

5. Из 48 детей с ламблиозом, допущенных в детские коллективы как практически здоровые, имелись жалобы у 2/3 исследованных.

6. У всех детей детских коллективов надо проводить параллельно с другими обязательными анализами также повторные анализы кала для обнаружения лямблий.

7. Для предотвращения распространения ламблиоза нужно проводить лечение во всех обнаруженных случаях ламблиоза.

ЧАСТОТА СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛАМБЛИОЗОМ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ I ДОМА РЕБЕНКА ГОР. ТАРТУ

В. Кару

Тартуский Дом ребенка № 1

1. В I Доме ребенка гор. Тарту, обслуживающем детей с хронической дизентерией, у 43 детей в возрасте от 2—3 лет был проведен анализ кала на наличие лямб-

лий. У каждого ребенка было проведено 7 копрологических исследований в разные дни. В результате проведенных исследований были обнаружены ламблии у 18 детей, т. е. у 42%.

2. Также изучался вопрос как влияют различные режимы питания (пища богатая жирами, белками или углеводами) на частоту выделения цист ламблій с калом. Было выяснено, что пища богатая жирами и белками не оказывает особого влияния на выделение цист ламблій. При пище богатой углеводами выделение ламблій было на половину меньше, чем при обыкновенной пище.

3. При применении ацидофилобактериальной массы выделение цист ламблій у большинства детей прекратилось, но у некоторых из исследуемых при повторном обследовании были найдены единичные цисты.

4. Для лечения были применены настойка полыни и акрихин. Лечение настойкой полыни (2 цикла по 7 дней) не дало окончательного выздоровления.

При применении акрихина в повторных анализах кала цисты ламблій не были обнаружены.

О ТРУДНО ПОДДАЮЩИХСЯ ЛЕЧЕНИЮ СВОЕОБРАЗНЫХ СТАФИЛОКОККОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ В ГОР. ТАРТУ.

Э. Ратник

Тартуская городская детская клиническая больница

1. Начиная с 1958 г. в гор. Тарту участились стафилококковые заболевания, сформировались своеобразные их клинические формы.

2. У новорожденных из клинических форм стафилококковой инфекции чаще всего встречается кожная форма, протекающая в виде своеобразного везикулопустулеза, в части случаев дающего множество абсцессов.

3. У детей грудного возраста самой тяжелой формой стафилококковой инфекции является абсцедирующая пневмония. Последняя редко бывает первичной, обыкновенно сопутствует стафилококковой инфекции кожи, уха-горла-носа.

4. Клиническое течение стафилококковой пневмонии характеризуется склонностью легочной ткани к абсцедированию, причем часто образуются эмпиемы.

5. Для эмпиемы, которая образуется вследствие осложнений стафилококковой пневмонии, характерно ее раннее появление на 3—4 день заболевания.

Для ранней диагностики эмпиемы необходимо своевременное рентгеновское обследование, способствующее своевременному лечению.

6. Все находящиеся на излечении в Тартуской городской клинической детской больнице стафилококковые эмпиемы, были обусловлены пенициллино-устойчивыми возбудителями. Во всех случаях выделенные стафилококки оказались слабочувствительными к лево- и биомицину, только в 1/3 случаев наблюдалась слабая чувствительность к стрептомицину. Это заставляет обратить должное внимание на правильный подбор антибиотиков и применение интенсивного общего лечения — переливание плазмы и крови, оксигенотерапию, рациональное вскармливание и т. д.

7. Частые, ранние пневмотораксы при стафилококковой пневмонии требуют своевременного хирургического вмешательства.

8. Начиная с 1959 г. участились у новорожденных язвенные энтериты, которые по клинической картине и течению соответствуют описанным в литературе энтеритам стафилококковой этиологии.

ЗНАЧЕНИЕ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛЕНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Доцент канд. мед. наук Л. Керес
Из кафедры педиатрии ТГУ

1. При гипоксемическом состоянии, независимо от его патогенеза, следует применять кислородную терапию, как субституционное средство предотвращающее перерождение жизненно важных органов (мозг, печень, сердце и т. д.)

2. При пневмонии следует начинать кислородную терапию уже при первых признаках недостаточности дыхания.

3. При даче кислорода детям раннего возраста через воронку или полузакрытый купол следует давать кислород в зависимости от степени гипоксемии постоянно 5—15 литров в мин.

4. Для проведения кислородной терапии, соответствующей требованиям, необходимо обязательно снабдить все детские больницы и детские отделения оборудованием для кислородной терапии (баллоны, редукторы, дозиметры и т. д.) в достаточном количестве.

5. При транспортировке ребенка в гипоксемическом состоянии для проведения достаточной кислородной терапии обязательно иметь с собой маленький баллон кислорода с редуктором.

6. Интенсивная кислородная терапия устраняет опасное для жизни функциональное расстройство организма, тем самым облегчает тяжелые явления недостаточности дыхания при острой пневмонии, и дает возможность при длительном течении заболевания преодолеть воспалительные явления в случаях осложненных обширной абсцедирующей пневмонией и эмпиемой.

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ПНЕВМОНИЙ ПО ДАННЫМ ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ТАЛЛИНСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Т. П. Крюкова

Таллинская республиканская больница

1. Хроническая неспецифическая пневмония у детей раннего возраста встречается не реже, чем в старшем возрасте. В 60—75% случаев она начинается в первые 3 года жизни.

2. Хроническая неспецифическая пневмония занимает значительное место в патологии детского возраста.

3. За период с июля 1957 года по август 1960 года

в детское отделение Таллинской республиканской больницы госпитализировано 80 больных с хронической пневмонией.

По тяжести заболевания все случаи распределялись следующим образом:

хроническая неспецифическая пневмония

I ст. —	61 случай
II ст. —	10 случай
III ст. —	9 случай

Отмечаются сочетания: хроническая неспецифическая пневмония с бронхиальной астмой — в 14 случаях (17,5%), хроническая неспецифическая пневмония с хроническим тонзиллитом — в 9 случ. (11,3%), хронич. неспецифическая пневмония с хроническим гайморитом — в 2 случ. (2,5%).

4. Начало развития хронической неспецифической пневмонии после острой пневмонии, по нашим данным, наблюдалось в 36 случ. (45%), после частых катарров верхних дыхательных путей — 24 случ. (30%), после коревых пневмоний — 8 случ. (10%), после коклюшных пневмоний — 7 случ. (8,7%), после гриппа — 3 случ. (3,7%).

5. Лечение больных хронической неспецифической пневмонией должно проводиться длительно, систематически и обязательно комплексно. На фоне общеукрепляющего лечения с широким применением лечебной гимнастики, физиотерапии рационально использовать антибиотики (аэрозольное введение). Шире использовать санаторно-курортное лечение.

6. Учитывая большой удельный вес начальных форм хронических неспецифических пневмоний в детском возрасте, решающее значение в борьбе с этим заболеванием приобретают вопросы ранней диагностики, диспансеризации и комплексного лечения.

ПРАВИЛЬНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ — ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИХ РЕВМАТИЗМОМ

проф. А. Ф. Тур

Действительный член АМН СССР

1. Индивидуальные особенности детей играют исключительно большую роль в заболевании их ревматизмом.

2. Особенности течения ревматизма у детей при первичном заболевании, а также возникновение у них повторных атак всецело зависят от индивидуальных особенностей заболевшего ребенка и резистентности его к воздействиям различных отрицательных факторов окружающей его среды.

3. Правильное физическое воспитание детей с первых дней их жизни — необходимое условие полноценного развития их и формирования максимальной резистентности организма ребенка к любым отрицательным воздействиям окружающей их среды.

4. В понятие «физическое воспитание» входят: а) правильный режим жизни — сон, бодрствование, игра и т. д.; б) правильное питание, в) целесообразное и систематическое использование естественных факторов природы — воздуха, воды, света, солнца и, наконец, г) физкультура.

5. Правильное физическое воспитание является наиболее эффективным из всех средств неспецифической профилактики.

6. Значение правильного режима жизни, сна, целесообразно организованного бодрствования и отдыха в формировании и корригировании индивидуальных особенностей ребенка.

7. Правильное питание и его роль в развитии аллергии и десенсибилизации.

8. Использование естественных факторов природы и физкультура — должны быть обязательными в комплексе повседневных режимных моментов в жизни здоровых детей всех возрастов.

9. Физическое воспитание детей с аномалиями конституции (астения, лимфатический диатез и др.), страдающих хроническим тонзиллитом, а также в межприступном периоде ревматизма — приобретает исключи-

тельно большое значение. Физическое воспитание детей этих категорий требует, конечно, значительного дифференцирования.

10. Основные элементы физического воспитания детей должны широко и систематически использоваться и как основные факторы терапии детей, страдающих ревматизмом.

11. Детский врач — должен играть ведущую роль в физическом воспитании детей в условиях коллектива и в условиях семьи.

СОДЕРЖАНИЕ

1. А. ВАРЕС. Состояние детской смертности в ЭССР и пути ее дальнейшего снижения	41
2. И. ВЕЕРМАА. Дальнейшие перспективы уменьшения заболеваемости и смертности новорожденных	42
3. О. СОКОЛОВА-ПОНОМАРЕВА. Некоторые клинические и нервно-гуморальные показатели активности ревматического процесса у детей	43
4. Е. НАДЕЖДИНА, Э. ЛАРСКИЙ. Изменение реактивности у детей с различным течением ревматизма по данным биохимических исследований после галактозной нагрузки	45
5. Т. ТЕРНОВА. Клинические наблюдения за детьми, больными ревматизмом, с нарушениями сердечного ритма	47
6. Е. МЮЛЛЕРБЕК. К вопросу о борьбе с ревматизмом у детей в городе Таллине	49
7. Л. КООК. Клиническое значение вспомогательных диагностических проб при ревматизме у детей	50
8. С. КЛЕЙТСМАН. Некоторые данные о фонокардиографии у детей больных ревматизмом	51
9. О. СОКОЛОВА-ПОНОМАРЕВА. Сравнительное изучение клинической эффективности кортикостероидов при лечении детей больных ревматизмом	53
10. З. СААР. О результатах лечения ревматизма в пост- и межприступном периоде (по данным ревматического кабинета Тартуской городской клинической больницы)	55
11. Л. ЛАВРОВА. Медицинское обслуживание школьников в связи с законом о перестройке школы	56
12. Е. ЖУРБА. Опыт работы по снижению заболеваемости школьников в Таллинской школе-интернате	58
13. Р. СИЛЛА. Физкультура в режиме дня школьника с точки зрения ее влияния на умственное развитие	59
14. Э. ВАЛДРЕ, С. КАЛЛАС. О влиянии холодных ванн для ног на некоторые температуры тела и кожи, а также и показатели крови	62
15. В. ХИОН, Э. ВАЛДРЕ. Зависимость развития дыхательной и сердечно-сосудистой системы школьников младшего возраста от физической нагрузки	63
16. Л. ЛИСОВЕНКО. Опыт организации детской гинекологической помощи в гор. Таллине	66
17. Л. СТЕПАНОВА. Пути ликвидации дифтерии в Эстонской ССР	67

18. К. ВАСИЛЬЕВА. Некоторые эпидемиологические особенности заболеваемости полиомиелитом среди детей и перспективы ликвидации этого заболевания в Эстонской ССР . . . 68
19. А. ВАРЕС. О путях резкого снижения заболеваемости коклюшем в Эстонской ССР 71
20. В. СЕЭДЕР. Частота ламблиоза у детей города Тарту . . . 72
21. В. КАРУ. Частота случаев заболеваемости ламблиозом и результаты его лечения у детей I Дома ребенка гор. Тарту . 72
22. Э РАТНИК. О трудно поддающихся лечению своеобразных стафилококковых заболеваниях у детей в гор. Тарту . . . 73
23. Л. КЕРЕС. Значение кислородотерапии при лечении воспаления легких у детей раннего возраста 74
24. Т. Крюкова. Клинико-статистический анализ хронических неспецифических пневмоний по данным детского отделения Таллинской Республиканской больницы 75
25. А. ТУР. Правильное физическое воспитание детей — основа профилактики заболевания их ревматизмом 77

Ladumisele antud 24. IX 1960. Trükkimisele antud 17. X 1960. Paber 54×84, ¹/₁₆. Trükipoognaid 5. MB-08026. Tellimise nr. 3346. Trükikoda «Ühiselu», Tallinn, Pikk t. 40/42.

Tasuta. — Бесплатно.

На эстонском и русском языках.

Tasuta
Бесплатно

A-23430

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00468114 6