

EESTI NSV TERVISHOIUMINISTEERIUM
VABARIIKLIK TUBERKULOOSITÖRJE DISPANSEER

TUBERKULOOSI
PROFÜLAKTIKA JA RAVI VARAJASES
LAPSEEAS

TALLINN
1965

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

Противотуберкулёзная помощь

детям раннего возраста

(методические указания)

Москва - 1964 г.

Tartu Riikliku Ülikooli

Raamatukogu

66306

K i n n i t a n

NSVL Tervishoiu Ministri
asetäitja A.Serenko

15.sept.1964.a.

Nr.06-14-15

Tuberkuloosi profülaktika ja ravi varajases lapseas

(Metoodilised juhendid)*

Varaealiste laste tuberkuloositõrje organisatsioon

Varaealiste laste tuberkuloosi vastu võitluses tuleb põhiliseks lugeda:

1. Profülaktilisi üritusi, mis hõlmavad tuberkuloosi vastu vaktsineerimist ja revaktsineerimist, kemoprofülaktika läbiviimist, õigeaegset laste isoleerimist batsillaarsest ümbrusest, üldtervendavaid üritusi lastekollektiivides ja perekonnas, samuti sanitaarharidustööd elanikkonna hulgas.

2. Varajaste tuberkuloosivormide õigeaegset avastamist laste hulgas nende süstemaatilise uurimise teel tuberkuloosile.

3. Infitseeritud ja tuberkuloosihaigetele lastele vajaliku ravi organiseerimist ja kindlustamist.

Varaealiste laste hulgas tuberkuloosi vastu võitlemise organiseerimise metoodiliseks keskuseks on tuberkuloositõrje dispanser. Tuberkuloositõrje ürituste otseseks läbiviijaks kuni kolmeaastaste laste hulgas ja selle eest vastutajaks on lastepoliklinnik (nõuandla).

Vastavalt koosseisudele eraldatakse nendes asutustes pediaater-ftisiatrri ametikoht. Käesoleval ajal toimub suurtes linnades, kus on hästi organiseeritud tuberkuloositõrje dispanserid, võitlus

*) Koostatud NL TA Pediaatria Instituudi med.tead.kandidaatide S.V.Ratšinski ja A.A.Efimova poolt.

tuberkuloosiga varaealiste laste hulgas nende dispanserite lasteosakondade poolt.

Kõigil juhtudel võtab pediaater-ftisiaater varaealisi lapsi vastu lastepolikliinikus (nõuandlas), kus on selleks otstarbeks eraldatud spetsiaalne kabinet.

Varaealiste laste röntgenoloogiline uurimine toimub polikliiniku (nõuandla) röntgenkabinetis selleks spetsiaalselt eraldatud tundidel.

Linnades ja rajoonikeskustes, kus pole pediaater-ftisiaatrit, toimub varaealiste laste tuberkuloosialane teenindamine jaoskonna-pediaatri poolt, kes saab pidevat konsultatsiooni arstilt-ftisiaatrilt.

Lastepolikliiniku (nõuandla) pediaater-ftisiaater:

1. Juhendab metoodiliselt

- a) profülaktiliste tuberkuloositõrje ürituste süstemaatilist läbiviimist, esmajoones tuberkuloosivastaste kaitsesüsteemide läbiviimist;
- b) õigeaegset tuberkuloosi avastamist varaealiste laste hulgas lastepolikliinikus (nõuandlates) ja organiseeritud kollektiivides (sõim, sõim-aed, lastekodu).

2. Valmistab arste-pediaatreid ja keskmeditsiinilist personali ette tuberkuloositõrje ürituste põhiküsimustes ja vastutab nende kvalifikatsiooni eest selles osas.

3. Teostab kemoprofülaktilikat tuberkuloosikollete lastele.

4. Kindlustab õigeaegse varaealiste laste hospitaliseerimise haiglatesse või sanatoorsetesse asutustesse lokaalse tuberkuloosi ja varase tuberkuloosse intoksikatsiooni korral. Tuberkuloosist infitseeritud kuid ilma intoksikatsiooni tunnusteta

varaealisi lapsi võib paigutada sanatoorset tüüpi sõime või lastekodusse, sõime või lastekodu sanatoorsesse gruppi.

5. Peab arvestust haigete ja tuberkuloosist infitseeritud varaealiste laste (kuni 3 a.) üle ning jälgib neid regulaarselt, samuti samas vanuses terveid lapsi tuberkuloosikolletest vastavates dispanserites varaealiste gruppides.
6. Organiseerib varaealiste laste isoleerimist tuberkuloosikolletest nende paigutamise teel lasteasutustesse (sõimed, lastekodud) nende pikaajaliseks viibimiseks seal kuni kolde likvideerimiseni.
7. Konsulteerib regulaarselt tuberkuloosikahtlasi lapsi polikliinikus, statsionaaris ja kodus, samuti tuberkuloosi sanatoorsetes lasteasutustes (sanatoorsed sõimed, lastepäevakodud, lastekodud).
8. Organiseerib nende imikute vaksineerimist, keda ei vaksineeritud sünnitusmajas ja kes sündisid kodus. Kindlustab revaksineerimise õige läbiviimise ja kontingentide valiku. Võtab kõige aktiivsemalt osa tuberkuloosi vastu kaitsesüstitud laste isoleerimisest tuberkuloosi kontakti tingimustest immuunsuse väljakujunemise perioodiks (6-8 nädalaks).
9. Annab kolmeaastaseks saanud tuberkuloosihaiged ja tuberkuloosi haigetega kontaktis olevad lapsed koos üksikasjaliku väljavõttega haigusloost üle tuberkuloositõrje dispanserisse jälgimiseks.
10. Võtab osa varaealiste laste sanatooriumidesse või sanatoorsetes lasteasutustesse suunamise komisjonide tööst.
11. Saadab linna tervishoiuosakonda teate, vormi 81 g, iga aktiivse tuberkuloosi vormiga avastatud lapse kohta.

12. Peab arvestust varaealiste laste hulgas tehtava tuberkuloositõrje töö kohta ja koostab aasta-aruande vorm 15, mille saadab üheaegselt lastepolikliiniku (nõuandla) aruandega linna (rajooni) tervishoiuosakonda.
13. Organiseerib kogu sanitaarharidustööd võitluses tuberkuloosiga nii laste ravi-profülaktiliste asutuste personali kui ka lastevanemate hulgas.
14. Loob tiheda kontakti tuberkuloositõrje dispanseri laste osakonnaga.
15. Annab tehtud tööst perioodiliselt aru tuberkuloositõrje dispanseris ja lastepolikliinikus.

Laste polikliinikute (nõuandlate)

tuberkuloosikabinettides arvelolevate varaealiste laste

(kuni 3 aasta vanuseni) grupeering

Varaealised lapsed, keda jälgitakse tuberkuloosi kabinetides, jagatakse dispanseersesse gruppidesse alljärgnevalt:

I grupp - aktiivne tuberkuloos:

- 1) kopsutuberkuloosi kõik vormid infiltratsiooni, lagunemise ja disseminatsiooni faasis;
- 2) varane tuberkuloosne intoksikatsioon;
- 3) kuni 1 aasta vanused tuberkuloosist infitseeritud lapsed;
- 4) kuni 3 aasta vanused teise astme kroonilise tuberkuloosse intoksikatsiooniga (I_2) lapsed.

Kõik I grupi lapsed kuuluvad hospitaliseerimisele tuberkuloosi haiglatesse või sanatooriumidesse asutustesse.

Kuni ühe aasta vanused tuberkuloosist infitseeritud lapsed, kellel ei esine tuberkuloosse intoksikatsiooni kliinilisi

sümptoome, viiakse ühe aasta pärast I grupist üle III gruppi, kui neil ei arene lokaalseid tuberkuloosi vorme või kroonilist tuberkulooset intoksikatsiooni.

Haiged lapsed viiakse I grupist II gruppi peale efektiivse ravi lõpetamist ja protsessi püsivat vaibumist.

II grupp - aktiivse tuberkuloosi vaibumine

- 1) Kopsutuberkuloosi kõik vormid imendumise ja tihenemise faasis (I grupist üle toodud peale efektiivse ravi lõpetamist ja samuti esmaselt avastatud haiged lapsed aktiivse tuberkuloosi vaibumisega);
- 2) Lapsed kuni 3 aasta vanuseni kroonilise I astme tuberkuloosse intoksikatsiooniga (I_1).

Lapsed, kes kuuluvad II dispanseersesse gruppi, kuuluvad perioodilisele retsidiivivastasele antibakteriaalsele ja sanatoorsele ravile saavutatud ravitulemuste kinnitamiseks.

II grupi lapsi jälgitakse vähemalt ühe aasta vältel. Laste nõuandlate tuberkuloosikabinette külastavad 4 korda aastas.

III grupp - mitteaktiivne tuberkuloos

- 1) Lapsed, kes on olnud varem I ja II grupis, aktiivse tuberkuloosse protsessi täielikul vaibumisel.

- 2) 1 kuni 3 aasta vanused infitseeritud lapsed, kellel ei esine intoksikatsiooni nähte.

III grupis jälgitakse lapsi 2 aastat. Hulgaliste ja suurte kaltsinaatidega lapsi jälgitakse kuni nende 17 aasta vanuseks saamiseni.

III gruppi kuuluvad lapsed külastavad tuberkuloosikabinette mitte harvem kui 2 korda aastas.

IV grupp - kontaktised

Terved lapsed, kes elavad perekonnas või korteris koos batsillaarse haigega.

IV grupi lapsi tuleb dispanseerselt jälgida tuberkuloosi profülaktika eesmärgil teostada neile kemoprofülaktikat ja isoleerida sõimesse, lastekodudesse jt. lasteasutustesse.

Mitteinfitseeritud kontaktised kuuluvad revaktsineerimisele.

IV grupis jälgitakse lapsi kontakti vältel batsillieritajaga ja 2 aasta jooksul peale haige tervistumist või surma.

Lapsed perekonna ja korterikontaktist külastavad tuberkuloosikabinetti neli korda aastas.

V grupp - kopsuväline tuberkuloos

1) Lapsed, kes põevad tuberkulooset meningiiti, tuberkulooset lümfoadeniiti (mesadeniiti), tuberkulooset poliserosiiti, noodooset erüteemi, soole tuberkuloosi.

Vastavalt protsessi aktiivsusele jagatakse kopsuvälise tuberkuloosihaiged lapsed kolme alagruppi;

- a) aktiivne
- b) vaibunud ja
- c) mitteaktiivne tuberkuloos;

2) Luutuberkuloosi, kuse ja suguelundite, silma ja naha tuberkuloosi haiged lapsed.

Tuberkuloosse meningiidi rekonvalesentsendid seisavad igas alagrupis (a, b ja c) arvel 2 aastat.

Luu, kuse-suguelundite, silma ja naha tuberkuloosihaigete jälgimise tahtajad määratakse individuaalselt. Need haiged külastavad pediaatrit-ftisiaatrit mitte harvemini kui 2 korda aastas.

Märkus: Ebaselge etioloogiaga tuberkuliinallergia (postvaktsinaalne või infitseerumusejärgne) esinemisel kuni kolme aasta vanustel lastel jälgida lapsi tuberkuloosikabinetides kuni allergia etioloogia selgumiseni, millejärgselt viiakse lapsed vastavasse dispanseersesse gruppi, või võetakse arvelt maha.

Esmase tuberkuloosse infektsiooni varase perioodi diagnostika ja varaealiste laste tuberkuloosi ravi

Tuberkuloosi kulgemise iseärasused varaealistel lastel dikteerivad selle haiguse varast avastamist, õigeaegset ja õiget ravi.

Enamuses ei paku tuberkuloosi lokaalsete vormide diagnoosimine kliiniliste andmete, röntgenoloogiliste ja laboratoorsete uuringute õige analüüsi ning tuberkuliinproovide dünaamika jälgimise korral suuri raskusi.

Diagnoosi püstitamisel tuleb meeles pidada, et lokaalne tuberkuloos areneb välja reeglina esimestel kuudel (sagedamini nädalatel) peale esimese positiivse tuberkuliinproovi ilmutist (tuberkuliinproovi "viraaži" periood). Ometi võib tuberkuloosne meningiit mõningatel juhtudel välja areneda esmase tuberkuloosse infektsiooni igasugusel perioodil ja isegi vanade "kustunud" kollete foonil.

Suuri raskusi valmistab esmase tuberkuloosse infektsiooni varase perioodi diagnostika, kui protsess pole selgelt lokaliseerunud. Sellele perioodile on tihti iseloomulikud haiguse kliinilised tunnused (subfebrilne temperatuur, halb isu, laps jääb kaalus maha, kudede turgori vähenemine, kalduvus interkurentsetele haigustele jt.), s.t. varase tuberkuloosse intoksikatsiooni tunnused. Vahest õnnestub avastada ainult üksikuid sümptome.

Käesoleval ajal konstateeritakse väikelastel infitseerumist tuberkuloosi enamuses ilma intoksikatsiooni tunnusteta.

Laste esmase tuberkuloosse infektsiooni varase perioodi avastamise põhimeetodiks on tuberkuliindiagnostika ja sellest õige arusaamine.

Sellel eesmärgil tuleb kõigil lastel, alates kuue kuu vanusest, teha Pirquet reaktsioone kaks korda aastas vaheajaga kuus kuud.

Esmakordselt Pirquet positiivselt reageerivad lapsed tuleb kohe saata pediaater-ftisiaatri juurde jälgimiseks, ravi vajaduse üle otsustamiseks ja selle läbiviimiseks.

Käesoleval ajal, seoses üleminekuga nahasisesele meetodil vaktsineerimisele, võib positiivne Pirquet reaktsioon tekkida mitte ainult lapse nakatumise tõttu tuberkuloosi mükobakteritega, vaid isegi seoses vaktsineerimisega (postvaktsinaalne allergia). Nendel lastel, keda vaktsineeriti vastsündinuna nahasisesele meetodil, areneb tuberkuliinallergia peaaegu kõigil 100%-liselt, sagedamini 3-4 nädala pärast peale vaktsineerimist.

Nahasisese vaktsineerimise tagajärjel tekib 10-20%-l süstitud lastest positiivne Pirquet reaktsioon, ülejäänud 80-90%-l lastest reageerivad positiivselt ainult tundlikumale Mantoux nahasisesele proovile. Peale nahasisest vaktsineerimist ei ületa Pirquet reaktsiooni suurus reeglina 3-4 millimeetrit diameetris. Üksikjuhtudel võib tugeva eksudatiivse diateesiga lastel Pirquet reaktsioon olla suurem.

Küsimuse lahendamiseks, kas positiivne Pirquet reaktsioon on tingitud varaealise lapse nakatumisest virulentse infektsiooniga või peegeldab ta postvaktsinaalset tuberkuliinallergiat,

tuleb arvestada mitut momenti:

- 1) tuberkuliinreaktsiooni tekkimise aega. Postvaktsinaalne allergia areneb sagedamini esimese 2-3 kuu jooksul peale vaktsineerimist. Üksikjuhtudel võib postvaktsinaalse allergia tõttu positiivne Pirquet reaktsioon ilmuda ka hiljem, isegi aasta vanuselt. Tunduvalt hilisem tekkeag tunnistab tuberkuloosi nakatumise kasuks;
- 2) eelnevate tuberkuliinproovide tulemusi. Positiivse reaktsiooni tekkimine peale mitmeid varasemaid negatiivseid reaktsioone (tuberkuliinproovi "viraat") tunnistab samuti tõenäolisemalt nakatumist virulentse infektsiooniga;
- 3) reaktsiooni intensiivsust jälgimise käigus (dünaamikas). Tuberkuliinproov (Pirquet), mis on seotud vaktsineerimise aega ei ole tavaliselt nii tugevalt väljendunud, kui nakatunud el tuberkuloosi mükobakteritega, ja ei ületa reeglina 5 mm diameetris. Edaspidi tal pole suurenemise tendentsi nagu on reaktsioonil, mis on seotud nakatumisega virulentssesse infektsiooni;
- 4) tuberkuloosihaigetega kontakti esinemist või puudumist. Kui positiivne tuberkuliinreaktsioon tekib kontaktel lapsel, tunnistab see rohkem tuberkuloosi mükobakteritega nakatumise kasuks;
- 5) haiguse kliiniliste tunnuste esinemist või puudumist. Kui tuberkuliinreaktsiooniga lapse intoksikatsiooni kliinilisi tunnuseid ei saa põhjendada teiste põhjustega, siis võib neid suurema tõenäolisusega siduda tuberkuloosse infektsiooniga.

Tuberkuloosi infitseerumise sedastamisel tuleb varaealist last põhjalikult uurida pediatristisiatril poolt, kasutades

röntgenoloogilisi ja teisi vajalikke uurimismeetodeid), et otsustada, kas tal on lokaalne tuberkuloosne kahjustus või tuberkuloosse intoksikatsiooni tunnused. Kui lapsele pannakse varase tuberkuloosse intoksikatsiooni diagnoos, siis tuleb arvestada, et varaäralise lapse üldhäirete tunnused võivad olla põhjustatud nii tuberkuloosest infektsioonist kui ka teistest põhjustest (rahhiit, eksudatiivne diatees, püeliit, ninaneelu haigused, helmintoos jt.). Sellega seoses tuleb väga põhjalikult teha diferentsiaaldiagnostikat varase tuberkuloosse ja teiste intoksikatsioonide vahel, mis on tingitud teistest haigustest.

Nende laste ravimine, kes põevad lokaalsete vormidega tuberkuloosi (haiguse aktiivses faasis), peab toimuma statsionaari tingimustes. Kui pole võimalik last otsekohe paigutada tuberkuloositõrje asutusse, tuleb ravi alustada kodustes tingimustes enne lapse hospitaliseerimist ühte või teise raviasutusse. Kui lapsel avastatakse tuberkuloosne meningiit, tuleb ta viivitamatult hospitaliseerida spetsialiseeritud raviasutusse.

Nende laste ravimine, kes on esmase tuberkuloosse infektsiooni perioodis ilma lokaalsete nähtudeta, kuid tuberkuloosse intoksikatsiooniga, võib toimuda nii statsionaari (haigla, sanatoorium) kui ka teiste spetsialiseeritud lasteasutuste (sanatoorsed sõimed, sõime grupid, lastekodud) tingimustes ja ainult erandjuhtudel kodus.

Selles grupis tuleb erilist tähelepanu osutada nendele lastele, kes on perioodis, mis on lähedane nakatumisele, tuberkuliinproovide "viraat" perioodis. Selliste laste ravimine peab toimuma reeglina spetsialiseeritud lasteasutuste tingimustes.

Esmase tuberkuloosse infektsiooni varase
staadiumiga laste kaitsesüstimine

Varaealistele lastele (kuni 3 a.) ei teostata profülaktilisi kaitsesüstimisi rõugete, difteeria, läkaköha ja teetanuse vastu, kui neil esineb:

- 1) Tuberkuloosi lokaalne vorm aktiivses faasis (kopsu- ja kopsuvälised vormid),
- 2) Ilmne varane ja krooniline tuberkuloosne intoksikatsioon,
- 3) Tuberkuliinproovide viraaž, mis on seotud lapse nakatumisega tuberkuloosi.

Positiivne Pirquet reaktsioon kliiniliselt tervetel lastel ei ole absoluutseks vastunäidustuseks profülaktiliste kaitsesüstimiste teostamiseks, sest ta võib olla postvaktsinaalse allergia avaldumiseks, mis on tingitud nahasisesest vaktsineerimisest BCG vaktsiiniga.

Profülaktilisi kaitsesüstimisi võib teha ka nendele lastele, kellel on mitmesugused tuberkuloosi vormid protsessi tihenemisfaasis kompenseeritud seisundi korral (puuduvad haiguse aktiivsuse kliinilis-röntgenoloogilised tunnused).

Esmase tuberkuloosse infektsiooni varase staadiumiga laste profülaktilisel kaitsesüstimisel tuleb määrata ftivasiidi profülaktiline ravikuur 1-2 kuuks. Sellistel juhtudel määratakse ftivasiidravi 1-2 nädalaks enne süstimist, jätkatakse süstimise ajal ja veel 1-2 kuu kestel peale teostatud kaitsesüstimist.

Rõugete vastu tuleb vaktsineerida, arvestades BCG vaktsiini nahasisese süstimise järgset kohalikku reaktsiooni. Väga tugeva reaktsiooni korral, kui esineb eritub, tuleb rõugete

vastu vaktsineerimine edasi lükata. Igal juhul tuleb rõugete vastu vaktsineerimine ja nahasisene BCG-eerimine läbi viia lapse erinevatel kätel. Varaealiste laste tuberkuloos ei ole vastunäidustuseks poliomüeliidi vastu kaitsepookimisele.

Tuberkuloosivastased antibakteriaalsed preparaadid, millised on kasutusel varaealiste laste tuberkuloosi ravimisel

Tuberkuloosihaigete varaealiste laste ravi põhiprintsiibid antibakteriaalsete preparaatidega ei erine täiskasvanute ravist (vt. kemoterapia meetodiline kiri Nr, 10-87-14-12 1963.a. Ravi peab alustama kohe peale diagnoosi kinnitamist. Ravi peab olema pikaajaline, kasutades mitmete antibakteriaalsete preparaatide kombinatsioone üldtugevdava ravi, õige režiimi ja mitmesuguste mittespetsiifiliste ravi meetodite foonil.

Põhiliseks, praktiliselt kõige laialdasemalt tuberkuloosihaigete laste ravis kasutatavamaks preparaadiks, on üks isonikotiinhappe hüdrasiidi (INH) preparaatidest - ftivasiid (isonikotinoül-hüdrasoon-vaniliin).

Ftivasiid ei lahustu vees, imendub mao-sooletraktist aeglaselt, annab veres püsiva kontsentratsiooni ja läbib kergesti kudede barjääre.

Kuna ftivasiidi kasutamine ei anna kõrvalnähte, on hea maitsega, saab preparaati edukalt kasutada varaealiste laste raviks nii statsionaarsetes kui ka ambulatoorsetes tingimustes.

Ööpäevaseks ftivasiidi doosiks on 30-40 mg 1 kg kehakaalu kohta (ööpäevane kogus jagatakse 2-3 doosiks).

Tunduvalt vähem kasutatakse varaealistele lastele kahte teist isonikotiinhappe hüdrasiidgrupi preparaati:

- tubasiidi (vastab välismaisele isoniasiidile) ja
- metasiidi (bis-düdrasiid - isonikotiinhape).

Tubasiidi ööpäevane doos on võrreldes ftivasiidiga kaks korda väiksem ja moodustab 15-20 mg 1 kg lapse kehakaalu kohta (preparaadi päevane doos jagatakse kolmeks).

Metasiidi ööpäevane doos on 20-30 mg 1 kg lapse kehakaalu kohta (antakse kaks korda päevas).

Teiseks põhiliseks tuberkuloosivastaseks ravimiks, mida kasutatakse peamiselt lokaalsete tuberkuloosi vormide ägenemiste või raskete laialdaste protsesside puhul on antibiootik - streptomütsiin.

Streptomütsiini manustatakse parenteraalselt - musklisiselt ja lokaalselt (subarahnoidaalselt, intrapleuraalselt jne.)

Musklisisesel manustamisel on ööpäevaseks streptomütsiini doosiks 20 mg (20.000 ü) 1 kg kehakaalu kohta, viiakse organismi korruga - üks kord päevas.

Meningiidi puhul kasutatakse subarahnoidaalseks manustamiseks ainult streptomütsiin-kloorkaltsiumi soola: kuni 1 aasta vanustele lastele doosis 0,015-0,2^{0,2} g ja kuni 3 aasta vanustele lastele 0,025-0,03 g.

Kolmandaks põhipreparaadiks on PAS-Na (paraamiinosalitsüülhappe-naatriumisool). Ööpäevane PAS-Na doos on 0,15-0,2 g 1 kg lapse kehakaalu kohta. Preparaati määratakse peale sööki kolm korda päevas (piima või veega).

PAS-Na kasutatakse tavaliselt kombinatsioonis streptomütsiini ja ftivasiidiga.

Nagu näitavad pikaajalised kogemused, taluvad lapsed tuberkuloosivastaseid põhirea preparaate hästi, ega anna reeg-

lina kõrvalnähte isegi nende pikaajalisel kasutamisel.

PAS-Na kutsub väga vähestel varaealistest lastest esile düspeptilisi häireid (oksendamise, anoreksia, sagenenud iste).

Enamikul juhtudest nähud taanduvad doosi vähendamisel.

Viimastel aastatel täiskasvanute tuberkuloosi kliinikus, tuberkuloosi mükobakterite resistentsuse väljaarenemisel kasutatakse põhirea preparaatide kõrval n.n. teise rea preparaate: tsükloseriini, etioonamiidi (trekator, 13-14), etoksiidi, pürasiinamiidi, viomütsiini ja kanamütsiini.

Kõik nimetatud "teise rea" preparaadid on võrreldes põhirea preparaatidega tuberkuloosi mükobakteri suhtes vähema aktiivsusega ja toksilisemad. Varaealiste laste tuberkuloosi ravis ei ole teise rea preparaadid leidnud seni laialdast kasutamist. Äärmiselt rasketel juhtudel "esimese rea" preparaatide mitteefektiivsuse puhul, kasutatakse "teise rea" preparaate.

Varaealiste laste tuberkuloosi ravis kasutatavad mittespetsiifilise ravi meetodid

Varaealiste laste tuberkuloosi ravis tuleb erilist tähelepanu osutada väliskeskkonna tingimuste õigele kasutamisele ja režiimi otstarbekohasele organiseerimisele, mille all on mõeldud ratsionaalset toitumist, värske õhu maksimaalset kasutamist, tegevuse ja une õiget vaheldumist.

Arvestades varaealise lapse ea organismi anatoomilisi-füsioloogilisi iseärasusi, tuberkuloosi arenemist sageli teiste patoloogiliste seisundite foonil selles eas (hüpotroofia, rahhiit, eksudatiivne diatees) peab tuberkuloosi ravi kombineerima nende haiguste raviga.

Organismi kaitsejõudude langus tuberkuloosi haigestumisega dikteerib stimuleerivate vahendite kompleksset kasutamist. Vastavatel näidustustel võib määrata plasma ülekandeid ($30-50 \text{ cm}^3$), gamma-globuliini (3 cm^3 üle päeva - kolm korda).

Mikrohemotransfusioone, $20-50 \text{ cm}^3$, tuleb kasutada ettevaatlikult, ainult rangetel näidustustel: püsiv aneemia, mis ei taandu teiste vahendite kasutamisel, raske hüpotroofia, millega kaasneb aneemia, kõhuõõne organite pikalevenivad tuberkuloossed protsessid, loiult kulgev meningiit düstroofiliste häiretega. Tuberkuloosi ägeda puhangu ajal on lastele vereülekanded vastunäidustatud (välja arvatud elulistel näidustustel nagu kopsu verejooks).

Tingimata on vajalik rakendada vitamiinkomplekse (C, B₁, B₂, PP); üksikutel juhtudel vitamiine B₆, B₁₂ eale vastavates doosides.

Vitamiin B grupi (B₁, B₆) vitamiinid on eriti näidustatud isonikotiinhappe hüdrasiid preparaatide pikaajalisel kasutamisel, mis kutsub esile nimetatud vitamiinide defitsiidi.

Bahhiidi kaasnemisel tuberkuloosi haigestumisega on tarvilik viia läbi ravi "D" vitamiiniga.

Desensibiliseerivate antihistamiin preparaatide - dimedrooli, pernoviin, suprastiini kasutamine on näidustatud juhul, kui tuberkuloosiga kaasuvad tugevalt väljendunud ekssudaatiivse diateesi nähud, astmaatiline sündroom või antibakteriaalsete preparaatide kasutamisest tingitud kõrvalnähud.

Käesoleval ajal kasutatakse varaealiste laste hematogeense-dissemineeritud tuberkuloosi, tuberkuloosse meningiidi,

serosiitide bronhopulmonaalsete kahjustuste, mõnikord ka bronhadeniitide puhul glükokortikoide: kortikosteroideidseid hormone.

Nimetatud preparaadid omades tugevat põletikuvastast ja allergiavastast toimet, soodustavad põletikuliste muutuste imendumist kopsukoes ja vähendavad seega fibroosi tekkimise võimalusi. Nende preparaatide kasutamine vähendab intoksikatsiooni- nähte, parandavad isu ja soodustavad seega kaalu tõusu.

Eelistatumateks preparaatideks on prednisoon ja prednisoloon, mis on tugevamate põletikuvastaste omadustega ja annavad vähem kõrvalnähte võrreldes harvem kasutatava kortisooniga.

Ravi alguses prednisooni ja prednisolooni doosiks on enamikel juhtudel 1,5 mg 1 kg kehakaalu kohta ööpäevas. Ravi vältel doosi pidevalt vähendatakse. Ravi kestvus on keskmiselt 1,5-2,5 kuud olenedes tuberkuloosse protsessi raskusest. Lapsed taluvad hormoonravi hästi, ainult üksikutel juhtudel on täheldatud vererõhu tõusu, kudede turseid, ülemäärast kaalu tõusu mõnede Kušingi sündroomi sümptomidega, lapse käitumise mõningat muutust (unehäired, kõrgeenenud erutuvus, mitte adekvaatsed reaktsioonid jne.)

Preparaatide dooside vähendamine vähendab küllalt kiiresti nimetatud nähte (ravi kortikosteroid preparaatidega käsitletakse üksikasjalisemalt erinevate vormide ravi peatükkides).

Laste ravi esmase tuberkuloosse infitseerumuse
varases perioodis ilma tuberkuloosse protsessi
kindla lokalisatsioonita

Tänapäeval peetakse ravi esmase tuberkuloosse infitseerumuse varases perioodis, enne tuberkuloosi lokaalse protsessi väljakujunemist, vajalikuks.

Ravivajaduse teoreetiliseks põhjenduseks on olnud eksperimentaalsed tööd ja kliinik, mis on kinnitanud haigestumise aktiivsust esmase tuberkuloosse infitseerumuse varases perioodis. Varase tuberkuloosse intoksikatsiooni sümptoomkompleks areneb kõige sagedamini tuberkuliinpreovide viraazi perioodis.

Esmase tuberkuloosse infitseerumuse varase perioodi ravi teostatakse vastavalt tuberkuloosi ravi üldise metoodika kohaselt, olenevalt haigestumise kliinilistest nähtudest.

Reeglina kasutatakse varase tuberkuloosse intoksikatsiooni sümptomide ilmnemisel ftivasiidi (30 mg 1 kg kehakaalu kohta) koos PAS-Na-ga (0,15 g 1 kg kehakaalu kohta).

Varase tuberkuloosse intoksikatsiooniga lastel alates kõige noorematest, ainuüksi ftivasiidi rakendamine juhul, kui PAS-Na kasutamine on raskendatud, on seotud minimaalse riskiga tuberkuloosi mükobakterite ravimresistentsuse väljaarenemisel.

Esmase tuberkuloosse infitseerumuse puhul rakendatav antitubakteriaalne ravi peab olema läbi viidud pikaajaliselt ja pidevalt 6-9 kuu vältel.

Peale ravi lõpetamist tuberkuloosse intoksikatsiooni nähtude uuesti ilmnemisel, aga samuti ka profülaktilisel eesmärgil, on soovitatav läbi viia korduvaid ravikuure 2-3 kuu vältel, peamiselt kevad ja sügiskuudel.

Kaitsepoogete või operatsioonide teostamisel varaealistel lastel esmase infitseerumuse varases perioodis tuleb korrata ftivasiidravi 2 kuu vältel.

Nimetatud tuberkuloosi vormi puhul varaealistel lastel on vajalik laialdaselt rakendada ülalpoolnimetatud mittespet-

siifilise ravi meetodeid kaasnevate haiguste raviks.

Esmase tuberkuloosse infitseerumuse varases perioodis ravi on kõige paremini organiseeritav sanatoorsetes tingimustes või teistes varaealiste laste sanatoorsetes asutustes. Tugevalt avalduvate intoksikatsiooninähtude puhul, tuleb lapse ravi jätkata haiglas. Kergemalt kulgevatel juhtudel võib vajaliku kontrolli all ravi läbi viia ambulatoorselt.

Varaealisi lapsi tuberkuliinproovide viraaž perioodis tuleb tingimata ravida ülalpoolnimetatud metoodika järgi ka siis, kui neil intoksikatsiooninähud puuduvad.

Tuberkuloosse intoksikatsiooninähtude täielikul puudumisel võib viraažlastele läbi viia antibakteriaalset ravi 3 kuu vältel (vt. NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi metoodiline kiri Nr.10-87-14-143, 30.maist 1962.a.).

Kuni kolme aasta vanustele tuberkuloosist infitseeritud lastele ilma tuberkuloosse intoksikatsiooni nähtudeta, kellel puudub kontakt tuberkuloosihaigega, tuleb samuti läbi viia profülaktiline ravikuur (kemoprofülaktika) kolme kuu vältel. Eriti oluline on profülaktilise ravikuuri teostamine lastele halbadest sanitaarsetest ja majanduslikest tingimustest, haiguste läbipõdemisel, samuti kirurgiliste vahelesegamiste puhul jne.

Lastele, kes on kontaktis batsillaarsete haigetega tehakse kemoprofülaktikat vastavalt NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi metoodilisele kirjale Nr.10-87-14-143, 30.maist 1962.aastast.

Kroonilise tuberkuloosse intoksikatsiooni ravi ei erine esmase tuberkuloosse infitseerumuse varase perioodi ravist.

Peamiste tuberkuloosi lokaalsete vormide ravi
varajases lapseas

Esitades lokaalse tuberkuloosi ravi, me peatume põhimistel, käesoleval ajal varaealistel lastel kõige sagedamini kohatavatel tuberkuloosi vormidel.

Harvemini esineva lokaliseerimisega tuberkuloosi ravi põhimiselt ei erine allpool esitatud vormide ravist ning viiakse läbi sõltuvalt haigusjuhu raskusest ja kulust.

1. Hematogeenne-dissemineeritud tuberkuloos

Viimaseil aastail varaealistel lastel kohtame hematogeen-set-dissemineeritud tuberkuloosi harva. Viimane kulgeb tavaliselt ägeda miliaarse tuberkuloosi näol, tüsistudes sageli tuberkuloosse meningiidiga.

Haiguspildi raskus ja prognoosi tõsidus varaealistel lastel mainitud tuberkuloosi vormi puhul nõuab kõige kolme põhimise antibakteriaalse preparaadi kasutamist ealevastavais maksimaal-doosides (vt.eelpool). Antibakteriaalse ravi kestvus haigla tingimustes peab olema vähemalt aasta, tingimata järgnevate 3 kuuliste retsidiivivastaste kuuridega kevad- ja sügis-kuudel 2-3 aasta jooksul peale haiguse põdemist. Koldeliste jääknähtude olemasolu korral kopsukoes tuleb antibakteriaalset ravi jätkata katkestamatult poolteise ja enam aastate jooksul.

Haiguse soodsa kulu puhul, peale temperatuuri ja verepildi normaliseerumist, intoksikatsiooni nähtude kadumisel ja disseminatsiooni kollete märgataval imendumisel võib streptomütsiini ära jätta ja ravi jätkata ftivasiidi ja PAS-Na-ga. Kliinilised kogemused näitavad, et disseminatsiooni kollete imendumine toimub märgatavalt kiiremini ja täielikumas ulatuses.

ses kortikosteroid preparaatide kasutamisel antibakteriaalsete vahendite foonil.

Hormoonravi rakendamine kiirendab intoksikatsiooni nähtude kadumist. Arvestades seda on soovitatav juba haiguse ägedas perioodis määrata üks kortikosteroid preparaat glükokortikoidide grupist. Valik preparaatideks on prednisoon või prednisoloon, andes minimaalseid kõrvalnähte ja omades tunduvat põletikuvastast toimet. Esialgne doos peab moodustama ligi 1,5-1 mg kehakaalu kilogrammi kohta ööpäevas, jaotatuna 4 või 3 korrale ning järk-järgult vähendada doosi vastavalt haiguse kliinilis-röntgenoloogilise pildi paranemisele 2,5 mg võrra 7-14 päeva kohta. Samaaegselt vähendada preparaadi sissevõtmise kordade arvu 2-1 korrale päevas. Ravi võib lõpetada ainult peale mõnepäevast preparaadi minimaalsete dooside manustamist 1 kord päevas.

Ravi kestvus peab moodustama 1,5-2,5 kuud, sõltuvalt haiguse kulust ja preparaadi talutavusest.

Ravi ajal on tingimata vajalik kontrollida vererõhku, haige kehakaalu (varjatud tursed). Kortikosteroid preparaatide esialgsete suurte dooside manustamisel kõrvuti kaaliumi rikka dieediga on vajalik määrata kaalium kloraati doosis 0,5-1,0 päevas, andes seda lapsele koos toiduga. AKTH määramine peale kortikosteroid preparaatide ärajätmist ei ole tingimata vajalik.

Hematogeense-dissemineeritud tuberkuloosiga lastele samaaegselt antibakteriaalse ja kortikosteroid teraapiaga määratakse ealevastav täisväärtuslik toit ja kompleks C ja B grupi vitamiin. Aktiivse rahhiidi sümptomide olemasolu korral tuleb teostada rahhiidivastane ravi D vitamiiniga. Hüpotroofia ja immuniteedi languse korral, samaaegselt ravidieediga laps peab saama stimuleerivat ravi (plasma ülekandeid, gamma-globuliini jt.).

Röntgenoloogilist kontrolli (röntgenograafia) tuleb ägedas perioodis teostada mitte harvem kui 1 kord 1-2 kuu jooksul, edaspidiselt mitte harvem kui 1 kord 3 kuu jooksul.

Ppeale haigla ravi lõppemist vajab laps pikaldast 8-12 kuist sanatoorset ravi.

Varaealistel lastel tuberkuloosse meningiidi kaasnemisel hematogeensele-dissemineeritud tuberkuloosile tuleb ravi teostada vastavalt NSVL Tervishoiu Ministeeriumi metoodilisele juhendile 28.VIII 1961.a. Nr.10-87-14-195

2. Tuberkuloosne bronhoadeniit

Käesoleval ajal varaealiste laste kõige sagedamaks lokaalse tuberkuloosi vormiks on tuberkuloosne bronhoadeniit. Haiguse algpilt iseloomustab palaviku tõusu nähtudega ühes tavaliselt mõõdukalt välja arenenud intoksikatsiooni sümptoomidega, muutustega veres mitte suure leukotsütoosi näol, neutrofiiliosiga, kepptuumaliste nihkega ja kiirenenud settereaktsiooniga. Haigus saagedamini tekib tuberkuliinproovi viraaži perioodis. Traheea ja bronhide väljakujunenud rõhu nähte, mida saadab aga köha, ekspiratoorne hingeldus jne. kohtame käesoleval ajal suhteliselt harva.

Tuberkuloosi selle vormi diagnostika põhiliseks meetodiks on röntgenoloogiline uurimine. Üksikjuhtudel saab diagnoosida ainult tomogrammide abil.

Tuberkuloosse bronhoadeniidi ravi ägedas perioodis, teravalt väljendunud intoksikatsiooni nähtude olemasolu korral, tuleb alustada kolme põhimise antibakteriaalse preparaadi manustamisega. Peale intoksikatsiooni sümptoomide kadumist (temperatuur, verepildi normaliseerumine, üldseisundi paranemine) võib

streptomütsiini ära jätta ja ravi tuleb jätkata ftivasiidi ja PAS-Na-ga.

Antibakteriaalse ravi pikkus haigla tingimustes peab olema mitte vähem kui 9-12 kuud olenevalt haigusjuhu raskusest ja ravi efektiivsusest.

Kliinilised kogemused näitavad, et raskemate juhtude ja röntgenoloogiliste andmete alusel protsessi mittekuüllaldase tagasimineku puhul, on soovitatav kasutada kortikosteroid preparaate eelpool toodud metoodika kohaselt (vt. hematogeense-dissemineeritud tuberkuloosi ravi).

Kortikosteroid preparaatide määramine on tingimata vajalik tuberkuloosse bronhoadeniidi puhul, milline kulgeb kliiniliselt (bitonaalne kõha, ekspiratoorne striidor, hingeldus) ja röntgenoloogiliselt (emfüseem, mediastiinumi nihkumine) trahhea-bronhiaalpuu rõhu nähtudega. Taolistel juhtudel on soovitatav teostada diagnostilist ja ravi trahhea-bronhoskoopiat.

Antud tuberkuloosi vormi puhul stimuleerivate vahendite määramine ja vitamiinoteraapia on sama vajalikud kui teiste tuberkuloosi vormide puhul.

Kompleksravi lõppemisel statsionaari tingimustes laps tuleb saata etapp-ravi jätkamiseks sanatooriumi, kus ta peab viibima kuni täieliku kliinilise paranemiseni. Kevadel ja sügisel tuleb talle määrata retsidiivivastane ravikuur.

3. Bronhopulmonaalsed kahjustused

Käesoleval ajal varaealistel lastel bronhopulmonaalseid kahjustusi teiste primaarse tuberkuloosi kopsu vormide seas kohatab kõige sagedamini. Käesoleval ajal need vormid ei ole saanud ühtset nimetust (epituberkuloos, esmane kopsu infiltratsioon jt.)

ja diagnoositakse olemasoleva klassifikatsiooni järgi tavaliselt kui primaarkompleks infiltratiivses faasis või primaarkompleks (või bronhoadeniit) tüsistunud kopsu segmendi või sagara atelektaasiga (või kahjustusega).

Bronhopulmonaalsed kahjustused omavad segmentaarset või sagaralist konfiguratsiooni, nende geneesis juhtivat osa mängib kopsu vastavate segmentide või sagarate bronhide kahjustus.

Bronhide kahjustus tavaliselt tekib seoses primaarkompleksi ja regionaarsete lümfisõlmede põletikulise protsessi üleminekuga neile. Protsessi lokaliseerimiseks aitavad kindlaks teha (ühes või teises kopsu segmendis või sagaras) külg röntgenogrammid.

Kliiniline kogemus näitab, et ainult antibakteriaalse ravi optimaalsetes doosides ja küllalt pikaajaline kasutamine ei vii olemasoleva kahjustuse täieliku imendumiseni. Umbes 70% - 1 juhtudest sedastatakse jääknähte tsirrootiliste (fibroosne kootumine) muutuste näol kopsu kahjustatud segmendis või sagaras bronhoektaaside kujunemisega.

Üsna algsel perioodil kortikosteroid preparaatide kasutamine kirjeldatud haigusvormide puhul alandab 2,5 korda ebasoodsate jääknähtude sagedust.

Niisiis kirjeldatud tuberkuloosi vormide ravi varaealistel lastel tuleb läbi viia kolme (kergematel juhtudel kahe) põhilise antibakteriaalse preparaadiga tingimata koos kortikosteroidide kasutamisega (soovitav prednisoon või prednisoloon). Nende preparaatide algses annuses peab moodustama ligi 1,5 mg ühe kilogrammi kehakaalu kohta ööpäevas ja ravi peab kestma 2-3 kuud.

Bronhopulmonaalse haigusvormi puhul tuleb kasutada kõiki ülejäänud etapp- ja retsidiivivastase ravi meetodeid ja põhimõtteid ning samuti täiendavaid mittespetsiifilisi lokaalse tuberku-

loosi ravi viise varaealistel lastel.

Bronhopulmonaalsed kahjustused eriti sagaralist tüüpi on näidustatud diagnostiliseks ja ravi bronhoskoopiaks (bronhoskoopiline drenaaz, bronhide granuloomide eemaldamine jt.).

Režiimi ja kasvatuslik-pedagoogiliste ürituste
organiseerimine lasteasutustes varaealistele
tuberkuloosi haigetele lastele

Varaealiste tuberkuloosi haigete laste raviasutustes tuleb laialdaselt sisse viia kasvatuslik-pedagoogiline töö. See on tingitud vajadusest hoida lastel alal kõrge emotsionaalne toonus kogu haiglas viibimise perioodil, mis kõrgendab organismi elutegevust ja vastupanu kahjulikkudele faktoritele. Pikemat aega statsionaaris viibivate laste elu organiseerimine aitab vältida hospitalismi nähte (psühhomotoorse arengu pidurdumist).

Varaealiste laste raviasutustes peab tuberkuloosi haigete laste kogu elu olema allutatud rangele režiimile, vastavalt haiguse raskusele, vormile, füüsilisele seisundile ja lapse vanusele.

Haiguse ägedas perioodis tuberkuloosi haige varaealise lapse režiim peab olema rangelt individuaalne. Palaviku ja teravalt väljendunud intoksikatsiooni nähtude perioodis (muutused vere poolt, lapse loidus jt.) tuleb rakendada voodi režiimi. Üleminek sellelt peab toimuma järk-järguliselt liikumise aktiivsuse laiendamisega - laua taha minek, rahulikkudest mängudest ja üld jalutuskäikudest osavõtt jne.).

Lastele, kellel on tegemist alaägeda faasiga, rekonvalesentsi perioodiga või mitte teravalt väljendunud tuberkuloosis intoksikatsiooni nähtudega, võetakse aluseks režiim, mis kehtib üldtüüpi lastesõimedes ja väikelastekodudes. Sellesse režiimi viiakse sisse teatud korrektiivid, mida dikteerivad ette tuber-

kuloosi haigete laste närvisüsteemi ja füüsilise seisundi iseärasused.

Selleks, et vältida haige lapse üleväsimust ja tema närvisüsteemi veelgi suuremat kurnatust, tuleb varaealistel tuberkuloosi haigetel lastel lühendada virgeaegu ja pikendada ööpäevast und, seda ajaliselt õigesti jagades.

Allpool on antud režiimid, millised on soovitatavad varaealistele lastele tuberkuloosse haigestumise alaägedas faasis, rekonvalesentsents perioodis ja samuti tuberkuloosse intoksikatsiooniga lastele.

6-kuu kuni 1 aasta vanuste laste režiim

06 ³⁰ - 07 ⁰⁰	-	magamast tõusmine, tualett, protseduurid
07 ⁰⁰ - 07 ²⁰	-	I hommikueine
07 ³⁰ - 09 ³⁰	-	magama panek (alguses nooremad), uni värskes õhus
09 ³⁰ - 10 ¹⁵	-	järk-järguline tõusmine, II hommikueine; tualett
10 ¹⁵ - 11 ³⁰	-	arsti visiit, laste mäng voodis või mäneežis
11 ³⁰ - 13 ⁰⁰	-	magama panek, uni värskes õhus
13 ⁰⁰ - 14 ³⁰	-	järk-järguline tõusmine, lõuna, tualett
14 ³⁰ - 15 ⁴⁵	-	tegelused, mängud, manipulatsioonid
15 ⁴⁵ - 18 ⁰⁰	-	magama panek, uni värskes õhus
18 ⁰⁰ - 19 ⁰⁰	-	järk-järguline tõusmine, õhtueine
19 ⁰⁰ - 20 ⁰⁰	-	rahulikud mängud
Kella 20 ⁰⁰ - 06 ³⁰	hommikuni	- öine uni
22 ⁰⁰	-	ööine toitmine voodis

1 - 2 aasta vanuste laste režiim

- 06³⁰ - 07³⁰ - magamast tõusmine vastavalt virgumisele, tualetti, protseduurid, I hommikueine
- 07³⁰ - 08³⁰ - mängud, tegelused lastega
- 08³⁰ - 09⁰⁰ - II hommikueine
- 09⁰⁰ - 12⁰⁰ - nooremaealiste (kuni 1 a.6-kuused) järkjärguline magama panek, uni värskes õhus
- 10⁰⁰ - 12⁰⁰ - vanemaealiste laste jalutuskäik
- 12⁰⁰ - 12³⁰ - vanemaealiste jalutuskäigult tagasipöördumine ja nooremaealiste järkjärguline tõusmine
- 12³⁰ - 13⁰⁰ - lõuna
- 13⁰⁰ - 16⁰⁰ - vanemaealiste uni verandal
- 13⁰⁰ - 16⁰⁰ - nooremaealiste mäng-tegelused
- 16⁰⁰ - 16³⁰ - vanemaealiste tõusmine, üldine õhtuode
- 16³⁰ - 18⁰⁰ - järkjärguline magama panek ja nooremaealiste laste uni värskes õhus (kuni 1 a. 6-k. - 1 a. 8-k. v.)
- 16³⁰ - 17⁰⁰ - vanemaealiste mäng ja kogunemine jalutuskäiguks
- 17⁰⁰ - 18⁴⁵ - saabumine jalutuskäigult
- 18⁰⁰ - 18³⁰ - nooremaealiste tõusmine peale und
- 18³⁰ - 19¹⁵ - mängud
- 19¹⁵ - 19⁴⁵ - õhtueine
- 19⁴⁵ - 20³⁰ - mängud, magama panek, alul vanemaealised, pärast nooremaealised
- Kella 20³⁰ - 06³⁰ hommikuni - kõigi laste öine uni

2 - 3 aasta vanuste laste režiim

06 ³⁰	- 07 ³⁰	- järk-järguline tõusmine, protseduurid, I hommikueine
07 ³⁰	- 08 ⁴⁵	- mängud, tegelused
08 ⁴⁵	- 09 ¹⁵	- II hommikueine
09 ¹⁰	- 10 ³⁰	- arsti visiit, laste mäng
10 ¹⁵	- 10 ³⁰	- kogunemine jalutuskäiguks
10 ³⁰	- 12 ⁴⁵	- jalutuskäik
12 ⁴⁵	- 13 ⁰⁰	- saabumine jalutuskäigult
13 ⁰⁰	- 13 ³⁰	- lõuna
13 ⁴⁰	- 13 ⁴⁵	- valmistumine uinakuks
13 ⁴⁵	- 16 ⁰⁰	- uni värskes õhus
16 ⁰⁰	- 16 ³⁰	- ettevalmistumine õhtu-ooteks, õhtuode
16 ³⁰	- 17 ⁰⁰	- mängud, tegelused
17 ⁰⁰	- 17 ¹⁵	- kogunemine jalutuskäiguks
17 ¹⁵	- 19 ¹⁵	- jalutuskäik
19 ¹⁵	- 19 ³⁰	- saabumine jalutuskäigult, tualett
19 ³⁰	- 20 ⁰⁰	- õhtueine
20 ⁰⁰	- 20 ³⁰	- valmistumine uneks
Kella 20 ³⁰	- 06 ³⁰	hommikul - öine uni

Tuberkuloosihaiged lapsed peavad viibima võimalikult kaua värskes õhus (aias, avatud verandadel jne.)

Suve perioodil on soovitatav organiseerida laste ööpäevane viibimine vabas õhus.

Tingimata on vajalik organiseerida õigesti haige lapse virgeajad. Liigutuoskuste arendamiseks kuni 5 kuustel lastel tuleb ära kasutada kõik momendid kus laps on õe kätel - tualett, vaatluse aeg jne. Kuni 1 aasta vanuste laste virgeajaks tuleb

nende voodites madratsid asendada kummiriidega ületõmmatud vineeridega, staatiliste oskuste paremaks arenguks. Voodi äärte külge riputatakse kõristid, aga sellejärgselt kui laps õppis neid haarama, asetatakse mänguasi voodisse.

Laste kõne arengu edutamiseks peavad palatis riiulitel, kapikestel seisma eredavärvilised, neile arusaadavad mänguasjad. Lastega suhtlev personal peab lastele arusaadavas vormis nime- tama oma tegevust, ümbritsevaid esemeid ja mänguasju, kutsudes lastes esile vastusreaktsiooni.

1 kuni 2 aasta vanuste laste rühmades tehakse samuti süstemaatilisel tööd kõne ja liigutuste arenguks. Seda tööd peab tegema õde pedagoogi juhendusel.

Varaealiste laste söötmise organiseerimine - see on moment, mis nõuab kogu personali tööst osavõttu, kuna paljud lapsed ei oska veel iseseisvalt süüa või haiguse tõttu keelduvad söögist. Igas palatis peab olema 1-2 lauda, kus istuvad lapsed, omades võimalusi iseseisvalt süüa ja 1 - 2 lauda milliste taga personal toidab lapsi.

Mingil juhul ei tohi lehavale imikule anda pudelit otse voodis, asetades rullikeeratud mähkme selle alla. Lapsi mainitud vanuses tuleb tingimata võtta kätele ja sööta kätel.

Ei tohi asetada lapsi laua taha istuma, kui toit ei ole veel täielikult väljajagamiseks valmis. Esimesena antakse toitu vähem kannatlikele lastele. Toites 10-12 kuu vanuseid lapsi ei tohi mingil juhul segada esimest ja teist toitu. Ei tohi kiirustada laste toitmisel, kuna haigel lapsel võib kergesti kutsuda oksendamise esile. Lapsed tuleb laudade taha asetada dieedi numbri järgi, nii et lapsed, kes istuvad ühe laua taga saaksid

ühesugust toitu.

Õigesti organiseeritud keskkond ja režiim on varaealise-
tuberkuloosi haige lapse kompleksravis üks tähtsamaid momente.

A-27363

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00427491 8