

Rehabilitácia

CASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

BSAH

■ EDITORIAL	
<i>M. Paldt</i> : Disabilita — súčasný záujem rehabilitačnej medicíny	1
PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODEORNÉ PRÁCE	
<i>Št. Rusňák</i> : Léčebná rehabilitace hypotonického syndromu do třetího roku života	3
<i>P. Vajda</i> : Dnešní stav konzervativní terapie hypotónií dětského věku	7
<i>G. Ondrejčáková</i> : Psychologické porovnanie mentálnych schopností u detí s DMO pred a po liečebnej stimulácii mozogčka	13
■ METODICKÉ PRÍSPEVKY	
<i>O. Dianišková</i> : K problematike školskej prípravenosti detí s DMO z hľadiska psychológa	17
<i>M. Blechová, M. Pavlíčková</i> : Rehabilitácia hypotonického syndrómu vo vekovom období od 3. do 15. roku	23
■ SÚBORNÉ REFERÁTY	
<i>V. Kříž</i> : K pracovnímu uplatnění zdravotně postižených z hlediska zkušeností z léčebné rehabilitace	29
■ DOŠKOLOVANIE	
<i>I. Drobný</i> : Antropologické metody v systéme preventívneho hromadného vyšetrenia obyvateľstva pri vyhľadávaní skrytých chýb a chorôb	37
■ HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ	45 — 46
■ RECENZIE KNÍH	6, 11, 12, 16, 27, 28, 36, 43, 44, 47-56
■ SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ	61

o publikácia sa vedie v prírastku dokumentácie BioSciences Information Service of Biological Abstracts a v dokumentácii Excerpta Medica.

s publication is included in the abstracting and indexing coverage of the BioSciences Information Service of Biological Abstracts.

s journal is indexed and abstracted by Excerpta Medica.

Rehabilitácia

Časopis pre otázky liečebnej a pracovnej rehabilitácie Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave

Vydáva Vydavateľstvo OBZOR, n. p., ul. Československej armády 35, 815 85 Bratislava

Vedúci redaktor: MUDr. Miroslav Palát, CSc.
Zástupca vedúceho redaktora: MUDr. Štefan Litomerický, CSc.

Redakčná rada:

Marta Bartovicová, Marta Fanová, Bohumil Chrást, Vladimír Kříž, Vladimír Lánik, Štefan Litomerický, Miroslav Palát (predseda), Marie Večeřová

Adresa redakcie: Kramáre, Limbová ul. 8, 833 05 Bratislava

Grafická úprava: Melánia Gajdošová

Tlačia: Nitrianske tlačiarne, n. p., 949 50 Nitra, ul. R. Jašíka 26

Cena jednotlivého čísla Kčs 6,—

Rozširuje: Vydavateľstvo OBZOR, n. p., administrácia časopisov, ul. Čs. armády 35, 815 85 Bratislava

Indexné číslo: 46 190
Registračné číslo: SÚTI 10/9
Číslo vyšlo vo februári 1982

EDITORIAL

Palát, M.: Disabilita — súčasný záujem rehabilitačnej medicíny	1
Palát, M.: Rok starých ľudí	65
Palát, M.: Rehabilitácia ako disciplína a prenos informácií	129
Palát, M.: K problematike náhlých cévných mozgových príhod (NCMP)	193

ZO ZAHRANIČIA

Cook, J. B.: Rehabilitation by the medical profession	131
Gračanin, F.: Functional electrical stimulation in the treatment of idiopathic scoliosis	141

PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

Kubín, Z.: Stav pohybové aktivity starých ľudí (výsledky zdravotníckej sondy)	75
Náhoda, J.: Zvláštnosti stařeckých zlomenín	85
Ondrejčáková, G.: Psychologické porovnanie mentálnych schopností u detí s DMO pred a po liečebnej stimulácii mozočka	13
Pfeiffer, J.: Terapie vertebrogenných bolestí a pracovní neschopnost	195
Rušák, Št.: Léčebná rehabilitace hypotonického syndromu do třetího roku života	3
Šidlo, R., Vožehová, S., Novák, J., Zavadzalová, H.: Pohybová aktivita ve vyšším věku	71
Šmíd, J., Kubín, Z.: Porovnání vlivu dynamické a izometrické tělesné zátěže na vybrané hemodynamické ukazatele	149
Vajda, P.: Dnešní stav konzervativnej terapie hypotónií detského veku	7
Zaremba, V.: Prevalence chronických chorob u osob nad 80 let věku	67

METODICKÉ PRÍSPEVKY

Blechová, M., Pavlíčková, M.: Rehabilitácia hypotonického syndrómu vo vekovom období od 3. do 15. roku	23
Dianišková, O.: K problematike školskej pripravenosti detí s DMO z hľadiska psychológa	17
Feltl, M., Neumeisterová, A.: Naše zkušenosti s rehabilitací u pacientů dlouhodobě hospitalizovaných pro MB. Legg — Calvé — Perthes. I. Problematika a cíle rehabilitace u pacientů dlouhodobě hospitalizovaných pro Perthesovu chorobu	165
Gašparíková, N.: Naše zkušenosti s rehabilitací parkinsonikov na oddělení geriatric	199
Kontúrová, Ž.: Logopedická starostlivosť o deti s EMD	173
Kümpel, Q.: Mentální retardace gerontopsychiatricky nemocných	95
Lachová, M.: Organizovaná hra dospelých a jej význam z terapeutického a rehabilitačného hľadiska	107
Malý, M., Stříbrný, J., Jarošová, J., Jedličková, M.: Rehabilitačná liečba amputovaných gerontov	159
Neumeisterová, A., Feltl, M.: Naše zkušenosti s rehabilitací u pacientů dlouhodobě hospitalizovaných pro MB. Legg — Calvé — Perthes. II. Metodika rehabilitace u pacientů dlouhodobě hospitalizovaných pro Perthesovu chorobu v naší léčebně	205
Pinkasová, Z., Havránek, P.: Rehabilitace po suprakondylické zlomenině kosti pažní u dětí	217
Šimáček, I., Partl, Z.: Prstový polomer	211

Tošnerová, V., Černochová, Z.: Kritéria pro zařazení dětí do dětských denních rehabilitačních stacionářů ve Východočeském kraji 225

SÚBORNÉ REFERÁTY

Kříž, V.: K pracovnímu uplatnění zdravotně postižených z hlediska zkušeností z léčebné rehabilitace 29

DOŠKOELOVANIE

Drobný, I.: Antropologické metody v systéme preventívneho hromadného vyšetrenia obyvateľstva pri vyhľadávaní skrytých chýb a chorôb 37

Drobný, I.: Vyhľadávanie skrytých chýb a chorôb antropologickými metódami u detí a mládeže 113

Drobný, I.: Antropologické metody pri vyhľadávaní dospelých jedincov náchylných na určité choroby 179

Drobný, I.: Spôsob zisťovania a hodnotenia antropometrických charakteristík pre potreby skríningu 231

HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ

45, 120, 187

RECENZIE KNÍH

6, 11, 12, a16, 27, 28, 36, 43, 44, 47 — 56, 70, 74, 84, 90, 94, 101, 102, 106, 121 — 126, 147, 148, 158, 164, 171, 172, 177, 178, 186, 189 — 191, 203, 204, 210, 215, 216, 224, 229, 230, 238, 245 — 252.

SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ

61 16, 188, 239

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

127, 191, 253

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK XV/1982

ČÍSLO 1

EDITORIAL . . .

DISABILITA — SÚČASNÝ ZÁJEM REHABILITAČNEJ MEDICÍNY

V roku 1975 udali štatistiky, že na celom svete existuje 490 miliónov ľudí postihnutých rôznym stupňom neschopnosti či nespôsobilosti (disability), čo znamená asi 12,3 % celkovej svetovej populácie. V roku 2000 počet týchto poškodení dosiahne 846 miliónov, čo je asi 13,5 % predpokladanej svetovej populácie (1). Štatistiky ďalej uvádzajú, že v roku 1975 prakticky 3/4 týchto neschopných žili vo vývojových krajinách, v roku 2000 to bude viacej ako 4/5 (1).

Neschopnosť (disability) predstavuje podľa Svetovej zdravotníckej organizácie stav charakterizovaný znížením alebo chýbaním schopnosti vykonávať určitú činnosť bežnú pre zdravých ľudí následkom poškodenia či oslabenia (impairment) (2). Takto definovanú neschopnosť (disability) treba odlišiť od trvalého poškodenia, čiže invalidity (handicap). Tá podľa Svetovej zdravotníckej organizácie predstavuje trvalý stav postihujúci jedinca, podmienený poškodením alebo oslabením (impairment), ktorý limituje, resp. zabraňuje vykonávaniu činností charakterizujúcich normálneho jedinca s prihliadnutím na vek, pohlavie a sociálne a kultúrne faktory. Základný štruktúralno-funkčný vzťah týchto jednotlivých stanov je daný sekvenciou (1):

POŠKODENIE — OSLABENIE → NESCHOPNOSŤ — NESPÔSOBILOSŤ → TRVALÉ
POŠKODENIE — INVALIDITA
(Impairment → Disability → Handicap)

Z toho vidno, že pred nami stojí nie vynikajúca perspektíva. Sústavný vzostup osôb s dočasným či trvalým poškodením má za následok aj rad opatrení, ktoré sú určené na:

1. zabránenie stavu neschopnosti či nespôsobilosti (disability)
2. zabránenie stavu trvalého poškodenia, resp. invalidity (handicap)
3. zníženie počtu a závažnosti poškodení alebo oslabení (impairment)

Zatiaľ čo základnú otázku v boji proti vzniku poškodenia a oslabenia predstavujú predovšetkým prostriedky primárnej prevencie, základnú otázku v boji proti neschopnosti, resp. trvalému poškodeniu predstavujú prostriedky súčasnej rehabilitačnej medicíny.

Rehabilitačná medicína vo svojom modernom chápaní je tou oblasťou starostlivosti o človeka, ktorá komplexne pristupuje k riešeniu týchto problémov. Skutočnosť, že rehabilitačná medicína sa zaoberá nielen otázkami čiste lekáorskymi, ale aj otázkami psychosociálnymi, pedagogickými a profesionálnymi, svedčí o tejto komplexnosti.

Je pochopiteľné, že pri starostlivosti o pacientov s rôznym stupňom postihnutia používame najrôznejšie prostriedky slúžiace na obnovu fyzickej a pracovnej samostatnosti týchto pacientov (3). Človek neschopný či nespôsobilý vykonávať určitú činnosť vyžaduje iný rehabilitačný prístup ako človek, ktorý je trvale poškodený, invalidizovaný. Aj tu existuje určitá sekvencia rehabilitačných prostriedkov, vychádzajúcich z daného štruktúralno-funkčného stavu. Problém je vo voľbe týchto prostriedkov a v ich aplikácii v konkrétnom prípade. Zdá sa, že pre stav neschopnosti či nespôsobilosti (disability) základné opatrenia spočívajú v reedukácii postupnej funkcie či funkcií a pre stav trvalého poškodenia (handicap) základným opatrením je udržiavanie funkcie, predovšetkým s prihliadnutím na jej vitálny a spoločenský obsah. Zdá sa, že regeneračné prostriedky špecificky adaptované na tento stav môžu splniť očakávanie. Spoločným menovateľom tu iste zostáva psychosociálna problematika daného stavu. Zatiaľ čo u neschopnosti či nespôsobilosti je potrebné použiť všetky prostriedky psychosociálnej rehabilitácie k úprave psychosociálnej homeostázy, u stavov trvale poškodených tieto prostriedky psychosociálnej rehabilitácie poslúžia upevneniu tejto psychosociálnej homeostázy.

Graficky vyjadrená sekvencia použitia rehabilitačných prostriedkov u rôznych stavov teda vyzerá takto:

NESCHOPNOSŤ — NESPÔSOBILOSŤ → TRVALÉ POŠKODENIE — INVALIDITA
(Disability) (Handicap)
REEDUKAČNÉ METÓDY → METÓDY REGENERAČNÉ
(ÚPRAVA PSYCHOSOCIÁLNEJ HOMEOSTÁZY) (UDRŽANIE PSYCHOSOCIÁLNEJ HOMEOSTÁZY)

Celá problematika je veľmi zložitá a konečné riešenie iste prinesie ďalšie možnosti. Platí však, že rehabilitačná medicína je bezpochyby základným odborom, ktorého záujmom je široká oblasť nespôsobilých či trvale poškodených osôb.

LITERATÚRA

1. The Economics of Disability: International Perspectives, Rehabilitation International v spolupráci s United Nations 1981.
2. Vocational Rehabilitation and the Employment of the Disabled, A. Glossary, International Labour Office Geneva 1981.
3. PALÁT, M.: Základy kardiológie, Osveta Martin, 1980.

Dr. Miroslav Palát, CSc.
Bratislava

PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

LÉČEBNÁ REHABILITACE HYPOTONICKÉHO SYNDROMU DO TŘETÍHO ROKU ŽIVOTA

ŠT. RUSŇÁK

Gottwaldova dětská léčebna pohybových poruch Luže-Košumberk
4. oddělení — neurologické
Primář: MUDr. Št. Rusňák

Souhrn: Autor se zabývá ve stručnosti centrálním hypotonickým syndromem jako vývojovým syndromem, upozorňuje na možnosti jeho dalšího vývoje. Souhrnně poukazuje na některé techniky použitelné u centrálního hypotonického syndromu známé z běžných metodik používaných při léčbě dětské mozkové obrny v raném věku (Vojta, Bobathová, Roodová).

Klíčová slova: dětská mozková obrna (DMO) — centrální hypotonický syndrom — vývojový syndrom — tonusový, posturální, pohybový vzorec (pattern) — tapping.

Je již všeobecně známo, že v kojeneckém období nebo, chcete-li z hlediska kinesiologického, v období hybnosti monokinetické a dromokinetické se setkáváme s fyziologickou hypotonií s kořenovým maximem jako projevem dozrávání struktur zodpovědných za úroveň aference. Proto také v tomto období nám jako typický příznak postižení CNS vystupuje hypotonický syndrom, tedy přesněji centrální hypotonický syndrom, abychom předem oddělili celou plejádu hypotonií od míšňí lése až po svalové poruchy. Přitom je zcela evidentní, že topika lése CNS nehraje v tomto případě zásadní úlohu, o čemž nás přesvědčuje další vývoj centrálního hypotonického syndromu, který se s postupujícím zráním struktur mění v řadu jiných syndromů. Centrální hypotonický syndrom je tedy vývojovým syndromem jako typický projev poškození CNS raného období. Je jakýmsi analogem fyziologické hypotonie zdravého jedince. Centrální hypotonický syndrom nám pochopitelně do určité míry a někdy dokonce značně překračuje věk kojenecký, což souvisí s opožděným vyzráváním struktur bezprostředně zodpovědných za další motorický vývoj. Jako vývojový syndrom nám tedy většinou přechází v jiná syndromy, které pak zase prodělávají svůj vývoj.

Centrální hypotonický syndrom nám tedy přechází:

1. V syndrom spastický většinou mezi 1. až 3. rokem věku, a to většinou tak, že se postupně přidává jeden příznak za druhým, až se nám vytvoří typický obraz některé ze spastických forem DMO.
2. Dalším možným vývojovým syndromem je syndrom diskinetický, který se nám ozřejmí nejčastěji okolo prvního věku dítěte, někdy i dříve některými preatetoidními příznaky.

3. Další možností vývoje centrálního hypotonického syndromu je vývoj mozečkových příznaků od mozečkové symptomatologie sdružené s některou spastickou formou až po celou řadu obrazů lesí mozečkových, které nepatří do kategorie DMO.

4. Jindy centrální hypotonický syndrom má tendenci přetrvávat až do předškolního i vyššího věku většinou v kombinaci se značným defektem intelektu a pak stojíme buď před obrazem tzv. hypotonické formy DMO, o které můžeme tedy hovořit většinou až ve věku čtvrtém, nebo před mentální poruchou se sekundární hypotonií.

5. Dále musíme odlišit některé případy tzv. benigní vrozené hypotonie, která je poměrně stacionární a neodráží se většinou v úrovni hybnosti a psychických funkcí.

6. Konečně musíme odlišit od DMO vůbec celou řadu dětí, jejichž svalový tonus je hraničný nebo subnormní a tyto děti dosti často dostanou nálepkou DMO, které se někdy i obtížně zbavují nebo představují určité procento zázračně vyléčených dětí. Tyto děti většinou najpozději okolo druhého až třetího roku svůj svalový tonus normalisují včetně úrovně hybnosti, která do té doby může vykazovat určitou retardaci či disproporci.

Z hlediska hodnocení svalového tonusu respektive posturálního tonusu topika lése v určitém vývojovém stadiu není rozhodující. Je však rozhodující z hlediska rehabilitačního postupu. Je nesporně třeba odhadnout, kterým směrem se bude centrální hypotonický syndrom vyvíjet a podle toho cílit léčebnou rehabilitaci, či alespoň zabezpečit takový způsob rehabilitace, abychom neprovokovali patologické tonusové vzorce, a tím pochopitelně i patologické posturální a pohybové vzorce. Z tohoto pohledu se jeví jako velmi dobrá technika Vojtova, která vychází z kinesiologického pohledu na postižené dítě. Svou nízkou posturou jako základní výchozí polohou brání vytváření a rozvoji abnormního tonusového vzorce a použitím spoušťových zón, za předpokladu zachování výchozí polohy těla, se aktivuje celý lokomoční komplex ve správném pohybovém vzorci na basi správně vytvořeného tonusového vzorce. U dítěte s centrálním hypotonickým syndromem skutečně dochází k zvýšení svalového tonusu, a to ve správném vzorci. Ten je samozřejmě předpokladem pro vytvoření správného posturálního a pohybového vzorce. Z ostatních rehabilitačních technik máme dobré zkušenosti s metodikou Bobathových a částečně s technikou Roodové, kterou však dokonale prakticky neovládáme, takže z ní využíváme jen některých prvků v rehabilitaci hypotonického dítěte. V metodice Bobathových můžeme použít technik obecně použitelných u každého hypotonického dítěte a dále pak technik, kdy musíme diferencovat podle předpokládaného vývoje centrálního hypotonického syndromu. Při těchto technikách je samozřejmě nutné uvést pacienta do preventivní reflexně inhibiční polohy a sledovat vývoj svalového tonusu a korigovat jej tak, aby nedošlo k nežádoucímu rozvoji abnormního tonusového vzorce. S velkou výhodou lze tedy využít procedur, které lze souborně označit termínem *tapping*, které využívají kombinovaně proprioceptivních a taktilních stimulů. Jsou to techniky vypracované Bobathovými přímo ke zvýšení nebo udržení posturálního tonusu v případě, že je pacient příliš relaxován při reflexně inhibičním vzorci nebo je-li hypotonický, či je-li jeho tonus měnlivý. Nejznámější techniky a nejběžnější používané jsou v poloze pronáční, kdy jemným potřásáním hlavy pacienta, položené na dlaň terapeuta, zvýšíme tonus erektorů hlavy a šíje. Dále je známá technika perkuse prsty na paravertebrální a gluteální svalstvo v téže poloze, kdy tímto způsobem stimulujeme extenzi trupu. Ve všech dalších vyšších polohách využíváme techniky známé z rovno-

vážných reakcí, kdy jemnými postrky prstů dosahujeme lehkého vychýlení z rovnovážné polohy a tím facilitujeme rovnovážné reakce, ale současně nám dochází ke zvýšení posturálního tonusu. Dále je známá tzv. „pull-push“ technika kombinující obrannou extenzi HK či DK s rovnovážnou reakcí a tlakem na kloub. Nebo technika využívající tlaku dlaně nebo planty pacienta buď proti podložce, nebo terapeutovi dlaně. Konečně pak vlastní původní tappingová technika používaná k izolovanému zvýšení svalového tonusu některých svalových skupin, kdy rychlým poklepem na část končetiny měníme délku svalu, a tak proprioceptivní stimulací zvýšíme svalový tonus příslušné svalové skupiny. Této techniky se využívá spíše u spastických dětí, kdy takto zvyšujeme tonus antagonistů spastických svalů. Na tyto techniky pak nasedá vlastní facilitace vzpřimovacích a rovnovážných reakcí a obranných extensí s kontrolou v klíčových bodech. Při tom využíváme i válců, velkých míčů a pod. Přitom je samozřejmě nezbytný permanentní kinesiologický rozbor s přihlédnutím k předpokládanému dalšímu vývoji centrálního hypotonického syndromu. Jinak budeme tedy rehabilitovat dítě prespastické a jinak preatetoidní. Z dalších technik Bobathových stojí za zmínku využití jednoduchých forem percepčně-motorického učení nejčastěji formou hry, kdy pohyb je iniciován exteroceptory avšak řízen proprioceptivní zpětnou vazbou.

Z technik Roodové u hypotonického dítěte využíváme v počáteční fázi především taktilní stimulace, v další fázi pak obzvláště v tzv. „pivot prone position“ (česky „kolébka“) přidáváme proprioceptivní stimuly jako tlak, odpor, natažení atp. Např. tlak na klouby krční páteře přes temeno hlavy při současném tlaku na hrudní extensory facilituje vzpřímení šíje a hrudníku atd.

Závěrem lze říci, že s hypotonickým dítětem, které může být prespastické či preatetoidní, musíme zacházet velmi opatrně, vyžaduje specifickou péči, potřebuje značné množství stimulů a přitom musí terapeut pečlivě sledovat odpovědi na tyto stimuly tak, aby nedošlo ke zkratu k abnormním reflexním vzorcům.

Adresa autora: Št. R., Gottwaldova dětská léčebna pohybových poruch,
538 54 Luže — Košumberk

Шт. Русняк
ЛЕЧЕБНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ГИПОТОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА
ДО 3 ЛЕТ ЖИЗНИ

Резюме

Автор вкратце занимается центральным гипотоническим синдромом как эволюционным синдромом, обращает внимание на возможности дальнейшего его развития. В общих чертах он показывает некоторые приемы, применяемые при центральном гипотоническом синдроме, общеизвестные из методик, применяемых при лечении детского церебрального паралича в раннем возрасте (Войта, Бобаты, Руд).

Št. Rusňák
REHABILITATION THERAPY OF HYPOTONIC SYNDROME UP TO THE
AGE OF THREE

Summary

The author describes briefly the central hypotonic syndrome as a syndrome of development, indicating possibilities of its further progress. Mentioned are techniques

applicable in the central hypotonic syndrome known from current methods applied in the treatment of cerebral palsy in early childhood (Vojta, Bobathová, Roodová).

Št. Rusňák

REHABILITATIONSBEHANDLUNG DES HYPOTONIE-SYNDROMS BIS ZUM 3. LEBENSJAHR

Zusammenfassung

Der Autor gibt eine kurze Darstellung des zentralen Hypotonie-Syndroms als eines Entwicklungssyndroms und zeigt Möglichkeiten seiner Weiterentwicklung auf. Dann erläutert er zusammenfassend einige aus den gebräuchlichen, bei der Behandlung von Kinderlähmung im frühen Kindesalter angewandten Methodiken bekannte Techniken, die auch beim zentralen Hypotonie-Syndrom genutzt werden können (nach Vojta, den Bobaths, Rood).

Št. Rusňák

LA RÉADAPTATION MÉDICALE DU SYNDROME HYPOTONIQUE JUSQU'À L'ÂGE DE 3 ANS

Résumé

L'auteur s'occupe brièvement du syndrome hypotonique central comme d'un syndrome en développement et attire l'attention sur la possibilité de son évolution future. Il traite en résumé certaines techniques applicables lors du syndrome hypotonique central connues dans les méthodes courantes appliquées dans la thérapie de la méningite cérébro-spinale dans l'âge enfantin (Vojta, Bobathová, Roodová).

K. KNAUTH, B. REINERS, R. HUHN

PHYSIOTHERAPEUTISCHES REZEPTIERBUCH

Fyzioterapeutický receptár

3. novoprepracované a rozšírené vydanie

Vydal VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1981

V treťom vydaní, ktoré je vydaním prepracovaným a rozšíreným, vychádza v nakladateľstve Volk und Gesundheit v Berlíne receptár z oblasti fyzioterapeutických procedúr. Autormi tohto receptáru sú vedúca fyzioterapeutička Lekárskej akadémie v Drážďanoch Katarína Knauthová a 2 lekárky dr. Reinersová a dr. Huhnová z Kraj. ústavu nár. zdravia v Drážďanoch. O potrebnosti tejto knihy v širokej fyzioterapeutickej praxi nikto nepochybuje. Kniha má niekoľko kapitol, z ktorých najvýznamnejšie sú dve — jedna z nich hovorí o metodikách fyzioterapie a druhá o rehabilitačnom, resp. fyzioterapeutickom programe pri jednotlivých ochoreniach. Publikácia je ďalej doplnená prehľadnými

obrázkami, dokumentujúcimi reflexné zóny pre rôzne systémy ľudského organizmu, schémami jednotlivých bodov pri použití elektrického dráždenia pri poruchách periférnych nervov a pod. Zoznam fyzioterapeutických metód a zoznam diagnóz na záver knihy umožňujú rýchlu orientáciu v tejto drobnej knižke, obsahovo veľmi dôležitej pre širokú fyzioterapeutickú prax. Knihu vrele doporučujeme pre každé rehabilitačné oddelenie, pretože je informujúca a každý, kto prakticky pracuje v oblasti fyzikálnej medicíny a rehabilitácie, nájde tu dostatok potrebných informácií pre svoju profesionálnu činnosť.

Dr. M. Palát, Bratislava

DNEŠNÝ STAV KONZERVATÍVNEJ TERAPIE HYPOTÓNII DETSKÉHO VEKU

P. VAJDA

Neurologické oddelenie Detskej fakultnej nemocnice v Bratislave
Vedúci: MUDr. J. Benko

Súhrn: V práci autor zhrňuje doterajšie možnosti medikamentózne liečby hypotónii detského veku. Je zdôraznená hlavne včasná diagnostika a zatriedenie hypotónii detského veku. Podľa autora je okrem medikamentózne liečby veľmi dôležité včasné zahájenie rehabilitačnej liečby a vyriešenie sociálno-pedagogických problémov detí s hypotonickým syndrómom.

Kľúčové slová: svalové hypotónie — konzervatívna liečba — príčiny hypotónie — klasifikácia hypotonických syndrómov.

Generalizovaná svalová hypotónia v detskom veku a hlavne v dojčenskom veku predstavuje závažný diagnostický, terapeutický a prognostický problém. Etiopatogenéza svalovej hypotónie je rôznorodá a kým sa nepoznali rôzne typy hypotónie, boli klasifikované pod názvom amyotónia congenita Oppenheim. Snahy o rozčlenenie a triedenie infantilných hypotónii často viedli k chaosu a ten istý názov sa užíval pre rôzne klinické jednotky. Pokrok k diferenciálnej diagnostike urobili hlavne moderné paraklinické vyšetrovacie metódy, hlavne elektromyografia a svalová biopsia. Tak sa vyčlenili skupiny kongenitálnych myopatií, u ktorých kritériom je histologický nález. Pri diagnostike hypotonického syndrómu ako tonusovej poruchy zisťujeme, či ide o syndróm svalovej hypotónie, syndróm spinálny alebo periférny, syndróm mozočkový alebo extrapyramídový. Zásadne neurologicky môže byť hypotónia myogénna alebo neurogénna. Pre správnu diagnózu jednotlivých klinických foriem hypotónii je potrebné kompletne vyšetrenie krvi, vrátane enzýmov, elektromyografia, rýchlosť vedenia periférnych nervov, bioptické vyšetrenia svalov, snímky lebky a chrbtice. Ďalej v diagnostike nám slúži rada fenoménov ako príznak šálu, pásovca, handrovej bábiky, žabie brucho, uvoľnenie lopatiek, slabosť šijových svalov, hyperabdukcia v bedrovom kĺbe, pendlujúci charakter šlachových reflexov a kyfóza v sede.

Dôležitým príznakom je znížená svalová rezistencia na pohmat. Hypotonický syndróm je vývojovou fázou dojčenského veku, z ktorého sa môžu neskôr vyvinúť syndrómy spastické, mozočkový, alebo diskinetický. Vo veku 2 až 12 mesiacov býva svalová hypotónia v ohraničených areách, po druhom roku začína elektívne lokalizovaná slabosť. Asi v 1/3 až 1/2 prípadov sa mení centrálny hypotonický syndróm na mozočkový, a to najčastejšie medzi 2 až 3 rokom. Ak svalová hypotónia pretrváva po troch rokoch, takmer vždy ide spolu

s mentálnym defektom hlbšieho stupňa. V školskom veku svalová hypotónia sa postupne stráca, ak pretrváva aj po desiatom roku, tak nejde o benígnu svalovú hypotóniu.

Liečba hypotonického syndrómu v detskom veku musí byť komplexná a zahŕňa v sebe liečbu medikamentóznou, fyzikálno-rehabilitačnú, kúpeľnú, sociálno-pedagogickú a ortopedickú. Treba však všetko úsilie zamerať hlavne na prevenciu, a to zvýšenou starostlivosťou o gravidnú ženu, rizikové farchavosti a podobne. Pri liečbe hypotonického syndrómu v detskom veku sa riadime formou hypotónie a jej etiológiou.

V medikamentóznej liečbe svalovej hypotónie v detskom veku sa užívajú hlavne:

1. Roborancia — vitamíny zo skupiny B, hlavne vitamín B₁₂, E vitamín.
2. Sedatíva (Radepur, Diazepam) pri nepokojných deťoch. Na diskinezy Haloperidol ako antagonistu dopamínu alebo sa podávajú agonisty GABA (Convulvex, kyselina glutamová ako prekursor GABA spolu s vitamínom B₆ ako kofefermentom.

Tabuľka 1. Príčiny hypotónii detského veku

- | |
|--|
| I. myogénne |
| a) svalová dystrofia |
| b) neprogresívne kongenitálne myopatie |
| c) dystrofické myotonie |
| d) polymyositídy |
| e) glykogenézy |
| II. neuromuskulárne spojenie |
| a) myasthenia gravis |
| b) hypokalémia, hyperkalémia |
| c) hyperkalcémia |
| d) hypermagnezémia |
| III. periférne nervy |
| a) polyneuritída |
| b) traumatické lézie periférnych nervov |
| c) leukodystrofia Greenfield a Krabbe |
| IV. miecha |
| a) kongenitálne afekcie predných rohov |
| b) hereditárne afekcie predných rohov |
| c) myelitis |
| d) traumy miechy |
| e) malformácie miechy |
| V. mozog |
| a) nezrelosť |
| b) pôrodné traumy |
| c) jadrový icterus |
| d) hypoglykémia |
| e) toxoinfekčné encefalopatie |
| VI. kongenitálna benígna svalová hypotónia |
| VII. rôzne |
| a) hypothyreóza |
| b) mongolizmus |
| c) osteogenezis imperfecta |
| d) rachitis |
| e) syndróm Willi-Prader |
| f) syndróm Ehlers-Danlos |
| g) vitium cordis congenitum |

Tabuľka 2. Klasifikácia hypotonických syndrómov dojčenského veku (podľa Dubowitz)

- | |
|---|
| I. Paralytické hypotónie združené so slabosťou (periférne) |
| 1. Spinálne svalové atrofie |
| a) spinálna svalová atrofia Werdnig-Hoffman |
| b) benígna varianta (Kugelberg-Welander) |
| 2. Kongenitálne myopatie |
| a) štrukturálne |
| b) metabolické |
| 3. Ďalšie neuromuskulárne choroby |
| a) svalové dystrofie |
| b) kongenitálne svalové dystrofie |
| c) myotonické dystrofie |
| d) myasthenia gravis |
| e) periodická paralýza |
| f) polymyositis |
| g) periférne neuropatie |
| II. Neparalytické hypotónie bez výraznej slabosti |
| 1. Choroby centrálného nervového systému |
| a) nešpecifická mentálna porucha |
| b) hypotonická forma detskej mozgovej obrny, atetózis, ataxia |
| c) metabolické poruchy |
| d) mongolizmus |
| e) pôrodné traumy |
| III. Ďalšie hypotónie |
| a) syndróm Willi-Prader |
| b) porucha spojivového tkaniva |
| c) hypotónie pri metabolických, nutričných a endokrinných poruchách |
| d) hypotónie pri akútnych chorobách |
| e) hypotónie pri kongenitálnych srdcových chybách |
| f) benígna kongenitálna hypotónia |

3. Budivé aminy: v staršom veku je to Centedrin, ktorý je účinnejší ako Lucidril. Encefabol zvyšuje oxidačné pochody v gangliovej bunke.
 4. ATP injekcie — adenosín trifosfát, má okrem vazodilatačného účinku aj efekt v intermediárnom metabolizme, hlavne v glykogenolýze. Je zdrojom energie pre svalovú kontrakciu, hrá úlohu pri syntéze acetylcholínu, pri fosforilácii tiamínu, riboflavínu a nikotínamidu.
 5. Laevadozín je rezervovaný predovšetkým pre svalové dystrofie. Je to zmes svalových kofefermentov, ktoré predstavujú substitučnú terapiu. Zvyšuje koncentráciu adenosín trifosfátu v postihnutom svaľe.
 6. Preparáty zo skupiny prostigmínu (Kylamín, Mestimon) sa podávajú u myastenických syndrómov ako substitučná liečba. U starších detí je možné zahájiť imunosupresívnu liečbu. Prognóza myastenických syndrómov v detskom veku je dobrá.
 7. Hormonálna liečba je rezervovaná pre autoimúnne ochorenia svalov alebo periférnych nervov vo forme injekčnej alebo perorálnej. Užívajú sa kortikoidy. Podávanie thyreoglobulínu je indikované pri defektnej činnosti štítnej žľazy.
- V liečbe myopatie Duchen sa začali podávať hydantoináty, pričom terapeutické snahy vychádzajú z etiopatogenetických poznatkov, že primárna po-

rucha je v úrovni membrány svalového vlákna. Mala by sa dosiahnuť stabilizácia funkčného stavu membrány. Na ovplyvnenie ataxie u mozočkovej formy detskej mozgovej obrny sa skúša podávanie Cholin-chlorátu (tbl), lebo sa zistila hypofunkcia aktívnych cholinergných látok pri tejto obrne.

U spinálnych amyotrofií ako symptomatická liečba sa podáva Quanidín (fy Gerot). Ide o preparát facilitujúci výdaj acetylcholínu v presynaptických zakončeníach.

Fyzikálno-rehabilitačná a kúpeľná liečba bude zhodnotená v ďalších prednáškach, chceme len upozorniť na to, že je potrebné rehabilitačnú liečbu zahájiť čo najskôr. Ortopedické pomôcky na zlepšenie stability tela sú dobrým pomocníkom v liečbe hypotónií, ich vyhodnotenie však trvá veľmi dlhý čas. Vyriešenie sociálnych problémov a problémov školských by malo byť už samozrejmosťou.

Z á v e r

Rozobrali sa možnosti konzervatívnej liečby svalových hypotónií detského veku, hlavne zo stránky medikamentózne. Sme si vedomí toho, že ešte máme rezervy v liečbe a hlavne v diferenciálnej diagnostike a zatriedení hypotónií detského veku.

LITERATÚRA

1. LESNÝ, I., a kol.: Dětská neurologie. Avicenum, Zdrav. nakladatelství Praha, 1980, 397 str.
2. VAJDA, P.: Kongenitálne myopatie. Referát na seminári I. neurologickej kliniky Bratislava, október 1979.
3. VLACH, V.: Vybrané kapitoly kojenecké neurologie. Avicenum, Zdrav. nakladatelství, Praha, 1979, 239 str.

Adresa autora: P. V., Neurol. odd. DFN, Bratislava

П. Вайда СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ГИПОТОНИЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Р е з ю м е

Автор в работе собирает сегодняшние возможности медикаментозного лечения гипотоний детского возраста. Подчеркивается главным образом своевременность диагностики и классификации гипотоний детского возраста. По мнению автора кроме медикаментозного лечения очень важно своевременно начать с восстановительной терапией и решать социально-педагогические проблемы детей с гипотоническим синдромом.

P. Vajda TODAY STATE OF CONSERVATIVE THERAPY OF HYPOTONY IN CHILDHOOD

Summary

The author summarizes his paper the present possibilities of medicamentous treatment of hypotony in childhood. Mainly emphasized is an early diagnosis and classifi-

cation of hypotony in children. According to the author is early rehabilitation therapy, next to medicamentous treatment, of great importance, as well as the management of socially pedagogic problems in children with hypotonic syndrome.

P. Vajda DER HEUTIGE STAND DER KONSERVATIVEN THERAPIE VON HYPOTONIEN IM KINDESALTER

Zusammenfassung

Der Autor faßt in dieser Schrift die bislang bekannten Möglichkeiten der medikamentösen Therapie von Hypotonien im Kindesalter zusammen. Herausgestrichen wird vor allem die Notwendigkeit einer frühzeitigen Diagnostik und Klassifikation der Hypotonien im Kindesalter. Nach Ansicht des Autors ist es sehr wichtig, daß neben der medikamentösen Behandlung auch die Rehabilitationsbehandlung frühzeitig einsetzt und daß die sozial pädagogischen Probleme der Kinder mit Hypotonie-Syndrom einer Lösung zugeführt werden.

P. Vajda L'ÉTAT ACTUEL DE LA THÉRAPIE CONSERVATIVE DE L'HYPOTONIE DANS L'ÂGE ENFANTIN

Résumé

Dans son article l'auteur résume les possibilités actuelles de traitement médicamenteux de l'hypotonie dans l'âge enfantin. Est souligné, tout d'abord, le diagnostic opportun et la classification de l'hypotonie de l'âge enfantin. A part le traitement médicamenteux, un facteur très important la réadaptation médicale opportune ainsi que la solution des problèmes sociaux-pédagogiques des enfants affectés de syndrome hypotonique, sont aussi selon l'auteur, des facteurs très importants.

H. COTTIER PATHOGENESE. 2 BÄNDE

Patogenéza, 2 zväzky

Vydal Springer Verlag Berlin Heidelberg New York 1980

ISBN 3-540-09215-3

Rozsiahla dvojjazyková Cottierova „Patogenéza“ predstavuje súčasný vrchol v tejto oblasti, pripravený do tlače prof. Cottierom z Patologického ústavu bernskej univerzity, vydaný berlínskym vydavateľstvom Springer Verlag. Kniha je určená pre ďalšie vzdelávanie lekárov a skladá sa z dvoch zväzkov. V prvom zväzku sú rozobrané problémy genetiky bunecnej patológie, problematika väziva, regenerácie, otázky neoplazie a chýb, poruchy vývoja, neuroendokrinný systém, krv, krvný obeh a metabolizmus. Druhý zväzok venuje pozornosť otázkam imunity, zápalom, reparácii, poraneniam, účinku žiarenia, problematike toxikológie, infek-

cií, parazitológie a gerontológie. Celé dieľo má vcelku 15 častí a dodatok. Vecný register ukončuje formálne toto monumentálne dielo, na ktorého vypracovaní sa zúčastnil celý rad ďalších odborníkov a špecialistov rôznych medicínskych odborov.

Cottierova publikácia je určená pre doškolenie lekárov. Tento cieľ určuje aj spracovanie a rozsah jednotlivých kapitol a podkapitol tak, aby každá medicínska oblasť z hľadiska spracovania predstavovala určitý, nielen odborný, ale aj pedagogický celok. Je tu uvedený celý rad detailov, ktoré poslúžia predovšetkým pre porozumenie vzťahov diskutovaných prob-

PSYCHOLOGICKÉ POROVNANIE MENTÁLNYCH SCHOPNOSTÍ U DETÍ S DMO PRED A PO LIEČEBNEJ STIMULÁCI MOZOČKA

G. ONDREJČÁKOVÁ

Neurochirurgická klinika LFUK, Bratislava
Vedúci: Prof. MUDr. P. Nádvorník, DrSc.

Súhrn: Predložená práca sa zameriava na neuropsychologické sledovanie a psychofyziologické hodnotenie dlhodobej liečebnej stimulácie mozogka u detí s rôznym stupňom psychomotorického poškodenia. Zníženie svalového napätia sa priaznivo odrazilo v ďalšom psychickom vývine, čo sa prejavilo predovšetkým zvýšením motivácie, zlepšením schopnosti koncentrácie, učenia, skvalitnením verbálnej komunikácie i celkovej sociability detí.

Kľúčové slová: liečebná stimulácia mozogka — psychomotorické poškodenie — psychický vývin — sociabilita detí.

Základnou požiadavkou u detí postihnutých DMO je, aby sa ich život čo najväčšmi priblížil životu ostatných detí. Normálny vývoj motoriky umožňuje dieťaťu aktívne zaobštrávanie nových podnetov, túto aktivitu aj priamo podnecuje, a tým je od neho do značnej miery závislý aj vývoj poznávacích schopností jedinca. Preto dieťa s motorickým defektom, odkázané väčšinou len na statické prostredie okolo svojho lôžka, najväčšmi trpí nedostatkom zmyslových podnetov, a preto u nich spĺňa základná vývojová požiadavka, aby z registra zmyslových podnetov žiadny nechýbal, aby príslušné oblasti mozgu boli dráždené vo vhodnom vývojovom období. Silným obmedzením prívodu podnetov u dieťaťa aj normálne disponovaného sa môže jeho ďalší vývoj stlmiť, disharmonizovať.

Pozorovali sme skupinu detí od 4 do 10 rokov s rôznym stupňom psychomotorického poškodenia, ktoré podstúpili dlhodobú liečebnú stimuláciu jadier mozogka na ovplyvnenie ich motorického defektu. Častým anamnestickým údajom bol predčasný alebo komplikovaný pôrod, nízka pôrodná hmotnosť, nezrelosť. Zaostávanie sa postihlo väčšinou medzi tretím až piatym mesiacom života. Intelektový rozptyl chorých bol od priemeru až po hrubé mentálne poškodenie — imbecilitu, idiociu. Okrem jedného u všetkých chorých bola pridružená porucha reči, a to od sťaženej artikulácie, až po značný výskyt alálie. V dvoch prípadoch sa vyskytla porucha zraku (tupozrakosť vyššieho stupňa, výrazný konvergentný strabizmus), jedno dieťa malo poruchu sluchu.

Pri snahe o čo najjemnejšiu analýzu celkového stavu našich chorých dostali sme sa k otázke hodnotenia ich prítomných funkcií, ako aj základných chýbajúcich rudimentov

lémov. Celý rad prehľadných tabuliek, ilustrácií, grafov a obrázkov dopĺňa text tejto jedinečnej „učebnice“ patogenézy, ktorá je skutočne ojedinelým dielom v oblasti medicíny. Každá kapitola na záver prináša ďalšiu literatúru, ktorá poukazuje na ďalšie čiastkové problémy. Ak pozeráme na Cottierovu knihu z celkového pohľadu, musíme konštatovať, že je výrazom veľkých skúseností prof. Cottiera z jeho dlhoročnej medicínskej práce. Predstavuje synoptický pohľad na jednotlivé problémy a dopĺňa vlastne základné učebnice, ktoré prinášajú iba základný štruktúrny pohľad na príslušnú oblasť. Ilustrácie samotné sú výrazom pedagogického myslenia autora, pretože grafickým spôsobom zvyrazňujú logický myšlienkový pochod pri danom probléme. Je veľmi ťažko detailne rozoberať jednotlivé kapitoly, oblasti, či problémy. Možno konštatovať, že sú uvedené na súčasný stav poznatkov a

aj spracovanie týchto čiastkových otázok je urobené vynikajúcim spôsobom. Prednosťou knihy je bezpochyby to, že v mnohých kapitolách sú uvedené príklady z praktickej medicíny, takže informácie môžu čerpať nielen teoretici a klinickí pracovníci, ale aj lekári v praxi. Je obdivuhodné, akým spôsobom sa podarilo Cottierovi pripraviť dielo, ktoré je tak z hľadiska formy, ako aj obsahu novinkou. Vyčerpávajúcym spôsobom autor predkladá poznatky patológie, patofyziológie, patobiochémie a patogenetiky. Je to proste jedinečné dielo.

Aj keď rozsahom kniha prof. Cottiera kladie značné nároky na každého, kto ju bude študovať, možno konštatovať, že tento rozsah dovolil autorovi realizovať moderný pohľad na súčasnú klinickú medicínu a predložiť didakticky dobrú synopsisu súčasných informácií a vedomostí.

Dr. M. Palát, Bratislava

C. BURRI, A. RÜTER VERLETZUNGEN DER WIRBELSAULE. HEFTE ZUR UNFALLHEILKUNDE, 149.

Poranění páteře. Soubor prací symposia

Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1981

Od 14. do 16. února 1980 se konalo na zámku Reisenburg třinácté pracovní traumatologické symposium na počest 70. narozenin prof. Hanse Willeneggera a jemu je také pro zásluhy o traumatologii a rekonstrukční chirurgii tato publikace věnována.

Počet 47 odborníků z oblasti chirurgie, ortopedie a traumatologie se zabýval patofyziologií, diagnostikou, terapií a rehabilitací i prognosou poranění páteře. Z jednání vyplynulo, že na celém světě je relativně jen málo klinik, které by se systematicky věnovaly operačnímu léčení páteře. Z operací převažují operační výkony pro vrozené vady a vadná držení, dále pak traumatologické indikace. Příspěvky autorů ukazují, že aktivní postup a operace spolu s časným komplexním doléčením rehabilitací vedou ke zkrácení doby hospitalizace a dobrým léčebným výsledkům.

Chirurgie páteře vyžaduje týmové práce. Chirurg musí systematicky sledovat tuto obtížnou problematiku, kde se vys-

kytují bohužel četné pooperační komplikace. Předpokladem úspěšné práce je technické propracování a zvládnutí operačních přístupů k jednotlivým úsekům páteře a vybavení dokonalým instrumentáři. Týmová práce spočívá v pečlivém výběru operační skupiny a její dokonalé erudice, dále spolupráci s anesteziologickou a resuscitační skupinou.

Kniha má tyto kapitoly: patofyziologii a diagnostiku, zlomeniny a luxace krční páteře, zlomeniny a luxace v oblasti hrudní a bederné páteře. Dále zlomeniny sakry, transversální leze míšní a patologické zlomeniny. Poslední oddíl se zabývá následky poranění krční páteře.

V této knize jsou dále obsaženy diskusní příspěvky k dané tematice a každý oddíl je ukončen autory Burrim a Rüterem se závěry a doporučeními. Kniha je dobrým pomocníkem traumatologům, kteří v ní najdou cenná doporučení a mohou čerpat ze zkušeností významných autorů.

Dr. Zdeněk Harnach, CSc., Brno

k hľadaniu úrovni hodnotenia, porovnávanía. Vychádzajúc z Pavlovovho psychofyziologického prístupu zamerali sme sa na stupeň vybavenia jedinca základnými nepodmiernenými reflexmi, na schopnosť ich rozširovania formou učenia v ďalšom vývoji vzhľadom na trojstupňové vertikálne usporiadanie mozgových štruktúr. Vzhľadom na veľkú vnútornú členitosť skupiny, na rečové i jazykové problémy, zvolili sme za základnú metódu klinické pozorovanie doplnené neuropsychologickými vyšetrovacími metódami, zameranými na primárnu analýzu, diferenciaciu, hodnotenie, pamäť.

V predoperačnom sledovaní bol u všetkých chorých prítomný ako základný orientačno-pátrací reflex, aj keď motivácia nebola rovnakého stupňa. K prijímaniu podnetov využívali predovšetkým zrak a sluch, ďalej hmat obmedzený výraznou spasticitou horných končatín. Prvosignálne obranné mechanizmy na priamy podnet sme pozorovali u všetkých detí, avšak ich podmienené vypracovanie už čiastočne viazlo v závislosti od psychiatrického vyzretia jedincov. Všeobecne prítomný je aj obživný reflex. Na príjem či chýbanie potravy chorí živo reagovali či už slovnou, mimikou alebo gestikuláciou, aj keď sú časté problémy s prijímaním tuhej stravy, keď spôsob spracovania je možný iba jazykom. Výrazné interindividuálne rozdiely sa ukázali pri schopnosti udržiavať osobnú hygienu. Svoju rolu tu zohrala aj obmedzenosť až nemožnosť komunikácie, ale napriek tomu efektívnosť tohto tréningu sa prejavila len u 1/4 nami sledovaných chorých. Poukazuje to na čiastočné poškodenie už elementárnej pamäti vo vytváraní stereotypov na najnižšej, hypotalamickej úrovni. U väčšiny chorých bolo prítomné, aj keď niekedy v náznakoch, polárne hodnotenie, kvalifikovateľné ako emočný prejav tejto vývojovo najstaršej úrovne. Z vývoju vyššej — limbickej úrovne bola prítomná telereceptorová diferenciacia, pohybovo podmienené hodnotenie. Pri prítomnej základnej výbave majú chorí práve v tejto úrovni nevyčerateľné rezervy, handicapované defektom motoriky, na ktorých sa dá ďalej budovať a zapájať do činnosti kôrové mechanizmy.

Po zavedení chronických elektród boli chorí priemerne 6 týždňov liečebne stimulovaní. Pri hodnotení efektu stimulácie na psychiku sme oproti operátorom a rehabilitátorom v určitej časovej nevýhode, pretože uvoľnenie spasticity a následné zlepšenie motoriky chorých je skôr postihnuteľné a kvantifikovateľné, kým celkový dopad na psychiku je pozvoľnejší, vyžadujúci dlhodobé longitudinálne sledovanie každého jednotlivého prípadu. Diagnostickým aj terapeutickým vodidlom nám bola aj snaha chorých, pretože ukazuje na ich vnútornú disponovanosť a motivovanosť prijímať podnety, a to aj z tej oblasti, v ktorej je podnetový prívod v dôsledku defektu obmedzený. Ako sme mali možnosť doteraz pozorovať u našich chorých, uvoľnenie motoriky veľmi kladne ovplyvnilo ich celkovú motiváciu, snahu o rozšírenie poznatkov. Zlepšila sa schopnosť koncentrácie pravdepodobnou vyššou diferenciaciou vonkajšieho i vnútorného útlmu, čo sa odzrkadlilo v rozšírení kapacity pamäti, učení. Aj keď bol psychický pokrok u detí s hrubším mentálnym poškodením krátko po stimulácii postihnuteľný a do istej miery kvantifikovateľný, nemožno hovoriť o jeho plynulosti, pretože po dosiahnutí určitej hladiny prestával byť efekt aj napriek intenzívnej starostlivosti badateľný.

Iný obraz vidíme u detí, ktoré vo svojom vývoji dosiahli vyšší stupeň, sú schopné aktívne reagovať na vonkajšiu motiváciu. Ich hodnotenie dosiahlo tú úroveň, že sú schopné prežiť a precítiť radosť z pohybu. Napr. 4-ročné, mentálne zachovalé dieťa so značnou intelektovou rezervou dáva jednak hlasným smiechom najavo radosť z nového zážitku — prvého kráčania, jednak o tom hovorí každému prichodiacemu a samé pri voľnom rozprávání rýchlo obohacuje svoj slovník o pojmy súvisiace s touto novou dominantou.

Zníženie svalového napätia má ďalej veľký význam najmä pre rehabilitáciu reči, ktorej primeraný rozvoj má pre ďalší psychický rast dieťa mimoriadny význam, lebo všetky psychické procesy nadobúdajú pri spoluúčasti reči vyššiu úroveň.

U všetkých pozorovaných detí došlo k zlepšeniu stravovania, a tým aj celkového fyzického stavu detí. Najbadateľnejšie to bolo u dvoch detí, prijímanie potravy bolo predtým priam traumatizujúcim zážitkom a bolo aktívne odmietané, po stimulácii došlo k úplnému prehodnoteniu tejto činnosti a bola začlenená medzi kladné prežívania.

Postihnuteľná zmena je aj v hrovej činnosti detí, pretože okrem nepodmiernených reflexných hier, predovšetkým experimentálnych, rozširuje sa škála hier senzomotorických, zväčšuje možnosť napodobovania.

Z psychofyziologického hľadiska je stimulačnou terapiou a následným zlepšením motoriky postupne uvádzaná do činnosti masa vyšších nervových štruktúr, ktorej funkčný rozvoj bol týmto handicapom doposiaľ stigmatizovaný. Aj keď doterajší súbor sledovaných chorých je pomerne malý a rôznorodý a časový odstup pre komplexnejšie závery relatívne krátky, považujeme stimulačnú terapiu za veľký prínos a pomoc pre psychomotorický rozvoj takto postihnutých detí.

Adresa autora: G. O., Neurochir. klinika LFUK, Limbova 3,
809 46 Bratislava

Г. Ондрейчакова
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ УМСТВЕННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ДЕТЕЙ С ДЦП ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕБНОЙ СТИМУЛЯЦИИ МОЗЖЕЧКА

Резюме

Предлагаемая работа ориентируется на нейро-психологическое исследование и психофизиологическую оценку длительной лечебной стимуляции мозжечка у детей с разной степенью психомоторного повреждения. Понижение мышечного напряжения благоприятно отразилось на дальнейшем психическом развитии, что сказалось прежде всего на повышении мотивации, улучшении способности к концентрации, обучению, на улучшении словесной коммуникации и на общей социальности детей.

G. Ondrejčáková
A PSYCHOLOGICAL COMPARISON OF MENTAL CAPABILITY IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY BEFORE AND AFTER THERAPEUTICAL STIMULATION OF THE CEREBELLUM

Summary

The presented paper is devoted to the investigation and psychophysiological evaluation of long-term therapeutical stimulation of the cerebellum in children with various grades of psychomotoric impairment. The decrease of muscle tension was favourably reflected on further psychic development manifested particularly by increased motivation, improvement of the capability of concentration, learning, a better quality of verbal communication and general sociability of the children.

G. Ondrejčáková

PSYCHOLOGISCHER VERGLEICH DER MENTALEN FÄHIGKEITEN VON
KINDERN MIT ZEREBRALER KINDERLÄHMUNG VOR UND NACH
THERAPEUTISCHER STIMULIERUNG DES KLEINHIRNS

Zusammenfassung

Die vorliegende Schrift bringt die Darstellung einer neuropsychologischen Beobach-
tung und einer psychophysiologischen Wertung langfristiger therapeutischer Stimu-
lierung des Kleinhirns bei Kindern mit psychomotorischen Schäden verschiedenen Gra-
des. Die Verringerung der Muskelspannung hat die weitere psychische Entwicklung
günstig beeinflusst, was vor allem in Form erhöhter Motivation, verbesserter Konzentra-
tionsfähigkeit, besseren Lernens, besserer Qualität der verbalen Kommunikation sowie
der allgemeinen Soziabilität der Kinder zum Ausdruck kam.

G. Ondrejčáková

LA COMPARAISON PSYCHOLOGIQUE DES FACULTÉS MENTALES CHEZ
LES ENFANTS AFFECTÉS DE MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE AVANT
ET APRÈS LA STIMULATION MÉDICALE DU CERVELET

Résumé

L' article présenté est orienté sur le contrôle neuropsychologique et l' évaluation
psychophysiologique d' une stimulation médicale à long terme du cervelet chez les
enfants affectés de troubles psychomoteurs de degré différent. La réduction de la ten-
sion musculaire s' est reflétée favorablement dans le développement suivant psychique
ce qui s' est manifesté, tout d' abord, par la motivation supérieure, la faculté améliorée
de la concentration, de l' enseignement, l' amélioration de la communication verbale
et de la sociabilité générale des enfants.

BIOKLIMATOLOGICKÝ SLOVNÍK TERMINOLOGICKÝ A EXPLIKATIVNÝ

Vydalo nakladatelství Academia Praha 1980

V nakladatelstve Academia Praha vyšiel v roku 1980 „Bioklimatologický slovník terminologický a explikatívny“, ktorý v redakcii Vlad. Krečmera spracovala slovníková komisia Čsl. bioklimatologickej spoločnosti pri Čsl. akademii vied. Po úvodnej kapitole, v ktorej sa venuje pozornosť otázke bioklimatológie a jej významu, je vložená drobná kapitola, ktorá vysvetľuje, akým spôsobom možno užívať tento bioklimatologický slovník. Po zozname autorov hesiel je zaradená rozsiahla heslová časť slovníka, za ktorou nasleduje drobná kapitolka, ktorá venuje pozornosť výkladu niektorých merných jedno-

tiel, používaných v slovníku a platných pre všeobecnú prax. Menný register ukončuje túto publikáciu.

Bioklimatologický slovník je veľmi cennou príručkou pre každého, kto sa zaoberá otázkami klimatológie, bioklimatológie a problémami, ktoré súvisia s touto vednou oblasťou. Heslá sú spracované jasne a zrozumiteľne a vysvetľujú krátkym spôsobom meritum. Treba uvítať vydanie tohto slovníka, ktorý pomôže iste v širokej praxi všetkým, ktorí či po stránke vedeckej alebo praktickej sa stretávajú s problematikou bioklimatológie.

Dr. M. Palát, Bratislava

METODICKÉ PRÍSPEVKY

K PROBLEMATIKE ŠKOLSKEJ PRIPRAVENOSTI DEŤÍ S DMO Z HĽADISKA PSYCHOLÓGA

O. DIANIŠKOVÁ

Čsl. štátne kúpele Kováčová
Ved. lekár: MUDr. A. Štrba

Súhrn: V príspevku sme sa zaoberali otázkou školskej pripravenosti detí s DMO z pohľadu psychológa. Z nášho sledovania vyplýva, že deti s DMO sú znevýhodnené oproti zdravej detskej populácii v oblasti intelektových schopností, rečových charakteristik, vizuomotorickej koordinácie i v sociálnej a emocionálnej sfére.

Až 29 % detí z nášho súboru bolo nezrelých na zaradenie do základnej, respektívne osobitnej školy na začiatku školopovinného veku.

Pre nedostatočný počet informácií o školskom prospechu detí z našej vzorky nemožno zovšeobecňovať získané výsledky (12 detí bolo v škole úspešných a 3 deti neuspeli), jednako však poukazujú na dôležitosť psychologického vyšetrenia školskej zrelosti centrálne poškodeného dieťaťa pred nástupom do školy.

Za účelom zlepšenia úrovne školskej pripravenosti by sme chceli zdôrazniť potrebu zriaďovať špeciálne diferencované triedy dennej MŠ, kde my mohli byť umiestnené všetky deti s poškodením CNS aspoň rok pred zaškolením.

Kľúčové slová: deti s DMO — školská pripravenosť — špeciálne diferencované triedy.

Vstup do školy je dôležitým medzníkom každého dieťaťa a aby bol úspešný, je potrebné, aby dieťa dosiahlo určitú vývinovú úroveň v telesnej, rozumovej, sociálnej a emocionálnej oblasti.

Podľa Jiráskaa (in Švancara, 1974) sa v rozumovej zložke vyžaduje diferencované vnímanie, úmyselná koncentrácia pozornosti, analytické myslenie, racionálny prístup ku skutočnosti, logické zapamätávanie, záujem o zamestnanie s cieľom, primeraný rečový vývin, rozvinutie jemnej motoriky ruky, vizuomotorická koordinácia.

K znakom citovej zložky školskej zrelosti patrí dosiahnutie relatívne lepšej emocionálnej stability a využitie citovej kapacity pri motivovaní školského zamestnania. Sociálnu zrelosť pre školu charakterizuje ako schopnosť dieťaťa prijať úlohu školáka. Dieťa dokáže podriať svoj záujem sociálnej situácii, rešpektuje pravidlá spoločnej činnosti a pociťuje uspokojenie zo svojho uplatnenia.

Vojáček (1980) uvádza, že pre 10 až 20 % detí je vstup do školy spojený s rizikom čiastočného, či úplného neúspechu.

O to problematickejšia je situácia u detí centrálne poškodených. Buchar (in Stehlík, 1977) uvádza, že asi polovica detí s DMO má nejakú zníženú rozumovú schopnosť,

časté sú poruchy reči, deti majú ťažkosti vo vizuomotorickej koordinácii, v schopnosti koncentrácie, v emocionálnej i sociálnej oblasti.

Preto je veľmi dôležité pred nástupom do školy zisťovať úroveň školskej pripravenosti týchto detí a odporučiť im najoptimálnejší typ školského zariadenia.

Šandera (in Stehlík, 1977) upozorňuje na to, že množstvo postihnutých detí vyzrieva neskoršie. Navrhuje, že je vhodnejšie počkať, až bude dieťa lepšie pripravené na školské požiadavky a bude mať väčšiu nádej na úspech. No zároveň poukazuje na to, že zbytočne oneskorený nástup do školy v 8 alebo 9 rokoch je rovnako nebezpečný ako nástup predčasný.

Z toho vyplýva základná požiadavka, aby sa vstup dieťaťa do školy zladil s jeho optimálnou zrelosťou pre školu. Problematika školskej pripravenosti vyžaduje spoluprácu lekárov, psychológov a pedagógov a cieľom by malo byť čo najadekvátnejšie zaradenie dieťaťa vzhľadom na jeho možnosti a požiadavky, ktoré od neho vyžaduje škola.

V našom príspevku sme sa zamerali na zaistenie školskej pripravenosti detí s DMO. Sledovali sme ich rozumovú vyspelosť, úroveň rečového vývinu, vizuomotorickú koordináciu, sociálnu prispôsobivosť, citové charakteristiky.

Na základe získaných výsledkov sme odporúčali deťom primeraný druh školského zariadenia. Vhodnosť nášho odporúčania sme porovnávali so školským prospechom v hlavných predmetoch na konci prvej triedy.

Charakteristika súboru

Výskum sme uskutočnili s deťmi liečenými na Neurologickom oddelení DKL Marína v Kováčovej v rokoch 1978 — 1980. Do nášho súboru sme vybrali 62 detí, 34 chlapcov a 28 dievčat, ktoré spĺňali tieto požiadavky:

1. Hlavná diagnóza DMO.

2. Vek — všetky deti k 1. septembru príslušného roku dosiahli 6 rokov. Priemerný vek v čase vyšetrenia bol 6 rokov a 5 mesiacov, vekové rozpätie od 5,8 do 8,3 roka.

3. Všetky deti boli vzdelávateľné v základnej alebo osobitnej škole.

Z nášho súboru pred umiestnením v kúpeľnej liečebni 34 detí (54,8 %) navštevovalo dennú MŠ, doma bolo 28 detí (45,2 %), v ÚSS nebolo umiestnené ani jedno dieťa.

Tento súbor nemôžeme pokladať za dostatočne reprezentatívny, pretože je ovplyvnený indikačnými kritériami pre našu liečebňu.

Tabuľka 1. Zastúpenie foriem DMO v súbore

Forma DMO	počet detí	%
diparetická forma	14	22,6
hemiparetická forma	19	30,6
kvadraparetická forma	11	17,7
hypotonická forma	8	12,9
dyskinetická forma	4	6,4
cerebellárny syndróm	6	9,8
spolu	62	100,0

Výsledky

a) úroveň intelektových schopností

Rozloženie intelektových schopností podľa PDW a T-M sa pohybovalo od nadpriemeru až k ťažkej debilite. Priemerný IQ pre celú skupinu je 85, teda podpriemerný.

Tabuľka 2. Intelektová úroveň pri jednotlivých formách DMO

Intelek. úr.	nadpriem.		priemer		podpriem.		inferior.		debilita	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Diparet. f.	1	7,1	9	64,3	1	7,1	2	14,4	1	7,1
hemipar. f.	1	5,3	9	47,4	3	15,8	5	26,3	1	5,2
kvadrapar. f.	—	—	3	27,2	1	9,1	2	18,2	5	45,5
hypoton. f.	1	12,5	1	12,5	1	12,5	1	12,5	4	50,0
dyskin. f.	1	25,0	2	50,0	1	25,0	—	—	—	—
cerebell. s.	1	16,7	3	50,0	—	—	—	—	2	33,3
spolu	5	8,1	27	43,6			10	16,1	13	20,9

Tabuľka 2 nám podáva úroveň intelektových schopností detí nášho súboru. Do pásma nadpriemeru sa zaradilo 8,1 % detí, v oblasti priemeru sa nachádza 43,6 % detí, podpriemerných je 11,3 % detí, mentálna úroveň v hraničnom pásme sa vyskytuje u 16,1 % a u 20,9 % detí bola zistená MR v pásme debility.

V zhode s literárnymi údajmi (Švancara, 1974) aj v našom súbore najlepšie intelektové výkony dosiahli deti s diparetickou formou DMO, kde sa nadpriemerná a priemerná intelektová úroveň nachádza v 71,4 % a deti s dyskinetickou formou DMO, kde nadpriemerné a priemerné intelektové schopnosti boli zistené u 75 % p. o.

Najnižšiu intelektovú úroveň sme zaznamenali u hypotonickej formy DMO, kde je len 25 % detí s priemerným IQ a u kvadraparetickej formy, pri ktorej sa vyskytuje 27,2 % detí s priemernými rozumovými schopnosťami.

b) rečové charakteristiky

Podľa logopedického vyšetrenia poruchy reči boli diagnostikované u 75 % detí — dyslália u 64,5 %, dysartria u 6,5 %, alália u 1,6 % a balbuties u 1,6 % detí.

Lechta (1979) uvádza, že v prvých ročníkoch našich základných škôl sa vyskytuje okolo 45 % chybne hovoriacich detí.

Úroveň slovnej zásoby je u detí s DMO tiež obmedzená. Skúsenosti detí sú malé, vytvorené pojmy nedostatočne vyčísľované, deti väčšinou čerpajú vedomosti z knižiek. Rozsah slovnej zásoby sme zisťovali Kondášovou OSS.

Tabuľka 3 udáva úroveň slovnej zásoby u detí z nášho súboru.

Tabuľka 3. Obsahová stránka reči

slovná zásoba	počet detí	%
nadpriemerná	2	3,2
priemerná	17	27,4
podpriemerná	27	43,6
defektná	16	25,8
spolu	62	100,0

Pri vylúčení 13 jedincov s MR v pásme debility sú výsledky takéto: nadpriemerný a priemerný slovník má 38,7 % detí, podpriemerný 55,1 % a defektný 6,2 % detí. Môžeme pozorovať, že aj keď sme mentálne retardované deti vylúčili zo súboru, výkony detí majú tendenciu smerovať k podpriemerným výsledkom, čiže väčšina detí z nášho súboru má problémy v reči, v jej formálnej aj obsahovej stránke.

c) vizuomotorická koordinácia

Na základe analýzy výkonov v kresebnom teste Goodenoughovej sme dospeli k týmto výsledkom: kresba postavy u detí z nášho súboru zodpovedá veku priemerného 4,6-ročného dieťaťa. Nadpriemernú a priemernú úroveň grafického prejavu sme zistili u 26 detí (42 %), podpriemernú u 17 (27,4 %) a defektnú u 19 (30,6 %) detí.

Pri vyčlenení 13 mentálne retardovaných detí v pásme debility kresba postavy dosahuje vekovú úroveň 5 rokov a 2 mesiace.

Z výsledkov vyplýva, že deti s DMO sú pri vstupe do školy oneskorené i vo vývine vizuomotorickej koordinácie, na ktorú škola kladie veľké nároky.

d) sociálna a emocionálna zrelosť

Emocionálnu a sociálnu zrelosť dieťaťa pre školu sme posudzovali podľa jeho správania v každodenných situáciách v MŠ, na oddelení, na rehabilitácii. Podľa nášho pozorovania by sme iba 33 % detí označili ako citovo i sociálne zrelé pre zaškolenie, 40 % detí má určité problémy v týchto charakteristikách a 27 % detí bolo emocionálne i sociálne nezrelých pre zaradenie do školy.

Na základe psychologického vyšetrenia sme navrhli:

odklad školskej dochádzky	18 deťom	29 %
základnú školu	25 deťom	40,3 %
základnú školu pre telesne postihnutých	10 deťom	16,2 %
základnú školu pre rečovo chybných	2 deťom	3,2 %
osobitnú školu	7 deťom	11,3 %

Dotazníkom pre rodičov sme chceli získať spätné informácie týkajúce sa jednak realizácie našich odporúčaní, jednak školskej úspešnosti zaradených detí, a tam aj prognostickú hodnotu našich odporúčaní.

V súhlase s našimi návrhmi bolo zaškolených 39 zo 62 sledovaných detí, nehoda sa vyskytla v 7 prípadoch a od 16 detí nemáme informácie. Údaje o školskom prospechu na konci prvej triedy z hlavných predmetov — matematiky, slovenského jazyka — sme získali od 15 detí, z toho 3 detí (20 %)

neprospeli a úspešných bolo 12 detí (80 %), pričom z nich prospelo 7 s výborným prospechom, 4 s priemerným a 1 dieťa s podpriemerným prospechom.

LITERATÚRA

1. BENKO, J., a kol.: Problémy socializácie cerebrálne poškodených detí, Bratislava 1976.
2. LECHTA, V.: Ako predchádzať poruchám reči. Zdravotnícke aktuality, Bratislava 1979.
3. LESNÝ, I., a kol.: Dětská neurologie. Avicenum, Praha 1980.
4. PARDEL, T., a kol.: Psychologické otázky základného vzdelávania. SPN, Bratislava 1971.
5. STEHLÍK, A., a kol.: Dítě s mozkovou obrnou v rodině. Avicenum, Praha 1977.
6. ŠVANCARA, J., a kol.: Diagnostika psychického vývoje. Avicenum, Praha 1974.
7. VOJÁČEK, M., a kol.: Psychické handicap a výuková rizika nastupujících školáků. Psychologia a patopsychologia dieťaťa, 1980, č. 4, s. 321 — 332.

Adresa autorky: O. D., Leninova 29, 960 01 Zvolen

O. Дианишкова

К ПРОБЛЕМАТИКЕ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ К ОБУЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ДЦП С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПСИХОЛОГА

Резюме

В статье мы занимались вопросами подготовленности к обучению детей с ДЦП с точки зрения психолога. Из наших наблюдений вытекает, что дети с ДЦП оказываются в невыгодном положении по сравнению со здоровым детским народонаселением в области умственных способностей, речевых характеристик, визуомоторной координации, а также в социальной и эмоциональной областях.

Вплоть до 29 % детей нашего набора было незрелых для поступления в общеобразовательную или вспомогательную школу в начале школьного возраста.

Из-за недостаточных сведений об успеваемости детей нашего набора полученные результаты нельзя обобщать (12 детей в школе были удачными, трое неудачными), однако они показывают важность психологического исследования подготовленности к обучению центрально нарушенного ребенка перед поступлением в школу.

С целью улучшения уровня подготовленности к обучению нам хочется подчеркнуть необходимость учреждения специальных дифференцированных классов дневного детского сада, где было бы возможно поместить всех детей с нарушением ЦНС, по крайней мере за год до поступления в школу.

O. Dianišková

THE PROBLEM OF PREPAREDNESS FOR SCHOOL ATTENDANCE IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY FROM THE POINT OF VIEW OF THE PSYCHOLOGIST

Summary

The paper investigates the question of preparedness for school attendance in children with cerebral palsy from the point of view of the psychologist. Our investigations show that children with cerebral palsy are in the disadvantage compared with the healthy population of children in the field of intellectual capacity, verbal characteristics, visuamotoric coordination, and also in the social and emotional sphere.

Twenty nine per cent of the children of our group were immature for basic school or even special schools at the beginning of school age.

Due to the lack of the amount of information about the progress at school of the children of group it is impossible to generalize the gained results (12 children progressed well and three did not), but they show the importance of psychological testing of maturity for school in the centrally impaired child before entering school.

In order to improve preparedness for school we would like to emphasize the need

to establish specially differentiated classes of nursery schools were all children with impairments of the central nervous system could be admitted one year before school attendance.

O. Dianišková

ZUR PROBLEMATIK DER VORBEREITUNG VON KINDERN MIT ZEREBRALER KINDERLÄHMUNG FÜR DEN SCHULBESUCH AUS DER SICHT DES PSYCHOLOGEN

Zusammenfassung

In Beitrag wird die Frage der Vorbereitung von Kinderne mit zerebraler Kinderlähmung für den Schulbesuch aus der Sicht des Psychologen behandelt. Die Beobachtungen zeigen, daß Kinder mit zerebraler Kinderlähmung im Vergleich zur gesunden Kinderpopulation im Bereich der intellektuellen Fähigkeiten, der sprachlichen Charakteristika, der visuomotorischen Koordination sowie in der sozialen und emotionalen Sphäre benachteiligt sind.

Ganze 29 % des untersuchten Patientengutes waren zu Beginn des Schulpflichtalters nicht reif genug, um in die Grundschule oder die Sonderschule aufgenommen zu werden.

Infolge einer zu niedrigen Anzahl von Informationen über den schulischen Fortgang der Kinder des untersuchten Patientenguts können die erhaltenen Ergebnisse nicht verallgemeinert werden (12 Kinder waren in der Schule erfolgreich, 3 Kinder kamen nicht mit), trotzdem bezeugen sie eine große Bedeutung der psychologischen Untersuchung der Schulreife jedes zentralgeschädigten Kindes vor dem Schuleintritt.

Im Interesse der Hebung des Niveaus der Vorbereitung von Kindern mit zerebraler Kinderlähmung auf den Schulbesuch wird die Notwendigkeit unterstrichen, für solche Kinder spezielle differenzierte Klassen in ganztägigen Kindergärten einzurichten, in denen alle Kinder mit geschädigtem zentralen Nervensystem zumindest für ein Jahr vor dem Schulbesuch untergebracht werden könnten.

O. Dianišková

A LA PROBLÉMATIQUE DE PRÉPARATION SCOLAIRE DES ENFANTS AFFECTÉS DE MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE DU POINT DE VUE DU PSYCHOLOGUE

Notre article traite la question de la préparation scolaire des enfants affectés de méningite cérébro-spinale du point de vue du psychologue. Notre contrôle témoigne que les enfants affectés de méningite cérébro-spinale sont désavantagés par rapport à la population enfantine en bonne santé dans la sphère des facultés intellectuelles, des caractères de la parole (du langage), de la coordination motrice visuelle et la sphère sociale et émotionnelle.

Jusqu' à 29 % de notre groupe n' avaient pas les facultés intellectuelles nécessaires pour être incorporer dans l' enseignement primaire ou le cas échéant dans une école particulière au début de l' âge scolaire obligatoire.

Vu le manque d' informations sur le rendement scolaire des enfants poursuivis, on ne peut généraliser les résultats obtenus (12 enfants avaient un rendement scolaire satisfaisant et 3 enfants ne furent pas à même de poursuivre l' enseignement). Elles démontrent cependant l' importance de l' examen psychologique des aptitudes à l' instruction de l' enfant affecté avant sa rentrée en classe.

Dans le but d' améliorer le niveau de la préparation scolaire, nous tenons à souligner la nécessité de constituer des classes spécialement différenciées de l' Ecole maternelle qui permettraient la rentrée de tous les enfants affectés de troubles du système nerveux central, une année au moins avant le début de l' enseignement.

REHABILITÁCIA HYPOTONICKÉHO SYNDRÓMU VO VEKOVOM OBDOBÍ OD 3. DO 15. ROKU

M. BLECHOVÁ, M. PAVLIČKOVÁ

Čs. štátne kúpele Kováčová
Ved. lekár: MUDr. A. Štrba

Súhrn: V príspevku sme sa pokúsili načrtnúť náš postoj k rehabilitačnej starostlivosti o deti s hypotonickým syndrómom po 3. roku života. Hypotonický syndróm je semiologickou diagnózou. V príspevku sa poukazuje na diferentné rehabilitačné prístupy k dlhodobému hypotonickému syndrómu podľa topiky lézie a vzhľadom na vekový faktor. Zdôrazňuje sa nutnosť komplexnej starostlivosti u tzv. kombinovaných postihnutí, význam rehabilitácie výchovnej a sociálnej u centrálné hypotonického syndrómu, ktorý sa často spája s mentálnou retardáciou.

Kľúčové slová: hypotonický syndróm — rehabilitačná starostlivosť — topika lézie — vekový faktor — mentálna retardácia.

Infatilný hypotonický syndróm je najvýraznejším syndrómom ranného detstva, po 3. roku a v dospelosti sa vyskytuje zriedkavejšie. Diagnóza hypotonický syndróm je semiologická, nie etiologická. Stanovujeme ju na základe nižšej svalovej konzistencie, zvýšenej pasivity, vyššej svalovej extenzibility; u menších detí príznakom šálovým, príznakom pásovca a kružítka (8, 11). Výpočet etiologických faktorov hypotonických svalov u detí by bol príliš rozsiahly. Našou úlohou je však zaujať rehabilitačné stanovisko k dlhodobému vývojovému hypotonickému syndrómu, ktorý vznikol v rannom období dieťaťa (do 2. roku veku) a v ďalšom období pretrváva, či už s tendenciou k regresii alebo progresii.

Vývojový hypotonický syndróm je podkladom lézie cerebrálnej, cerebellárnej, spinálnej i myopatickej (8). Toto simplifikované klinické delenie má svoje opodstatnenie aj v rehabilitačnej praxi po 3. roku života, pretože metodický prístup je rozdielny.

S cerebrálnym hypotonickým syndrómom sa najčastejšie stretáme ako s hypotonickou formou DMO. Tu v dlhodobom rehabilitačnom pláne platia známe zákonitosti DMO liečby: skorý začiatok terapie, individuálny prístup, komplexnosť terapie podmienená spolupracou viacerých odborov. Kým v nižších vekových skupinách takto postihnutých detí sa rehabilitačné záujmy sústreďujú predovšetkým na reedukáciu hybnosti, s pribúdajúcim vekom školopovinných detí prevažuje v rehabilitácii okruh záujmov výchovne-vzdelávacích a už po 10. roku je potrebné do komplexnej rehabilitácii zaradiť sociálnu zložku.

U ťažko pohyblivých až imobilných detí sa teda v predškolskom veku sústreďujeme na výcvik lokomočných schopností, na maximálne zlepšenie pohybového stavu dieťaťa. Vychádzame z vývojového kineziologického rozboru, úrovne duševných schopností, stupňa vývoja reči a prípadných iných defektov. Používame metódy, ktoré facilitujú aktivitu predovšetkým axiálneho sval-

stva trupu, koreňa končatín cez aferenciu exteroceptívnu, vestibulárnu, propioceptívnu, zrakovú aj sluchovú. Vzorom nám je vývoj vzpriamovania a rovnovážnych reakcií zdravého jedinca. V rehabilitačnom pláne nepridržiame sa len jednej metódy, lebo žiadnu nemôžeme označiť za ideálnu a univerzálnu. Používame prvky predovšetkým z metódy Bobathovej, ale aj Kabátovej a Vojtovej metódy reflexného plazenia, ktoré indikujeme veľmi individuálne a v závislosti od reakčnej schopnosti dieťaťa. Pred liečebnou telesnou výchovou je možné s výhodou aplikovať všetky formy stimulačnej fyzikálnej terapie, ako klasickú ručnú masáž, vírivý kúpeľ, podvodnú masáž, elektrostimulačné procedúry. Integrovanou súčasťou rehabilitácie v predškolskom veku je reedukácia reči k navodeniu medziľudskej komunikácie, ktorú riadi logopéd. Systematické ciele rozvíjanie duševných schopností postihnutého dieťaťa zaisťuje v ústavných podmienkach materská škôlka v úzkej spolupráci so zdravotníckym personálom a psychológom. Vhodnou terapiou je tu muzikoterapia, kde dominujú psychofyzicky aktivujúce prvky, ktoré vyvolávajú konkrétne, bezprostredne pohybové reakcie so špecifickým dopadom na psychiku centrálne postihnutého dieťaťa. Aj liečba hrou a nácvik sebaobsluhy má veľký význam v rehabilitácii centrálne hypotonického syndrómu, tak často kombinovaného s mentálnou retardáciou.

Citlivo adekvátne sa zaradí centrálne postihnutý jedinec s hypotonickým syndrómom do výchovno-vzdelávacieho procesu, ktorý má byť v popredí komplexnej rehabilitačnej starostlivosti. Kontinuálna liečebná telesná výchova za účelom udržania dosiahnutého stavu pohyblivosti, zlepšenia obratnosti a prevencie sekundárnych následkov je v školskom období ľahkého až ťažkého hypotonického syndrómu veľmi opodstatnená. Kineziologickým rozborom aj ľahkých hypotónií, a teda zdanlivo už pohybove zdravých detí zistíme jednak hrubú a jemnú neobratnosť, prekvapivo zníženú svalovú silu osového svalstva tela, čo vedie k chybnému držaniu tela, k rozvoju patologických hybných vzorov a k rôznym deformitám na pohybovom aparáte. Každé kondičné cvičenie týchto detí nie je indiferentné, ale musí byť cielene zamerané na oslabenie fázické svalové skupiny trupu a až v ďalšej časovej fáze nastúpi nácvik hrubej a jemnej obratnosti končatín.

Po 10. roku života by mala pristúpiť k pohybovej a výchovno-vzdelávacej rehabilitácii ešte zložka sociálna, pretože na konci všetkého doterajšieho snaženia má byť spoločenská integrácia pacienta v širokom zmysle slova. Po 10. roku by sa malo každé dieťa s hypotonickým syndrómom, zvlášť kde sa kombinuje s mentálnou retardáciou, komplexne ohodnotiť a na liečbe pracovať programovo zacieliť na povolanie alebo aspoň na pestovanie individuálnych špeciálnych záujmov, liečebného športu, navodenie určitých spoločenských vzťahov, v ťažkých prípadoch viesť k osamostatneniu aspoň v sebaobsluhe.

Rehabilitačný prístup k hypotonickému syndrómu cerebellárneho (v rámci syndrómu DMO) sa v princípe nelíši od spomínaného chápania. V LTV sústreďujeme sa na propioceptívnu facilitáciu svalstva trupu, na nácvik quadrupedálnej alebo bipedálnej lokomócie v určitej stope, výcvik obranných reakcií a rovnováhy v sede aj v stoji, rýchleho vstávania a líhania. Len v ďalšej časovej fáze pristupujeme k cieľovým alternujúcim pohybom končatín, k nácviku jemných pohybov ruky a jemných kvalít citlivosti.

Progredujúce cerebellárne syndrómy, ako napr. sy Luis-Baarovej, sa nám

liečebnou rehabilitáciou v ústavných podmienkach nepodarilo pozitívne ovplyvniť, naopak: pozorovali sme rýchlu progresiu, a preto považujeme za vhodnejšiu domácu rehabilitáciu po zaškolení matky.

Podobne rehabilitácia hypotonického syndrómu spinálneho, ktorého typickým predstaviteľom je amyotónia Werdnig-Hoffmannova, sa neosvedčuje v ústavných podmienkach. Stav týchto detí so sklonom k respiračným afekciám je nozokomiálnymi infekciami v našich podmienkach značne ohrozený. Aj tu považujeme za vhodnejšie polohovanie a analytické cvičenie v domácom prostredí a ústavné riešenie len ako krátkodobú nevyhnutnú sociálnu výpomoc rodine.

Pomerne úspešná je liečebná rehabilitácia u hypotonického syndrómu myopatického s relatívne pomalou progresiou. Cieľom tu je preventívnym polohovaním zabrániť deformitám a udržovať čo najdlhšie lokomočné schopnosti. Intenzita rehabilitačného programu je závislá od subjektívneho a objektívneho stavu pacienta, biochemických hodnôt zmien EKG a EMG. Veľmi starostlivo a individuálne zostavujeme program dňa a dôzujeme liečebnú telesnú výchovu analytickou metódou, klasickú masáž a stimulačné vodoliečebné procedúry.

LITERATÚRA

1. CLAYES, J.: Ataxia hypotonia among cerebral palsy children. Rehabilitácia. Supplementum 15 — 15, 1977, s. 117.
2. GINOTT, H. G.: Group psychotherapy with children the theory and practice of play-therapy. Mc Graw-Hill, New York 1961.
3. GÖLLNITZ, G., SCHULZ-WULF, G.: Rhythmisch-psychomotorische Musiktherapie. VEB G. Fischer, Jena 1973.
4. JAMES, E., Jan., ROBINSON, G. C., SCOTT, E., KINNIS, C.: Hypotonia in the Blind Child. Develop. Med. Child Neurol. 1975, 17, 35 — 40.
5. Kolektív autorov: Mentálna retardácia. I. celoslovenský seminár o mentálnej retardácii. Martin 1971.
6. Kolektív autorov: III. konferencia o mentálnej retardácii. Martin 1979.
7. Kolektív autorov: III. rd Prague International Symposium of Child Neurology. Acta Universitatis Carolinae medica, Praha 1977.
8. LESNÝ, I., a kol.: Dětská neurologie. Avicenum, Praha 1980.
9. LESNÝ, I., a kol.: Obecná vývojová neurologie. Avicenum, Praha 1972.
10. LESNÝ, I.: Mozečková oněmocnění dětského věku. Avicenum, Praha 1976.
11. LESNÝ, I., a kol.: Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa. Avicenum, Praha 1972.
12. LESNÝ, I., a kol.: Neurologické vyšetření u oligofrenní populace. Čs. Neurol. Neurochir., 42/75, 1979, č. 1, s. 24 — 29.
13. MOTYČKA, M., KRŠIAK, J.: Facilitace rovnovážných reakcí u dětí s mozkovou obrnou. Rehabilitácia 4, 1966, s. 151 — 159.
14. PFEIFFER, J., a kol.: Facilitační metody v léčebné rehabilitaci. Avicenum, Praha 1976.
15. ŠTOVIČEK, Z., ŠÍP, M.: Hypotonický syndrom z neobvyklých příčin. Čs. Pediat., 35, 1980, č. 1, 22 — 23.
16. VLACH, V.: Vybrané kapitoly kojenecké neurologie. Avicenum, Praha 1979.
17. VOJTA, V.: Das Reflexkriechen und seine Bedeutung für Kinder heilkunde 104, 1968, s. 319 — 330.
18. WALD, I.: Rehabilitácia mentálne retardovaného. Čs. Psychiat. 74, 1978, č. 5, s. 249 — 255.

Adresa autorov: M. B., nám. SNP 1935, 960 01 Zvolen

M. Блехова, М. Павличкова
РЕАБИЛИТАЦИЯ ГИПОТОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ВОЗРАСТНОМ ПЕРИОДЕ ОТ 3 ДО 15 ЛЕТ

Резюме

В статье мы попытались наметить наш взгляд на лечебную реабилитацию детей с гипотоническим синдромом после третьего года жизни. Гипотонический синдром представляет семиологический диагноз. В статье указываются дифференциальные подходы реабилитации к длительному гипотоническому синдрому согласно топике повреждения и с учетом фактора возраста. Подчеркивается необходимость комплексной заботы у так наз. комбинированных нарушений, значение воспитательной и социальной реабилитации у центрального гипотонического синдрома, который часто сочетается с замедленным мышлением.

M. Blechová, M. Pavličková
REHABILITATION IN HYPOTONIC SYNDROME IN THE AGE GROUPS BETWEEN THREE AND FIFTEEN YEARS

Summary

In the contribution the authors have tried to show their attitude to rehabilitation care in children with hypotonic syndrome after the age of three. The hypotonic syndrome is a semiologic diagnosis. The paper draws attention to the different approaches of rehabilitation in long-term hypotonic syndrome according to the lesion and with regard to the age factor. Emphasized is the necessity of complex care in the so-called combined affections, the significance of educational and social rehabilitation in the central hypotonic syndrome which is frequently connected with mental retardation.

M. Blechová, M. Pavličková
REHABILITATIONSBEHANDLUNG DES HYPOTONIE-SYNDROMS IM ALTER ZWISCHEN 3 UND 15 JAHREN

Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird die Rehabilitationsbetreuung von Kindern mit Hypotonie-Syndrom vom 3. Lebensjahr an gewertet. Das Hypotoniesyndrom ist eine semiologische Diagnose. Es wird auf die Notwendigkeit der Anwendung differenzierter Rehabilitationsmaßnahmen bei langfristigen Hypotonie-Syndromen hingewiesen, wobei man sich nach der Topik der Läsion unter Berücksichtigung des Alters richten muß. Hervorgehoben wird die Notwendigkeit einer umfassenden Betreuung bei sogenannten kombinierten Schädigungen, ferner die Bedeutung der erziehungsmäßigen und sozialen Rehabilitation beim zentralen Hypotonie-Syndrom, das häufig mit mentaler Retardation einhergeht.

M. Blechová, M. Pavličková
LA RÉADAPTATION DU SYNDROME HYPOTONIQUE DANS LA PÉRIODE D'ÂGE DE 3 À 15 ANS

Résumé

Dans notre article nous avons tenté d'esquisser notre attitude à la sollicitude de réadaptation vouée aux enfants affectés de syndrome hypotonique après la 3e année. Le syndrome hypotonique est un diagnostic sémiologique. L'article démontre les différents accès de réadaptation au syndrome hypotonique à long terme selon la topique

de la lésion en considérant le facteur d'âge. Est soulignée la nécessité d'une sollicitude complexe dans les soi-disant affections combinées, l'importance de la réadaptation éducative et sociale lors du syndrome hypotonique centrale qui se lie souvent au retard mental.

V. KRČMÉRY, V. VACEK, Z. MODR, F. VÝMOLA
REZISTENCIA NA ANTIBIOTIKÁ
Zásady racionálnej chemoterapie
Vydalo Vydavateľstvo Osveta, Martin, 1981

Vplyv antibiotík na ľudskú spoločnosť je taký prenikavý, že súčasné obdobie možno nazvať érou antibiotík — to sú slová nositeľa Nobelovej ceny za objav streptomycínu S. A. Waksmana z roku 1951. Výsledky liečebného používania antibiotík v troch desaťročiach antibiotickej éry sú naozaj vynikajúce. Éra antibiotík však nastolila aj množstvo nových otázok. Najzávažnejšou z nich je vznik rezistencie na antibiotiká, vyplývajúci z masového používania a často zneužívania antibiotík.

V edícii Dérerova zberka vyšla v roku 1981 významná monografia a postgraduálna príručka venovaná tejto modernej problematike. Mechanizmy rezistencie baktérií na dané antibiotikum tvoria nerozlučnú jednotu s mechanizmami účinku jednotlivých antibiotík na bakteriálne bunky. Preto I. kapitola je venovaná práve mechanizmom účinku jednotlivých antibiotík. Popri prirodzenej rezistencii — ktorá nie je „produktom“ antibiotickej éry — existuje aj rezistencia získaná: zmena citlivých bakteriálnych buniek na rezistentné. II. kapitola sa zaoberá najdôležitejším mechanizmom získanej, prenosnej rezistencie, a to s prijatím genetickej informácie rezistencie. Problematika tzv. R-plazmidov (R-faktorov) — nositeľov genetickej informácie rezistencie — je podrobnejšie rozpracovaná v III. kapitole, kde sú zhrnuté najmodernejšie poznatky o transpozónoch, o základných elementoch plazmidov. Nahromadené poznatky získané vo výskume R-plazmidov, dali podklad pre vznik tzv. plazmidového inžinierstva (génovej manipulácie). IV. kapitola nás oboznámi s históriou génovej manipulácii, upozorňuje na možné rizika pre genetickú integritu člo-

veka a na možnosť zneužitia výsledkov na účely bakteriologickej vojny. Vyzdvihuje však i nepopierateľný praktický prínos génových manipulácií — možnosť lacnej výroby vzácnych bioproduktov (somatostatín, inzulín, interferón). V. kapitola je zameraná na zdravotnícke problémy rezistencie. Zdôrazňuje, že rezistencia je vlastne indikátorom úrovne a racionálnosti antibiotickej liečby. Podrobne analyzuje príčiny rezistencie u pôvodcov nozokomiálnych infekcií a jednoznačne odmieta tzv. „antibiotický dáždňik“ — profylaktické používanie antibiotík namiesto zvyšovania úrovne hygieny. Podáva prehľad výskytu prenosnej rezistencie u jednotlivých bakteriálnych kmeňov. VI. kapitola zdôrazňuje nutnosť surveillance bakteriálnej rezistencie. Jedine sústavné sledovanie aktuálneho stavu citlivosti a rezistencie môže dať smerodajné podklady pre antibiotickú politiku. Výsledky počítačového sledovania rezistencie v SSR sú uvedené v VII. kapitole. Posledné dve kapitoly monografie sú zamerané na klinickú prax. Autor VIII. kapitoly na základe čerstvých literárnych poznatkov a bohatých skúseností z pražskej septickej stanice rozoberá príčiny rezistencie infekcie na antibiotickú terapiu. Upozorňuje, že zjednodušovať príčinu neúčinnosti chemoterapie na tvrdenie, že účinnosť antibiotika in vitro sa môže líšiť od jeho účinnosti in vivo, dnes už nestačí. Každý takýto prípad vyžaduje podrobnú analýzu všetkých faktorov, súvisiacich s antibakteriálnou terapiou, — správnosť indikácie, odber materiálu na mikrobiologické vyšetrenie, interpretácia výsledku, poruchy protiinfekčnej imunity, možnosť tzv. proťahovaného akútneho stresu. V druhej časti tejto kapitoly sú rozpracované mož-

nosti liečby infekcií rezistentných na bežnú terapiu — liečba tzv. mega-dávkami, kombinovaná chemoterapia, imunoterapia — a zásady liečby antibiotikami u chorých v renálnej insuficiencii. Posledná, IX. kapitola je vlastne návodom na antibiotickú terapiu priamo v teréne, kde antibiotiká sú nasadené obyčajne necielene, podľa metódy maximálnej pravdepodobnosti účinku. Autor uvádza najčastejšie chyby antibiotickej liečby v ambulantnej praxi a opakovane zdôrazňuje, že horúčka sama osebe nie je indikáciou k chemoterapii, ale k podrobnému vyšetreniu. Postupne rozoberá indikácie antibiotickej liečby pri infekciách dýchacích ciest, močových ciest, čriev a kože. Upozorňuje na význam jednotlivých príznakov, ktoré umožňujú supponovať účasť baktérií na infekcii a zdôrazňuje neracionálnosť nasadenia antibiotík v prípade bežných, nekomplikovaných viróz. Záver publikácie predsta-

O. KARLSON
ZÁKLADY BIOCHÉMIE

Vydalo nakladateľstvá ČSAV — Academia 1981, 3. prepracované vydanie.

Vo vydavateľstve Čsl. akadémie vied — Academia vychádza v roku 1981 tretie prepracované vydanie klasickej učebnice biochémie od Petra Karlsona. Ide o preklad desiateho vydania Krátkej učebnice biochémie pre lekárov a prírodovedcov, ktorú vydalo Vydavateľstvo Georg Thieme Verlag v Stuttgarte v roku 1977. Učebnicu do češtiny preložili autori Kocourek, Leblová, Macholán a Skurský a slúži ako vysokoškolská učebnica pre prírodovedné odbory v Českej socialistickej republike. Učebnica má klasicke delenie, je rozdelená do 23 kapitol, predchádza predhovor, ukončená je dodatkom a vecným registrom. Je doplnená osobitou prílohou, ktorá znázorňuje dôležité pochody a vzájomné vzťahy v intermediárnom metabolizme. Ďalej je tu uvedená primárna štruk-

vujú prehľady — zoznam obrázkov, včítane farebných, zoznam tabuliek a resumé v ruskom, anglickom a nemeckom jazyku. Monografiu ukončuje register, zoznam príslušnej literatúry je uvedený za každou kapitolou.

Problematika rezistencie je problematikou veľmi aktuálnou nielen v teoretickej oblasti, ale aj v súčasnej klinickej medicíne. Monografia, ktorá je určená predovšetkým lekárom-klinikom, lekárom prvého kontaktu, hygienikom, mikrobiológom, farmaceutom, genetikom prináša prehľad uvedený na súčasný stav poznatkov. Treba ju len uvítať, pretože po jej prečítaní antibakteriálna terapia — slovami jedného z autorov — prestane byť mystériom, spleteným z rôznych mechanistických predstáv na úrovni dávnoveku antibiotickej éry.

Dr. L. Kiss, Šahy

túra hemoglobínu dospelého človeka, priestorové usporiadanie molekúl lyzozýmu a poradie nukleotidov v niektorých transferových ribonukleových kyselinách.

Karlsonova učebnica o základoch biochémie je dnes už klasickým pojmom. Stala sa štandardným dielom nielen pre biochemikov, ale aj pre lekárov a laboratórnych pracovníkov, pretože je cenná predovšetkým dobrým zostavením potrebných informácií, dokonale prehľadným spracovaním jednotlivých tém a dobrým ilustračným vybavením. Z celého radu učebníc, príručiek a monografií o biochémii Karlsonova učebnica v súčasnej svetovej literatúre zaujíma jedno z popredných miest.

Dr. M. Palát, Bratislava

SÚBORNÉ REFERÁTY

K PRACOVNÍMU UPLATNĚNÍ ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH Z HLEDISKA ZKUŠENOSTÍ Z LÉČEBNÉ REHABILITACE

V. KRÍŽ

Rehabilitační ústav v Kladrubech
Ředitel: MUDr. V. Kríž

Souhrn: Cílem rehabilitace je resocializace. Její součástí je i realizovaná možnost pracovního uplatnění zdravotně postižených, která je důležitým psychologickým faktorem příznivě ovlivňujícím postavení invalidy v rodině, pracovním kolektivu i ve společnosti.

Autor formuluje šest zásad:

1. Od začátku postižení vést nemocného k tomu, že bude opět společensky aktivní.
2. Pacienta informovat o reálných možnostech rehabilitace.
3. Ještě při medicínske rehabilitaci věnovat maximálně možnou pozornost obnově pracovního potenciálu.
4. Možnost pracovního uplatnění, maximálně a co nejdříve zajistit technickými pomůckami a sociálními opatřeními.
5. Péče o postižené osoby musí být kontinuální a všechny složky rehabilitace se musí vzájemně prolínat.
6. Předpokladem pro bezkolizní návrat postižených do práce je dlouhodobá a cílená výchova celé populace.

Klíčová slova: cíl rehabilitace — resocializace — vedení nemocného — pracovní uplatnění — návrat do práce.

Rehabilitace je rozsáhlá soustava společenských opatření, na které se podílí řada institucí i jednotlivců a jejímž cílem je návrat postiženého do společenského života v maximálně možné míře.

U spoluobčanů, u nichž nezanechává vada, nemoc, úraz či operace těžké následky, které by podstatně omezovaly návrat postiženého člověka do společenského života, stačí z komplexu rehabilitačních opatření většinou jen léčebná rehabilitace, kterou zajišťují pracovníci ve zdravotnictví.

U občanů s těžkými následky nastupují i další složky rehabilitace. Tyto složky z oblasti sociální, pracovní či výchovné rehabilitace jsou pro dosažení cíle rehabilitace mnohdy důležitější než počáteční práce zdravotníků.

Jednou z možností uplatnění se ve společenském životě je i možnost pracovat. Kromě ekonomického přínosu pro společnost i pro postiženého jedince je pracovní uplatnění pro postiženého člověka důležitým trvalým stimulem, který kompenzuje jeho pocity méněcennosti vědomím, že je stejně platným členem rodiny, kolektivu i celé společnosti jako ostatní. Je známo, že invalidní

spoluobčané si v průměru podstatně více váží možnosti pracovat, zvláště pak pokud vykonávají vhodnou a přiměřenou práci, která odpovídá jejich zkušenostem a kvalifikaci.

Pro většinu lidí je možnost pracovat důležitou potřebou. V prvních dnech po vzniku postižení se nemocný, jeho rodina i odborní pracovníci starají především o to, aby se brzy uzdravil. Otázky návratu do práce ustupují přechodně do pozadí, což však neznamená, že je možné a správně odsunout řešení těchto otázek až na pozdější dobu. Tam, kde jsou třeba i minimální předpoklady pro návrat do pracovního zařazení, je třeba pacienta k tomuto návratu vést od samého vzniku zdravotního postižení. Je to důležitý psychologický faktor, který nutně zdůrazňuje zachovalé a nepostižené schopnosti a funkce včetně funkcí kompenzačních a náhradních, a to zvláště v době, kdy většina péče je zaměřena jen na to, co postiženému člověku momentálně chybí nebo nefunguje.

Zdůrazňování a také co nejdříve využívání zachovalých schopností je důležitou psychologickou složkou léčebné rehabilitace.

Z hlediska vytváření předpokladů pro pracovní znovuuplatnění je důležité si uvědomit několik zásad a současně si uvědomit, jak často jsou tyto zásady porušovány.

1. zásada

Psychologicky vést pacienta k tomu, že i přes předpokládané následky bude (eventuálně může být) po vyléčení opět společensky aktivní.

Proti této zásadě se provinují ti, kteří jednostranně, někdy i přehnaně zdůrazňují tíži postižení a náročnost léčebných úkonů snad s cílem, aby si pacient uvědomil, jak moc (eventuálně i jak mimořádně) se mu při jeho postižení věnuje společnost nebo i jednotlivci, kteří ho ošetřují. Věty: „Pane, vždyť vy jste (nebýt této péče) mohl přijít o ruku, ... zůstat na vozíku“, sice v pacientovi vyvolávají pocit vděky, na druhé straně však zvyšují pocity méněcennosti a vytvářejí pocit takzvané „psychické invalidity“, čímž rozumíme pocit nemohoucnosti či neschopnosti, který dosti často ani není v souladu s očekávaným nebo už skutečným stupněm postižení. Výsledkem jsou případy, kdy takto nesprávně psychologicky zpracovaný pacient s následky nepodstatnými vzhledem ke možnostem jeho společenského uplatnění má tak zafixovaný pocit invalidity, že vůbec neuvažuje o tom, že by se mohl zase zařadit do pracovního procesu, že by mohl pěstovat sport, turistiku, práce na záhrádce, tanec a pod. Pocit „psychické invalidity“ vytvořený autoritou zdravotníků v prvních fázích léčení je někdy tak silný, že se v další fázi léčby pracovníkům v léčebné rehabilitaci, členům posudkových komisí i dalším členům rehabilitačního týmu včetně rodiny nepodaří nikdy nebo trvale přesvědčit pacienta, že má pracovat, má být fyzicky aktivní právě proto, aby si udržel nebo dále zlepšoval výsledky dosažené rehabilitací. Pacient spíše respektuje toho, kdo mu podle navozených představ „zachránil nohu“, „zachránil ho před invalidním vozíkem“ a zbytek života stráví šetřením se z obavy, aby třeba nezůstal odkázán na vozík. (Zmínka o rodině není náhodná. Rodina, přátelé, bývalí spolupracovníci jsou důležitým článkem, který pomáhá ovlivnit psychiku nemocného. Předpokladem je, že je do rehabilitačního týmu zapojíme a náležitě je budeme informovat a vést. Často totiž právě skupina osob svojí přehnanou

a neodbornou ohleduplností pocit invalidity u postiženého podporuje, posiluje nebo dokonce vyvolává).

Naproti tomu jsou pacienti dobře psychologicky zpracováni, kteří ani při těžkém postižení nemají zjevný pocit invalidity, jsou společensky aktivní a tato aktivita jim zase zpětně jednak zabraňuje myslet na jejich postižení, jednak je nejučinnějším způsobem, jak zvýšit jejich pocit sebedůvěry a společenské platnosti.

2. zásada

Pacienta maximálně informovat o jeho reálných možnostech rehabilitace (od minimálního do maximálního předpokladu), a to jak z hlediska rozsahu následků, tak i z hlediska možností v průběhu rehabilitace. Pacient musí mít sestavený krátkodobý i dlouhodobý rehabilitační program a musí ho mít také vysvětlený, aby věděl co a kdy ho čeká, co nesmí a co naopak musí sám dělat v jednotlivých fázích rehabilitace a proč.

Nedostatkem je malá informovanost pacientů („není na ni čas“), rodinných příslušníků, spolupracovníků, ale i ošetřujícího personálu. Ti pak nemají představu o délce a způsobu léčby. Někdy se dožadují specializovaných rehabilitačních úkonů, jindy otálejí s vlastní potřebnou aktivitou. Zde je nutno dodat, že zdrojem nesprávných požadavků laiků jsou často zcela neodborné podněty od ošetřujícího personálu. Je třeba vědět, co je důležité a co ne. Např. někdy pacienti i traumatolog šetří zbytečně zlomeninu, aby dobře srostla a přitom nechají (někdy až nenapravitelně) ztuhnout klouby.

3. zásada

Dostatečně využívat všech možností pracovní rehabilitace formou léčby prací ještě v průběhu léčebné rehabilitace.

Stálým nedostatkem je to, že pracovní rehabilitace je pokládána za něco, co má přijít po skončení zdravotnické péče. Jistě tomu napomáhá i to, že pracovní rehabilitace nepatří již do resortu zdravotnictví, a že někteří pracovníci resortu sociálních věcí si tvrdě hájí svá privilegia v oblasti pracovní i sociální rehabilitace včetně posudkové činnosti nezávislé na tom, zda je to k prospěchu pacienta či ne.

Dalším nedostatkem je to, že se za pracovní rehabilitaci považuje jen výchova postižené mládeže k pracovnímu zařazení a částečná nebo úplná rekvizifikace postižených v dospělosti. I když je v obecných postulátech pracovní rehabilitace to, že se máme snažit vrátit postiženého především do jeho původního povolání a využít jeho kvalifikace, pracovních zkušeností i kontaktů, v praxi je tato snaha zcela opomíjena. Táto část pracovní rehabilitace není zajištěna výchovou odborných pracovníků (opět otázka: kterých pracovníků a kterého resortu?), není tu zajištěno místo pro její provádění a dnešní předpisy a zvláště pak jejich praktická aplikace spíše návratu do práce brání a vytvářejí tak legislativní bariery. Klasickým případem je výklad pojmu pracovní neschopnost, pod kterým se rozumí plná neschopnost vykonávat své momentální povolání. Přitom existuje často stav, který bychom mohli nazvat „částečná pracovní neschopnost“, kdy pacient není ještě zcela schopen vykonávat své zaměstnání (proto má vystavenou pracovní neschopnost), ale

přítom je schopen v různě širokém rozsahu vykonávat některé pracovní činnosti svého povolání. Bylo by výhodné tomuto pacientovi umožnit vykonávat to, čeho je na svém původním pracovišti schopen, což by bylo výhodné pro pacienta samého (bylo by to součástí jeho rehabilitace) i pro společnost, pro kterou by vytvářel hodnoty. Bylo by to možné i za současných předpisů, kdyby pacient pracoval na svém pracovišti, v pracovní neschopnosti, v rámci odborně ordinované léčby prací. Byla by to velmi účinná pracovní, sociální a většinou i léčebná rehabilitace. Samozřejmě, že by se muselo jednat o práce, které nemocný umí, stačí na ně a nemohou mu uškodit. Měl by je dělat dobrovolně a k tomu je třeba ho o užitečnosti těchto prací především pro něj přesvědčit. Je to i jedna z možností, jak lze okamžitě a bez nákladů mnohonásobně rozšířit tolik potřebnou a požadovanou ergoterapii (léčbu prací).

4. zásada

Již v průběhu léčebné rehabilitace by měl pacient dostat všechny potřebné kompenzační pomůcky a měl by být poučen o nárocích či možnostech pomoci na úseku sociálního zabezpečení. Tam, kde je již předem jasný výsledný stav, by měl mít tyto sociální věci vyřízené již během léčby, protože právě tyto náležitosti mu mohou usnadnit a urychlit společenské uplatnění včetně znovuzařazení do pracovního procesu.

Nejčastější chyby jsou v tom, že ošetřující lékaři nemají přehled o tom, jaké kompenzační pomůcky jsou k dispozici, jak se předpisují, kde jsou k dostání. Včasné používání pomůcek totiž usnadní i urychlí léčebnou rehabilitaci a zbaví nemocného nesoběstačnosti při těch úkonech, které bez kompenzační pomůcky sám neprovede, nebo udělá jen s velkými potížemi. Zde je cennou pomocí nový Katalog reabilitačních a kompenzačních pomůcek METY, který byl distribuován na všechna reabilitační oddělení. Zapomíná se na to, že nestačí pacientovi pomůcku jen vydat, ale že je ho potřeba také naučit ji používat. Nebo že před předpisem pomůcky je třeba pacienta otestovat a vyzkoušet, která z možných pomůcek mu vyhovuje nejlépe. Běžně se např. vydávají pro konkrétního pacienta nevhodné typy invalidních vozíků.

Další chybou je to, že zákony, vyhlášky a směrnice týkající se možnosti sociálního zabezpečení nezná nikdo kromě úzkého okruhu pracovníků sociálního zabezpečení a ti se ještě mezi sebou velice často liší jejich výkladem, a tím i praktickým použitím. Úplnou nebo částečnou neznalostí těchto předpisů vzniká jednak to, že někteří postižení nedostanou výhody, které by jim právě umožnily pracovní zařazení (např. příspěvky na zakoupení a provoz motorových vozidel, příspěvek pracujícím používajícím složité ortopedické pomůcky aj.), nebo naopak, postižení požadují výhody, na které nemají nárok. Je paradoxem, že řada publikací obsahujících tyto důležité informace pro rehabilitaci není k dispozici na všech reabilitačních odděleních (ačkoliv jsou to předpisy všeobecně platné) a přitom jsou postižení občané často lépe informováni prostřednictvím perfektních brožur Svazu invalidů (např. publikace SI ČSR z dubna 1980: Právní ochrana a sociální zabezpečení invalidních občanů v ČSSR). Velice důležité informace pro společenské uplatnění postižených jsou publikovány v časopise Svazu invalidů Elán, který by měl být povinnou literaturou i pro každého pracovníka na kterémkoliv úseku rehabilitace. (Objeďnává se u poštovní novinové služby).

přítom na jedné straně se s potřebnými výhodami vyplývajícími z různých předpisů zbytečně a škodlivě otálí, na druhé straně jsou někdy tyto výhody — speciálně pak plný invalidní důchod používány zbytečně, např. tam kde je jasné, že se pracující vrátí do zaměstnání, i když doba léčení se blíží nebo přesahuje předpisy určenou dobu jednoho roku. (Nechvalně známý a používaný způsob snižování procenta pracovní neschopnosti).

Je-li pacient připravován během dlouhodobé rehabilitace na to, že se vrátí do svého zaměstnání, působí pak na něj příznání invalidního důchodu psychologicky velmi nepříznivě, nehledě na to, že tím např. ztrácí nárok na své původní pracovní místo. Nevhodné převedení do invalidního důchodu pak fixuje v postiženém pocit invalidity, nepřímou mu dává najevo, že jeho návrat do práce je nevhodný či nežádoucí.

I pokud je příznání invalidního důchodu plně indikované, záleží na tom, jakým způsobem je mu invalidní důchod přiznán. Drtivá většina postižených dostává invalidní důchod dle zákona 121/75, § 25 odstavce a), kde je uvedeno, že je neschopen vykonávat jakékoliv soustavné zaměstnání. Táto formulace opět zcela jednoznačně vyřazuje postižené z možnosti pracovního uplatnění, včetně negativního dopadu na eventuálního zaměstnavatele, který by mohl a chtěl invaliditu přijmout. Každému, kdo pracuje s postiženými spoluobčany je totiž jasné, že neschopnost vykonávat jakékoliv soustavné zaměstnání se týká jen zcela nepatrné části invalidů. Člověk se od jiných tvorů liší především tím, že umí myslet. Pokud má sebetěžší invalidita zachovanou schopnost myšlení a třeba jen omezenou nebo náhradní schopnost komunikace, může vykonávat zaměstnání, i když ve velmi omezeném okruhu možností a měl by tedy mít přiznán invalidní důchod zásadně podle odstavce d) — tj. že může vykonávat soustavné zaměstnání jen za zcela mimořádných podmínek. U těžkých a jednoznačně trvalých následků se tím nic nemění ani na výši důchodu ani na jeho trvalosti a přitom táto formulace dává invalidovi možnost pracovat podle svých možností a schopností, včetně možnosti ukončit práci, jakmile mu to nevyhovuje. Formulace také jednoznačně vysvětluje, že někdo může současně pobírat plný invalidní důchod i plný plat, což je věc někdy zcela neznámá invalidům (a proto se bojí jít do práce, aby nepřišli o invalidní důchod) a zvláště pak i ostatní veřejnosti, kde někdy vzbuzuje závist to, že těžký invalid pobírá „dva platy“ (přítom by nikdo těžké zdravotní postižení spojené s touto relativní výhodou nechtěl mít).

5. zásada

Péče o postižené osoby směřující k jejich návratu do pracovního procesu musí být průběžná a bez „hluchých míst“.

Táto kontinuita je nejčastěji přerušena při ukončení léčebné rehabilitace. Pokud se pacient dostane k pracovnímu umístění, tento mu většinou sdělí, že pro něj práci nemá, nebo mu dá adresy podniků které si má postižený sám oběhat a sám si shánět práci. To je nedůstojné a deprimující a staví to invalidu do role prosebníka o práci. Pracovních míst pro těžce postižené občany je oficiálně málo. Také táto místa nejsou evidována. Jsou evidována jen místa pro občany se změnou pracovní schopností, která si podniky obsadí občany s minimálním postižením a pro více postižené již místa nejsou. Zde by bylo jistě vhodné tyto dvě kategorie občanů se ZPS (lehce a těžce posti-

žení) odlišit. Jistě by se našlo mnohonásobně více míst pro občany pohybující se na vozíčkách.

Jde-li to ve všech průmyslově a sociálně vyspělých státech, mělo by to jít i u nás. Výmluvy podniků, že tato místa nemají, psou dosti průhledně. Argumentují architektonickými bariérami, a to i takovými, které jsou odstranitelné (krátkou rampou, širšími dveřmi), nebo lze je obejít (např. tím, že se invalidovi umožní používat nákladní výtah, běžně nepoužívané vchody a pod.).

6. zásada

Chceme-li umožnit postiženým osobám aktivní společenský život, musí být celá společnost tak vyspělá (vychováaná), aby jim jejich společenské uplatnění umožnila nebo mu aspoň nebránila nebo ho neznepříjemňovala.

V oblasti výchovy obyvatel ke správnému vztahu k postiženým spoluobčanům máme tu největší rezervu a také se naši zaostalostí na tomto úseku značně lišíme např. od všech našich sousedících zemí. Hodně se na tomto úseku udělalo v rámci akce k Mezinárodnímu roku invalidů. Ten je však akcí jednorázovou, zatím co výchova občanů má-li mít trvalý efekt, je záležitostí dlouhodobou a soustavnou. Speciálně pak výchova ke správnému vztahu k invalidním spoluobčanům musí zasáhnout všechny vrstvy obyvatelstva, konkrétně od školního zařízení až po pravidelné školení nejvyšších funkcionářů a musí využít všech výchovných prostředků, které naše společnost má k dispozici.

Závěrem bych chtěl shrnout, že zkušenosti pracovníků v rehabilitaci svědčí o tom, že je třeba ještě mnohé zlepšit k tomu, aby každý zdravotně postižený občan, který chce pracovat, své pracovní uplatnění našel. Je všeobecně známo, že pro tyto občany znamená pracovní zařazení podstatně více než pro zdravé občany. Statistiky nám říkají, kolik invalidních občanů a v jak velké míře spoluvytváří hodnoty naší společnosti. Neříkají už, kolik úsilí, sebezapření a fyzické i psychické námahy někdy musí invalidní spoluobčan vydat na to, aby se mu podařilo být platným členem společnosti. A proto musí být cílem společnosti a tedy nás všech — toto jejich úsilí maximálně podpořit, usnadnit až zautomatizovat.

Adresa autora: V. K., 257 62 Rů Kladruby

V. Кржиж
К ТРУДОУСТРОЙСТВУ ПОСТРАДАВШИХ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ОПЫТА РЕАБИЛИТАЦИИ

Резюме

Целью реабилитации является ресоциализация. Ее составной частью является реализованная возможность трудоустройства инвалидов, что представляет важный психологический фактор, благоприятно действующий на положение пострадавшего в семье, в трудовом коллективе и в обществе.

Автор формулирует 6 принципов:

1. С самого начала повреждения вести больного к тому, что он будет опять активным членом общества.
2. Информировать больного о реальных возможностях реабилитации.

3. Уже во время медицинской реабилитации обращать возможно максимальное внимание на восстановление трудового потенциала.

4. Техническими средствами и социальными мероприятиями максимально и как можно скорее обеспечить трудовое устройство.

5. Забота о пострадавших должна быть непрерывной и все составные части реабилитации должны быть взаимосвязаны.

6. Условием бесконфликтного возвращения пострадавших в трудовой процесс является длительное и преднамеренное воспитание всего народонаселения.

V. Kríž

WORKING CAPACITY IN DISABLED PERSONS FROM THE ASPECT OF EXPERIENCE IN EXERCISE THERAPY

Summary

The aim of rehabilitation is resocialisation. Part of it is the realisation of integration in the working process of persons with affected health which is an important psychological factor influencing favourably the position of the disabled person in the family, in the working collective and in society. The author formulates six principles:

1. To guide the patient from the very beginning towards social activity,
2. to inform the patient about real possibilities of rehabilitation,
3. to devote already before the beginning of medical rehabilitation maximal attention to the renewal of working potential,
4. to ensure by technical aids and social measures working possibilities as soon as possible,
5. the care for disabled persons must be continual and all component of rehabilitation must interact,
6. the condition for a steady return of affected persons is a long-term education of the whole population.

V. Kríž

ÜBER DIE ARBEITSTÜCHTIGKEIT GESUNDHEITLICH GESCHÄDIGTER VOM GESICHTSPUNKT DER REHABILITATIONSBEHANDLUNG

Zusammenfassung

Das Ziel der Rehabilitationsbehandlung besteht in der Resozialisierung. Dazu gehört die verwirklichte Möglichkeit des erfolgreichen Arbeitseinsatzes der gesundheitlich Geschädigten als ein wichtiger Faktor, der die Stellung des Behinderten in der Familie, im Arbeitskollektiv und der Gesellschaft günstig beeinflusst.

Der Autor formuliert dazu 6 Prinzipien:

1. Von Anfang an ist der Behinderte dazu anzuleiten, daß er wieder gesellschaftlich aktiv werden wird;
2. Der Patient muß über die realen Möglichkeiten der Rehabilitation informiert werden;
3. Schon während der medizinischen Rehabilitationsbehandlung ist der Erneuerung der Arbeitstüchtigkeit größtmögliche Aufmerksamkeit zu widmen;
4. Die Möglichkeit des Arbeitseinsatzes ist maximal und so früh wie nur möglich durch technische Behelfe und soziale Maßnahmen sicherzustellen;
5. Die behinderten Personen müssen durchgehend betreut werden und alle Elemente der Rehabilitation müssen wechselseitig verflochten sein;
6. Voraussetzung einer kollisionsfreien Rückführung der Behinderten in den Arbeitsprozeß ist eine langfristige und gezielte Erziehung der gesamten Population.

V. Kríž

A LA FACULTÉ PROFESSIONNELLE DES AFFECTÉS DU POINT DE VUE DES EXPÉRIENCES AVEC LA RÉADAPTATION MÉDICALE

Résumé

Le but de la réadaptation repose dans la resocialisation. Une partie en est aussi la réalisation de l'aptitude professionnelle des affectés qui est un facteur psychologique important influençant de façon favorable la situation de l'invalide dans la famille, le collectif professionnel et la société.

L'auteur formule 6 principes:

1. Menzér dès le début de l'affection le malade à ce qu'il pourra exercer à nouveau une activité professionnelle dans la société.
2. Informer le patient sur les moyens réels de réadaptation.
3. Consacrer pendant la réadaptation médicale une attention maximale au rétablissement du potentiel professionnel.
4. Assurer au maximum et au plus tôt les aides techniques et les mesures sociales permettant de prendre part à l'activité professionnelle.
5. La sollicitude vouée aux sujets affectés doit être continue et tous les facteurs de réadaptation doivent avoir un enchaînement réciproque.
6. La condition préalable pour un retour sans collision des patients à l'activité professionnelle est une éducation visée à long terme de la population entière.

L. BRESLOW, J. E. FIELDING, L. B. LAVE
ANNUAL REVIEW OF PUBLIC HEALTH, VOL. 2, 1981
Ročný prehľad verejného zdravotníctva, Vol. 2, 1981
Vydalo Annual Reviews Inc. Palo Alto California, USA 1981
ISBN 0-8243-2702-0

Druhý zväzok „Ročného prehľadu verejného zdravotníctva“ zostavili dr. Breslow a dr. Fielding z Kalifornskej univerzity v Los Angeles a dr. Lave z Brookings Institution. Nadväzuje na prvý ročník, ktorý vyšiel v roku 1980 a prináša veľmi zaujímavé práce s najrôznejšou tematikou. Zaujímavé sú práce Levyho o znižovaní mortality na kardiovaskulárne choroby, práca Jelliffeocov o súčasných trendoch vo výžive detí, práca Winkelsteina a Marmota o primárnej prevencii ischemickej choroby srdca a konečne práce Whittemoreovej o znečistení vzduchu a respiračných chorobách. Aj ostatné práce zaradené do tohoto zborníka s inou tematikou sú cenným príspevkom pre každého,

kto sa touto problematikou zaoberá.

Podobne ako ostatné zväzky „Ročných prehľadov“ aj „Ročný prehľad verejného zdravotníctva“ prináša celý rad hodnotných, vedecky fundovaných informácií z rôznych oblastí zdravotníckej politiky. Jednotlivé práce sú dobre spracované, dobre dokumentované a na záver prinášajú vždy ďalší prehľad písomníctva. Autor-ský register a vecný register ukončujú tento druhý zväzok „Ročného prehľadu verejného zdravotníctva“, ktorý sa vhodne zaraďuje za zväzok I. Treba si želať, aby aj ostatné zväzky tohto edičného radu priniesli ďalšie cenné informácie z príslušnej oblasti.

Dr. M. Palát, Bratislava

DOŠKOĽOVANIE

ANTROPOLOGICKÉ METÓDY V SYSTÉME PREVENTÍVNEHO HROMADNÉHO VYŠETRENIA OBYVATELSTVA PRI VYHLADÁVANÍ SKRYTÝCH CHÝB A CHORÔB

I. DROBNÝ

Katedra biológie a patobiológie dieťaťa Pedagogickej fakulty UK, Trnava

Súhrn: V predloženej práci autor nastojuje problematiku využitia antropologických metód v medicínskej praxi. Podáva prehľad používania antropometrie v zdravotníctve u nás a hodnotí využitie dosiahnutých informácií v súčasnosti ako málo efektívne. Ďalej poukazuje na okruhy problémov preventívnej medicíny, v rámci ktorých použitie antropologických metód mohlo by byť prínosom. Predložený príspevok je úvodom do série prác venovaných problematike antropologického skríningu.

Kľúčové slová: antropologické metódy — medicínska prax — preventívna medicína — antropologický skrínig.

V zdravotníckej praxi industrializovaných štátov v posledných desaťročiach vidno výrazné obrátenie pozornosti na problematiku hľadania účinnejších liekov a liečebných postupov, ale hlavne na zdokonaľovanie diagnostiky. Jednou zo základných charakteristík zdokonaľovania diagnostiky je zjavná tendencia odhaliť chorobný stav alebo proces čo najskôr od začiatku. Predchádzajúce tvrdenie možno doložiť opatreniami realizovanými v našej zdravotníckej praxi (preventívne vyšetrenia: pľúcna tbc, diabetes, stomatologické a ortodontické vyšetrenia, sledovanie primeranosti vývinu od 4 týždňov do 18 mesiacov, atď.), ako aj vo vedecko-výskumnej orientácii (v minulých rokoch úloha štátneho plánu výskumu č. P 17 — 124 — 204 — 01/01; v súčasnosti RVT P 04 — 535 — 300/09).

Pre systém vyšetrenia, ktorého cieľ sme formulovali v nadpise predloženej práce, sa vo svete aj u nás používa pojem skrínig. „Skrínig je identifikácia nerozpoznaných chorôb alebo defektov použitím testov, skúšok alebo iných procedúr, ktoré sú rýchle aplikovateľné (CCI — 1951), ako uvádza Badlík (1973). Ten istý autor ďalej hovorí: Snahy po včasnej diagnostike vyústili v poslednom čase, najmä u chorých masového výskytu, k vypracovaniu metód, ktorými by bolo možné rýchle a pri relatívne nízkych časových a finančných stratách zachytiť z populácie osoby, ktoré pravdepodobne trpia určitým ochorením a príviesť ich čo najrýchlejšie na odborné vyšetrenie za účelom potvrdenia, resp. vyvrátenia podozrenia z choroby. Z práce spomínaného autora uvedieme ešte jednu myšlienku, kde hovorí, že samotný skrínigový test nemusí byť postačujúci pre definitívne stanovenie diagnózy.

V súčasnosti formulovanie diagnózy prebieha syntetickým spôsobom, to znamená, na základe parciálnych údajov (sympťomov) sa odhaľuje syndróm. Znamená to, že nemôže existovať jeden test alebo skúška, ktorá by postihovala chorý organizmus človeka ako celok, ale systém vyšetrenia (preventívneho

alebo rutinného) sa musí skladať z mnohých podsystémov. Jedným z týchto subsystémov by podľa nášho názoru malo byť antropologické vyšetrenie.

V predloženej štúdií budeme venovať pozornosť riešeniu týchto otázok:

- prínos antropológie pre medicínsku prax;
- doterajšie využitie antropologických metód v medicínskej praxi u nás.

Naša práca tvorí vlastne úvodnú časť k súboru štúdií, v ktorých chceme širokej obci zdravotníckych pracovníkov sprístupniť dosiahnuté poznatky antropológie o telesných zvláštnostiach chorých a postihnutých, ktorým venujú pozornosť klinickí (medicínski) antropológovia, ako aj predložiť návrh antropometrického a antroposkopického vyšetrenia, ktoré je možné uskutočniť bez veľkých časových a finančných nákladov v praxi a ktoré môžu prispieť ku skvalitneniu našej zdravotníckej praxe.

Antropologické metódy môžeme rozdeliť do dvoch skupín: antropometria a antroposkopia.

Antropometria je systém merania presne definovaných telesných rozmerov štandardnými postupmi s použitím predpísaných alebo aspoň vhodných nástrojov.

Antroposkopia je systém hodnotenia a klasifikácie kvalitatívnych telesných znakov podľa daných schém v takých prípadoch, keď nie je možné použiť antropometriu. Antroposkopia nemá vypracované také exaktné postupy ako antropometria a jej výsledkom bývajú poradové stupnice (napr. pri hodnotení vývinu jednotlivých sekundárnych pohlavných znakov), resp. len skupiny — kategórie (napr. pri hodnotení tvaru očnej štrbiny, nosa a pod.).

Telesný rast a vývin sú komplexné procesy, ktoré sú determinované dvojicou činiteľov: dedičnosťou a prostredím. Pod pojmom rast rozumieme súbor kvantitatívnych zmien, ktorý sa prejavuje zväčšovaním telesných rozmerov, či už tela ako celku alebo jeho častí. Vývin je súbor kvalitatívnych zmien, ktorý postihuje objavenie sa nových funkcií alebo zdokonalenie funkcií už existujúcich. Tento pojem sa, pravda, používa tiež ako strechový, zahrňujúci procesy rast a vývin v užšom slova zmysle.

Genetická determinácia rastu a vývinu je daná prenosom genetickej informácie, jej realizácia je však podmienená viacerými činiteľmi, medzi ktorými významné miesto má prostredie. Pod pojmom prostredie rozumieme súhrn všetkých negenetických činiteľov, ktoré na človeka pôsobia pred narodením, pri pôrode a po narodení — Stern (1965). Charakteristiky prostredia môžeme rozdeliť do dvoch veľkých skupín:

- vonkajšie prostredie, ktoré zahrňuje všetky činitele, ktoré obklopujú človeka;
- vnútorné prostredie, ktoré obsahuje súhrn všetkých morfológických a funkčných charakteristík organizmu.

Spomedzi činiteľov prostredia, ktoré významnou mierou ovplyvňujú telesný rast a vývin, budeme venovať pozornosť iba zdravotnému stavu (chorobám). Ostatné, aj keď mimoriadne dôležité činitele, si nebudeme všimáť. Záujemci sa s nimi môžu oboznámiť v príslušnej literatúre, napr. Drobňá a Drobňý (1980).

Patologický proces často mení rastovú a vývinovú dynamiku, ktorú môžeme poznať pri longitudinálnom (alebo aspoň opakovanom) vyšetrení dosiahnutej úrovne telesného rastu a vývinu, menej spoľahlivo aj na základe jednorazového

antropologického vyšetrenia. Tieto zmeny sa môžu týkať tela ako celku alebo jeho častí (časti). To znamená, že niektoré patologické stavy a procesy vo veku do zastavenia rastu a vývinu (do dosiahnutia dospelosti) možno odhaliť na základe posúdenia dosiahnutej úrovne telesného rastu a vývinu.

Druhým poznatkom, o ktorý sa budeme opierať, je, že niektoré patologické stavy a procesy sa nadnáhodne často vyskytujú u ľudí s určitými komplexmi telesných znakov, ktoré zaradujeme pod spoločný názov telesná stavba (biotyp, somatotyp). Publikované výsledky viacerých autorov, na základe ktorých bolo možné formulovať predchádzajúce tvrdenie, sa opierajú o zistenie u dospelých, zväčša mužov, možno však vysloviť oprávnený predpoklad, že toto tvrdenie platí aj pre ženy a deti. Týmto dvom častiam ľudskej populácie však v tomto ohľade bola venovaná menšia pozornosť.

Možnosti využitia antropometrie a antroposkopie pri vyhľadávaní jednotlivcov postihnutých určitými defektmi alebo patologickými procesmi, ako aj osôb, u ktorých sa nadnáhodne často vyskytujú určité ochorenia, sa dajú rozdeliť do týchto častí:

1. Na základe zhodnotenia telesnej veľkosti (celého tela, aj jednotlivých častí), proporcionality a vývinovej rýchlosti priamo odporúčať vyšetrenie u lekára, špecialistu. Ako príklady si môžeme uviesť niektoré endokrinopatie, expanzívny intrakraniálny proces (napr. hydrocefalus), mikrocefalus atď.
2. Na základe zistenia rastovej a vývinovej retardácie (niekedy aj akcelerácie) vysloviť podozrenie na prítomnosť patologického stavu alebo procesu a odporúčať podrobné a komplexné medicínske vyšetrenie. Ako príklady tu môžeme uviesť rastovú a vývinovú retardáciu detí a mládeže s vrodenými srdcovými chybami — Slezáková (1977), rastovú retardáciu mentálne retardovaných detí a mládeže — Šimková (1968), rastovú retardáciu postihnutých patologickými stavmi a procesmi dýchacieho systému — Jeníčková (1976) atď.
3. Na základe stanovenia telesnej stavby vyčleniť skupiny jednotlivcov, u ktorých sa nadnáhodne často vyskytujú: ischemická choroba srdca a infarkt myokardu — Chovanová, Drobňý, Palát (1976); Čerovská (1978); druhy psychóz — Kretschmer (1921, 1967); rakovina — Viola (1919), sklerosis multiplex — Bergmann, Kedzia, Rajchel (1975), atď.
4. Okrem predchádzajúcich možností využitia antropologických metód pri vyhľadávaní skrytých chorôb a chýb alebo skupín jednotlivcov ohrozených určitými chorobami možno antropologické metódy využiť pri sledovaní úspešnosti terapeutického postupu pri rôznych druhoch ochorení, napr. Drobňý, Benko, Čečer, Vajda (1970).

Súčasný stav využívania antropometrie v rámci hromadného vyhľadávania skrytých chýb a chorôb je neuspokojivý. Príčiny tohto stavu môžeme hľadať v troch momentoch: v prvom rade zdravotníckimi pracovníkmi v rámci odbornej prípravy nie sú školení v technikách, nie sú oboznamovaní s teóriou a možnosťami využívania týchto techník; chýba vybavenie potrebnými nástrojmi; okrem toho, v zdravotníckych zariadeniach chýba systematizované miesto pre antropológa, ktorý by tieto úlohy plnil. Hneď treba povedať, že aj v prípadoch, keď sa základné antropometrické vyšetrenie pri medicínskej praxi robí, často nie je dotiahnuté — nie sú exploatované získané informácie.

Vari najstaršia forma hromadného antropometrického vyšetrenia je meranie

základných rozmerov tela brancov. Pôvodne boli tieto merania orientované na negatívnu selekciu: kto nedosahoval „vojenskú mieru“, nebol odvodený. Neskôr, keď sa tieto dôvody neodvedenia prestali uplatňovať, cieľom antropometrického vyšetrenia boli otázky identifikácie, dokumentácie a plánovania sortimentu veľkostí rôznych súčastí odevu a výstroja vojakov. Možno teda povedať, že v systéme antropometrického vyšetrenia s cieľom skríningu antropometrické vyšetrenie brancov sa nevyužíva, hoci práve tu by sa mohlo uskutočniť základné vyšetrenie mužov tohto druhu v dospelosti.

Dalšou formou hromadného antropometrického vyšetrenia je meranie pôrodnej hmotnosti, pôrodnej dĺžky, obvodu hlavy a hrudníka u novorodencov v pôrodniciach. Cieľ, ktorý sleduje toto meranie je: na základe telesnej veľkosti oddeliť skupinu detí s nízkou pôrodnou hmotnosťou — WHO stanovila hranicu 2500 g. Deti, ktorých hmotnosť leží pod touto hranicou, by sa mali považovať za deti s nízkou pôrodnou hmotnosťou a mala by sa im venovať zvláštna starostlivosť. Diskutabilné je určenie jednotnej hranice pre celé ľudstvo, to znamená pre príslušníkov všetkých rás a etnických skupín. Tiež by bolo vhodnejšie, aby existovala rozdielna hranica pre chlapcov a pre dievčatá. Druhou otázkou je striktné dodržiavanie tejto stanovenej hranice zdravotníckymi pracovníkmi v praxi. Šimková (1967) na základe analýzy variačnej krivky detí umiestnených v nedonoseneckých oddeleniach ukázala, že pre preloženie dieťaťa na nedonosenecké oddelenie nestačí pôrodná hmotnosť pod 2500 g, že sa tu kladie dôraz na ďalšie charakteristiky, a toto stanovisko možno považovať za správne.

Ostatné dva rozmery, ktoré sa sledujú v novorodeneckých zariadeniach (horizontálny obvod hlavy a obvod hrudníka), sa využívajú na posúdenie primeranosti veľkosti neurokránia.

V súvislosti s meraním novorodenca treba spomenúť antropometrické vyšetrenie panvy farchavých žien v rámci preventívnych vyšetrení (spolu s výškou a hmotnosťou tela), ktorého cieľom je na základe poznania rozmerov panvy odhadnúť veľkosť pôrodného kanála a podľa toho počítať s možnosťami určitých komplikácií pri pôrode. Toto antropometrické vyšetrenie je masové (všetky farchavé ženy, ktoré sa dostavili na preventívnu lekársku prehliadku) a možno ho považovať za antropometrický skrínig.

Do tejto kategórie vyšetrení patrí aj meranie základných telesných rozmerov školských detí a mládeže, ktoré sa uskutočňuje počas školskej dochádzky longitudinálnym spôsobom. Doteraz používaný postup vypracoval v r. 1946 Macúch. Tieto merania majú však skôr dokumentačný charakter, ich využitie ako skrínig alebo ako podklad pre vypracovanie normy rastových a vývinových charakteristík je nedostatočné.

Pre posúdenie primeranosti telesných rozmerov boli v ČSSR vypracované normy v rokoch 1951, 1961 a 1971.

Na Fakulte detského lekárstva Karlovej Univerzity v Prahe bolo zahájené v päťdesiatych rokoch pravidelné sledovanie somatického vývinu antropometrickými metódami — Nováková (1975). Od roku 1963 tu bolo zriadené samostatné antropometrické oddelenie, ktoré má dvojako zameranie. Jednak individuálne vyšetrenie a hodnotenie rastu a vývinu ambulantných a hospitalizovaných pacientov, jednak výskum zdravej populácie s cieľom poskytnutia podkladov pre hodnotenie výsledkov merania chorých detí.

Prvým organizovaným a možno povedať komplexným prístupom k problematike skrytých chýb u nás je „Screeningová metóda určenia vývoja dieťaťa od 4 týždňov do 18 mesiacov“, ktorú vypracovali: Bargarová, Benko, Drobný, Gvozdiaková, Getlík, Habináková, Lánik, Mašura, Némethová a Rusnák (1969). Odbor starostlivosti o ženu a dieťa pri Ministerstve zdravotníctva SSR túto metódu vydal v roku 1969. Od tohto času spomenutá metodika používaná v zdravotníckej praxi SSR v rámci existujúcej siete zdravotníckych zariadení, čo v sebe zahrňuje okrem nesporných pozitívnych aspektov aj určité nedostatky. V rámci antropometrických metód sa tu odporúča vyšetrenie veľkosti a rýchlosti rastu neurokránia (zmeraním horizontálneho obvodu hlavy a porovnaním s normou) s cieľom odhalenia chýb a chorôb postihujúcich veľkosť neurokránia. Prínos zavedenia spomenutého vyšetrenia a sledovania na tomto mieste nebudeme rozoberať, záujmom odporúčame podrobnejšie spracovanie výsledkov, ktoré publikovali Drobný, Benko a Brozmanová (1981).

V rámci genetického skrínigu sa u nás realizuje vyhľadávanie chromozomálnych aberácií XO a XYY na základe vyšetrenia výšky tela — Izakovič (1971).

V súvislosti s cieľom predloženej práce sa treba zmieniť ešte o dvoch postupoch hodných pozornosti. V prvom rade ide o využívanie stanovenia kostného veku pri diagnostikovaní niektorých endokrinných patení a pri kontrole primeranosti terapie týchto porúch. Druhým postupom, ktorému je treba venovať pozornosť, je využitie dermatoglyfiky pri diagnostikovaní niektorých syndrómov (napr. Morbus Downi).

Záverom možno povedať, že preventívne hromadné vyšetrenie obyvateľstva s cieľom odhalenia skrytých chýb a chorôb, ako aj osôb s nadnáhodným výskytom určitých ochorení, je najprogressívnejšou formou zdravotníckej praxe. V rámci metód, ktorými by sa takéto vyšetrenie robilo, má nemalé uplatnenie antropometria a antroposkopia. Tieto dve metódy sú menej náročné na čas a materiálové náklady ako iné medicínske metódy vyšetrenia, pritom ale znižia podstatným spôsobom počet tých, u ktorých bude potrebné uskutočniť podrobnejšie medicínske vyšetrenie.

V nasledujúcich prácach budeme venovať pozornosť skrínigu s použitím antropometrie a antroposkopie u detí, u dospelých, antropometrickým a antroposkopickým metódam a nástrojom, pričom vyústením bude návrh antropologickej skrínigovej techniky bez použitia zvláštnych nástrojov, to znamená takého postupu, ktorý bude možné okamžite zaviesť do praxe. Zvláštnu pozornosť chceme venovať poukazom na otvorené problémy, ktoré bude potrebné riešiť výskumom.

LITERATÚRA

1. BARGAROVÁ, BENKO, DROBNÝ, GVOZDJAKOVÁ, GETLÍK, HABINÁKOVÁ, HÜTTOVÁ, LÁNIK, MAŠURA, NÉMETHOVÁ, RUSNÁK: Screeningová metóda určenia vývoja dieťaťa od 4. týždňov do 18. mesiacov. Odbor starostlivosti o ženu a dieťa Ministerstva zdravotníctva SSR, Bratislava, 2. 4. 1969.
2. ČEROVSKÁ, J.: Antropologické aspekty ischemickej choroby srdca. Prírodovedecká fakulta KU, Praha: Kandidátska dizertačná práca, 1978.
3. DROBNÁ, M., DROBNÝ, I.: Vývinová antropológia. Prírodovedecká fakulta UK, Bratislava.

4. DROBNÝ, I., BENKO, J., ČEČER, M., VAJDA, P.: Anthropometrischer Beitrag zur Diagnostik, Kontrolle der Entwicklung und Behandlung des Hydrocephalus oclusus. Entwicklungsneurologie des Kindes. Beihefte zur: Ztschr. Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie. Hefte 13/14: 1970.
5. DROBNÝ, I., BENKO, J., BROZMANOVÁ, M.: Nové pozorovania rastu neurokránia u hydrocefalov. ACTA F. R. N. Univ. Comen. — v tlači 1981
6. CHOVANOVÁ, E., DROBNÝ, I., PALÁT, M.: Somatotypologická charakteristika pacientov s ischemickou chorobou srdca. 2. sym. klinickej antropológie v Bratislave, máj 1976.
7. IZAKOVIČ, V.: Telesná výška pri gonozomálnych anomáliách a testikulárnej feminizácii. Lek. obzor, 20, 1971, 2.
8. JENÍČKOVÁ, J.: Hodnocení somatického vývoje dětí s idiopatickou intersticiální plícní fibrosou. Práce v súťaži o Cenu dr. A. Hrdličku, 1976.
9. KRETSCHMER, E.: Körperbau und Charakter (25. Auflage). 1921, Springer Verl., Berlin, Heidelberg, New York, 1967.
10. MACÚCH, I.: Návrh na jednotný školský zdravotný záznam. Slov. lek. 15 — 16, 1946.
11. NOVÁKOVÁ, M.: Antropologie na dětských klinikách Fakulty dětského lékařství University Karlovy v Praze. Zprávy Čs. spol. antrop. XXVIII — 3, 1975.
12. SLEZÁKOVÁ, J.: Somatický rast a vývin detí s vrodenými srdcovými chybami. Kandidátska dizertačná práca, PF UK, Bratislava, 1977.
13. STERN, C.: Osnovy genetiky čelovjeka, Moskva 1965.
14. ŠIMKOVÁ, N.: Telesná charakteristika mentálne retardovaných detí. Psychol. a patsychol. dieťaťa, 4, 3, 1969.
15. ŠIMKOVÁ, N.: Deti s nízkou pôrodnou hmotnosťou do veku troch rokov. Kandidátska dizertačná práca, PF UK, Bratislava, 1976.
16. VIOLA, G.: 1919: cit. podľa Sheldona, W. H.: The Varieties of Human Psyique. Harper and brothers publ. New York, London, 1940.

Adresa autora: I. D., Hviezdoslavova ul. 6, 917 24 Trnava

I. Дробны

АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В СИСТЕМЕ МАССОВОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СКРЫТЫХ ПОРОКОВ И БОЛЕЗНЕЙ

Резюме

В предлагаемой статье автор выдвигает проблематику использования антропологических методов в медицинской практике. Он дает обзор о применении антропометрии в здравоохранении у нас и считает применение приобретенных информаций в настоящее время малоэффективным. Кроме того, он показывает круги проблем лечебно-профилактической медицины, в рамках которых может быть применение антропологических методов полезным. Предлагаемая статья является введением в серию работ, посвященным проблематике антропологического скрининга.

I. Drobny

ANTHROPOLOGIC METHODS IN PREVENTIVE MASS SCREENING OF THE POPULATION FOR THE DETECTION OF LATENT DEFECTS AND DISEASES

Summary

The author analyses in his paper the problem of the application of anthropologic methods in medical practice. A surview of applied anthropometry in medicine in our

country is presented and the application of gained information evaluated as not much effective. Indicated are also spheres of problems in preventive medicine where the application of anthropologic methods could be useful. The presented contribution is the introduction to a series of papers devoted to the problem of anthropologic screening.

I. Drobny

ANTHROPOLOGISCHE METHODEN IM SYSTEM DER VORBEUGENDEN MASSENUNTERSUCHUNGEN DER BEVÖLKERUNG BEI DER SUCHE NACH LATENTEN SCHÄDEN UND KRANKHEITEN

Zusammenfassung

In der vorliegenden Schrift wirft der Autor die Problematik der Anwendung anthropologischer Methoden in der medizinischen Praxis auf. Er bietet einen Überblick über die Anwendung der Anthropometrie im Gesundheitswesen der ČSSR und wertet die Nutzung der gewonnenen Informationen als gegenwärtig wenig wirksam. Darüber hinaus weist er auf die Problembereiche der Präventivmedizin hin, bei deren Lösung die Anwendung anthropologischer Methoden einem positiven Beitrag darstellen könnte. Der vorliegende Beitrag ist die Einleitung zu einer Serie von der Problematik des anthropologischen Screenings gewidmeten Schriften.

I. Drobny

LES MÉTHODES ANTHROPOLOGIQUES DANS LE SYSTÈME DE L' EXAMEN PRÉVENTIF EN MASSE DE LA POPULATION DANS LA RECHERCHE DES DÉFAUTS ET MALADIES CACHÉS

Résumé

Dans son travail l' auteur traite la problématique de l' application des méthodes anthropologiques dans la pratique médicale. Il donne un aperçu sur l' application de l' anthropométrie dans le domaine de la santé publique chez nous et évalue l' utilisation des informations obtenues actuellement comme peu effectives. Il souligne ensuite les sphères des problèmes de la médecine préventive dans le cadre desquels l' application de méthodes anthropologiques pourra être favorable. L' article présenté est la préface d' une série de travaux consacrés à la problématique du screening anthropologique.

THE ECONOMICS OF DISABILITY: INTERNATIONAL PERSPECTIVES

Ekonomika neschopnosti; Medzinárodné perspektívy

Vydala Rehabilitation International in Cooperation with the United Nations New York 1981

ISBN 0-9605554-0-4

Susan Hammermanová a Stephen Mankowski vydali v roku 1981 prostredníctvom Rehabilitation International v spolupráci so Spojenými národmi zaujímavú publikáciu, ktorá sa zaoberá otázkami medzinárodných perspektív ekonomiky neschopnosti. Telesná neschopnosť práve tak ako invalidita alebo oslabenie predstavujú v súčasnej spoločnosti vo všetkých kra-

jinách otázku zásadnej dôležitosti. Štatistiky udávajú, že v roku 1975 existovalo na svete 490 mil. postihnutých rôznym stupňom neschopnosti (disability), čo znamenalo asi 12,3 % celkovej svetovej populácie. V roku 2000 počet týchto poškodených dosiahne číslo 846 mil., čo je asi 13,5 % predpokladanej svetovej populácie. Publikácie medzinárodnej rehabilitač-

nej spoločnosti riešia tieto otázky v súčasnom modernom chápaní. Kniha má prakticky 5 kapitol, ktoré sa zaoberajú jednotlivých termínov a definícií je iste po — neschopnosťou a rehabilitáciou, ekonomickými a sociálnymi nákladmi, analýzou týchto nákladov, pracovným trhom a sociálnou istotou a disabilitou. Úvod knihy prináša zprávu skupiny expertov Spojených národov o socioekonomických implikáciách a investíciách v rehabilitácii telesne poškodených — táto pracovná skupina zasadala v Ženeve v dňoch 1. až

9. decembra 1977. Publikácia je doplnená celým radom čísiel, ktoré dokumentujú jednotlivé čiastkové otázky. Sú uvedené aj československé príspevky.

Publikácia je veľmi potrebným prameňom pre každého, kto sa zaoberá otázkami rehabilitácie, problematikou oslabených, nespôsobilosťou či invaliditou. Okrem niektorých medicínskych problémov poukazuje predovšetkým na otázku ekonomiky a možnosti riešenia týchto závažných otázok v perspektíve.

Dr. M. Palát, Bratislava

A. SARMIENTO, L. L. LATTI
CLOSED FUNCTIONAL TREATMENT OF FRACTURES
Zavŕšené funkčné liečenie fraktúr
Springer Verlag Berlin — Heidelberg — New York 1981.
ISBN 3-540-10384-8

Monografie prof. Sarmienta a Latty z Los Angeles a Miami, ktorá vychádza v roku 1981 v nakladateľstve Springer Verlag v Berlíne Heidelbergu a New Yorku prináša sedemdesiatročnú skúsenosť autorů s metódou funkčnej liečby niektorých fraktúr pomocou špeciálne upravených dlah. Autoři nazývajú svoju liečebnú techniku funkčným liečením, pretože pri tejto forme znehybnění na príklad príslušnej končetine, môže pacient vykonávať niektoré pohyby, na príklad chůzi, aniž dojde k narušeniu hojivého procesu, podmieneného prítomnou frakturou. Princíp metódy autorů spočíva v tom, že oblasť fraktúry sa imobilizuje pomocou dlahy z umelého hmoty (autoři používajú Ortoplast — termoplastický materiál), ktorou adaptujú na anatomické podmienky s tým, že pohyb v príslušných kloubch zůstává voľný, takže nemocný s frakturou dlhých kostí dolnej končetine môže absolvovať na príklad chůzi alebo plávanie a podobne.

Autoři jsou přesvědčeni o tom, že tento způsob funkčného liečenia zlomenin má oproti klasickým a moderným spôsobom liečby fraktúr mnoho výhod. Preto ho nazývajú funkčným liečením, pretože pri ňom dochádza k prakticky minimálnemu omezeniu funkcie daného anatomického segmentu alebo končetine. Ako zdôrazňujú v úvode svojej monografie, je takéto spôsob podstatne menej nákladný, čož dokazujú na štatistických údajoch ze Spojených štátů,

kde ročne prakticky jeden človek z desiat utrpí zlomeninu, dystorziu alebo iný úraz, pričomž znížená aktivita nemocného vo veku 17 až 44 rokov je 19,5 dní pri fraktúrach a dystorziách a vo veku nad 45 rokov stoupa táto inaktivita na 27,9 dní [nejso udaná data práceneschopnosti, pretože ve Spojených štátoch existuje iný systém sociálneho pojištenia]. Data jsou z roku 1971 (National Safety Council).

Monografie je rozdelená na desiat kapitol; prvé dve predstavujú úvod do celej problematiky — hovoří se zde o výhodách funkčnej liečby zlomenin oproti operačnej liečbe a zavádzení metalického materiálu do kosti, ďalej jsou zdůrazněny indikace a kontraindikace a je rozebraný vědecký základ funkčnej liečby zlomenin podle návrhu autorů. Poukazuje se na úlohu krevního zásobení, biochemické změny související s endochondrální osifikací a diskutuje se o architektuře kalusu. V dalším jsou charakterizované anatomické a materiální předpoklady pro aplikace metody funkčnej liečby zlomenin.

Dalších osm kapitol potom věnuje pozornost už problematice jednotlivých fraktúr podle anatomické lokalizace. Jsou rozebrány otázky fraktúr tibie, fraktúr kondylu tibie, otázky fraktúr femuru. Další kapitoly pojednávají o fraktúrach distálního konce radia, fraktúrach předloktí a fraktúrach humeru. Poslední dvě kapitoly se zabývají některými speciálními otáz-

kami — pozdním hojením fraktur a frakturami u dětí.

Základem celé monografie Sarmienta a Latty je bezesporu dokonalá dokumentace všech diskutovaných otázek. V teoretické části jsou dokumentované histologické změny, řada schémat doplňuje poměrně stručný text, dokonale reprodukováné rtg. snímky dokumentující jednotlivé typy zlomenin v dynamickém sledování. Pozornost zasluhují i tabulkové přehledy klinických dat, zařazených v jednotlivých kapitolách, literatura je vždy uvedená na konci jednotlivých kapitol.

Základní koncept funkčného liečenia zlo-

menin spočíva v tom, že udrženie funkcie postihenej končetine či inej anatomickej oblasti je dôležité tak pro hojenie tkání, tak i pro celý rehabilitačný proces a pro prevenciu porušenia kloubů. Bohatá dokumentace mnoholetých zkušeností obou autorů je dokladem toho, že i v současnosti je nutno hledat nové metody, které poslouží udržení zdraví člověka. Kniha vzbudí jistě velkou pozornost ortopedů, traumatologů a rehabilitačních odborníků, protože přináší mnoho důkazů o tom, že každá léčebná metoda má mít především hledisko funkčního přístupu.

Dr. J. Novák, Praha

HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ

PROF. MUDr. MILOŠ MÁČEK, DrSc., ŠEDESÁTNIKEM

Velmi rád prohlížím portréty jako zobrazení člověka, zobrazení země, zobrazení života. Každý z nich je totiž jedinečný, neboť existuje v jediném exempláři, který se už nikdy v takové podobě neobjeví. Také portrét našeho soudruha profesora dáva tu spravedlivou míru všemu, co člověk na světě vytváří ze sebe sama. Hořický rodák (narozen 6. ledna 1922) prožívá své mládí mezi pokrokovými spuluvrstevníky a v protifašistické frontě. Po dokončení pražské lékařské fakulty pracuje v pohraničních okresech a v roce 1951 v Dětské fakultní nemocnici v Praze. Na popud profesora Švejcara zakládá jako mladý asistent na pediatrické klinice první skupinu spolupracovníků, která se věnuje léčebné tělesné výchově dětí. Vydává se svými spolupracovníky první monografií o této problematice a již v roce 1960 stojí v čele samostatného nového oddělení tělovýchovného lékařství a rehabilitace a katedry fakulty dětského lékařství, která se v současné době stává klinikou tělovýchovného lékařství a rehabilitace. Odbornost profesora Máčka, jeho organizační schopnosti a plodná angažovanost se projevuje jak na fakultě, kde působí řadu let jako dekan, a na ministerstvu zdravotnictví, kde je hlavním odborníkem pro tělovýchovné lékařství, tak

v tělovýchovném hnutí, kde pracuje jako předseda Zdravotnické rady a člen předsednictva ČÚV ČSTV, v politických funkcích a funkcích stranických; je místopředsedou České rehabilitační společnosti a místopředsedou společnosti tělovýchovného lékařství Čs. lékařské společnosti J. E. Purkyně. Je dále i hlavním koordinátorem výzkumných úkolů v tělovýchovném lékařství a zastává i další významné funkce. Vědeckou činnost zaměřuje zpočátku na problematiku dýchání a rehabilitace, později se soustřeďuje na reakci dětského organismu na zátěž a výsledky publikuje v téměř 200 pracích doma i v zahraničí. Některé byly oceněny i významnými cenami. Je zakládajícím členem Pediatric Group of Working Physiology, která sdružuje přední světové vědce.

Vím, že dosažení dospělosti není žádným důvodem k bujaré radosti, ale šedesátiny našeho profesora Máčka jsou pádným důvodem k zamyšlení, co přinesl nejen lékařství a společnosti, nýbrž i nám, svým žákům a spolupracovníkům vytvářením klidné, tvůrčí a citlivé atmosféry na klinice. Za to vše děkujeme našemu jubilantovi, člověku moudrému, který je stále plný dobrých nadějí.

Prim. MUDr. Jan Javůrek, CSc.

PÄTĎESIATINY MUDr. ŠIMÍČKA

V júli 1981 nás zastihla prekvapujúca správa, že Jaroslav Šimíček, ordinár pre kardiológiu Krajskej nemocnice v Ostrave, prekročil päťdesiatku. Správa je o to prekvapujúcejšia, že každý, kto dr. Šimíčka pozná, by ho považoval za podstatne mladšieho.

MUDr. Jaroslav Šimíček, CSc., sa narodil 28. 7. 1931 v severomoravskom Novom Jičine, v učiteľskej rodine. Po maturite v Příbore absolvoval Olomouckú lekársku fakultu a po jej absolvovaní začal svoju lekársku činnosť na Fyziologickom ústave Lekárskej fakulty Palackého univerzity v Olomouci. Od roku 1958 sa venuje už vnútornému lekárstvu, a túto časť života ukončuje v roku 1964 prevzatím funkcie ordinára pre kardiológiu KÚNZ v Ostrave. V roku 1967 obhájil kandidátsku prácu.

Dr. Šimíček rozdelil svoj čas medzi klinickú a vedeckú prácu lekára a ostatnú činnosť, v ktorej prevládala predovšetkým šport a záujem o umenie. Veľmi málo ľudí vie, že dr. Šimíček je maliarom amatérom a že vynikajúco hrá na klavíri (v tejto „profesii“ to dotiahol až na kapelníka džezového orchestra). Dr. Šimíček už od začiatku svojej lekárskej praxe mal záujem predovšetkým o kardiovaskulárny systém, diagnostiku chorôb kardiovaskulárnych funkcií, otázky rehabilitácie u pacientov po infarkte myokardu a v poslednom desaťročí sa zaoberá zavedením kardiostimulátorov do širokej kardiologickej praxe. Jeho práce, ktoré nájdeme v našej aj zahraničnej literatúre, sú dokladom týchto snáh.



Päťdesiatka v živote každého človeka iste znamená malé zastavenie. Človek, ktorý sa dožíva tohto výročia, stáva sa akýmsi stredobodom záujmu kolegov, priateľov a spolupracovníkov, uvedomuje si, že je čas sa pozrieť nielen dopredu, ale aj dozadu. U Šimíčka je to trochu prekvapujúce práve pre veľkú diskrepanciu medzi matrikovým a biologickým vekom.

Milý Jaroslav, využívam túto príležitosť a dovoľujem si zaželať Ti predovšetkým veľa zdravia, ďalšieho elánu a maximálnej výkonnosti. Som rád, že máme spoločné pole pôsobnosti a že si mojím priateľom.

Ad multos annos!

MUDr. Miroslav Palát, Bratislava

a M. L. Pollock a časopis vydáva Le Jacq Publishing Inc. v New Yorku.

Časopis má široký redakčný kruh a zaoberá sa otázkami rehabilitácie v kardiológii: Popri pôvodných vedeckých a odborných prácach publikuje prehľadné referáty, ďalej správy z Americkej kardiologickej spoločnosti, krátke prehľadné správy o knihách. Prináša taktiež informácie o kongresoch a konferenciách. Je moderne zameraný, má vysoký odborný a polygrafický štandard.

RECENZIE KŇÍH

VOCATIONAL REHABILITATION AND THE EMPLOYMENT OF THE DISABLED: A GLOSSARY.

GLOSSAIRE DE LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE ET DE L'EMPLOI DES HANDICAPÉS

GLOSARIO DE REHABILITACION PROFESIONAL Y EMPLEO DE LOS INCAPACITADOS

Pracovná rehabilitácia a zamestnávanie postihnutých: Slovník

Vydalo International Labour Office Geneva 1981 ISBN 92-2-002571-X

Medzinárodná organizácia práce v Ženeve vydala v roku 1981 veľmi potrebný trojjazyčný slovník pre potreby pracovnej rehabilitácie. V angličtine, francúzštine a španielčine sú tu uvedené termíny používané na poli pracovnej rehabilitácie a zamestnávanie poškodených s príslušnou definíciou, ktorá vysvetľuje daný termín. Vývoj súčasnej rehabilitácie a rehabilitačnej medicíny si žiada aj určitú štandardizáciu terminologických pojmov. Táto skutočnosť je veľmi potrebná, pretože stále viac a viac sa objavujú najrôznejšie publikácie zaoberajúce sa proble-

matikou liečebnej a pracovnej rehabilitácie. Nie v každom jazyku sa vysvetľuje rovnaký pojem rovnakou definíciou. Preto je záslužným činom medzinárodnej organizácie práce v Ženeve, že pripravila do tlače a vydala veľmi potrebnú publikáciu o terminológii na úseku pracovnej rehabilitácie. Je to prvý krok a dúfajme, že bude mať nasledovníkov. Štandardizácia jednotlivých termínov a definícií je iste potrebná aj pre iné oblasti rehabilitačnej medicíny a treba si iba želať, aby sa čoskoro stala skutočnosťou.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. KOLESAR, Z. MIKEŠ

ERGOMETRIA V KLINICKEJ PRAXI

Vydalo vydavateľstvo Osveta Martin 1981 vydanie 1.

V Hálkovej zbierke ako 30. zväzok vychádza v roku 1981 Kolesárova a Mikešova „Ergometria v klinickej praxi“. Vydáva ju vydavateľstvo Osveta v Martine v edícii pre postgraduálne štúdium lekárov. Kniha je dobrým prehľadom súčasných názorov na uplatnenie záťažových testov v diagnostike a evaluácii predovšetkým kardiovaskulárnych ochorení. Po kapitolách o histórii záťažových testov sú v ďalších kapitolách rozobrané základné otázky svalovej činnosti a reakcie organizmu na svalovú činnosť s prihliadnutím na činnosť kardiovaskulárneho, nervového, endokrinného systému, minerálneho hospodárstva a hemopoetického systému. Fyziologickú časť publikácie završuje kapitola o tréningu.

V ďalších kapitolách sú rozobrané jednotlivé metodické aspekty záťažových testov, ich štandardizácia, indikácia, kontraindikácia a konečne hodnotenie jed-

notlivých parametrov sledovaných pri telesnom zaťažení. Záverečné kapitoly podávajú prehľad o definíciách jednotlivých termínov použitých publikácií, prehľad jednotiek a prehľad skratiek. Je tu uvedená použitá literatúra, zoznam obrázkov a tabuliek a konečne aj register.

Ako sme spomenuli, publikácia je určená pre postgraduálne štúdium lekárov nielen z odboru fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, ale aj z ostatných odborov, t. j. predovšetkým kardiológie a pneumológie. Kniha prináša celý rad informácií a dát, takže dáva ucelený obraz o problematike záťažových testov — metóde, bez ktorej si v súčasnosti ťažko môžeme predstaviť diagnostiku a predovšetkým evaluáciu kardiovaskulárnych funkcií a ich porúch. Kniha je prehľadná, ľahko sa číta a je dobre dokumentovaná.

Ergometria v klinickej praxi ako neinvazívna metóda posudzovania funkcie

VOLUME 1 NUMBER 4 SEPTEMBER 1981

Journal of Cardiac Rehabilitation

V roku 1981 začal vychádzať dvojmesačne nový časopis „Journal of Cardiac Rehabilitation“. Jeho ditormi sú V. F. Froelicher

predovšetkým kardiovaskulárneho systému získava sí čoraz väčšie uplatnenie v súčasnej medicíne. Kolesárova a Mikešova publikácia dobre poslúži nielen lekárom

pri postgraduálnom štúdiu, ale aj tým, ktorí sa v rámci klinickej praxe zaoberajú práve touto metódou.

Dr. M. Palát, Bratislava

L. J. MULLINS ANNUAL REVIEWS REPRINTS: CELL MEMBRANES 1978 — 1980

Reprinty ročných prehľadov: Bunkové membrány, 1978 — 1980
Vydal Annual Reviews Inc. Palo Alto California USA 1981
ISBN 0-8243-2503-06

Annual Reviews Incorporation v Palo Alto v Kalifornii, ktorá sa špecializuje na vydávanie ročných prehľadov z najrôznejších odborov medicíny a iných vedných odborov, vydáva v roku 1981 už druhý zväzok súboru reprintov o problematike bunkových membrán. Tieto jednotlivé práce boli publikované v iných „Ročných prehľadoch“ a vybral ich prof. Mullins do nového zväzku. Práce uverejnené v recenzovanom zväzku majú 4 tematické okruhy. V prvom sa hovorí o excitačných procesoch na membránach, druhý tematický okruh rozoberá aktívny transport, v treťom sa hovorí o štruktúre membrány a jej chémii, posledný tematický okruh, ktorý obsahuje 4 práce, sa zaoberá receptormi. Ako vidieť, tieto jednotlivé tematické okruhy predstavujú aj oblasti súčasného záujmu pracovníkov, zaoberajúcich sa

problematikou bunkových membrán. Podľa názoru recenzenta práce uverejnené v tematickom okruhu o aktívnom transporte a práce uverejnené v kapitole o receptoch sú významné aj pre klinické oblasti medicíny.

Vydávanie reprintov v určitej oblasti je ďalším príspevkom vydavateľstva ročných prehľadov k intenzifikácii získavania vedeckých poznatkov a jednotlivých dát pre najrôznejšie oblasti. Je to cenný príspevok pre špecializované ústavy, pretože jednotlivé práce bývajú roztrúsené v jednotlivých osobitných publikáciách a niekedy je relatívne ťažké všetky tieto práce dostať. Preto je veľmi vhodné vydávať komplikovane takým spôsobom práce predstavujúce užšiu tematickú oblasť a túto snahu treba privítať.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

**E. JONASCH, E. BERTEL
VERLETZUNGEN BEI KINDERN BIS ZUM 14. LEBENSJAHR. HEFTE ZUR
UNFALL — HEILKUNDE Č. 150**

Vydal Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 1981

Autori spracovali v časovom úseku 11 rokov [1966 — 1976] 1 999 921 úrazov, ktoré boli zaznamenané pomocou elektronického počítača; zo súboru vyčlenili 263 166 úrazov detského veku, t. j. 13,2 % vo vekovej skupine do 14 rokov. Opierajú sa o kódovací systém zavedený Krottschekom, ktorý považujú aj dnes za výhodný pre computerové spracovanie. Jeho prednosť sú v jednoduchosť a možnosti získania informácií pre pomerne väčší časový úsek a v registrácii zmien materiálneho a osobného rázu. Podľa názorov autorov sú jeho kódy exaktnejšieho rázu a majú väčšie prednosti ako medzinárodná štatistická klasifikácia uvedená WHO. Ako nedostatok tejto WHO-internacionálnej štatistickej klasifikácie uvádzajú, že v

XVII. kapitole, ktorá hovorí o poraneniach, chýbajú exaktne príznaky pri viacerých zlomeninách skeletu, konkrétne pri zlomeninách predkolenia, izolovaných zlomeninách tibiae a pod. Detské úrazy v tejto zostave nemajú traumatické epifyseolýzy, prípadne zlomeniny. Pre tento systém sa žiada vytvoriť korešpondujúce kódy. Podľa záznamov štatistiky autorov, ako aj niektorých rozsiahlejších údajov vo svetovej literatúre detská úrazovosť stúpa s pribúdajúcim vekom. Pri konfrontácii incidencie detského veku s dospelými je zaznamenané maximum výskytu úrazov vo vekovej skupine medzi 20 až 29 rokom, po ktorom pozvoľne klesá. Kým u detí iba 6 % úrazom postihnutých vyžadovalo hospitalizáciu, u poranených

dospelých bola potrebná u 13,2 %. Podľa kódovacieho usporiadania, spracovaného podľa Krottschecka, pri vzniku poranení detí možno uviesť niekoľko základných bodov ich výskytu: pouličná premávka v zmysle dopravných úrazov, športové úrazy, a to najmä lyžovanie, futbal a iné druhy športovej činnosti a ostatný širší okruh príčin vzniku poranenia.

Vo svojom súbore autori uvádzajú porovnanie medzi športovými úrazmi a dopravnými v číselnom pomere výskytu športových poranení 22,7 % a dopravných poranení 2 %. Z hľadiska sezónneho výskytu došlo k úrazom detí najčastejšie v mesiaci máji a júni. Zdôvodňujú to zvýšeným využívaním voľného času v prírode, pri hrách a športovej činnosti na rozhraní jarných a letných mesiacov. Z hľadiska finančných nákladov boli zastúpené najvyšším odškodnením dopravné úrazy, pretože boli podľa typu najťažšie. U športových úrazov najčastejšie došlo k poraneniu pri futbale, predstavovali však

N. HEISIG

INNERE MEDIZIN IN DER ÄRZTLICHEN PRAXIS

Vnútorne lekárstvo v lekárskej praxi

Vydal Georg Thieme Verlag Stuttgart — New York 1981.

ISBN 3-13-6038-01-0

Každý odbor medicíny má v súčasnosti celý rad učebníc, monografií, či iných publikácií. Hľadám najviac týchto publikácií je práve v oblasti vnútorného lekárstva. Avšak nie všetky podobné publikácie spĺňajú požiadavky z hľadiska informačného, pedagogického či vedeckého.

Heisigova monografia, ktorú vydáva vydavateľstvo G. Thiemeho v Stuttgarte a New Yorku v roku 1981, predstavuje dielo pozoruhodné svojou vnútornou štruktúrou a svojím obsahom. Vychádza z princípu: vedúci symptóm — diagnóza — terapia a konzekventne v jednotlivých kapitolách, ktorých je celkom 20, dodržiava tento myšlienkový postup, taký dôležitý práve v oblasti vnútorného lekárstva. V svetovej literatúre nie je veľa podobných publikácií, klasicko zostáva už staršia monografia prof. Hadorna.

Na vypracovaní tohto pomerne rozsiahleho diela, bohato dokumentovaného početnými tabuľkami, prehľadmi, grafmi či obrázkovou dokumentáciou, sa zúčastnil celý rad autorov pod vedením prof. Heisiga, prednostu vnútorného oddelenia Rein-

lahšie formy poranenia. Pri lyžovaní dochádzalo k ťažším typom poškodenia. Zdôrazňujú význam zdravotníckej osvety obyvateľstva a výchovu detí k prevencii dopravných úrazov a športových úrazov, najmä tých, ktoré vznikli pri lyžovaní a majú stúpajúcu tendenciu čo do častosti. Autori žiadajú zvýšenú starostlivosť zo strany inštitúcie nazvanej Kuratatorium pre bezpečnosť športu. Táto má so zvýšenou pozornosťou odborné preverovať a doporučovať správnu lyžiarsku výstroj. Doporučujú k tomuto druhu športovej činnosti cielenú telesnú predprípravu, získanú sústavným dlhodobým tréningom pod vedením učiteľov športu a jeho organizátorov.

Záverom autori prehlasujú, že pre zvládnutie detských úrazov nestačí záujem iba zo strany úrazových chirurgov, ale zložku preventívnych opatrení musia podporovať a do určitej miery tiež realizovať aj príslušné zodpovedné miesta.

Dr. I. Kamenický, Bratislava

Rok 1981 bol vyhlásený Organizáciou spojených národov za Medzinárodný rok invalidov. Objavuje sa teda aj na knižnom trhu celý rad publikácií, ktoré venujú pozornosť problematike invalidity, otázkam života invalidov, rehabilitácie, zlepšenia kvality života týchto postihnutých spoluobčanov.

Veľmi významnú publikáciu predstavuje monografia R. Lifcheza a B. Winslowovej, ktorá venuje pozornosť otázkam životného prostredia telesne postihnutých ľudí.

Monografia má niekoľko kapitol, v ktorých sú rozobrané závažné problémy života a prostredia telesne postihnutých. Jedna z najdôležitejších kapitol tejto monografie je venovaná usporiadaniu životného prostredia týchto ľudí. Architektonické bariéry, ktoré predstavujú základnú problematiku v živote telesne postihnutých, sú predmetom záujmu mnohých odborných pracovníkov a lekárov, architektov

a návrhárov. Publikácia prináša celý rad návrhov a riešení pre zlepšenie kvality života telesne postihnutých.

Veľmi dôležitú kapitolu predstavuje otázka prieskumu a výskumu v oblasti tejto problematiky. Do monografie Lifcheza a Winslowovej sú zaradené aj životné „profily“ niektorých telesne postihnutých a je na nich dokumentovaný ich vzťah k životu, ich životné poslanie a ich vŕa pre integráciu do spoločnosti.

Kniha je vlastne výrazom skúseností z práce pracovnej skupiny v Berkeley v Kalifornii a predstavuje súčasný pohľad na tieto závažné problémy, ktoré postihujú všetky krajiny sveta. Cieľom je nezávislý život a pre jeho splnenie je potrebný celý rad predpokladov, z ktorých základ tvorí životné prostredie postihnutého.

Dr. M. Palát, Bratislava

R. KLEINING

DER FIXATEUR EXTERNE AN DER TIBIA — BIOMECHANISCHE UNTERSUCHUNGEN, BEIHEFTE ZUR UNFALLHEILKUNDE Č. 151

Vydal Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 1981

Vo vývoji vonkajšieho fixátora hrajú podstatnú úlohu otázky mechaniky a jeho pevnosti. Práca sa zaoberá rozsahom možností v naznačenej problematike. Opiera sa o známu zásadu, že stabilita predstavuje jeden z rozhodujúcich faktorov pre zabránenie infekcie u otvorených zlomenín a v liečbe infikovaných fraktúr, prípadne pseudoatróz. Vzhľadom na to, že ani pomocou doporučených postupov sa montážou vonkajšieho fixátora na princípoch AO nedosiahla vždy želaná pevnosť, autor sa snažil zlepšiť mechanické princípy vylepšeným spôsobom jeho použitia. Ťažisko tejto inovácie vonkajšieho fixátora zakotvil v jeho trojdimenzionálnom vykonaní a väčšom mechanickom napätí pred aplikáciou. Celý postup obnovenej montáže vonkajšieho fixátora umožňuje nielen riešiť traumatické zmeny na diaľke, ale zabezpečuje požadovanú stabilitu aj na menších metafyzárnych fragmentoch predkolenia. Svoje uplatnenie nachá-

dza v dostatočnej fixácii pri liečbe kostných defektov v blízkosti zhybov, a to najmä tým, že bráni vzájomným sekundárnym posunom koncov úlomkov pri defektoch kostného tkaniva. Moment napätia s príslušnou úpravou Steinmanovho klinca pred jeho naložením, ako aj Schancove skrutki tvoria základné zložky pre zvýšenie stability z hľadiska znemožnenia posunu na stranu kostných úlomkov. Táto montáž redukuje aj nepriaznivé momenty torzných síl a tendenciu ku skrúteniu. Práca je dokumentovaná bohatou obrázkovou prílohou a grafmi, ktoré s príslušnou legendou v matematických reláciách ilustrujú tlakové a ťahové sily pri montáži vonkajšieho fixátora.

Autor sa v závere svojej experimentálnej podloženej práce domnieva, že vonkajší fixátor po tejto inovácií prinesie aj lepšie výsledky v klinickej praxi.

Dr. I. Kamenický, Bratislava

B. M. NOSSIK

ALBERT SCHWEITZER [4. vydanie]

Vydalo nakladateľstvo S. Hirzel Verlag Leipzig BSB B. G. Teubner Verlagsgesellschaft 1981

V edícii „Humanisti činu“, ktorá je venovaná vynikajúcim lekárom v službe ľudstvu, vychádza vo 4. vydaní biografická publikácia Nossikova o Albertovi Schweitzerovi. Preklad z ruského jazyka vyhotovil prof. dr. Pickenhein z Lipska. Skutočnosť, že táto životopisná kniha vychádza už vo 4. vydaní, svedčí o jej obľube. Osobnosti Alberta Schweitzera venuje svetové písomníctvo v celom rade odborných, biografických aj románových spracovaní veľa pozornosti. Dr. Schweitzer — lekár a humanista, je svetovou osobnosťou, ktorá si získala svoju povest predovšetkým zriadením nemocnice v pralese v Lambarene. Veľký úspech mala táto publikácia v Sovietskom zväze, kde prvé vydanie bolo okamžite rozobrané, a to viedlo vydavateľstvo NDR k vydaniu nemeckého prekladu.

Kniha líči životné osudy dr. Schweitzera

od detstva cez stredoškolské štúdiá až po ukončenie vysokoškolského vzdelania. Zaoberá sa jeho záujmom o lekárstvo, ale aj o hudbu, pretože je známe, že dr. Schweitzer bol vynikajúcim hudobníkom. Podstatnú časť knihy tvorí realizácia životného cieľa dr. Schweitzera pri budovaní a vybudovaní nemocnice v pralese v Lambarene, ktorá predstavuje model základnej lekárskej starostlivosti v primitívnych podmienkach.

Kniha je dokumentovaná 44 fotografiami zo života tohoto vynikajúceho lekára, hudobníka a človeka. Prednosťou knihy je nesporná skutočnosť, že sa veľmi dobre číta. Celá biografia dr. Schweitzera je spracovaná veľmi pútavo a zaujímavo. Knihu dostať aj u nás a vrele ju odporúčame.

PhDr. R. Palátová, Bratislava

V. BARCKLEY

BASIC CONCEPTS IN CANCER NURSING

Základné koncepty v ošetrovaní onkologicky chorých

Vydalo International Union Against Cancer, Geneva 1980,

ISBN 92-9018-039-0

Ako 39. zväzok technických zpráw UICC (Union Internationale Contre le Cancer) vychádza v roku 1980 pozoruhodná práca venovaná základným konceptom ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s onkologickým ochorením. Kniha sa skladá z 2 dielov, prvý diel má 26 kapitol, 2. diel 1 kapitolu a ďalej 4 dodatky — slovník, bibliografia a zoznam členských organizácií UICC.

Otázka ošetrovateľskej starostlivosti u onkologicky chorých a s tým súvisiace otázky rehabilitačnej starostlivosti o týchto pacientov sú v poslednom čase predmetom širokého záujmu klinikov, sociálnych pracovníkov, psychológov a ostatných odborníkov. Prakticky všetky štáty s vysokou kultúrou majú vo svojich zdravotníckych programoch aj onkologický program, ktorého nedeliteľnou súčasťou je aj rehabilitácia a ošetrovateľská technika.

Predložená Barckleyová publikácia poukazuje vysoko ilustratívnym spôsobom na všetky otázky ošetrovateľskej techniky z hľadiska všeobecného a ošetrovateľ-

skej starostlivosti z hľadiska špeciálnych lokalizácií onkologických ochorení. Je určená predovšetkým profesionálnym pracovníkom — zdravotným sestram, ale súčasne aj ostatní zdravotníckí pracovníci tu nájdu dostatok potrebných informácií. Je známou skutočnosťou, že u onkologických pacientov chirurgická, rádiologická, event. medikamentózna liečba sú iba súčasťou dlhodobého programu komplexnej starostlivosti o týchto chorých. A do komplexu tejto starostlivosti na prvom mieste patrí podľa súčasných názorov aj ošetrovateľská starostlivosť a rehabilitačný program zameraný predovšetkým na psychosociálnu zložku. Zabezpečiť určitú kvalitu života týchto pacientov je zmyslom všetkých opatrení, ako aj cieľom modernej rehabilitácie.

Barckleyova publikácia prináša veľmi cenné a praktické informácie a bude iste vítaná predovšetkým tam, kde sa zaoberajú problematikou onkologickej medicíny.

Dr. M. Palát, Bratislava

Prvé vydanie von Harnackovej monografie bolo recenzované v našom časopise v roku 1976 (Rehabilitácia 9, 1976, str. 185 — 186). Po necelých 5 rokoch vychádza vo vydavateľstve Springer Verlag v Berlíne druhé vydanie celkom prepracované a uvedené na súčasný stav poznatkov, čo je logické pri tomto type publikácie. Niektoré kapitoly boli znova koncipované. Došlo k malému rozšíreniu monografie, základná štruktúra však zostala v princípe nezmenená. Jednotlivé kapitoly detailne rozoberajú možnosti terapie chorôb počínajúc ochoreniami v novorodeneckom veku podľa jednotlivých systémov. Kniha je napísaná prehľadne

so zvýraznením kľúčových otázok, početné tabuľky zhrňujú dôležité informácie a stávajú sa prehľadným doplnením textu. Na konci každej kapitoly je uvedená ďalšia literatúra. Významný je aj register liečiv, vyznačený polygraficky tlačou na papieri odlišnej farby, ktorý dovoľuje rýchlu orientáciu v knihe.

Knihu uvítajú iste predovšetkým pediatri, ktorým je určená, pretože ich informuje „up to date“ o možnostiach terapie chorôb detského veku. Zdá sa, že pri ďalšom vývoji sa von Harnackova monografia stane hľadanou príručkou pre dennú prax, predovšetkým detských lekárov.
Dr. E. Mikulová, Bratislava

L.-J. LUGGER

DER WADENBEINSCHAFT — HEFTE ZUR UNFALLHEILKUNDE

Vydal Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York, 1981

Ide o ojedinelú publikáciu súhrnne spracovávajúcu dnešné názory na funkciu, poranenia a liečbu fibuly. Autor v úvode cituje De Palmu (1970), ktorý v príručke úrazovej chirurgie v kapitole o konzervatívnej a operačnej liečbe zlomenín predkolenia píše: „Pri liečbe sa zlomenina fibuly prehliada, všetká pozornosť je venovaná tibii.“ Watson-Jones vo svojej knihe „Fractures and Joint Injuries“ (1956) ponecháva zlomeninu diaľyzy fibuly nepovšimnutú. Aj Böbler v ostatnom vydaní svojho mnohozväzkového diela „Die Technik der Knochenbruchbehandlung“ (1957) venuje izolovaným zlomeninám fibuly 7 riadkov. Traumatologická sekcia americkej chirurgickej spoločnosti (liek 1978) odporúča pri primárnom ošetrení: „Zlomeniny diaľyzy fibuly nie sú klinicky dôležité poranenia skeletu. Pri zlomeninách oboch kostí predkolenia sa naše úsilie riadi tým, aby sme dosiahli adekvátnu repozíciu tibie a jej fixáciu. Z praktických dôvodov si nevšimame zlomeniny fibuly...“ Pri izolovaných dislokovaných zlomeninách tibie je fibule pri repozícií prisudzovaná podporná pôsobnosť. Len v Combellovej „Operative Orthopaedics“ (Crenshaw 1971) je spomenutá možnosť operačnej stabilizácie diaľyzy fibuly pri

trieštivých zlomeninách metafýzy tibie, keď sú nepriaznivé pomery mäkkých tkanív, a pri infekcii v zóne zlomenej tibie. Weber a Čech (1973) poukazujú na začínajúci záujem o ošetrenie pseudartrózy lýtkovej kosti, hoci diaľyze tejto kosti neneprisúvajú žiadnu mechanickú úlohu. Pozornosť spôsobilo vyhlásenie Videla a spol. (1975), že zlomenina lýtkovej kosti je zabúdaná zlomenina predkolenia. Zlomenina fibuly, označovaná doteraz ako prehliadaná, je považovaná za partnera tibie. Vidal prijíma zlomeninu fibuly plne do svojich diagnostických a terapeutických úvah pri liečbe zlomenín predkolenia a pripisuje jej podstatnú dôležitosť pri zafažovaní a statike. Dôležitosť proximálneho a distálneho konca fibuly, podieľajúceho sa na vytváraní kolenného zhybu a syndezmózy tibie fibulárnej, bola dávno známa. Závažové a funkčné skúšky dokázali obhajovanú domienku (Ingersoll 1971, Kölbl a Lange 1973), že aj fibula, najmenšia rúrovitá kosť, nie je len útvorom pre svalovú inzerciu, ale pri funkčnom použití je zafažovaná ťahom, torziou a tlakom.

Autor v kapitole anatómia opisuje vývoj fibuly v zmysle porovnávacej anatómie u jednotlivých druhov živočíchov.

Podrobne opisuje anatomickeú skladbu fibuly, jej spojenie s tibiou a spoluúčast na tvorbe koenného a členkového zhybu. Sleduje vývojové chyby fibuly v rámci systémových ochorení a izolované vývojové poruchy. Podrobne opisuje funkciu fibuly v dynamike zhybov a záťažovú schopnosť diaľyzy.

V kapitole o izolovaných zlomeninách fibuly, kde ide väčšinou o priame traumy pri športe, doprave a pod., rozvädza jednotlivé formy týchto zlomenín. Dôležité sú zlomeniny fibuly z únavy u mladistvých, ale aj u športovcov, mladých vojakov po záťaži. Spomína ich lokalizáciu a liečbu.

Ďalšia kapitola sleduje tzv. „Fibula Crack“ — zlomeninu vznikajúcu u lyžiárov, ktorú spôsobujú moderné lyžiarske topánky. Opisuje mechanizmus poranenia, formy zlomenín, ich diagnostiku a terapiu, ako aj prevenciu.

Zlomeniny fibuly v kombinácii so zlomeninou tibie sú najčastejšie. Lýtkovej kosti je venovaná tým väčšia pozornosť, čím je zlomenina lokalizovaná distálnejšie. Tu je nevyhnutná anatomickeá rekonštrukcia vidlice členkového zhybu, ako to vy-

žadujú Willenegger, Weber a ďalší. Malý záujem je venovaný zlomenej fibule pri súčasnej zlomenine tibie, keď na zlomenie oboch kostí je nutné väčšie násilie a pritom aj mäkké časti sú viac poškodené. Spomína jednotlivé typy zlomenín predkolenia. Uvádza tiež nepriaznivý vplyv zle zreponovanej, a tým dlhšej fibuly na hojenie tibie pri konzervatívnej liečbe, alebo Küntscherovej osteosyntéze.

Z terapeutických zásahov na fibule je spomenutá primárna stabilizácia, osteotómia, resekcia, synostóza, fúzia a transplantácia, ako aj ich indikácie. V kapitole pseudartróza fibuly rozoberá autor jej príčiny vzniku, klinický obraz a liečbu. Záverom sa autor zaoberá biomechanickými vyšetreniami fibuly, jej deformáciami a skúškami pevnosti v lome. Experimentálna práca je podložená mnohými tabuľkami a diagramami.

Je to zaujímavá publikácia o doposiaľ nespracovanej problematike tejto najmenej rúrovitej kosti ľudského tela, ktorej význam je doteraz podceňovaný a prehliadaný.

Dr. Rek, Bratislava

DAVID I. ABRAMSON, DONALD S. MILLER

VASCULAR PROBLEMS IN MUSCULOSKELETAL DISORDERS OF THE LIMBS

Vaskulárne problémy pri svalovo-kostrových poruchách končatín

Vydal Springer Verlag Berlin Heidelberg New York 1981

ISBN 3-540-90524-3

Vydavateľstvo Springer Verlag New York Heidelberg Berlin vydalo v roku 1981 zaujímavú monografiu prof. Abramsona z chicagskej univerzity a prof. Millera z Ortopedickej kliniky tejto univerzity o otázkach vaskulárnej problematiky pri muskulo-sketetálnych poruchách končatín. Monografia má 3 časti. Prvá časť hovorí o vaskulárnom riečišti v končatinách s prihliadnutím na kožnú, svalovú a kostnú cirkuláciu. Druhá časť venuje pozornosť štádiu cirkulácie v končatinách pomocou klinických a laboratórnych metód a tretia časť, ktorá je rozsahom najväčšia, sa zaoberá jednotlivými klinickými poruchami. Register ukončuje túto stredne rozsiahlu monografiu, doplnenú niektorými prehľadnými tabuľkami a náčrtmi.

Prof. Abramson, ktorý bol prednostom oddelenia fyzikálnej medicíny a rehabilitácie na Lekárskej fakulte Abrahama Lincolna chicagskej univerzity, spolu s or-

topédom prof. Millerom napísali monografiu, ktorá, podľa názoru recenzenta, predstavuje určitý vrchol v danej tematike. Spočíva na veľkých skúsenostiach oboch autorov — prof. Abramsona poznáme z bohatej literatúry. Monografia je prehľadne napísaná, s vysokým informačným obsahom, bohatou dokumentovanou a veľmi vhodnou pre štúdium. Jednotlivé kapitoly sú uzavreté prehľadom ďalšej literatúry, takže každý, kto sa zaujíma o čiastkové otázky danej problematiky, tu nájde dostatok citácií a prameňov pre ďalšie informácie. Monografia je zaiste prínosom predovšetkým pre rehabilitačných lekárov, ktorí sa zaoberajú problematikou periférnych porúch prekrvenia, či vaskulárnymi komplikáciami pri poruchách svalov alebo kostí. Zaujímavé sú otázky, ktoré súvisia s problematikou amputácií s prihliadnutím na lokálnu cirkuláciu. Knihu vrele doporučujeme.

Dr. M. Palát, Bratislava

E. ALTENÄHR, W. BÖCKER, G. DHOM, W. GUSEK, PH. U. HEITZ, G. KLÖPPEL, H. LIETZ, H. MITSCHKE, W. ASEGER, H. J. SCHÄFER, J. J. STAUB, H. STEINER

PATHOLOGIE DER ENDOKRINEN ORGANE I. — II.

Patológia endokrinných orgánov I. — II.

Vydal Springer Verlag Berlin Heidelberg New York 1981

ISBN 3-540-10132-2

V edičnom rade špeciálnej patologickej anatómie, ktorú redigujú vo vydavateľstve Springer Verlag Berlín, Heidelberg, New York prof. Doerr a prof. Seifert, vychádza ako 14. zväzok „Patológia endokrinných orgánov“. Ide o dva diely veľmi široko koncipované, na spracovaní ktorých sa zúčastnilo celkovo 12 autorov. Monografia má klasické rozdelenie. Jednotlivé kapitoly I. dielu sa zaoberajú systémom žliaz s vnútornou sekréciou — hypofýzou, epifýzou, štítnou žľazou, príslušnými telieskami, endokrinným pankreasom, a kapitoly II. dielu kôrou nadobličiek, paragangliami, diseminovanými endokrinnými bunkami, pluriglandulárnymi endokrinnými poruchami regulácií a paraneoplastickými endokrinnými syndrómami. Každá kapitola je uzavretá širokým prehľadom literatúry, ktorý je vysoko informujúci a celé dielo je ukončené vecným registrom. Početné fotografie, mikrofotografie, schémy, nákresy a prehľadné tabuľky dopĺňujú diskutovaný text, napísaný poprednými odborníkmi z Nemecka a zo Svätcarska.

Ako v úvode píše prof. Doerr a prof. Seifert, monografia o špeciálnej patologickej anatómii endokrinných orgánov je založená na princípe všeobecných porúch endokrinných regulácií a súčasne do stredobodu pozornosti predkladá cho-

robné špeciálne zmeny jednotlivých žliaz s vnútornou sekréciou.

Dvojdielna monografia kolektívu autorov predstavuje dielo, ktoré znamená súčasný vrchol nemeckej literatúry v oblasti patológie endokrinných orgánov. Stav poznatkov je uvedený na súčasnú úroveň, vrchol knihy bezpochyby predstavuje perfektná a dokonalá ilustratívna časť. Aj keď táto učebnica je predovšetkým dielom z oblasti patologickej anatómie, jednotlivé kapitoly, event. podkapitoly poukazujú na funkčné aspekty predovšetkým s prihliadnutím na regulačné poruchy. A tieto skutočnosti sú podstatné práve pre lekárov — klinikov. Súčasná endokrinológia je veľmi významným medicínskym odborom, ktorý je zaplavovaný stále novými a novými poznatkami. Je preto naprosto potrebné vydávať monografie, ktoré systematickým spôsobom prinášajú a spracovávajú poznatky z tejto oblasti. A takouto systematickou monografiou, vychádzajúcou z patologickeo-anatomickeho substrátu, je práve recenzované dielo o patológii endokrinných orgánov.

Osobitnú pozornosť zasluhuje polygrafické vybavenie, ktoré je vysoko štandardné a a typické pre vydavateľstvo Springer Verlag Berlín, Heidelberg, New York.

Dr. M. Palát, Bratislava

W. J. DARBY, H. P. BROQUIST, R. E. OLSON

ANNUAL REVIEW OF NUTRITION

Ročný prehľad výživy

vol. 1., 1981 vydal Annual Reviews Inc., Palo Alto USA

ISBN 0-8243-2801-9

V sérii ročných prehľadov objavuje sa v roku 1981 nový titul „Ročný prehľad o výžive“. Tak ako ostatné edičné rady aj tento prináša práce venované čiastkovým otázkam súčasnej výživy a diétológií. Jednotlivé práce — je ich v tomto zväzku celkom 18 — sa zaoberajú napr. absorpciou železa a jeho transportom v mikroorganizmoch (Neilands), sodíkom a draslíkom (Fregly), biochémiou, fyziológiou a farmakológiou cholfnu (Zeisel), železom,

meďou, mangánom a zinkom v mlieku (Lönnnerdal, Keen a Hurley), úlohou výživy v toxikológii (Parke a Ioanides). Veľmi zaujímavá je práca o regulácii energetickej rovnováhy. (Rothwell, Stock). Ďalšie zaradené práce prinášajú poznatky o formácii a spôsobe účinku flavoproteínov (Merrill, Lambeth, Edmondson, McCormick), metabolizme a výživnej hodnote karotenoidov (Simpson, Chichester) a fluoridoch a zdraví (Schamschulla, Barmes)

Autorský a vecný register uzatvárajú tento zväzok nového radu ročných prehľadov. Otázkam výživy a novým poznatkom o nej, ako aj zásahom jednotlivých komponentov výživy do fyziologických dejov v zdraví a chorobe sa venuje v modernej fyziológii a medicíne veľká pozornosť. Je potrebné uvítať iniciatívu Annual Reviews Inc. pri vydávaní tohoto nového titulu.

Publikácia je uvedená prácou prof. Stumpfa o morálnej dimenzii zásobovania sveta potravou, ktorá poukazuje na niektoré závažné otázky nielen medicínsko-fyziologického, ale aj morálno-etického charakteru.

Publikácia iste nájde veľa záujemcov medzi lekármi, pretože s problematikou výživy sa stretávame denne.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

R. GEORGE, R. OKUN, A. K. CHO

ANNUAL REVIEW OF PHARMACOLOGY AND TOXICOLOGY VOL. 21

Ročný prehľad farmakológie a toxikológie

Vydal Annual Reviews Inc., Palo Alto, California 1981

ISBN 0-8243-0421-7, cena neuvedená

Čitateľ, ktorý má možnosť pravidelne sledovať „Ročný prehľad farmakológie a toxikológie“, s potešením berie do rúk ďalší, v poradí už 21. zväzok, ktorý je opäť veľmi rozsiahly. Aj tento zväzok prináša najnovšie poznatky z farmakológie a toxikológie. Obsahové sú to články jednak vysoko teoretické, ale aj zamerané na experimentálnu a klinickú farmakológiu. Novinkou, na ktorú chceme už teraz upozorniť, je to, že redaktori zaradili do „Ročných prehľadov“ po prvýkrát aj stať o nových liečivách v roku 1981. Táto časť bude iste cenným prínosom pre štúdium najnovších druhov liečiv, ktoré sa postupne zavádzajú do terapeutickéj praxe.

21. zväzok „Ročných prehľadov“ obsahuje celkovo síce menej tematických skupín (asi 5), avšak počet jednotlivých vysoko precízne a odborne spracovaných článkov je približne taký ako v predchádzajúcich zväzkoch. Podľa obsahu majú jednotlivé články recenzovaného zväzku takéto zameranie:

1. Mechanizmus účinku liečiv a chemikálií.

Tu je publikovaná práca o genetickom štúdiu cyklázy (Farfel) a mechanizme účinku barbituranov pri ich akútnom a chronickom podávaní, t. j. pri závislosti na barbituranoch (Ho a Harris). V ďalšej práci sa študovali genetické mechanizmy kontrolujúce indukciu monoxygenázy (P-450), (Nebert a spoluprac.). Zaujímavá je aj práca o štúdiu kyseliny etakríbovej a príbuzných diuretikách (Koechel).

2. Farmakokinetika liečiv [t. j. absorpcia, distribúcia, biotransformácia, exkrécia liečiv]. Je tu cenná práca o štúdiu vzťahu medzi chemickou štruktúrou a účinnosťou liečiva (Lien). Pozornosť si zasluži aj práca o účinku a metabolických cestách disulfiram (Dennis a spoluprac.).

3. Neurofarmakológia a neurochémia:

Autori Creese a Sibley publikovali výsledky štúdia adaptácie receptorov na liečivá pôsobiace na CNS. Farmakológiu migrény študoval Raskim. Ďalšie práce sa zaoberajú otázkou transmittoru (Watkin), farmakológiou pamäti (Squire a Davis) a štúdiou presynaptických receptorov.

4. Práce z oblasti klinickej farmakológie a toxikológie.

Táto časť má početné práce, uvedieme najmä tieto: Otázky terapie akútnej lymfatickej leukémie u detí (Holcenberg a Camitta), problémy hypersenzitivity na liečivá (Foreman), ďalej prostaglandíny (PG), prostacyklíny a tromboxány (McGiff). Práca o PG je veľmi aktuálna a osobitne cenná aj preto, lebo súčasný výskum a medicína vôbec majú maximálnu snahu čím skôr začať so širším používaním PG v terapeutickéj praxi. Do oblasti klinických prác patria aj ďalšie tri práce, ktoré sú orientované toxikologicky: Neurotoxická organofosfátov (Abau-Dinia), skríningová metóda na zisťovanie teratogenity (Johnson) a vývoj karcinogenézy respiračného traktu (Nettesheim a spoluprac.). Do tejto veľkej skupiny prác, ktoré majú dosah na klinickú prax, treba zaradiť už spomínanú stať o nových liečivách v roku 1981. Redaktori sem zaradili sedem druhov liečiv z rôznych farmakoterapeutických skupín, na základe predchádzajúceho schválenia u FDA (napr. metyrozím, ritodrin, minoxidil a iné). Možno iba privítať skutočnosť, že v „Ročnom prehľade“ sa začali publikovať dôležité klinicko-farmakologické informácie o nových liečivách. Výhodou by vari bolo, keby za jednotlivými liečivami boli uvedené aspoň 2 — 3 liter-

rárne citácie, alebo súhrnné referáty, ktoré zhrňujú doterajšie poznatky o nozavádzaných liečivách.

Tak ako predchádzajúce zväzky aj tento 21. obsahuje štyri druhy indexov, ktoré veľmi napomáhajú orientovať sa v príslušnej problematike. Je to index autorský, vecný, kumulatívny index názvov jednotlivých kapitol publikovaných vo zväzku 17 až 21 a kumulatívny index autorov, ktorí publikovali v jednotlivých zväzkoch za posledných päť rokov, teda 17 až 21.

Nový, 21. zväzok „Ročných prehľadov“ prináša cenný výber aktuálnej

problematiky z oblastí, ktoré sme spomenuli. Články sú spracované dôsledne autorsky aj edične. Jednotlivé práce, ktoré boli zverené významným odborníkom, sú bohato dokumentované obrázkami, resp. nákresmi a početnými tabuľkami. Preto tento ďalší zväzok „Prehľadov“ bude iste cenným prínosom k ďalšiemu prehĺbeniu poznatkov o problematike, ktorá je tu publikovaná a určená pre vedecko-výskumných pracovníkov, ako aj pracovníkov v experimentálnej a klinickej farmakológii.

Dr. Š. Kišoň, Bratislava

BRITISH MEDICAL BULLETIN VOLUME 37, 1981 NR. 1, 2, 3.

Vydal Churchill Livingstone, 1981 pre British Council.
ISBN 0007-1420

British Medical Bulletin, ktorý má nového vydavateľa — vydavateľstvo Churchill Livingstone v Londýne — vychádza v roku 1981 tradične v troch číslach. Prvé číslo sa venuje výžive človeka (Nutrition of Man) a sme ho osobitne recenzovali v našom časopise (Rehabilitácia). Číslo 2 je venované otázkam psychobiológie (Psychobiology) a číslo 3 otázkam rastu (Control of Growth), a tieto dve čísla dopĺňujú 37. ročník British Medical Bulletin.

Druhé číslo, ktoré sa zaoberá problematikou psychobiológie, je vlastne tretou časťou série o psychológii vydávanej v minulých rokoch pod vedením prof. Summerfielda. Toto číslo pripravil prof. Summerfield spolu s prof. Wartburtonom, ktorý je vedúcim Katedry psychológie na Univerzite v Readingu a ktorý je známy svojimi prácami o správaní. Druhý zväzok British Medical Bulletin tiež rozoberá jednotlivé otázky správania, event. konania človeka. Hovorí sa tu o génovej účasti na správaní, o neurochémii správania, ďalšie práce sa zaoberajú kontrolou príjmu tekutín a kontrolou príjmu potravy a chuťou, ktorej je venovaná samostatná práca o fyziológii chuti. V ďalších prácach sa rozoberá kontrola pohybu, otázky hormónov a sexuálneho správania u človeka. Je to práca o ontogenéze správania, niektoré práce sú venované otázkam pamäti, otázkam percepcie a otázkam kognitívnych procesov. Záverečná práca rozoberá psychofyziológiu abnormálneho správania.

Tretie číslo je venované problematike

rastu, a pripravil ho prof. Tanner z Inštitútu zdravia dieťaťa londýnskej univerzity. Prof. Tanner je známy antropológ, ktorý sa dlhé roky venoval otázkam rastu človeka. Taktiež toto tretie číslo British Medical Bulletin prináša celý rad moderne koncipovaných a objektívne doložených prác, venovaných jednotlivým čiastkovým otázkam rastu. Hovorí sa tu o bunkovej reprodukcii, o bunkovej báze kostrového rastu pri vývoji, o otázkach regenerácie a kompenzačného rastu, o problematike genetiky rastu. V ďalších prácach sa rozoberajú otázky matematického modelovania individuálnych rastových kriviek, otázky faktorov ovplyvňujúcich pôrodnú váhu a perinatálnu mortalitu, problematika genetických faktorov a faktorov prostredia pri raste dieťaťa, otázky geografických a etnických variácií rastu človeka. Zaujímavá je práca venovaná endokrinnnej kontrole rastu v puberte a vplyvu chromozomálnych aberácií na rast človeka.

Celý zväzok veľmi dobre dokumentovaný je výborným zdrojom informácií pre tých, ktorí venujú pozornosť otázkam rastu človeka.

Aj ročník 1981 tohto časopisu je ako zvyčajne veľmi dobre dokumentovaný v jednotlivých prácach a svedčí o tom, že pre spracovanie jednotlivých čiastkových problémov boli vybraní prakticky špičkoví autori danej problematiky.

Dr. M. Palát, Bratislava

A. MATKOVIC

400 UBUNGEN ZUR ENTWICKLUNG VON KRAFT, BEWEGLICHKEIT UND GESCHICKLICHKEIT

400 cvikov pre vývoj sily, pohyblivosti a obratnosti

Vydal Verlag Karl Hoffmann Schorndorf 1981 ISBN 3-7780-9521-8

Ide o príručku predstavujúcu zásobník cvikov, ktoré možno použiť na zlepšenie sily, obratnosti, pohyblivosti. Ide celkom o 415 cvičení, ktoré sú znázornené tak graficky ako aj popisne a ktoré možno používať tak v telesnej výchove, ako aj pri rehabilitačných programoch. Sú uvedené

príklady cvičení v radoch a cvičeniach pre tzv. „Circuit-Training“. Záverečná kapitola prináša niekoľko príkladov rannej gymnastiky.

Príručka je prehľadná a široko použiteľná.

Dr. M. Palát, Bratislava

H. HAAG, H. DASSEL

FITNESS — TESTS

Vydal Verlag Karl Hoffmann Schorndorf, 2. opravené a rozšírené vydanie ISBN 3-7780-5892-4

V edičnom rade určenom pre prax telesných cvičení a športu vychádza ako 89. zväzok v druhom upravenom a doplnenom vydaní príručka venovaná atestom zdatnosti. V úvodných kapitolách rozoberajú autori otázku zdatnosti, vzťah telesnej zdatnosti k celkovej zdatnosti a predstavujú model telesnej zdatnosti s vyjadrením faktorov, ktoré ju určujú. V ďalších kapitolách sú rozobrané jednotlivé testy zdatnosti od jednoduchých, kondičných testov až po zložité testy posudzujúce komplexne telesnú zdatnosť predovšetkým

u mládeže. V prílohách sú potom uvedené protokoly pre jednotlivé testy zdatnosti, event. výkonnosti a hodnotiace tabuľky, ktoré numericky vyjadrujú stupeň zdatnosti či výkonnosti.

Publikácia má svoju prednosť v tom, že okrem názorného opisu sú tu uvedené ešte ďalšie špeciálne literárne údaje.

Príručka je veľmi vhodná predovšetkým pre učiteľov telesnej výchovy, ale aj pre rehabilitačných pracovníkov zaoberajúcich sa detskou rehabilitáciou.

Dr. M. Palát, Bratislava

G. TÖMDURY

ANGEWANDTE UND TOPOGRAPHISCHE ANATOMIE

Užitá a topografická anatómia

Vydal Georg Thieme Verlag Stuttgart — New York 1981 V. prepracované a rozšírené vydanie ISBN 3-13-4109-05-0

V piatom prepracovanom a doplnenom vydaní vychádza po desiatich rokoch od posledného vydania dnes už klasická Tönduryho učebnica Užitá a topografická anatómie. Okrem 4 nemeckých vydaní vyšlo v roku 1956 talianske vydanie a v roku 1958 španielske vydanie. Učebnica si v základnej koncepcii zachováva svoju pôvodnú štruktúru, bola však v tomto 5. vydaní v jednotlivých kapitolách prepracovaná a uvedená na súčasný stav poznatkov. Ako novinka vo všetkých kapitolách sa používa tokijská anatomická nomenklatura z roku 1978, pričom tam, kde je to potrebné, sú ponechané aj staršie klasické výrazy. Podstatné prepracovanie predstavuje problematika lymfatického systému, tieto otázky boli rozšírené. Aj v ostatných kapitolách, napr. v kapitole

o srdci sú doplnené niektoré informácie. V učebnici je celý rad informácií doplnených príslušnou dokumentáciou o komputerovej tomografii. Učebnica má klasické delenie, jednotlivé kapitoly hovoria o anatómii trupu, hrudníka, brucha, panvy, chrbta, hlavy, krku a končatín. Početná literatúra a vecný register ukončujú toto pozoruhodné dielo modernej anatomickej školy.

Knihy je bohaty ilustrovaná nielen čierno-bielymi ale aj farebnými fotografiami a röntgenogramami, vrátane komputerových tomogramov. Text jednotlivých kapitol je prehľadný, vysvetľujúci a poukazujúci na niektoré otázky využitia anatomických poznatkov v praxi.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

G. SIMON, H. H. DICKHUTH, J. KEUL
ECHOKARDIOGRAPHIE ZUR FUNKTIONSBEURTEILUNG DES HERZENS
Echokardiografia pre funkčné posúdenie srdca
Vydal Ferdinand Enke-Verlag, Stuttgart 1981. Cophytek,
ISBN 3-432-91941-7

Stručná príručka autorov Simona, Dickhutha a Keula z Freiburgu prináša dostatok informácií o modernej vyšetrovacej metóde srdcovej funkcie — echokardiografii. Úvodná kapitola sa zaoberá históriou vývoja tejto vyšetrovacej metódy a fyzikálnymi základmi ultrazvukovej diagnostiky. V ďalšej kapitole autori opisujú vyšetrenie 435 osôb — 290 mužov a 145 žien vo veku 10 až 30 rokov, zdravých a športovcov, u ktorých sa realizovalo echokardiografické vyšetrenie, u niektorých z nich ergometrické vyšetrenie s katetrizáciou srdca s plávajúcim katetrom, u niektorých spiroergometria a u niektorých

K. HERZOG
KÖRPERBAU UND BEWEGUNG

Stavba tela a pohyb
Vydal Ferdinand Enke-Verlag, Stuttgart 1981. ISBN 3-432-91331-1

Prof. Herzog z anatomického ústavu tübingenskej univerzity vydal vo vydavateľstve Ferdinand Enke Verlag v Stuttgarte funkčnú anatómiu, ktorá je náčrtom plastickej anatómie pre športových pedagógov, študentov, výkonných športovcov a výtvarných umelcov. Je to pozoruhodné dielo tak v textovej, ako aj obrázkovej časti. Má tri časti. Po krátkom úvode nasleduje rozsiahla časť anatómie, kde v jednotlivých kapitolách sa autor zaoberá anatómiou jednotlivých častí tela s prihliadnutím na pohyb. Posledná tretia časť venuje pozornosť pohybovému systému ako celku pri činnosti. Sú tu zvýraznené jednotlivé telesné činnosti, športové činnosti

H. — W. DELANK
NEUROLOGIE
Neurologia
Vydal Ferdinand Enke-Verlag 1981 II. prepracované vydanie
ISBN 3-432-89912-2

V druhom vydaní vychádza vo vydavateľstve Ferd. Enke Verlag v Stuttgarte učebnica neurologie určená predovšetkým pre poslucháčov lekárske fakult. Napísal ju prof. Delank, vedúci lekár neurologickej univerzitnej kliniky v Bochume. Prvé vydanie vyšlo v roku 1978. Kniha má tri diely. V prvom sa hovorí o neurologickom

bol určený röntgenologický volumen srdca. Výsledky boli štatisticky spracované a sú uvedené v 3. kapitole tejto malej monografie, pričom dôraz sa kladie predovšetkým na echokardiografické vyšetrenie.

Ďalšie kapitoly prinášajú diskusiu a závery, ktoré hodnotia echokardiografické nálezy vo vzťahu k antropometrickým dátam, ako aj funkčným hodnotám. Príloha predstavuje tabuľkovú časť a zoznam použitých skratiek. 208 citácií literatúry poukazuje na práce, ktoré súvisia s riešenou problematikou aptorov z freiburskej lekárskej fakulty.

Dr. M. Palát, Bratislava

s príslušnými anatomicko-pohybovým základom.

Kniha je bezpochyby dobrým prehľadom funkčnej anatómie, dôležitým pre športových odborníkov. Sme však toho názoru, že aj kineziterapeuti, rehabilitační pracovníci a rehabilitační lekári tu môžu nájsť veľa cenných informácií pre stavbu pohybových programov v rehabilitačnej starostlivosti pri poruchách predovšetkým pohybového systému. Kniha je prehľadne napísaná, pekne ilustrovaná a dobre pedagogicky usporiadaná. Vecný register a zoznam použitých termínov uzatvára túto Herzogovu anatómiu venovanú telesnej stavbe pohybu.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

kom vyšetrení — má 11 podkapitol, ktoré sa zaoberajú všeobecným vyšetrením mozgových nervov, motoriky, vegetatívnej funkcie, vyšetrením psychického stavu a posledná podkapitola v krátkom prehľade uvádza nevyhnutné laboratorné pomocné vyšetrenia.

Druhý diel je venovaný neurologickým

syndrómom periférneho nervového systému, cerebrálnym syndrómom, miešnym syndrómom, otázkam neurooftalmologických syndrómov, problematike závratí a neurootologických syndrómov, ďalšie kapitoly venujú pozornosť meningeálnym syndrómom, bolesti hlavy a neuralgiám, likvorologickým, bolestivým vertebrogénnym a neuropsychologickým syndrómom. Záverečný tretí diel venuje pozornosť nozologickým jednotkám a poškodeniu nervového systému. Rozoberá jednotlivé ochorenia mozgu a jeho obalov, choroby a

3. DEUTSCH — ÖSTERREICHISCH — SCHWEIZERISCHE UNFALLTAGUNG IN WIEN. 3. — 6. OKTOBER 1979 KONGRESSBERICHT
In: *Beihfte zur Unfallheilkunde Traumatology. Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York 1980*

Garantmi vedeckej úrovne kongresu úrazových chirurgov vo Viedni v októbri 1979 boli predstaviteľia troch traumatologických spoločností. Rakúsku spoločnosť pre úrazovú chirurgiu viedol E. Trojan, západonemeckú spoločnosť H. Tcherne a švajčiarsku spoločnosť E. Baur. V úvodných referátoch uvádzali krátky prehľad vývoja úrazovej chirurgie a jej súčasnej situáciu, ako aj jej perspektívny rozvoj v štátoch, ktoré tu boli zastúpené.

Medzi hlavné odborné témy patrili porovania distálnej časti predlaktia a zápästia. Viacero referátov sa zaoberalo touto problematikou, pričom dôsledky pre liečebné postupy vychádzali z biomechanických princípov podľa typu delenia na stabilné a nestabilné formy zlomenín. Z aktívnych chir. postupov boli uvedené endofixačné metódy staršieho spôsobu osteosyntézy, ako aj skúsenosti s niektorými novšími chirurgickými metódami [využitie plombáže Palakosom u vyšších vekových a defektných fraktúr s prítomnou osteoporózou, využitie vonkajšieho fixátora pre rekonštrukciu ťažkých viacúlomkových vnútrokľbných triestivých zlomenín].

V ďalších referátoch sa rozoberali možnosti a výsledky konfekčných operačných výkonov na sidiálnom konci vretennej a laktovej kosti pri následných poúrazových deformáciách. Novšie klinické pohľady sa týkali menej obvyklých chir. postupov pri pseudoartróze os scaphoideum. Za príčinu vzniku pseudoartrózy uvádzajú príliš krátku fixáciu zlomeniny, značnú diastázu jej úlomkov a vertikálny

poškodenia periférneho nervového systému, choroby svalov, účasť nervového systému pri iných extraneurálnych ochoreniach. Predposledná subkapitola rozoberá špecifické neurologické syndrómy detského a dorastového obdobia. Všeobecná terapia neurologických chorôb ukončuje tento diel Delankovej učebnice. Vecný register tvorí záver celej publikácie, ktorá je doplnená celým radom ilustrácií a tabuliek, ktoré dokumentujú a zvýrazňujú texty jednotlivých kapitol.

Dr. M. Palát, Bratislava

typ šikmej lomnej plochy. Podľa lokalizácie je lomná plocha prítomná v strednej časti navicularky a má priečny priebeh. Operačný zákrok radia primárne u tých zlomenín, ktoré majú vertikálnu šikmú formu s diastázou úlomkov.

V prednáške R. Lachtera [Rakúsko] sa uvádzalo riešenie zlomeniny os naviculare perkutánnym použitím ťahovej skrutky. Russe z Innsbrucku predviedol film s výsledkami a metódami z palmarneho prístupu u nezrastenej zlomeniny os naviculare, a to v odstupe 3 mesiacov až 3 rokov po úraze. Zaujímavý referát k tejto problematike predniesol K. Wilhelm z Mnichova, ktorý odstránený úlomok ku pseudoartróze os naviculare nahradil interpozíciou šľachy buď z m. palmaris longus a väčšie defekty šľachou m. extensor carpi radialis brevis.

Pracovníci z Hannoveru (NSR) uviedli výsledky 49 a Alloplastiek v priebehu piatich rokov z indikačných kritérií pri pseudoartróze os naviculare.

Ďalší prednáškový cyklus sa zaoberal zvládnutím ťažkých úrazov, a to z hľadiska poskytnutia prvej pomoci, transportu a orientácie do chirurgických a špecializovaných centier. Popri známych liečebných postupoch prednášatelia vyzdvihli rozhodujúce postupy, najmä včasnú resuscitáciu dýchania, zameranú na zvládnutie hypoxie a zabezpečenie dostatočnej perfúzie pre život dôležitých orgánov. Moderná technická vybavenosť hlavne odsunových prostriedkov (autá, vrtníky atď.) s umožnením odsávania, intubácie, asisto-

vaného dýchania, zavedenie centrálne venózneho katetru pre podávanie protišokových prostriedkov, ďalej šetrná pozícia niektorých druhov otvorených zlomenín, vrátane luxačných, za účelom dekompresie mäkkých častí s následnou retenciou pomocou nafukovacích dláh a vankúšov predstavujú účinné zásahy proti prehĺbovaniu traumatického šoku.

H. Steinbereithner sa zaoberal problematikou šoku a intenzívnou terapiou. Vychádzal z definície šoku, ktoré ho označuje za syndróm viacerých systémov.

Zvlášť detailne bola prepracovaná a diskutovaná otázka ťažkých abdominálnych úrazov. Prognóza týchto poranení závisí od časového intervalu, ktorý uplynie medzi vznikom úrazu a stabilizáciou obehu, ďalej od včasného podania a množstva transfúzie krvi, od organizácie a úrovne poskytnutia chir. pomoci. Podstatnú rolu hrajú aj ďalšie faktory, napr. druh a rozsah poškodenia orgánov dutiny brušnej, pridružené poranenia, vek a ostatné rizikové faktory biologického terénu zraneného.

V ostatných častiach jednotlivých prednášok bola venovaná pozornosť experimentálnej časti traumatológie. Odzneli prednášky, ktoré sa zaoberali meraním prekrvenia skeletu za rozličných situácií.

R. J. SHEPHARD

ISCHAEMIC HEARTH DISEASE AND EXERCISE

Ischemická choroba srdca a telesné cvičenia

Vydal Croom Helm Ltd. London, 1981 ISBN 0-7099-0325-1

Prof. Shephard, riaditeľ Fakulty telesnej výchovy a športu a profesor aplikovanej fyziológie na Lekárskej fakulte Univerzity v Toronte predložil formou monografie, ktorá vyšla v londýnskom vydavateľstve Croom Helma v roku 1981, svoje dlhodobé skúsenosti v oblasti aplikácie telesných cvičení pri ischemickej chorobe srdca. V jednotlivých kapitolách (celkom 13) sa autor zaoberá patológiou ischemickej choroby srdca, jej epidemiológiou a nebezpečím cvičení. Ďalej rozoberá problematiku telesných cvičení a primárnych prevencií, telesných cvičení a sekundárnej prevencie a telesných cvičení a terciárnej prevencie pri ischemickej chorobe srdca. Potom venuje pozornosť otázkam neinvazívneho posudzovania funkcie srdca a koronárnej cirkulácie, srdcu a koronárnej cirkulácii pri cvičeniach, predpisovaniu cvičení pri ischemickej chorobe srdca.

osteogénnym pôsobením kostnej matricy, kostnej želatíny, modelom štúdia pôsobenia enzýmov a meraním pH-hodnoty v kostnom svalku, technikou mikrorádiografie kostného tkaniva, novými poznatkami v transplantácii kostnej chrupavky, metabolickými zmenami pri traumatickom šoku, problémami šokových pľúc, tukových embóliou, hemokoagulačnými a imunobiologickými zmenami pri šokových stavoch. Jedna z najzaujímavejších sérií prednášok sa dotýkala významu tzv. postraumatického kompresívneho syndrómu označeného ako compartment syndrom. Pre klinickú prax boli významné závery s doporučením včasnej fasciotomie.

Posledné časti prednášok sa venovali aplikácii metódy vonkajšieho fixátora z hľadiska vhodných indikačných kritérií pri otvorených zlomeninách a infikovaných pseudoartrózy dlhých kostí.

Záverečné prednášky sa orientovali na taktiku zameranú na možnosti reimplantácie odtrhnutých častí končatín. Reimplantácia končatín predstavuje zatiaľ v urgentnej traumatológii viaceré, z hľadiska patofyziológie pre klinické použitie nedoriešené problémy.

J. Kamenický, Bratislava

Posledné kapitoly rozoberajú otázky psychosociálnych podmienok a niektoré otázky charakterizujúce ischemickú chorobu srdca. Pozoruhodná je bibliografia, kde takmer na 100 stranách uvádza viac ako 1300 citácií. Vecný register ukončuje túto monografiu doplnenú značným počtom tabuliek, grafov a názkresov.

Shephardova monografia je bezpochyby významným prehľadom súčasných názorov na problematiku telesných cvičení a kardiovaskulárnej funkcie pri ischemickej chorobe srdca. Autor o tejto problematike prednášal aj v Bratislave v roku 1978 na medzinárodnom sympóziu. Kniha prináša celý rad experimentálnych a klinických pozorovaní a kriticky hodnotí práce v tejto oblasti z amerických, kanadských i európskych pracovísk.

Dr. M. Palát, Bratislava

MEDZINÁRODNÉ SYMPÓZIUM O PSYCHOFYZIOLOGICKÝCH RIZIKOVÝCH FAKTOROCH PRI KARDIOVASKULÁRNÝCH OCHORENIACH

V Karlových Varoch sa konalo v dňoch 7. až 11. septembra 1981 medzinárodné sympóziu o psychofyziologických rizikových faktoroch pri kardiovaskulárnych ochoreniach. Toto sympóziu usporiadala Čsl. kardiologická spoločnosť a zúčastnilo sa ho celkovo asi 170 účastníkov, pričom dve tretiny týchto účastníkov boli zo zahraničia. Základnou tematikou sympózia boli otázky psychosociálneho stresu, otázky osobnosti a špecifity zamestnania.

V rámci medzinárodného sympózia prebehlo zasadanie, ktoré sa zaoberalo problematikou emócií, emocionálnych stavov, metódami analýzy a fyziologickými korelátami týchto stavov. Toto zasadnutie organizovala CIBA — GEIGY.

Celý program medzinárodného sympózia bol rozdelený do jednotlivých sekcií, ktoré riešili formou prednášok, diskusie a posterov jednotlivé čiastkové otázky psychofyziologických rizikových faktorov, ich vplyvu na ochorenie koronárnej cirkulácie, možnosti vyšetrovania jednotlivých faktorov, predovšetkým faktorov psychofyziologického okruhu a pod.

Bezpochyby vrcholom programu celého sympózia bolo kolokvium o psychosomatických rizikových faktoroch a indikáciách pre špecifickú preventívnu terapiu, v ktorom pod vedením Rosenmana zo San Francisca a za účasti Leviho zo Štokholmu, Jenkinsa z Bostonu, Weissa z Bethesdy,

Bühlera z Baselu, Orth-Gomerovej zo Štokholmu, Mallianho z Milána, Horvátha z Prahy, Jaekela z Bazileja a Taggarta z Londýna diskutovali o všetkých otázkach stresu, osobnosti, typu osobnosti (A a B podľa Rosenmana), ďalej o otázkach vplyvu psychologických faktorov na tvorbu komorových arytmií, otázkach testingu psychofyziologickej reaktivity u osôb s koronárnym rizikom, otázkach vplyvu selektívnych betablokátorov na sociálnu interakciu u opíc a úlohe betablokátorov v prevencii osôb ohrozených koronárnou chorobou.

Do tohoto panelu boli prizvaní Feinleib z Bethesdy, Fejfar z Prahy, Giec z Katovic, Slabý z Prahy a niektorí ďalší, ktorí zasiahli do veľmi zaujímavej diskusie popredných odborníkov sveta v oblasti psychosociálneho stresu a všetkých otázok súvisiacich s vývojom koronárnej choroby srdca s prihliadnutím na otázky koronárnej osobnosti.

Medzinárodné sympóziu o psychofyziologických rizikových faktoroch pri kardiovaskulárnych ochoreniach poukázalo na závažnú problematiku modernej kardiológie, predovšetkým v oblasti patogenetických mechanizmov a v oblasti možnej a sekundárnej prevencie. Formou jednotlivých príspevkov poukázalo na súčasný stav vedomostí v tejto oblasti na popredných svetových pracoviskách.

Dr. M. Palát, Bratislava

III. CELOSLOVENSKÝ SEMINÁR O DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNĚ

Ve dnech 17. — 18. 9. 1981 byl uspořádán v rekreační chatě na Polaně III. celoslovenský seminář o dětské mozkové obrně (DMO). Pořadatelé byli: Slovenská rehabilitační společnost — komise dětské mozkové obrny, Dětská kúpeľná liečebňa v Kováčovej, Slovenská neurochi-

rurgická společnost — sekcia stereotaktickej neurochirurgie, Slovenská neurologická spoločnosť — sekcia detskej neurologie.

Odborný program byl rozdělen do tří částí: 1. První den dopoledne byly na programu praktické ukázky léčebné tě-

lesné výchovy (LTV) dětí s DMO. Ukázky předvedli pracovníci neurologického oddělení DKL Marína v Kováčové pod vedením prim. dr. Blechové a dr. Pavlíčkové. 2. Odpolední program prvního dne byl věnován problematice spasticity. Jednání řídil doc. dr. Pfeiffer. V úvodní přednášce uvedl as. dr. Lisý nejnovější neurofyzilogické poznatky a možnosti, jak těchto teoretických poznatků využít při diagnostice spasticity i perspektivy využití těchto nových zkušeností v terapii. V diskusi bylo konstatováno, že je dosud značná mezera mezi novými teoretickými poznatky a možností jejich praktického využívání. Doc. dr. Vlach rozebral ve své přednášce různé definice svalového tonusu a spasticity a ukázal, jak se vyvíjejí pohybové poruchy od novorozeneckého období, kdy je možno diagnostikovat jen poruchy svalového tonusu, až po období, kdy již vznikají vyhraněné jednotky syndromu dětské mozkové obrny. Zdůraznil přitom, že prakticky neexistují zcela čisté patologické obrazy, vždy jde do jisté míry o přimíšení jiné formy. Konstatoval, že včasnou a dobře prováděnou LTV je možno velmi účinně zlepšit až vyléčit lehčí a střední formy onemocnění, nelze však podstatně ovlivnit velmi těžká postižení. Primář dr. Rusňák pohovořil o praktických možnostech léčebného ovlivnění spasticity u dětí do třetího roku života. Uvedl přehled různých typů léčby: farmakoterapie celková, lokální, LTV, léčba prací a hrou, fyzikální léčba, komplexní léčebné péče se považuje LTV. Používají se různé metodiky — u malých dětí především metodika Vojtova a metodika manželů Bobathových, poněkud méně často metodika Roodové. Z metod fyzikální léčby nabývá na významu elektroléčba. V diskusi byl zájem o možnosti využívat akupunkturu. Metodika používání akupunktury u dětí s DMO není zatím plně vypracována. Navrhovalo se, aby byla tato otázka dána na program některé z příštích konferencí o DMO. V další přednášce probírala prim. dr. Blechová možnosti léčebného ovlivnění DMO u dětí po třetím roce života v podmínkách lázeňské léčby. Podobně jako prim. Rusňák i ona zdůraznila význam facilitačních technik v LTV. Promluvila o polohování, o fyzikální léčbě, o medikamentózní léčbě včetně lokálního ovlivnění spasticitických svalů alkoholovými obšťiky motorických

bodů. Důležité jsou i psychoterapeutické, relaxační techniky a muzikoterapie. U některých pacientů je možno využít prvky jógy. U menšího počtu dětí je nutno doplnit konzervativní léčbu léčbou chirurgickou — buď ortopedickými výkony na pohybovém aparátu, anebo stereotaktickými mozkovými operacemi. As. dr. Galanda navázal na svou přednášku na celoslovenském semináři. Promluvil o stereotaktickém ovlivnění svalového tonusu z různých etází CNS a o různém působení stimulační, aplikované v podkoří, v oblasti kmene mozku a míchy. Z klinických zkušeností vyplývá potřeba dlouhodobé stimulační, pro kterou t. č. zatím nejsou technické podmínky. V diskusi vysvětlil možnosti eventuálních vedlejších účinků operace (krvácení, infekce), které jsou vzácné. Uvedl, že nebyly nikdy pozorovány negativní změny v psychice stimulovaných pacientů, naopak mentální stav nemocných se při léčebné stimulaci zlepšoval. Prim. dr. Spiššák sdělil své mnohaleté zkušenosti s ortopedickými operacemi na pohybovém aparátu. Uvedl výsledky dotazníkové akce mezi svými bývalými operovanými pacienty s DMO, nyní již dospělými. V naprosté většině vrátených dotazníků bylo uvedeno příznivé dlouhodobé ovlivnění celkového stavu operovaných. V diskusi se probírala otázka věku operovaných, otázka indikací vzhledem k mentálnímu stavu, otázky zajištění předoperační a pooperační rehabilitační péče atd. V této souvislosti bylo konstatováno, že jsou dosud problémy protetikou péči. 3. Druhý den semináře bylo jednání, řízené prim. dr. Benkem věnováno sociální problematice dětí s DMO. Program zahájil úvodní přednáška prim. dr. Lánik, který promluvil o současném stavu a koncepci rehabilitační péče o pacienty s DMO na území SSR. Uvedl některé výsledky průzkumu péče o tyto děti, nastínil další perspektivy, zdůraznil nutnost diferenciac péče. V další přednášce promluvil prim. dr. Benko o dispenzarizaci pacientů s DMO, o možnostech zajistit těmto dětem vhodnou a včasnou léčbu, speciální výchovu a vzdělání i sociální zajištění, probral tuto problematiku v jednotlivých věkových etapách dítěte od narození až po období volby povolání. V diskusi k oběma těmto přednáškám byla vyjádřena m. j. nutnost zapojit do péče o děti především rodiče. Léčba musí být

komplexní, není možno omezovat ji jen na LTV. Je nutno zlepšit dispenzarizaci. Na celkové komplexní péči o tyto děti se v současné době podílejí celkem tři ministerstva, což nepřispívá k pružnému rozvoji této péče. Prim. dr. Palát v diskusi zdůraznil, že je nutno se zaměřit na problematiku kvality života tělesně postižených, že je nutno individualizovat a vytestovat to, co je pro daného jedince a jeho život optimální. Prim. dr. Elan a as. dr. Galanda referovali v další přednášce o výskytu DMO na Slovensku u dětí do patnácti let. Uvedli zatím dílčí údaje. O podrobnějších výsledcích této epidemiologické studie budou referovat na některé příští konferenci. Dr. Krausová mluvila o možnostech a potřebách rehabilitační péče o děti s DMO v ÚSS na Slovensku. K této přednášce se rozvinula bohatá diskuse, v níž bylo poukazováno na určité nedostatky v komplexní rehabilitační péči v těchto ústavech, způsobené do značné míry malými počty rehabilitačních pracovníků v ÚSS. Ředitel Herchl promluvil o výchovněvzdělávací péči v ÚSS, uvedl přehled typů škol v ÚSS včetně středních škol (gymnázium pro tělesně postižené v Bratislavě, střední ekonomická škola v Košicích). Doc. dr. Drobný referoval o přípravě speciálních pedagogů pro práci s dětmi postiženými DMO, uvedl stručný přehled vývoje vysokoškolského studia tohoto typu a jeho současný stav. Prim. dr. Novotný promluvil o řešení sociálních problémů dětí s DMO v ČSR, upozornil na některé nedostatky, které ještě máme na tomto poli (není dosud realizována zcela přesná evidence, neuplatňuje se v plné míře logopedická péče, jsou i určité nedostatky ve výchovněvzdělávací péči o

děti s DMO atd.). Zdůraznil nutnost věnovat se celé rodině postiženého dítěte, ale i nutnost sdělit rodičům včas objektivní prognózu choroby jejich dítěte atd.

Domnívame se, že celý seminář byl přínosem pro všechny účastníky (lékaře, rehabilitační pracovníky, psychology, speciální pedagogy atd.), kteří zde získali nové teoretické i praktické poznatky. Přednášky měly velmi dobrou úroveň a bylo by vhodné některé z nich publikovat v plném rozsahu v odborném tisku. Kladem semináře bylo i to, že bylo poměrně dost času na velmi živou diskusi. Seminář zhodnotil současnou úroveň péče o děti s DMO na území SSR a vytkl i některé perspektivní úkoly pro zlepšení péče o tyto děti (zlepšení dosud ne zcela přesné evidence dětí s DMO, důsledné provádění skutečně komplexní a včasné rehabilitační péče na všech jejích úsecích, zlepšení protetiké péče — zvláště co se týká dosažitelnosti těchto služeb a zkrácení dodacích lhůt individuálně vyráběných pomůcek a ortopedické obuvi, zlepšení komplexní rehabilitační péče v ÚSS — zvláště zlepšení LTV a léčby prací, zlepšení spolupráce s rodinou postiženého dítěte, diferenciac léčebné péče podle typu a stupně tělesného a mentálního postižení atd.).

III. celoslovenský seminář splnil svůj účel; účastníci odjžděli domů spokojeni nejen s odbornou náplní semináře, ale i s výborným organizačním zajištěním pracovníky DKL Marína v Kováčové i s krásným prostředím na Poľaně. V budoucnu by se mělo v pořádku seminářů a konferencí o DMO pokračovat.

Dr. A. Stehlík, Železnice

Dr. M. Galanda, CSc., Bratislava

MEDZINÁRODNÉ SYMPÓZIUM O TELESNÝCH CVIČENIACH A KARDIOVASKULÁRNEJ FUNKCII II.

V Bratislave sa konalo v dňoch 28. 10. — 30. 10. 1981 sympóziium s medzinárodnou účasťou, ktoré usporiadala Slovenská rehabilitačná spoločnosť a Slovenská kardiologická spoločnosť z poverenia Slovenskej lekárskej spoločnosti. Tematikou sympózia boli telesné cvičenia a krvný obeh,

podobne ako tomu bolo pred 3 rokmi, v roku 1978, keď sa konalo prvé sympóziium s touto tematikou.

Sympóziium usporiadali pri príležitosti Medzinárodného roku invalidov v spolupráci so Svetovou zdravotníckou organizáciou a Rehabilitačnou radou Svetovej

kardiologickej spoločnosti a federácie. Zúčastnilo sa ho do 200 účastníkov, zo zahraničia bola asi jedna tretina.

V úvodnej správe o telesnej aktivite a obehových funkciách v 80. rokoch nášho storočia prof. Fejfar poukázal na otázky, ktorým bude treba venovať pozornosť v nadchádzajúcej dekáde v oblasti rehabilitácie kardiovaskulárnych ochorení. Väčšmi sa bude treba zaoberať otázkami psychosociálnymi a otázkami pracovného zaradenia kardiakov, napr. po prekonanom infarkte myokardu. Druhý okruh otázok budú predstavovať otázky fyzickej a psychickej zdatnosti v priebehu celého života, t. j. od detského veku až po starobu.

Program sympózia predstavoval niekoľko tematických celkov, ktoré obsahovali celý rad prednášok a správ o danej problematike. Hovorilo sa o telesnej aktivite u hypertonikov, diskutovalo sa o otázkach kombinácie terapeuticko-rehabilitačného programu v kombinácii telesných cvičení a farmakoterapie. Druhým tematickým okruhom bola telesná aktivita pri ischemickej chorobe srdca, otázky systematických cvičení pri tomto ochorení, hodnotenie námahových testov, problematika rizikových faktorov a pod. Niektoré prednášky poukázali na psychosociálnu problematiku pri ischemickej chorobe srdca, ktorá je veľmi dôležitá z hľadiska vývoja ischemickej choroby srdca, z hľadiska kvality života po prekonanom infarkte myokardu a z hľadiska celkovej telesnej výkonnosti.

Ďalší tematický celok predstavovali práce o hodnotení srdcovej činnosti u chorých po operáciách pre vrodené či získané srdcové chyby a po revaskularizačných operáciách.

V rámci programu sympózia s medzinárodnou účasťou sa konala panelová diskusia o problematike kúpeľnej rehabilitácie chorých po infarkte myokardu.

Moderátorom bol prof. Fejfar, členmi panelu boli Bažant, Boudiš, David, Klabusa, Palát a Procházka. Diskutovalo sa o všeobecných otázkach, ktoré súvisia s druhou fázou rehabilitačného programu u pacientov po prekonanom infarkte myokardu a boli predložené vlastné skúsenosti s rehabilitáciou týchto pacientov v kúpeľoch Konst. Lázne, Poděbrady a Sliač. Panelová diskusia ukázala na niektoré skúsenosti s touto formou rehabilitácie v ČSSR a zvýraznila niektoré aspekty, ktoré budú potrebné realizovať pri modifikácii kúpeľného liečenia pacientov s infarktom myokardu. Vcelku možno povedať, že táto panelová diskusia prvýkrát v histórii ČSSR a na základe skúseností z obidvoch republik vyhodnotila súčasný príspevok kúpeľného doliečovania pre rehabilitáciu chorých s infarktom myokardu. Celkovo možno povedať, že sympózium o telesných cvičeniach a krvnom obehu II. s medzinárodnou účasťou prezentovalo súčasné názory na túto problematiku a v jednotlivých prácach prinieslo dostatok klinických a experimentálnych skúseností o jednotlivých čiastkových otázkach. Významné bolo najmä to, že po každej prednáške bola diskusia, veľmi živá a faktografická.

V rámci sympózia bola výstava posterov — pre diskusiu k posterom bol v rámci programu vyhradený určitý čas. Sympózium ukončil dr. Palát, ktorý na záver zhodnotil príspevok tohto sympózia, poukázal na niektoré významné aspekty, ktoré prinieslo, a oznámil, že budúce III. sympózium sa bude konať v Bratislave v roku 1984 a bude sa zaoberať otázkami telesných cvičení u starých ľudí, psychosociálnou problematikou kardiakov a účasťou stredných zdravotníckych pracovníkov na rehabilitačnom procese chorých s kardiovaskulárnymi chorobami.

Dr. M. Palát, Bratislava
Prof. dr. Z. Fejfar, Praha



V Štokholme sa koná v dňoch 23. — 28. mája 1982 IX. medzinárodný kongres Svetovej konfederácie fyzikálnej terapie. Blížšie informácie podáva: Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund Apelberggatan 50, 111 37 Stockholm Sweden.

Rehabilitácia

CASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

BSAH

■ EDITORIAL	
<i>M. Paldt</i> : Disabilita — súčasný záujem rehabilitačnej medicíny	1
PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODEORNÉ PRÁCE	
<i>Št. Rusňák</i> : Léčebná rehabilitace hypotonického syndromu do třetího roku života	3
<i>P. Vajda</i> : Dnešní stav konzervativní terapie hypotónií dětského věku	7
<i>G. Ondrejčáková</i> : Psychologické porovnanie mentálnych schopností u detí s DMO pred a po liečebnej stimulácii mozočka	13
■ METODICKÉ PRÍSPEVKY	
<i>O. Dianišková</i> : K problematike školskej prípravenosti detí s DMO z hľadiska psychológa	17
<i>M. Blechová, M. Pavlíčková</i> : Rehabilitácia hypotonického syndrómu vo vekovom období od 3. do 15. roku	23
■ SÚBORNÉ REFERÁTY	
<i>V. Kříž</i> : K pracovnímu uplatnění zdravotně postižených z hlediska zkušeností z léčebné rehabilitace	29
■ DOŠKOLOVANIE	
<i>I. Drobný</i> : Antropologické metody v systéme preventívneho hromadného vyšetrenia obyvateľstva pri vyhľadávaní skrytých chýb a chorôb	37
■ HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ	45 — 46
■ RECENZIE KNÍH	6, 11, 12, 16, 27, 28, 36, 43, 44, 47-56
■ SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ	61

o publikácia sa vedie v prírastku dokumentácie BioSciences Information Service of Biological Abstracts a v dokumentácii Excerpta Medica.

s publication is included in the abstracting and indexing coverage of the BioSciences Information Service of Biological Abstracts.

s journal is indexed and abstracted by Excerpta Medica.

Rehabilitácia

Časopis pre otázky liečebnej a pracovnej rehabilitácie Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave

Vydáva Vydavateľstvo OBZOR, n. p., ul. Československej armády 35, 815 85 Bratislava

Vedúci redaktor: MUDr. Miroslav Palát, CSc.
Zástupca vedúceho redaktora: MUDr. Štefan Litomerický, CSc.

Redakčná rada:

Marta Bartovicová, Marta Fanová, Bohumil Chrást, Vladimír Kříž, Vladimír Lánik, Štefan Litomerický, Miroslav Palát (predseda), Marie Večeřová

Adresa redakcie: Kramáre, Limbová ul. 8, 833 05 Bratislava

Grafická úprava: Melánia Gajdošová

Tlačia: Nitrianske tlačiarne, n. p., 949 50 Nitra, ul. R. Jašíka 26

Cena jednotlivého čísla Kčs 6,—

Rozširuje: Vydavateľstvo OBZOR, n. p., administrácia časopisov, ul. Čs. armády 35, 815 85 Bratislava

Indexné číslo: 46 190
Registračné číslo: SÚTI 10/9
Číslo vyšlo vo februári 1982

EDITORIAL

Palát, M.: Disabilita — súčasný záujem rehabilitačnej medicíny	1
Palát, M.: Rok starých ľudí	65
Palát, M.: Rehabilitácia ako disciplína a prenos informácií	129
Palát, M.: K problematike náhlých cévných mozgových príhod (NCMP)	193

ZO ZAHRANIČIA

Cook, J. B.: Rehabilitation by the medical profession	131
Gračanin, F.: Functional electrical stimulation in the treatment of idiopathic scoliosis	141

PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

Kubín, Z.: Stav pohybové aktivity starých ľudí (výsledky zdravotníckej sondy)	75
Náhoda, J.: Zvláštnosti stařeckých zlomenín	85
Ondrejčáková, G.: Psychologické porovnanie mentálnych schopností u detí s DMO pred a po liečebnej stimulácii mozočka	13
Pfeiffer, J.: Terapie vertebrogenných bolestí a pracovní neschopnost	195
Rušák, Št.: Léčebná rehabilitace hypotonického syndromu do třetího roku života	3
Šidlo, R., Vožehová, S., Novák, J., Zavadzalová, H.: Pohybová aktivita ve vyšším věku	71
Šmíd, J., Kubín, Z.: Porovnání vlivu dynamické a izometrické tělesné zátěže na vybrané hemodynamické ukazatele	149
Vajda, P.: Dnešní stav konzervativní terapie hypotónií dětského věku	7
Zaremba, V.: Prevalence chronických chorob u osob nad 80 let věku	67

METODICKÉ PRÍSPEVKY

Blechová, M., Pavlíčková, M.: Rehabilitácia hypotonického syndrómu vo vekovom období od 3. do 15. roku	23
Dianišková, O.: K problematike školskej pripravenosti detí s DMO z hľadiska psychológa	17
Feltl, M., Neumeisterová, A.: Naše zkušenosti s rehabilitací u pacientů dlouhodobě hospitalizovaných pro MB. Legg — Calvé — Perthes. I. Problematika a cíle rehabilitace u pacientů dlouhodobě hospitalizovaných pro Perthesovu chorobu	165
Gašparíková, N.: Naše zkušenosti s rehabilitací parkinsonikov na oddělení geriatric	199
Kontúrová, Ž.: Logopedická starostlivosť o deti s EMD	173
Kümpel, Q.: Mentální retardace gerontopsychiatricky nemocných	95
Lachová, M.: Organizovaná hra dospělých a jej význam z terapeutického a rehabilitačného hľadiska	107
Malý, M., Stříbrný, J., Jarošová, J., Jedličková, M.: Rehabilitačná liečba amputovaných gerontov	159
Neumeisterová, A., Feltl, M.: Naše zkušenosti s rehabilitací u pacientů dlouhodobě hospitalizovaných pro MB. Legg — Calvé — Perthes. II. Metodika rehabilitace u pacientů dlouhodobě hospitalizovaných pro Perthesovu chorobu v naší léčebně	205
Pinkasová, Z., Havránek, P.: Rehabilitace po suprakondylické zlomenině kosti pažní u dětí	217
Šimáček, I., Partl, Z.: Prstový polomer	211

Tošnerová, V., Černochová, Z.: Kritéria pro zařazení dětí do dětských denních rehabilitačních stacionářů ve Východočeském kraji 225

SÚBORNÉ REFERÁTY

Kříž, V.: K pracovnímu uplatnění zdravotně postižených z hlediska zkušeností z léčebné rehabilitace 29

DOŠKOELOVANIE

Drobný, I.: Antropologické metody v systéme preventívneho hromadného vyšetrenia obyvateľstva pri vyhľadávaní skrytých chýb a chorôb 37

Drobný, I.: Vyhľadávanie skrytých chýb a chorôb antropologickými metódami u detí a mládeže 113

Drobný, I.: Antropologické metody pri vyhľadávaní dospelých jedincov náchylných na určité choroby 179

Drobný, I.: Spôsob zisťovania a hodnotenia antropometrických charakteristík pre potreby skríningu 231

HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ

45, 120, 187

RECENZIE KNÍH

6, 11, 12, a16, 27, 28, 36, 43, 44, 47 — 56, 70, 74, 84, 90, 94, 101, 102, 106, 121 — 126, 147, 148, 158, 164, 171, 172, 177, 178, 186, 189 — 191, 203, 204, 210, 215, 216, 224, 229, 230, 238, 245 — 252.

SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ

61 16, 188, 239

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

127, 191, 253

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK XV/1982

ČÍSLO 1

EDITORIAL . . .

DISABILITA — SÚČASNÝ ZÁJEM REHABILITAČNEJ MEDICÍNY

V roku 1975 udali štatistiky, že na celom svete existuje 490 miliónov ľudí postihnutých rôznym stupňom neschopnosti či nespôsobilosti (disability), čo znamená asi 12,3 % celkovej svetovej populácie. V roku 2000 počet týchto poškodení dosiahne 846 miliónov, čo je asi 13,5 % predpokladanej svetovej populácie (1). Štatistiky ďalej uvádzajú, že v roku 1975 prakticky 3/4 týchto neschopných žili vo vývojových krajinách, v roku 2000 to bude viacej ako 4/5 (1).

Neschopnosť (disability) predstavuje podľa Svetovej zdravotníckej organizácie stav charakterizovaný znížením alebo chýbaním schopnosti vykonávať určitú činnosť bežnú pre zdravých ľudí následkom poškodenia či oslabenia (impairment) (2). Takto definovanú neschopnosť (disability) treba odlišiť od trvalého poškodenia, čiže invalidity (handicap). Tá podľa Svetovej zdravotníckej organizácie predstavuje trvalý stav postihujúci jedinca, podmienený poškodením alebo oslabením (impairment), ktorý limituje, resp. zabraňuje vykonávaniu činností charakterizujúcich normálneho jedinca s prihliadnutím na vek, pohlavie a sociálne a kultúrne faktory. Základný štruktúralno-funkčný vzťah týchto jednotlivých stanov je daný sekvenciou (1):

POŠKODENIE — OSLABENIE → NESCHOPNOSŤ — NESPÔSOBILOSŤ → TRVALÉ
POŠKODENIE — INVALIDITA
(Impairment → Disability → Handicap)

Z toho vidno, že pred nami stojí nie vynikajúca perspektíva. Sústavný vzostup osôb s dočasným či trvalým poškodením má za následok aj rad opatrení, ktoré sú určené na:

1. zabránenie stavu neschopnosti či nespôsobilosti (disability)
2. zabránenie stavu trvalého poškodenia, resp. invalidity (handicap)
3. zníženie počtu a závažnosti poškodení alebo oslabení (impairment)

Zatiaľ čo základnú otázku v boji proti vzniku poškodenia a oslabenia predstavujú predovšetkým prostriedky primárnej prevencie, základnú otázku v boji proti neschopnosti, resp. trvalému poškodeniu predstavujú prostriedky súčasnej rehabilitačnej medicíny.

Rehabilitačná medicína vo svojom modernom chápaní je tou oblasťou starostlivosti o človeka, ktorá komplexne pristupuje k riešeniu týchto problémov. Skutočnosť, že rehabilitačná medicína sa zaoberá nielen otázkami čiste lekáorskymi, ale aj otázkami psychosociálnymi, pedagogickými a profesionálnymi, svedčí o tejto komplexnosti.

Je pochopiteľné, že pri starostlivosti o pacientov s rôznym stupňom postihnutia používame najrôznejšie prostriedky slúžiace na obnovu fyzickej a pracovnej samostatnosti týchto pacientov (3). Človek neschopný či nespôsobilý vykonávať určitú činnosť vyžaduje iný rehabilitačný prístup ako človek, ktorý je trvale poškodený, invalidizovaný. Aj tu existuje určitá sekvencia rehabilitačných prostriedkov, vychádzajúcich z daného štruktúralno-funkčného stavu. Problém je vo voľbe týchto prostriedkov a v ich aplikácii v konkrétnom prípade. Zdá sa, že pre stav neschopnosti či nespôsobilosti (disability) základné opatrenia spočívajú v reedukácii postupnej funkcie či funkcií a pre stav trvalého poškodenia (handicap) základným opatrením je udržiavanie funkcie, predovšetkým s prihliadnutím na jej vitálny a spoločenský obsah. Zdá sa, že regeneračné prostriedky špecificky adaptované na tento stav môžu splniť očakávanie. Spoločným menovateľom tu iste zostáva psychosociálna problematika daného stavu. Zatiaľ čo u neschopnosti či nespôsobilosti je potrebné použiť všetky prostriedky psychosociálnej rehabilitácie k úprave psychosociálnej homeostázy, u stavov trvale poškodených tieto prostriedky psychosociálnej rehabilitácie poslúžia upevneniu tejto psychosociálnej homeostázy.

Graficky vyjadrená sekvencia použitia rehabilitačných prostriedkov u rôznych stavov teda vyzerá takto:

NESCHOPNOSŤ — NESPÔSOBILOSŤ → TRVALÉ POŠKODENIE — INVALIDITA
(Disability) (Handicap)
REEDUKAČNÉ METÓDY —————→ METÓDY REGENERAČNÉ
(ÚPRAVA PSYCHOSOCIÁLNEJ HOMEOSTÁZY) (UDRŽANIE PSYCHOSOCIÁLNEJ HOMEOSTÁZY)

Celá problematika je veľmi zložitá a konečné riešenie iste prinesie ďalšie možnosti. Platí však, že rehabilitačná medicína je bezpochyby základným odborom, ktorého záujmom je široká oblasť nespôsobilých či trvale poškodených osôb.

LITERATÚRA

1. The Economics of Disability: International Perspectives, Rehabilitation International v spolupráci s United Nations 1981.
2. Vocational Rehabilitation and the Employment of the Disabled, A. Glossary, International Labour Office Geneva 1981.
3. PALÁT, M.: Základy kardiológie, Osveta Martin, 1980.

Dr. Miroslav Palát, CSc.
Bratislava

PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

LÉČEBNÁ REHABILITACE HYPOTONICKÉHO SYNDROMU DO TŘETÍHO ROKU ŽIVOTA

ŠT. RUSŇÁK

Gottwaldova dětská léčebna pohybových poruch Luže-Košumberk
4. oddělení — neurologické
Primář: MUDr. Št. Rusňák

Souhrn: Autor se zabývá ve stručnosti centrálním hypotonickým syndromem jako vývojovým syndromem, upozorňuje na možnosti jeho dalšího vývoje. Souhrnně poukazuje na některé techniky použitelné u centrálního hypotonického syndromu známé z běžných metodik používaných při léčbě dětské mozkové obrny v raném věku (Vojta, Bobathová, Roodová).

Klíčová slova: dětská mozková obrna (DMO) — centrální hypotonický syndrom — vývojový syndrom — tonusový, posturální, pohybový vzorec (pattern) — tapping.

Je již všeobecně známo, že v kojeneckém období nebo, chcete-li z hlediska kinesiologického, v období hybnosti monokinetické a dromokinetické se setkáváme s fyziologickou hypotonií s kořenovým maximem jako projevem dozrávání struktur zodpovědných za úroveň aference. Proto také v tomto období nám jako typický příznak postižení CNS vystupuje hypotonický syndrom, tedy přesněji centrální hypotonický syndrom, abychom předem oddělili celou plejádu hypotonií od míšň lése až po svalové poruchy. Přitom je zcela evidentní, že topika lése CNS nehraje v tomto případě zásadní úlohu, o čemž nás přesvědčuje další vývoj centrálního hypotonického syndromu, který se s postupujícím zráním struktur mění v řadu jiných syndromů. Centrální hypotonický syndrom je tedy vývojovým syndromem jako typický projev poškození CNS raného období. Je jakýmsi analogem fyziologické hypotonie zdravého jedince. Centrální hypotonický syndrom nám pochopitelně do určité míry a někdy dokonce značně překračuje věk kojenecký, což souvisí s opožděným vyžíváním struktur bezprostředně zodpovědných za další motorický vývoj. Jako vývojový syndrom nám tedy většinou přechází v jiná syndromy, které pak zase prodělávají svůj vývoj.

Centrální hypotonický syndrom nám tedy přechází:

1. V syndrom spastický většinou mezi 1. až 3. rokem věku, a to většinou tak, že se postupně přidává jeden příznak za druhým, až se nám vytvoří typický obraz některé ze spastických forem DMO.
2. Dalším možným vývojovým syndromem je syndrom diskinetický, který se nám ozřejmí nejčastěji okolo prvního věku dítěte, někdy i dříve některými preatetoidními příznaky.

3. Další možností vývoje centrálního hypotonického syndromu je vývoj mozečkových příznaků od mozečkové symptomatologie sdružené s některou spastickou formou až po celou řadu obrazů lesí mozečkových, které nepatří do kategorie DMO.

4. Jindy centrální hypotonický syndrom má tendenci přetrvávat až do předškolního i vyššího věku většinou v kombinaci se značným defektem intelektu a pak stojíme buď před obrazem tzv. hypotonické formy DMO, o které můžeme tedy hovořit většinou až ve věku čtvrtém, nebo před mentální poruchou se sekundární hypotonií.

5. Dále musíme odlišit některé případy tzv. benigní vrozené hypotonie, která je poměrně stacionární a neodráží se většinou v úrovni hybnosti a psychických funkcí.

6. Konečně musíme odlišit od DMO vůbec celou řadu dětí, jejichž svalový tonus je hraničný nebo subnormní a tyto děti dosti často dostanou nálepkou DMO, které se někdy i obtížně zbavují nebo představují určité procento zázračně vyléčených dětí. Tyto děti většinou najpozději okolo druhého až třetího roku svůj svalový tonus normalisují včetně úrovně hybnosti, která do té doby může vykazovat určitou retardaci či disproporci.

Z hlediska hodnocení svalového tonusu respektive posturálního tonusu topika lése v určitém vývojovém stadiu není rozhodující. Je však rozhodující z hlediska rehabilitačního postupu. Je nesporně třeba odhadnout, kterým směrem se bude centrální hypotonický syndrom vyvíjet a podle toho cílit léčebnou rehabilitaci, či alespoň zabezpečit takový způsob rehabilitace, abychom neprovokovali patologické tonusové vzorce, a tím pochopitelně i patologické posturální a pohybové vzorce. Z tohoto pohledu se jeví jako velmi dobrá technika Vojtova, která vychází z kinesiologického pohledu na postižené dítě. Svou nízkou posturou jako základní výchozí polohou brání vytváření a rozvoji abnormního tonusového vzorce a použitím spoušťových zón, za předpokladu zachování výchozí polohy těla, se aktivuje celý lokomoční komplex ve správném pohybovém vzorci na basi správně vytvořeného tonusového vzorce. U dítěte s centrálním hypotonickým syndromem skutečně dochází k zvýšení svalového tonusu, a to ve správném vzorci. Ten je samozřejmě předpokladem pro vytvoření správného posturálního a pohybového vzorce. Z ostatních rehabilitačních technik máme dobré zkušenosti s metodikou Bobathových a částečně s technikou Roodové, kterou však dokonale prakticky neovládáme, takže z ní využíváme jen některých prvků v rehabilitaci hypotonického dítěte. V metodice Bobathových můžeme použít technik obecně použitelných u každého hypotonického dítěte a dále pak technik, kdy musíme diferencovat podle předpokládaného vývoje centrálního hypotonického syndromu. Při těchto technikách je samozřejmě nutné uvést pacienta do preventivní reflexně inhibiční polohy a sledovat vývoj svalového tonusu a korigovat jej tak, aby nedošlo k nežádoucímu rozvoji abnormního tonusového vzorce. S velkou výhodou lze tedy využít procedur, které lze souborně označit termínem *tapping*, které využívají kombinovaně proprioceptivních a taktilních stimulů. Jsou to techniky vypracované Bobathovými přímo ke zvýšení nebo udržení posturálního tonusu v případě, že je pacient příliš relaxován při reflexně inhibičním vzorci nebo je-li hypotonický, či je-li jeho tonus měnlivý. Nejznámější techniky a nejběžnější používané jsou v poloze pronáční, kdy jemným potřásáním hlavy pacienta, položené na dlaň terapeuta, zvýšíme tonus erektorů hlavy a šíje. Dále je známá technika perkuse prsty na paravertebrální a gluteální svalstvo v téže poloze, kdy tímto způsobem stimulujeme extenzi trupu. Ve všech dalších vyšších polohách využíváme techniky známé z rovno-

vážných reakcí, kdy jemnými postrky prstů dosahujeme lehkého vychýlení z rovnovážné polohy a tím facilitujeme rovnovážné reakce, ale současně nám dochází ke zvýšení posturálního tonusu. Dále je známá tzv. „pull-push“ technika kombinující obrannou extenzi HK či DK s rovnovážnou reakcí a tlakem na kloub. Nebo technika využívající tlaku dlaně nebo planty pacienta buď proti podložce, nebo terapeutovi dlaně. Konečně pak vlastní původní tappingová technika používaná k izolovanému zvýšení svalového tonusu některých svalových skupin, kdy rychlým poklepem na část končetiny měníme délku svalu, a tak proprioceptivní stimulací zvýšíme svalový tonus příslušné svalové skupiny. Této techniky se využívá spíše u spastických dětí, kdy takto zvyšujeme tonus antagonistů spastických svalů. Na tyto techniky pak nasedá vlastní facilitace vzpřimovacích a rovnovážných reakcí a obranných extensí s kontrolou v klíčových bodech. Při tom využíváme i válců, velkých míčů a pod. Přitom je samozřejmě nezbytný permanentní kinesiologický rozbor s přihlédnutím k předpokládanému dalšímu vývoji centrálního hypotonického syndromu. Jinak budeme tedy rehabilitovat dítě prespastické a jinak preatetoidní. Z dalších technik Bobathových stojí za zmínku využití jednoduchých forem percepčně-motorického učení nejčastěji formou hry, kdy pohyb je iniciován exteroceptory avšak řízen proprioceptivní zpětnou vazbou.

Z technik Roodové u hypotonického dítěte využíváme v počáteční fázi především taktilní stimulace, v další fázi pak obzvláště v tzv. „pivot prone position“ (česky „kolébka“) přidáváme proprioceptivní stimuly jako tlak, odpor, natažení atp. Např. tlak na klouby krční páteře přes temeno hlavy při současném tlaku na hrudní extensory facilituje vzpřímení šíje a hrudníku atd.

Závěrem lze říci, že s hypotonickým dítětem, které může být prespastické či preatetoidní, musíme zacházet velmi opatrně, vyžaduje specifickou péči, potřebuje značné množství stimulů a přitom musí terapeut pečlivě sledovat odpovědi na tyto stimuly tak, aby nedošlo ke zkratu k abnormním reflexním vzorcům.

Adresa autora: Št. R., Gottwaldova dětská léčebna pohybových poruch,
538 54 Luže — Košumberk

Шт. Русняк
ЛЕЧЕБНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ГИПОТОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА
ДО 3 ЛЕТ ЖИЗНИ

Резюме

Автор вкратце занимается центральным гипотоническим синдромом как эволюционным синдромом, обращает внимание на возможности дальнейшего его развития. В общих чертах он показывает некоторые приемы, применяемые при центральном гипотоническом синдроме, общеизвестные из методик, применяемых при лечении детского церебрального паралича в раннем возрасте (Войта, Бобаты, Руд).

Št. Rusňák
REHABILITATION THERAPY OF HYPOTONIC SYNDROME UP TO THE
AGE OF THREE

Summary

The author describes briefly the central hypotonic syndrome as a syndrome of development, indicating possibilities of its further progress. Mentioned are techniques

applicable in the central hypotonic syndrome known from current methods applied in the treatment of cerebral palsy in early childhood (Vojta, Bobathová, Roodová).

Št. Rusňák

REHABILITATIONSBEHANDLUNG DES HYPOTONIE-SYNDROMS BIS ZUM 3. LEBENSJAHR

Zusammenfassung

Der Autor gibt eine kurze Darstellung des zentralen Hypotonie-Syndroms als eines Entwicklungssyndroms und zeigt Möglichkeiten seiner Weiterentwicklung auf. Dann erläutert er zusammenfassend einige aus den gebräuchlichen, bei der Behandlung von Kinderlähmung im frühen Kindesalter angewandten Methodiken bekannte Techniken, die auch beim zentralen Hypotonie-Syndrom genutzt werden können (nach Vojta, den Bobaths, Rood).

Št. Rusňák

LA RÉADAPTATION MÉDICALE DU SYNDROME HYPOTONIQUE JUSQU'À L'ÂGE DE 3 ANS

Résumé

L'auteur s'occupe brièvement du syndrome hypotonique central comme d'un syndrome en développement et attire l'attention sur la possibilité de son évolution future. Il traite en résumé certaines techniques applicables lors du syndrome hypotonique central connues dans les méthodes courantes appliquées dans la thérapie de la méningite cérébro-spinale dans l'âge enfantin (Vojta, Bobathová, Roodová).

K. KNAUTH, B. REINERS, R. HUHN

PHYSIOTHERAPEUTISCHES REZEPTIERBUCH

Fyzioterapeutický receptár

3. novoprepracované a rozšírené vydanie

Vydal VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1981

V treťom vydaní, ktoré je vydaním prepracovaným a rozšíreným, vychádza v nakladateľstve Volk und Gesundheit v Berlíne receptár z oblasti fyzioterapeutických procedúr. Autormi tohto receptáru sú vedúca fyzioterapeutička Lekárskej akadémie v Drážďanoch Katarína Knauthová a 2 lekárky dr. Reinersová a dr. Huhnová z Kraj. ústavu nár. zdravia v Drážďanoch. O potrebnosti tejto knihy v širokej fyzioterapeutickej praxi nikto nepochybuje. Kniha má niekoľko kapitol, z ktorých najvýznamnejšie sú dve — jedna z nich hovorí o metodikách fyzioterapie a druhá o rehabilitačnom, resp. fyzioterapeutickom programe pri jednotlivých ochoreniach. Publikácia je ďalej doplnená prehľadnými

obrázkami, dokumentujúcimi reflexné zóny pre rôzne systémy ľudského organizmu, schémami jednotlivých bodov pri použití elektrického dráždenia pri poruchách periférnych nervov a pod. Zoznam fyzioterapeutických metód a zoznam diagnóz na záver knihy umožňujú rýchlu orientáciu v tejto drobnej knižke, obsahovo veľmi dôležitej pre širokú fyzioterapeutickú prax. Knihu vrele doporučujeme pre každé rehabilitačné oddelenie, pretože je informujúca a každý, kto prakticky pracuje v oblasti fyzikálnej medicíny a rehabilitácie, nájde tu dostatok potrebných informácií pre svoju profesionálnu činnosť.

Dr. M. Palát, Bratislava

DNEŠNÝ STAV KONZERVATÍVNEJ TERAPIE HYPOTÓNII DETSKÉHO VEKU

P. VAJDA

Neurologické oddelenie Detskej fakultnej nemocnice v Bratislave
Vedúci: MUDr. J. Benko

Súhrn: V práci autor zhrňuje doterajšie možnosti medikamentózne liečby hypotónii detského veku. Je zdôraznená hlavne včasná diagnostika a zatriedenie hypotónii detského veku. Podľa autora je okrem medikamentózne liečby veľmi dôležité včasné zahájenie rehabilitačnej liečby a vyriešenie sociálno-pedagogických problémov detí s hypotonickým syndrómom.

Kľúčové slová: svalové hypotónie — konzervatívna liečba — príčiny hypotónie — klasifikácia hypotonických syndrómov.

Generalizovaná svalová hypotónia v detskom veku a hlavne v dojčenskom veku predstavuje závažný diagnostický, terapeutický a prognostický problém. Etiopatogenéza svalovej hypotónie je rôznorodá a kým sa nepoznali rôzne typy hypotónie, boli klasifikované pod názvom amyotónia congenita Oppenheim. Snahy o rozčlenenie a triedenie infantilných hypotónii často viedli k chaosu a ten istý názov sa užíval pre rôzne klinické jednotky. Pokrok k diferenciálnej diagnostike urobili hlavne moderné paraklinické vyšetrovacie metódy, hlavne elektromyografia a svalová biopsia. Tak sa vyčlenili skupiny kongenitálnych myopatií, u ktorých kritériom je histologický nález. Pri diagnostike hypotonického syndrómu ako tonusovej poruchy zisťujeme, či ide o syndróm svalovej hypotónie, syndróm spinálny alebo periférny, syndróm mozočkový alebo extrapyramídový. Zásadne neurologicky môže byť hypotónia myogénna alebo neurogénna. Pre správnu diagnózu jednotlivých klinických foriem hypotónii je potrebné kompletne vyšetrenie krvi, vrátane enzýmov, elektromyografia, rýchlosť vedenia periférnych nervov, bioptické vyšetrenia svalov, snímky lebky a chrbtice. Ďalej v diagnostike nám slúži rada fenoménov ako príznak šálu, pásovca, handrovej bábiky, žabie brucho, uvoľnenie lopatiek, slabosť šijových svalov, hyperabdukcia v bedrovom kĺbe, pendlujúci charakter šlachových reflexov a kyfóza v sede.

Dôležitým príznakom je znížená svalová rezistencia na pohmat. Hypotonický syndróm je vývojovou fázou dojčenského veku, z ktorého sa môžu neskôr vyvinúť syndrómy spastické, mozočkový, alebo diskinetický. Vo veku 2 až 12 mesiacov býva svalová hypotónia v ohraničených areách, po druhom roku začína elektívne lokalizovaná slabosť. Asi v 1/3 až 1/2 prípadov sa mení centrálny hypotonický syndróm na mozočkový, a to najčastejšie medzi 2 až 3 rokom. Ak svalová hypotónia pretrváva po troch rokoch, takmer vždy ide spolu

s mentálnym defektom hlbšieho stupňa. V školskom veku svalová hypotónia sa postupne stráca, ak pretrváva aj po desiatom roku, tak nejde o benígnu svalovú hypotóniu.

Liečba hypotonického syndrómu v detskom veku musí byť komplexná a zahŕňa v sebe liečbu medikamentóznou, fyzikálno-rehabilitačnú, kúpeľnú, sociálno-pedagogickú a ortopedickú. Treba však všetko úsilie zamerať hlavne na prevenciu, a to zvýšenou starostlivosťou o gravidnú ženu, rizikové farchavosti a podobne. Pri liečbe hypotonického syndrómu v detskom veku sa riadime formou hypotónie a jej etiológiou.

V medikamentóznej liečbe svalovej hypotónie v detskom veku sa užívajú hlavne:

1. Roborancia — vitamíny zo skupiny B, hlavne vitamín B₁₂, E vitamín.
2. Sedatíva (Radepur, Diazepam) pri nepokojných deťoch. Na diskinezy Haloperidol ako antagonistu dopamínu alebo sa podávajú agonisty GABA (Convulvex, kyselina glutamová ako prekursor GABA spolu s vitamínom B₆ ako kofermentom.

Tabuľka 1. Príčiny hypotónii detského veku

- | | |
|--|---|
| I. myogénne | a) svalová dystrofia |
| | b) neprogresívne kongenitálne myopatie |
| | c) dystrofické myotonie |
| | d) polymyositídy |
| | e) glykogenézy |
| II. neuromuskulárne spojenie | a) myasthenia gravis |
| | b) hypokalémia, hyperkalémia |
| | c) hyperkalcémia |
| | d) hypermagnezémia |
| III. periférne nervy | a) polyneuritída |
| | b) traumatické lézie periférnych nervov |
| | c) leukodystrofia Greenfield a Krabbe |
| IV. miecha | a) kongenitálne afekcie predných rohov |
| | b) hereditárne afekcie predných rohov |
| | c) myelitis |
| | d) traumy miechy |
| | e) malformácie miechy |
| V. mozog | a) nezrelosť |
| | b) pôrodné traumy |
| | c) jadrový icterus |
| | d) hypoglykémia |
| | e) toxoinfekčné encefalopatie |
| VI. kongenitálna benígna svalová hypotónia | |
| VII. rôzne | a) hypothyreóza |
| | b) mongolizmus |
| | c) osteogenezis imperfecta |
| | d) rachitis |
| | e) syndróm Willi-Prader |
| | f) syndróm Ehlers-Danlos |
| | g) vitium cordis congenitum |

Tabuľka 2. Klasifikácia hypotonických syndrómov dojčenského veku (podľa Dubowitz)

- | |
|---|
| I. Paralytické hypotónie združené so slabosťou (periférne) |
| 1. Spinálne svalové atrofie |
| a) spinálna svalová atrofia Werdnig-Hoffman |
| b) benígna varianta (Kugelberg-Welander) |
| 2. Kongenitálne myopatie |
| a) štrukturálne |
| b) metabolické |
| 3. Ďalšie neuromuskulárne choroby |
| a) svalové dystrofie |
| b) kongenitálne svalové dystrofie |
| c) myotonické dystrofie |
| d) myasthenia gravis |
| e) periodická paralýza |
| f) polymyositis |
| g) periférne neuropatie |
| II. Neparalytické hypotónie bez výraznej slabosti |
| 1. Choroby centrálného nervového systému |
| a) nešpecifická mentálna porucha |
| b) hypotonická forma detskej mozgovej obrny, atetózis, ataxia |
| c) metabolické poruchy |
| d) mongolizmus |
| e) pôrodné traumy |
| III. Ďalšie hypotónie |
| a) syndróm Willi-Prader |
| b) porucha spojivového tkaniva |
| c) hypotónie pri metabolických, nutričných a endokrinných poruchách |
| d) hypotónie pri akútnych chorobách |
| e) hypotónie pri kongenitálnych srdcových chybách |
| f) benígna kongenitálna hypotónia |

3. Budivé aminy: v staršom veku je to Centedrin, ktorý je účinnejší ako Lucidril. Encefabol zvyšuje oxidačné pochody v gangliovej bunke.
 4. ATP injekcie — adenosín trifosfát, má okrem vazodilatačného účinku aj efekt v intermediárnom metabolizme, hlavne v glykogenolýze. Je zdrojom energie pre svalovú kontrakciu, hrá úlohu pri syntéze acetylcholínu, pri fosforilácii tiamínu, riboflavínu a nikotínamidu.
 5. Laevadozín je rezervovaný predovšetkým pre svalové dystrofie. Je to zmes svalových kofermentov, ktoré predstavujú substitučnú terapiu. Zvyšuje koncentráciu adenosín trifosfátu v postihnutom svalе.
 6. Preparáty zo skupiny prostigmínu (Kylamín, Mestimon) sa podávajú u myastenických syndrómov ako substitučná liečba. U starších detí je možné zahájiť imunosupresívnu liečbu. Prognóza myastenických syndrómov v detskom veku je dobrá.
 7. Hormonálna liečba je rezervovaná pre autoimúnne ochorenia svalov alebo periférnych nervov vo forme injekčnej alebo perorálnej. Užívajú sa kortikoidy. Podávanie thyreoglobulínu je indikované pri defektnej činnosti štítnej žľazy.
- V liečbe myopatie Duchen sa začali podávať hydantoináty, pričom terapeutické snahy vychádzajú z etiopatogenetických poznatkov, že primárna po-

rucha je v úrovni membrány svalového vlákna. Mala by sa dosiahnuť stabilizácia funkčného stavu membrány. Na ovplyvnenie ataxie u mozočkovej formy detskej mozgovej obrny sa skúša podávanie Cholin-chlorátu (tbl), lebo sa zistila hypofunkcia aktívnych cholinergných látok pri tejto obrne.

U spinálnych amyotrofií ako symptomatická liečba sa podáva Quanidín (fy Gerot). Ide o preparát facilitujúci výdaj acetylcholínu v presynaptických zakončeníach.

Fyzikálno-rehabilitačná a kúpeľná liečba bude zhodnotená v ďalších prednáškach, chceme len upozorniť na to, že je potrebné rehabilitačnú liečbu zahájiť čo najskôr. Ortopedické pomôcky na zlepšenie stability tela sú dobrým pomocníkom v liečbe hypotónií, ich vyhodnotenie však trvá veľmi dlhý čas. Vyriešenie sociálnych problémov a problémov školských by malo byť už samozrejmosťou.

Z á v e r

Rozobrali sa možnosti konzervatívnej liečby svalových hypotónií detského veku, hlavne zo stránky medikamentózne. Sme si vedomí toho, že ešte máme rezervy v liečbe a hlavne v diferenciálnej diagnostike a zatriedení hypotónií detského veku.

LITERATÚRA

1. LESNÝ, I., a kol.: Dětská neurologie. Avicenum, Zdrav. nakladatelství Praha, 1980, 397 str.
2. VAJDA, P.: Kongenitálne myopatie. Referát na seminári I. neurologickej kliniky Bratislava, október 1979.
3. VLACH, V.: Vybrané kapitoly kojenecké neurologie. Avicenum, Zdrav. nakladatelství, Praha, 1979, 239 str.

Adresa autora: P. V., Neurol. odd. DFN, Bratislava

П. Вайда
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ
ГИПОТОНИЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Р е з ю м е

Автор в работе собирает сегодняшние возможности медикаментозного лечения гипотоний детского возраста. Подчеркивается главным образом своевременность диагностики и классификации гипотоний детского возраста. По мнению автора кроме медикаментозного лечения очень важно своевременно начать с восстановительной терапией и решать социально-педагогические проблемы детей с гипотоническим синдромом.

P. Vajda
TODATE STATE OF CONSERVATIVE THERAPY OF HYPOTONY IN
CHILDHOOD

Summary

The author summarizes his paper the present possibilities of medicamentous treatment of hypotony in childhood. Mainly emphasized is an early diagnosis and classifi-

cation of hypotony in children. According to the author is early rehabilitation therapy, next to medicamentous treatment, of great importance, as well as the management of socially pedagogic problems in children with hypotonic syndrome.

P. Vajda
DER HEUTIGE STAND DER KONSERVATIVEN THERAPIE VON
HYPOTONIEN IM KINDESALTER

Zusammenfassung

Der Autor faßt in dieser Schrift die bislang bekannten Möglichkeiten der medikamentösen Therapie von Hypotonien im Kindesalter zusammen. Herausgestrichen wird vor allem die Notwendigkeit einer frühzeitigen Diagnostik und Klassifikation der Hypotonien im Kindesalter. Nach Ansicht des Autors ist es sehr wichtig, daß neben der medikamentösen Behandlung auch die Rehabilitationsbehandlung frühzeitig einsetzt und daß die sozial pädagogischen Probleme der Kinder mit Hypotonie-Syndrom einer Lösung zugeführt werden.

P. Vajda
L'ÉTAT ACTUEL DE LA THÉRAPIE CONSERVATIVE DE L'HYPOTONIE
DANS L'ÂGE ENFANTIN

Résumé

Dans son article l'auteur résume les possibilités actuelles de traitement médicamenteux de l'hypotonie dans l'âge enfantin. Est souligné, tout d'abord, le diagnostic opportun et la classification de l'hypotonie de l'âge enfantin. A part le traitement médicamenteux, un facteur très important la réadaptation médicale opportune ainsi que la solution des problèmes sociaux-pédagogiques des enfants affectés de syndrome hypotonique, sont aussi selon l'auteur, des facteurs très importants.

H. COTTIER
PATHOGENESE. 2 BÄNDE

Patogenéza, 2 zväzky

Vydal Springer Verlag Berlin Heidelberg New York 1980

ISBN 3-540-09215-3

Rozsiahla dvojzväzková Cottierova „Patogenéza“ predstavuje súčasný vrchol v tejto oblasti, pripravený do tlače prof. Cottierom z Patologického ústavu bernskej univerzity, vydaný berlínskym vydavateľstvom Springer Verlag. Kniha je určená pre ďalšie vzdelávanie lekárov a skladá sa z dvoch zväzkov. V prvom zväzku sú rozobrané problémy genetiky bunecnej patológie, problematika väziva, regenerácie, otázky neoplazie a chýb, poruchy vývoja, neuroendokrinný systém, krv, krvný obeh a metabolizmus. Druhý zväzok venuje pozornosť otázkam imunity, zápalom, reparácii, poraneniam, účinku žiarenia, problematike toxikológie, infek-

cií, parazitológie a gerontológie. Celé dieľo má vcelku 15 častí a dodatok. Vecný register ukončuje formálne toto monumentálne dielo, na ktorého vypracovaní sa zúčastnil celý rad ďalších odborníkov a špecialistov rôznych medicínskych odborov.

Cottierova publikácia je určená pre doškolenie lekárov. Tento cieľ určuje aj spracovanie a rozsah jednotlivých kapitol a podkapitol tak, aby každá medicínska oblasť z hľadiska spracovania predstavovala určitý, nielen odborný, ale aj pedagogický celok. Je tu uvedený celý rad detailov, ktoré poslúžia predovšetkým pre porozumenie vzťahov diskutovaných prob-

PSYCHOLOGICKÉ POROVNANIE MENTÁLNYCH SCHOPNOSTÍ U DETÍ S DMO PRED A PO LIEČEBNEJ STIMULÁCIÍ MOZOČKA

G. ONDREJČÁKOVÁ

Neurochirurgická klinika LFUK, Bratislava
Vedúci: Prof. MUDr. P. Nádvorník, DrSc.

Súhrn: Predložená práca sa zameriava na neuropsychologické sledovanie a psychofyziologické hodnotenie dlhodobej liečebnej stimulácie mozogka u detí s rôznym stupňom psychomotorického poškodenia. Zníženie svalového napätia sa priaznivo odrazilo v ďalšom psychickom vývine, čo sa prejavilo predovšetkým zvýšením motivácie, zlepšením schopnosti koncentrácie, učenia, skvalitnením verbálnej komunikácie i celkovej sociability detí.

Kľúčové slová: liečebná stimulácia mozogka — psychomotorické poškodenie — psychický vývin — sociabilita detí.

Základnou požiadavkou u detí postihnutých DMO je, aby sa ich život čo najväčšmi priblížil životu ostatných detí. Normálny vývoj motoriky umožňuje dieťaťu aktívne zaobštrávanie nových podnetov, túto aktivitu aj priamo podnecuje, a tým je od neho do značnej miery závislý aj vývoj poznávacích schopností jedinca. Preto dieťa s motorickým defektom, odkázané väčšinou len na statické prostredie okolo svojho lôžka, najväčšmi trpí nedostatkom zmyslových podnetov, a preto u nich spĺňa základná vývojová požiadavka, aby z registra zmyslových podnetov žiadny nechýbal, aby príslušné oblasti mozgu boli dráždené vo vhodnom vývojovom období. Silným obmedzením prívodu podnetov u dieťaťa aj normálne disponovaného sa môže jeho ďalší vývoj stlmiť, disharmonizovať.

Pozorovali sme skupinu detí od 4 do 10 rokov s rôznym stupňom psychomotorického poškodenia, ktoré podstúpili dlhodobú liečebnú stimuláciu jadier mozogka na ovplyvnenie ich motorického defektu. Častým anamnestickým údajom bol predčasný alebo komplikovaný pôrod, nízka pôrodná hmotnosť, nezrelosť. Zaostávanie sa postihlo väčšinou medzi tretím až piatym mesiacom života. Intelektový rozptyl chorých bol od priemeru až po hrubé mentálne poškodenie — imbecilitu, idiociu. Okrem jedného u všetkých chorých bola pridružená porucha reči, a to od sťaženej artikulácie, až po značný výskyt alálie. V dvoch prípadoch sa vyskytla porucha zraku (tupozrakosť vyššieho stupňa, výrazný konvergentný strabizmus), jedno dieťa malo poruchu sluchu.

Pri snahe o čo najjemnejšiu analýzu celkového stavu našich chorých dostali sme sa k otázke hodnotenia ich prítomných funkcií, ako aj základných chýbajúcich rudimentov

lémov. Celý rad prehľadných tabuliek, ilustrácií, grafov a obrázkov dopĺňa text tejto jedinečnej „učebnice“ patogenézy, ktorá je skutočne ojedinelým dielom v oblasti medicíny. Každá kapitola na záver prináša ďalšiu literatúru, ktorá poukazuje na ďalšie čiastkové problémy. Ak pozeráme na Cottierovu knihu z celkového pohľadu, musíme konštatovať, že je výrazom veľkých skúseností prof. Cottiera z jeho dlhoročnej medicínskej práce. Predstavuje synoptický pohľad na jednotlivé problémy a dopĺňa vlastne základné učebnice, ktoré prinášajú iba základný štruktúrny pohľad na príslušnú oblasť. Ilustrácie samotné sú výrazom pedagogického myslenia autora, pretože grafickým spôsobom zvyrazňujú logický myšlienkový pochod pri danom probléme. Je veľmi ťažko detailne rozoberať jednotlivé kapitoly, oblasti, či problémy. Možno konštatovať, že sú uvedené na súčasný stav poznatkov a

aj spracovanie týchto čiastkových otázok je urobené vynikajúcim spôsobom. Prednosťou knihy je bezpochyby to, že v mnohých kapitolách sú uvedené príklady z praktickej medicíny, takže informácie môžu čerpať nielen teoretici a klinickí pracovníci, ale aj lekári v praxi. Je obdivuhodné, akým spôsobom sa podarilo Cottierovi pripraviť dielo, ktoré je tak z hľadiska formy, ako aj obsahu novinkou. Vyčerpávajúcym spôsobom autor predkladá poznatky patológie, patofyziológie, patobiochémie a patogenetiky. Je to proste jedinečné dielo.

Aj keď rozsahom kniha prof. Cottiera kladie značné nároky na každého, kto ju bude študovať, možno konštatovať, že tento rozsah dovolil autorovi realizovať moderný pohľad na súčasnú klinickú medicínu a predložiť didakticky dobrú synopsisu súčasných informácií a vedomostí.

Dr. M. Palát, Bratislava

C. BURRI, A. RÜTER VERLETZUNGEN DER WIRBELSAULE. HEFTE ZUR UNFALLHEILKUNDE, 149.

Poranění páteře. Soubor prací symposia
Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1981

Od 14. do 16. února 1980 se konalo na zámku Reisenburg třinácté pracovní traumatologické symposium na počest 70. narozenin prof. Hanse Willeneggera a jemu je také pro zásluhy o traumatologii a rekonstrukční chirurgii tato publikace věnována.

Počet 47 odborníků z oblasti chirurgie, ortopedie a traumatologie se zabýval patofysiologií, diagnostikou, terapií a rehabilitací i prognosou poranění páteře. Z jednání vyplynulo, že na celém světě je relativně jen málo klinik, které by se systematicky věnovaly operačnímu léčení páteře. Z operací převažují operační výkony pro vrozené vady a vadná držení, dále pak traumatologické indikace. Příspěvky autorů ukazují, že aktivní postup a operace spolu s časným komplexním doléčením rehabilitací vedou ke zkrácení doby hospitalizace a dobrým léčebným výsledkům.

Chirurgie páteře vyžaduje týmové práce. Chirurg musí systematicky sledovat tuto obtížnou problematiku, kde se vys-

kytují bohužel četné pooperační komplikace. Předpokladem úspěšné práce je technické propracování a zvládnutí operačních přístupů k jednotlivým úsekům páteře a vybavení dokonalým instrumentáři. Týmová práce spočívá v pečlivém výběru operační skupiny a její dokonalé erudice, dále spolupráci s anesteziologickou a resuscitační skupinou.

Kniha má tyto kapitoly: patofyziologii a diagnostiku, zlomeniny a luxace krční páteře, zlomeniny a luxace v oblasti hrudní a bederné páteře. Dále zlomeniny sakra, transversální leze míšni a patologické zlomeniny. Poslední oddíl se zabývá následky poranění krční páteře.

V této knize jsou dále obsaženy diskusní příspěvky k dané tematice a každý oddíl je ukončen autory Burrim a Rüterem se závěry a doporučeními. Kniha je dobrým pomocníkem traumatologům, kteří v ní najdou cenná doporučení a mohou čerpat ze zkušeností významných autorů.

Dr. Zdeněk Harnach, CSc., Brno

k hľadaniu úrovni hodnotenia, porovnávanía. Vychádzajúc z Pavlovovho psychofyziologického prístupu zamerali sme sa na stupeň vybavenia jedinca základnými nepodmiernenými reflexmi, na schopnosť ich rozširovania formou učenia v ďalšom vývoji vzhľadom na trojstupňové vertikálne usporiadanie mozgových štruktúr. Vzhľadom na veľkú vnútornú členitosť skupiny, na rečové i jazykové problémy, zvolili sme za základnú metódu klinické pozorovanie doplnené neuropsychologickými vyšetrovacími metódami, zameranými na primárnu analýzu, diferenciaciu, hodnotenie, pamäť.

V predoperačnom sledovaní bol u všetkých chorých prítomný ako základný orientačno-pátrací reflex, aj keď motivácia nebola rovnakého stupňa. K prijímaniu podnetov využívali predovšetkým zrak a sluch, ďalej hmat obmedzený výraznou spasticitou horných končatín. Prvosignálne obranné mechanizmy na priamy podnet sme pozorovali u všetkých detí, avšak ich podmienené vypracovanie už čiastočne viazlo v závislosti od psychiatrického vyzretia jedincov. Všeobecne prítomný je aj obživný reflex. Na príjem či chýbanie potravy chorí živo reagovali či už slovné, mimikou alebo gestikuláciou, aj keď sú časté problémy s prijímaním tuhej stravy, keď spôsob spracovania je možný iba jazykom. Výrazné interindividuálne rozdiely sa ukázali pri schopnosti udržiavať osobnú hygienu. Svoju rolu tu zohrala aj obmedzenosť až nemožnosť komunikácie, ale napriek tomu efektívnosť tohto tréningu sa prejavila len u 1/4 nami sledovaných chorých. Poukazuje to na čiastočné poškodenie už elementárnej pamäti vo vytváraní stereotypov na najnižšej, hypotalamickej úrovni. U väčšiny chorých bolo prítomné, aj keď niekedy v náznakoch, polárne hodnotenie, kvalifikovateľné ako emočný prejav tejto vývojovo najstaršej úrovne. Z vývoju vyššej — limbickej úrovne bola prítomná telereceptorová diferenciacia, pohybovo podmienené hodnotenie. Pri prítomnej základnej výbave majú chorí práve v tejto úrovni nevyčerateľné rezervy, handicapované defektom motoriky, na ktorých sa dá ďalej budovať a zapájať do činnosti kôrové mechanizmy.

Po zavedení chronických elektród boli chorí priemerne 6 týždňov liečebne stimulovaní. Pri hodnotení efektu stimulácie na psychiku sme oproti operátorom a rehabilitátorom v určitej časovej nevýhode, pretože uvoľnenie spasticity a následné zlepšenie motoriky chorých je skôr postihnuteľné a kvantifikovateľné, kým celkový dopad na psychiku je pozvoľnejší, vyžadujúci dlhodobé longitudinalne sledovanie každého jednotlivého prípadu. Diagnostickým aj terapeutickým vodidlom nám bola aj snaha chorých, pretože ukazuje na ich vnútornú disponovanosť a motivovanosť prijímať podnety, a to aj z tej oblasti, v ktorej je podnetový prívod v dôsledku defektu obmedzený. Ako sme mali možnosť doteraz pozorovať u našich chorých, uvoľnenie motoriky veľmi kladne ovplyvnilo ich celkovú motiváciu, snahu o rozšírenie poznatkov. Zlepšila sa schopnosť koncentrácie pravdepodobnou vyššou diferenciaciou vonkajšieho i vnútorného útlmu, čo sa odzrkadlilo v rozšírení kapacity pamäti, učení. Aj keď bol psychický pokrok u detí s hrubším mentálnym poškodením krátko po stimulácii postihnuteľný a do istej miery kvantifikovateľný, nemožno hovoriť o jeho plynulosti, pretože po dosiahnutí určitej hladiny prestával byť efekt aj napriek intenzívnej starostlivosti badateľný.

Iný obraz vidíme u detí, ktoré vo svojom vývoji dosiahli vyšší stupeň, sú schopné aktívne reagovať na vonkajšiu motiváciu. Ich hodnotenie dosiahlo tú úroveň, že sú schopné prežiť a precítiť radosť z pohybu. Napr. 4-ročné, mentálne zachovalé dieťa so značnou intelektovou rezervou dáva jednak hlasným smiechom najavo radosť z nového zážitku — prvého kráčania, jednak o tom hovorí každému prichodiacemu a samé pri voľnom rozprávaní rýchlo obohacuje svoj slovník o pojmy súvisiace s touto novou dominantou.

Zníženie svalového napätia má ďalej veľký význam najmä pre rehabilitáciu reči, ktorej primeraný rozvoj má pre ďalší psychický rast dieťa mimoriadny význam, lebo všetky psychické procesy nadobúdajú pri spoluúčasti reči vyššiu úroveň.

U všetkých pozorovaných detí došlo k zlepšeniu stravovania, a tým aj celkového fyzického stavu detí. Najbadateľnejšie to bolo u dvoch detí, prijímanie potravy bolo predtým priam traumatizujúcim zážitkom a bolo aktívne odmietané, po stimulácii došlo k úplnému prehodnoteniu tejto činnosti a bola začlenená medzi kladné prežívania.

Postihnuteľná zmena je aj v hrovej činnosti detí, pretože okrem nepodmiernených reflexných hier, predovšetkým experimentálnych, rozširuje sa škála hier senzomotorických, zväčšuje možnosť napodobovania.

Z psychofyziologického hľadiska je stimulačnou terapiou a následným zlepšením motoriky postupne uvádzaná do činnosti masa vyšších nervových štruktúr, ktorej funkčný rozvoj bol týmto handicapom doposiaľ stigmatizovaný. Aj keď doterajší súbor sledovaných chorých je pomerne malý a rôznorodý a časový odstup pre komplexnejšie závery relatívne krátky, považujeme stimulačnú terapiu za veľký prínos a pomoc pre psychomotorický rozvoj takto postihnutých detí.

Adresa autora: G. O., Neurochir. klinika LFUK, Limbova 3,
809 46 Bratislava

Г. Ондрейчакова
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ УМСТВЕННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ДЕТЕЙ С ДЦП ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕБНОЙ СТИМУЛЯЦИИ МОЗЖЕЧКА

Резюме

Предлагаемая работа ориентируется на нейро-психологическое исследование и психофизиологическую оценку длительной лечебной стимуляции мозжечка у детей с разной степенью психомоторного повреждения. Понижение мышечного напряжения благоприятно отразилось на дальнейшем психическом развитии, что сказалось прежде всего на повышении мотивации, улучшении способности к концентрации, обучению, на улучшении словесной коммуникации и на общей социальности детей.

G. Ondrejčáková
A PSYCHOLOGICAL COMPARISON OF MENTAL CAPABILITY IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY BEFORE AND AFTER THERAPEUTICAL STIMULATION OF THE CEREBELLUM

Summary

The presented paper is devoted to the investigation and psychophysiological evaluation of long-term therapeutical stimulation of the cerebellum in children with various grades of psychomotoric impairment. The decrease of muscle tension was favourably reflected on further psychic development manifested particularly by increased motivation, improvement of the capability of concentration, learning, a better quality of verbal communication and general sociability of the children.

G. Ondrejčáková

PSYCHOLOGISCHER VERGLEICH DER MENTALEN FÄHIGKEITEN VON KINDERN MIT ZEREBRALER KINDERLÄHMUNG VOR UND NACH THERAPEUTISCHER STIMULIERUNG DES KLEINHIRNS

Zusammenfassung

Die vorliegende Schrift bringt die Darstellung einer neuropsychologischen Beobachtung und einer psychophysiologischen Wertung langfristiger therapeutischer Stimulierung des Kleinhirns bei Kindern mit psychomotorischen Schäden verschiedenen Grades. Die Verringerung der Muskelspannung hat die weitere psychische Entwicklung günstig beeinflusst, was vor allem in Form erhöhter Motivation, verbesserter Konzentrationsfähigkeit, besseren Lernens, besserer Qualität der verbalen Kommunikation sowie der allgemeinen Soziabilität der Kinder zum Ausdruck kam.

G. Ondrejčáková

LA COMPARAISON PSYCHOLOGIQUE DES FACULTÉS MENTALES CHEZ LES ENFANTS AFFECTÉS DE MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE AVANT ET APRÈS LA STIMULATION MÉDICALE DU CERVELET

Résumé

L'article présenté est orienté sur le contrôle neuropsychologique et l'évaluation psychophysiologique d'une stimulation médicale à long terme du cervelet chez les enfants affectés de troubles psychomoteurs de degré différent. La réduction de la tension musculaire s'est reflétée favorablement dans le développement suivant psychique ce qui s'est manifesté, tout d'abord, par la motivation supérieure, la faculté améliorée de la concentration, de l'enseignement, l'amélioration de la communication verbale et de la sociabilité générale des enfants.

BIOKLIMATOLOGICKÝ SLOVNÍK TERMINOLOGICKÝ A EXPLIKATIVNÝ

Vydalo nakladatelství Academia Praha 1980

V nakladatelstve Academia Praha vyšiel v roku 1980 „Bioklimatologický slovník terminologický a explikativní“, ktorý v redakcii Vlad. Krečmera spracovala slovníková komisia Čsl. bioklimatologickej spoločnosti pri Čsl. akademii vied. Po úvodnej kapitole, v ktorej sa venuje pozornosť otázke bioklimatológie a jej významu, je vložená drobná kapitola, ktorá vysvetľuje, akým spôsobom možno užívať tento bioklimatologický slovník. Po zozname autorov hesiel je zaradená rozsiahla heslová časť slovníka, za ktorou nasleduje drobná kapitolka, ktorá venuje pozornosť výkladu niektorých merných jedno-

tiel, používaných v slovníku a platných pre všeobecnú prax. Menný register ukončuje túto publikáciu.

Bioklimatologický slovník je veľmi cennou príručkou pre každého, kto sa zaoberá otázkami klimatológie, bioklimatológie a problémami, ktoré súvisia s touto vednou oblasťou. Heslá sú spracované jasne a zrozumiteľne a vysvetľujú krátkym spôsobom meritum. Treba uvítať vydanie tohto slovníka, ktorý pomôže iste v širokej praxi všetkým, ktorí či po stránke vedeckej alebo praktickej sa stretávajú s problematikou bioklimatológie.

Dr. M. Palát, Bratislava

METODICKÉ PRÍSPEVKY

K PROBLEMATIKE ŠKOLSKEJ PRIPRAVENOSTI DEŤÍ S DMO Z HĽADISKA PSYCHOLÓGA

O. DIANIŠKOVÁ

Čsl. štátne kúpele Kováčová
Ved. lekár: MUDr. A. Štrba

Súhrn: V príspevku sme sa zaoberali otázkou školskej pripravenosti detí s DMO z pohľadu psychológa. Z nášho sledovania vyplýva, že deti s DMO sú znevýhodnené oproti zdravej detskej populácii v oblasti intelektových schopností, rečových charakteristik, vizuomotorickej koordinácie i v sociálnej a emocionálnej sfére.

Až 29 % detí z nášho súboru bolo nezrelých na zaradenie do základnej, respektívne osobitnej školy na začiatku školopovinného veku.

Pre nedostatočný počet informácií o školskom prospechu detí z našej vzorky nemožno zovšeobecňovať získané výsledky (12 detí bolo v škole úspešných a 3 deti neuspeli), jednako však poukazujú na dôležitosť psychologického vyšetrenia školskej zrelosti centrálne poškodeného dieťaťa pred nástupom do školy.

Za účelom zlepšenia úrovne školskej pripravenosti by sme chceli zdôrazniť potrebu zriaďovať špeciálne diferencované triedy dennej MŠ, kde my mohli byť umiestnené všetky deti s poškodením CNS aspoň rok pred zaškolením.

Kľúčové slová: deti s DMO — školská pripravenosť — špeciálne diferencované triedy.

Vstup do školy je dôležitým medzníkom každého dieťaťa a aby bol úspešný, je potrebné, aby dieťa dosiahlo určitú vývinovú úroveň v telesnej, rozumovej, sociálnej a emocionálnej oblasti.

Podľa Jiráskaa (in Švancara, 1974) sa v rozumovej zložke vyžaduje diferencované vnímanie, úmyselná koncentrácia pozornosti, analytické myslenie, racionálny prístup ku skutočnosti, logické zapamätávanie, záujem o zamestnanie s cieľom, primeraný rečový vývin, rozvinutie jemnej motoriky ruky, vizuomotorická koordinácia.

K znakom citovej zložky školskej zrelosti patrí dosiahnutie relatívne lepšej emocionálnej stability a využitie citovej kapacity pri motivovaní školského zamestnania. Sociálnu zrelosť pre školu charakterizuje ako schopnosť dieťaťa prijať úlohu školáka. Dieťa dokáže podriadiť svoj záujem sociálnej situácii, rešpektuje pravidlá spoločnej činnosti a pociťuje uspokojenie zo svojho uplatnenia.

Vojáček (1980) uvádza, že pre 10 až 20 % detí je vstup do školy spojený s rizikom čiastočného, či úplného neúspechu.

O to problematickejšia je situácia u detí centrálne poškodených. Buchar (in Stehlík, 1977) uvádza, že asi polovica detí s DMO má nejakú zníženú rozumovú schopnosť,

časté sú poruchy reči, deti majú ťažkosti vo vizuomotorickej koordinácii, v schopnosti koncentrácie, v emocionálnej i sociálnej oblasti.

Preto je veľmi dôležité pred nástupom do školy zisťovať úroveň školskej pripravenosti týchto detí a odporučiť im najoptimálnejší typ školského zariadenia.

Šandera (in Stehlík, 1977) upozorňuje na to, že množstvo postihnutých detí vyzrieva neskoršie. Navrhuje, že je vhodnejšie počkať, až bude dieťa lepšie pripravené na školské požiadavky a bude mať väčšiu nádej na úspech. No zároveň poukazuje na to, že zbytočne oneskorený nástup do školy v 8 alebo 9 rokoch je rovnako nebezpečný ako nástup predčasný.

Z toho vyplýva základná požiadavka, aby sa vstup dieťaťa do školy zladil s jeho optimálnou zrelosťou pre školu. Problematika školskej pripravenosti vyžaduje spoluprácu lekárov, psychológov a pedagógov a cieľom by malo byť čo najadekvátnejšie zaradenie dieťaťa vzhľadom na jeho možnosti a požiadavky, ktoré od neho vyžaduje škola.

V našom príspevku sme sa zamerali na zaistenie školskej pripravenosti detí s DMO. Sledovali sme ich rozumovú vyspelosť, úroveň rečového vývinu, vizuomotorickú koordináciu, sociálnu prispôsobivosť, citové charakteristiky.

Na základe získaných výsledkov sme odporúčali deťom primeraný druh školského zariadenia. Vhodnosť nášho odporúčania sme porovnávali so školským prospechom v hlavných predmetoch na konci prvej triedy.

Charakteristika súboru

Výskum sme uskutočnili s deťmi liečenými na Neurologickom oddelení DKL Marína v Kováčovej v rokoch 1978 — 1980. Do nášho súboru sme vybrali 62 detí, 34 chlapcov a 28 dievčat, ktoré spĺňali tieto požiadavky:

1. Hlavná diagnóza DMO.

2. Vek — všetky deti k 1. septembru príslušného roku dosiahli 6 rokov. Priemerný vek v čase vyšetrenia bol 6 rokov a 5 mesiacov, vekové rozpätie od 5,8 do 8,3 roka.

3. Všetky deti boli vzdelávateľné v základnej alebo osobitnej škole.

Z nášho súboru pred umiestnením v kúpeľnej liečebni 34 detí (54,8 %) navštevovalo dennú MŠ, doma bolo 28 detí (45,2 %), v ÚSS nebolo umiestnené ani jedno dieťa.

Tento súbor nemôžeme pokladať za dostatočne reprezentatívny, pretože je ovplyvnený indikačnými kritériami pre našu liečebňu.

Tabuľka 1. Zastúpenie foriem DMO v súbore

Forma DMO	počet detí	%
diparetická forma	14	22,6
hemiparetická forma	19	30,6
kvadruparetická forma	11	17,7
hypotonická forma	8	12,9
dyskinetická forma	4	6,4
cerebellárny syndróm	6	9,8
spolu	62	100,0

Výsledky

a) úroveň intelektových schopností

Rozloženie intelektových schopností podľa PDW a T-M sa pohybovalo od nadpriemeru až k ťažkej debilite. Priemerný IQ pre celú skupinu je 85, teda podpriemerný.

Tabuľka 2. Intelektová úroveň pri jednotlivých formách DMO

Intelek. úr.	nadpriem.		priemer		podpriem.		inferior.		debilita	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Diparet. f.	1	7,1	9	64,3	1	7,1	2	14,4	1	7,1
hemipar. f.	1	5,3	9	47,4	3	15,8	5	26,3	1	5,2
kvadrupar. f.	—	—	3	27,2	1	9,1	2	18,2	5	45,5
hypoton. f.	1	12,5	1	12,5	1	12,5	1	12,5	4	50,0
dyskin. f.	1	25,0	2	50,0	1	25,0	—	—	—	—
cerebell. s.	1	16,7	3	50,0	—	—	—	—	2	33,3
spolu	5	8,1	27	43,6			10	16,1	13	20,9

Tabuľka 2 nám podáva úroveň intelektových schopností detí nášho súboru. Do pásma nadpriemeru sa zaradilo 8,1 % detí, v oblasti priemeru sa nachádza 43,6 % detí, podpriemerných je 11,3 % detí, mentálna úroveň v hraničnom pásme sa vyskytuje u 16,1 % a u 20,9 % detí bola zistená MR v pásme debility.

V zhode s literárnymi údajmi (Švancara, 1974) aj v našom súbore najlepšie intelektové výkony dosiahli deti s diparetickou formou DMO, kde sa nadpriemerná a priemerná intelektová úroveň nachádza v 71,4 % a deti s dyskinetickou formou DMO, kde nadpriemerné a priemerné intelektové schopnosti boli zistené u 75 % p. o.

Najnižšiu intelektovú úroveň sme zaznamenali u hypotonickej formy DMO, kde je len 25 % detí s priemerným IQ a u kvadruparetickej formy, pri ktorej sa vyskytuje 27,2 % detí s priemernými rozumovými schopnosťami.

b) rečové charakteristiky

Podľa logopedického vyšetrenia poruchy reči boli diagnostikované u 75 % detí — dyslália u 64,5 %, dysartria u 6,5 %, alália u 1,6 % a balbuties u 1,6 % detí.

Lechta (1979) uvádza, že v prvých ročníkoch našich základných škôl sa vyskytuje okolo 45 % chybne hovoriacich detí.

Úroveň slovnej zásoby je u detí s DMO tiež obmedzená. Skúsenosti detí sú malé, vytvorené pojmy nedostatočne vyčísľované, deti väčšinou čerpajú vedomosti z knižiek. Rozsah slovnej zásoby sme zisťovali Kondášovou OSS.

Tabuľka 3 udáva úroveň slovnej zásoby u detí z nášho súboru.

Tabuľka 3. Obsahová stránka reči

slovná zásoba	počet detí	%
nadpriemerná	2	3,2
priemerná	17	27,4
podpriemerná	27	43,6
defektná	16	25,8
spolu	62	100,0

Pri vylúčení 13 jedincov s MR v pásme debility sú výsledky takéto: nadpriemerný a priemerný slovník má 38,7 % detí, podpriemerný 55,1 % a defektný 6,2 % detí. Môžeme pozorovať, že aj keď sme mentálne retardované deti vylúčili zo súboru, výkony detí majú tendenciu smerovať k podpriemerným výsledkom, čiže väčšina detí z nášho súboru má problémy v reči, v jej formálnej aj obsahovej stránke.

c) vizuomotorická koordinácia

Na základe analýzy výkonov v kresebnom teste Goodenoughovej sme dospeli k týmto výsledkom: kresba postavy u detí z nášho súboru zodpovedá veku priemerného 4,6-ročného dieťaťa. Nadpriemernú a priemernú úroveň grafického prejavu sme zistili u 26 detí (42 %), podpriemernú u 17 (27,4 %) a defektnú u 19 (30,6 %) detí.

Pri vyčlenení 13 mentálne retardovaných detí v pásme debility kresba postavy dosahuje vekovú úroveň 5 rokov a 2 mesiace.

Z výsledkov vyplýva, že deti s DMO sú pri vstupe do školy oneskorené i vo vývine vizuomotorickej koordinácie, na ktorú škola kladie veľké nároky.

d) sociálna a emocionálna zrelosť

Emocionálnu a sociálnu zrelosť dieťaťa pre školu sme posudzovali podľa jeho správania v každodenných situáciách v MŠ, na oddelení, na rehabilitácii. Podľa nášho pozorovania by sme iba 33 % detí označili ako citovo i sociálne zrelé pre zaškolenie, 40 % detí má určité problémy v týchto charakteristikách a 27 % detí bolo emocionálne i sociálne nezrelých pre zaradenie do školy.

Na základe psychologického vyšetrenia sme navrhli:

odklad školskej dochádzky	18 deťom	29 %
základnú školu	25 deťom	40,3 %
základnú školu pre telesne postihnutých	10 deťom	16,2 %
základnú školu pre rečovo chybných	2 deťom	3,2 %
osobitnú školu	7 deťom	11,3 %

Dotazníkom pre rodičov sme chceli získať spätné informácie týkajúce sa jednak realizácie našich odporúčaní, jednak školskej úspešnosti zaradených detí, a tam aj prognostickú hodnotu našich odporúčaní.

V súhlase s našimi návrhmi bolo zaškolených 39 zo 62 sledovaných detí, nehoda sa vyskytla v 7 prípadoch a od 16 detí nemáme informácie. Údaje o školskom prospechu na konci prvej triedy z hlavných predmetov — matematiky, slovenského jazyka — sme získali od 15 detí, z toho 3 detí (20 %)

neprospeli a úspešných bolo 12 detí (80 %), pričom z nich prospelo 7 s výborným prospechom, 4 s priemerným a 1 dieťa s podpriemerným prospechom.

LITERATÚRA

1. BENKO, J., a kol.: Problémy socializácie cerebrálne poškodených detí, Bratislava 1976.
2. LECHTA, V.: Ako predchádzať poruchám reči. Zdravotnícke aktuality, Bratislava 1979.
3. LESNÝ, I., a kol.: Dětská neurologie. Avicenum, Praha 1980.
4. PARDEL, T., a kol.: Psychologické otázky základného vzdelávania. SPN, Bratislava 1971.
5. STEHLÍK, A., a kol.: Dítě s mozkovou obrnou v rodině. Avicenum, Praha 1977.
6. ŠVANCARA, J., a kol.: Diagnostika psychického vývoje. Avicenum, Praha 1974.
7. VOJÁČEK, M., a kol.: Psychické handicap a výuková rizika nastupujících školáků. Psychologia a patopsychologia dieťaťa, 1980, č. 4, s. 321 — 332.

Adresa autorky: O. D., Leninova 29, 960 01 Zvolen

О. Дианишкова

К ПРОБЛЕМАТИКЕ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ К ОБУЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ДЦП С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПСИХОЛОГА

Резюме

В статье мы занимались вопросами подготовленности к обучению детей с ДЦП с точки зрения психолога. Из наших наблюдений вытекает, что дети с ДЦП оказываются в невыгодном положении по сравнению со здоровым детским народонаселением в области умственных способностей, речевых характеристик, визуомоторной координации, а также в социальной и эмоциональной областях.

Вплоть до 29 % детей нашего набора было незрелых для поступления в общеобразовательную или вспомогательную школу в начале школьного возраста.

Из-за недостаточных сведений об успеваемости детей нашего набора полученные результаты нельзя обобщать (12 детей в школе были удачными, трое неудачными), однако они показывают важность психологического исследования подготовленности к обучению центрально нарушенного ребенка перед поступлением в школу.

С целью улучшения уровня подготовленности к обучению нам хочется подчеркнуть необходимость учреждения специальных дифференцированных классов дневного детского сада, где было бы возможно поместить всех детей с нарушением ЦНС, по крайней мере за год до поступления в школу.

O. Dianišková

THE PROBLEM OF PREPAREDNESS FOR SCHOOL ATTENDANCE IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY FROM THE POINT OF VIEW OF THE PSYCHOLOGIST

Summary

The paper investigates the question of preparedness for school attendance in children with cerebral palsy from the point of view of the psychologist. Our investigations show that children with cerebral palsy are in the disadvantage compared with the healthy population of children in the field of intellectual capacity, verbal characteristics, visuamotoric coordination, and also in the social and emotional sphere.

Twenty nine per cent of the children of our group were immature for basic school or even special schools at the beginning of school age.

Due to the lack of the amount of information about the progress at school of the children of group it is impossible to generalize the gained results (12 children progressed well and three did not), but they show the importance of psychological testing of maturity for school in the centrally impaired child before entering school.

In order to improve preparedness for school we would like to emphasize the need

to establish specially differentiated classes of nursery schools were all children with impairments of the central nervous system could be admitted one year before school attendance.

O. Dianišková

ZUR PROBLEMATIK DER VORBEREITUNG VON KINDERN MIT ZEREBRALER KINDERLÄHMUNG FÜR DEN SCHULBESUCH AUS DER SICHT DES PSYCHOLOGEN

Zusammenfassung

In Beitrag wird die Frage der Vorbereitung von Kinderne mit zerebraler Kinderlähmung für den Schulbesuch aus der Sicht des Psychologen behandelt. Die Beobachtungen zeigen, daß Kinder mit zerebraler Kinderlähmung im Vergleich zur gesunden Kinderpopulation im Bereich der intellektuellen Fähigkeiten, der sprachlichen Charakteristika, der visuomotorischen Koordination sowie in der sozialen und emotionalen Sphäre benachteiligt sind.

Ganze 29 % des untersuchten Patientengutes waren zu Beginn des Schulpflichtalters nicht reif genug, um in die Grundschule oder die Sonderschule aufgenommen zu werden.

Infolge einer zu niedrigen Anzahl von Informationen über den schulischen Fortgang der Kinder des untersuchten Patientenguts können die erhaltenen Ergebnisse nicht verallgemeinert werden (12 Kinder waren in der Schule erfolgreich, 3 Kinder kamen nicht mit), trotzdem bezeugen sie eine große Bedeutung der psychologischen Untersuchung der Schulreife jedes zentralgeschädigten Kindes vor dem Schuleintritt.

Im Interesse der Hebung des Niveaus der Vorbereitung von Kindern mit zerebraler Kinderlähmung auf den Schulbesuch wird die Notwendigkeit unterstrichen, für solche Kinder spezielle differenzierte Klassen in ganztägigen Kindergärten einzurichten, in denen alle Kinder mit geschädigtem zentralen Nervensystem zumindest für ein Jahr vor dem Schulbesuch untergebracht werden könnten.

O. Dianišková

A LA PROBLÉMATIQUE DE PRÉPARATION SCOLAIRE DES ENFANTS AFFECTÉS DE MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE DU POINT DE VUE DU PSYCHOLOGUE

Notre article traite la question de la préparation scolaire des enfants affectés de méningite cérébro-spinale du point de vue du psychologue. Notre contrôle témoigne que les enfants affectés de méningite cérébro-spinale sont désavantagés par rapport à la population enfantine en bonne santé dans la sphère des facultés intellectuelles, des caractères de la parole (du langage), de la coordination motrice visuelle et la sphère sociale et émotionnelle.

Jusqu' à 29 % de notre groupe n' avaient pas les facultés intellectuelles nécessaires pour être incorporer dans l' enseignement primaire ou le cas échéant dans une école particulière au début de l' âge scolaire obligatoire.

Vu le manque d' informations sur le rendement scolaire des enfants poursuivis, on ne peut généraliser les résultats obtenus (12 enfants avaient un rendement scolaire satisfaisant et 3 enfants ne furent pas à même de poursuivre l' enseignement). Elles démontrent cependant l' importance de l' examen psychologique des aptitudes à l' instruction de l' enfant affecté avant sa rentrée en classe.

Dans le but d' améliorer le niveau de la préparation scolaire, nous tenons à souligner la nécessité de constituer des classes spécialement différenciées de l' Ecole maternelle qui permettraient la rentrée de tous les enfants affectés de troubles du système nerveux central, une année au moins avant le début de l' enseignement.

REHABILITÁCIA HYPOTONICKÉHO SYNDRÓMU VO VEKOVOM OBDOBÍ OD 3. DO 15. ROKU

M. BLECHOVÁ, M. PAVLIČKOVÁ

Čs. štátne kúpele Kováčová
Ved. lekár: MUDr. A. Štrba

Súhrn: V príspevku sme sa pokúsili načrtnúť náš postoj k rehabilitačnej starostlivosti o deti s hypotonickým syndrómom po 3. roku života. Hypotonický syndróm je semiologickou diagnózou. V príspevku sa poukazuje na diferentné rehabilitačné prístupy k dlhodobému hypotonickému syndrómu podľa topiky lézie a vzhľadom na vekový faktor. Zdôrazňuje sa nutnosť komplexnej starostlivosti u tzv. kombinovaných postihnutí, význam rehabilitácie výchovnej a sociálnej u centrálné hypotonického syndrómu, ktorý sa často spája s mentálnou retardáciou.

Kľúčové slová: hypotonický syndróm — rehabilitačná starostlivosť — topika lézie — vekový faktor — mentálna retardácia.

Infatilný hypotonický syndróm je najvýraznejším syndrómom ranného detstva, po 3. roku a v dospelosti sa vyskytuje zriedkavejšie. Diagnóza hypotonický syndróm je semiologická, nie etiologická. Stanovujeme ju na základe nižšej svalovej konzistencie, zvýšenej pasivity, vyššej svalovej extenzibility; u menších detí príznakom šálovým, príznakom pásovca a kružítka (8, 11). Výpočet etiologických faktorov hypotonických svalov u detí by bol príliš rozsiahly. Našou úlohou je však zaujať rehabilitačné stanovisko k dlhodobému vývojovému hypotonickému syndrómu, ktorý vznikol v rannom období dieťaťa (do 2. roku veku) a v ďalšom období pretrváva, či už s tendenciou k regresii alebo progresii.

Vývojový hypotonický syndróm je podkladom lézie cerebrálnej, cerebellárnej, spinálnej i myopatickej (8). Toto simplifikované klinické delenie má svoje opodstatnenie aj v rehabilitačnej praxi po 3. roku života, pretože metodický prístup je rozdielny.

S cerebrálnym hypotonickým syndrómom sa najčastejšie stretáme ako s hypotonickou formou DMO. Tu v dlhodobom rehabilitačnom pláne platia známe zákonitosti DMO liečby: skorý začiatok terapie, individuálny prístup, komplexnosť terapie podmienená spolupracou viacerých odborov. Kým v nižších vekových skupinách takto postihnutých detí sa rehabilitačné záujmy sústreďujú predovšetkým na reedukáciu hybnosti, s pribúdajúcim vekom školopovinných detí prevažuje v rehabilitácii okruh záujmov výchovne-vzdelávacích a už po 10. roku je potrebné do komplexnej rehabilitácii zaradiť sociálnu zložku.

U ťažko pohyblivých až imobilných detí sa teda v predškolskom veku sústreďujeme na výcvik lokomočných schopností, na maximálne zlepšenie pohybového stavu dieťaťa. Vychádzame z vývojového kineziologického rozboru, úrovne duševných schopností, stupňa vývoja reči a prípadných iných defektov. Používame metódy, ktoré facilitujú aktivitu predovšetkým axiálneho sval-

stva trupu, koreňa končatín cez aferenciu exteroceptívnu, vestibulárnu, propioceptívnu, zrakovú aj sluchovú. Vzorom nám je vývoj vzpriamovania a rovnovážnych reakcií zdravého jedinca. V rehabilitačnom pláne nepridržiame sa len jednej metódy, lebo žiadnu nemôžeme označiť za ideálnu a univerzálnu. Používame prvky predovšetkým z metódy Bobathovej, ale aj Kabátovej a Vojtovej metódy reflexného plazenia, ktoré indikujeme veľmi individuálne a v závislosti od reakčnej schopnosti dieťaťa. Pred liečebnou telesnou výchovou je možné s výhodou aplikovať všetky formy stimulačnej fyzikálnej terapie, ako klasickú ručnú masáž, vírivý kúpeľ, podvodnú masáž, elektrostimulačné procedúry. Integrovanou súčasťou rehabilitácie v predškolskom veku je reedukácia reči k navodeniu medziľudskej komunikácie, ktorú riadi logopéd. Systematické ciele rozvíjanie duševných schopností postihnutého dieťaťa zaisťuje v ústavných podmienkach materská škôlka v úzkej spolupráci so zdravotníckym personálom a psychológom. Vhodnou terapiou je tu muzikoterapia, kde dominujú psychofyzicky aktivujúce prvky, ktoré vyvolávajú konkrétne, bezprostredne pohybové reakcie so špecifickým dopadom na psychiku centrálne postihnutého dieťaťa. Aj liečba hrou a nácvik sebaobsluhy má veľký význam v rehabilitácii centrálne hypotonického syndrómu, tak často kombinovaného s mentálnou retardáciou.

Citlivo adekvátne sa zaradí centrálne postihnutý jedinec s hypotonickým syndrómom do výchovno-vzdelávacieho procesu, ktorý má byť v popredí komplexnej rehabilitačnej starostlivosti. Kontinuálna liečebná telesná výchova za účelom udržania dosiahnutého stavu pohyblivosti, zlepšenia obratnosti a prevencie sekundárnych následkov je v školskom období ľahkého až ťažkého hypotonického syndrómu veľmi opodstatnená. Kineziologickým rozborom aj ľahkých hypotónií, a teda zdanlivo už pohybove zdravých detí zistíme jednak hrubú a jemnú neobratnosť, prekvapivo zníženú svalovú silu osového svalstva tela, čo vedie k chybnému držaniu tela, k rozvoju patologických hybných vzorov a k rôznym deformitám na pohybovom aparáte. Každé kondičné cvičenie týchto detí nie je indiferentné, ale musí byť cielene zamerané na oslabenie fázické svalové skupiny trupu a až v ďalšej časovej fáze nastúpi nácvik hrubej a jemnej obratnosti končatín.

Po 10. roku života by mala pristúpiť k pohybovej a výchovno-vzdelávacej rehabilitácii ešte zložka sociálna, pretože na konci všetkého doterajšieho snaženia má byť spoločenská integrácia pacienta v širokom zmysle slova. Po 10. roku by sa malo každé dieťa s hypotonickým syndrómom, zvlášť kde sa kombinuje s mentálnou retardáciou, komplexne ohodnotiť a na liečbe pracovať programovo zacieliť na povolanie alebo aspoň na pestovanie individuálnych špeciálnych záujmov, liečebného športu, navodenie určitých spoločenských vzťahov, v ťažkých prípadoch viesť k osamostatneniu aspoň v sebaobsluhe.

Rehabilitačný prístup k hypotonickému syndrómu cerebellárneho (v rámci syndrómu DMO) sa v princípe nelíši od spomínaného chápania. V LTV sústreďujeme sa na propioceptívnu facilitáciu svalstva trupu, na nácvik quadrupedálnej alebo bipedálnej lokomócie v určitej stope, výcvik obranných reakcií a rovnováhy v sede aj v stoji, rýchleho vstávania a líhania. Len v ďalšej časovej fáze pristupujeme k cieľovým alternujúcim pohybom končatín, k nácviku jemných pohybov ruky a jemných kvalít citlivosti.

Progredujúce cerebellárne syndrómy, ako napr. sy Luis-Baarovej, sa nám

liečebnou rehabilitáciou v ústavných podmienkach nepodarilo pozitívne ovplyvniť, naopak: pozorovali sme rýchlu progresiu, a preto považujeme za vhodnejšiu domácu rehabilitáciu po zaškolení matky.

Podobne rehabilitácia hypotonického syndrómu spinálneho, ktorého typickým predstaviteľom je amyotónia Werdnig-Hoffmannova, sa neosvedčuje v ústavných podmienkach. Stav týchto detí so sklonom k respiračným afekciám je nozokomiálnymi infekciami v našich podmienkach značne ohrozený. Aj tu považujeme za vhodnejšie polohovanie a analytické cvičenie v domácom prostredí a ústavné riešenie len ako krátkodobú nevyhnutnú sociálnu výpomoc rodine.

Pomerne úspešná je liečebná rehabilitácia u hypotonického syndrómu myopatického s relatívne pomalou progresiou. Cieľom tu je preventívnym polohovaním zabrániť deformitám a udržovať čo najdlhšie lokomočné schopnosti. Intenzita rehabilitačného programu je závislá od subjektívneho a objektívneho stavu pacienta, biochemických hodnôt zmien EKG a EMG. Veľmi starostlivo a individuálne zostavujeme program dňa a dôzujeme liečebnú telesnú výchovu analytickou metódou, klasickú masáž a stimulačné vodoliečebné procedúry.

LITERATÚRA

1. CLAYES, J.: Ataxia hypotonia among cerebral palsy children. Rehabilitácia. Supplementum 15 — 15, 1977, s. 117.
2. GINOTT, H. G.: Group psychotherapy with children the theory and practice of play-therapy. Mc Graw-Hill, New York 1961.
3. GÖLLNITZ, G., SCHULZ-WULF, G.: Rhythmisch-psychomotorische Musiktherapie. VEB G. Fischer, Jena 1973.
4. JAMES, E., Jan., ROBINSON, G. C., SCOTT, E., KINNIS, C.: Hypotonia in the Blind Child. Develop. Med. Child Neurol. 1975, 17, 35 — 40.
5. Kolektív autorov: Mentálna retardácia. I. celoslovenský seminár o mentálnej retardácii. Martin 1971.
6. Kolektív autorov: III. konferencia o mentálnej retardácii. Martin 1979.
7. Kolektív autorov: III. rd Prague International Symposium of Child Neurology. Acta Universitatis Carolinae medica, Praha 1977.
8. LESNÝ, I., a kol.: Dětská neurologie. Avicenum, Praha 1980.
9. LESNÝ, I., a kol.: Obecná vývojová neurologie. Avicenum, Praha 1972.
10. LESNÝ, I.: Mozečková oněmocnění dětského věku. Avicenum, Praha 1976.
11. LESNÝ, I., a kol.: Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa. Avicenum, Praha 1972.
12. LESNÝ, I., a kol.: Neurologické vyšetření u oligofrenní populace. Čs. Neurol. Neurochir., 42/75, 1979, č. 1, s. 24 — 29.
13. MOTYČKA, M., KRŠIAK, J.: Facilitace rovnovážných reakcí u dětí s mozkovou obrnou. Rehabilitácia 4, 1966, s. 151 — 159.
14. PFEIFFER, J., a kol.: Facilitační metody v léčebné rehabilitaci. Avicenum, Praha 1976.
15. ŠTOVIČEK, Z., ŠÍP, M.: Hypotonický syndrom z neobvyklých příčin. Čs. Pediat., 35, 1980, č. 1, 22 — 23.
16. VLACH, V.: Vybrané kapitoly kojenecké neurologie. Avicenum, Praha 1979.
17. VOJTA, V.: Das Reflexkriechen und seine Bedeutung für Kinder heilkunde 104, 1968, s. 319 — 330.
18. WALD, I.: Rehabilitácia mentálne retardovaného. Čs. Psychiat. 74, 1978, č. 5, s. 249 — 255.

Adresa autorov: M. B., nám. SNP 1935, 960 01 Zvolen

M. Блехова, М. Павличкова
РЕАБИЛИТАЦИЯ ГИПОТОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ВОЗРАСТНОМ ПЕРИОДЕ ОТ 3 ДО 15 ЛЕТ

Резюме

В статье мы попытались наметить наш взгляд на лечебную реабилитацию детей с гипотоническим синдромом после третьего года жизни. Гипотонический синдром представляет семиологический диагноз. В статье указываются дифференциальные подходы реабилитации к длительному гипотоническому синдрому согласно топике повреждения и с учетом фактора возраста. Подчеркивается необходимость комплексной заботы у так наз. комбинированных нарушений, значение воспитательной и социальной реабилитации у центрального гипотонического синдрома, который часто сочетается с замедленным мышлением.

M. Blechová, M. Pavličková
REHABILITATION IN HYPOTONIC SYNDROME IN THE AGE GROUPS BETWEEN THREE AND FIFTEEN YEARS

Summary

In the contribution the authors have tried to show their attitude to rehabilitation care in children with hypotonic syndrome after the age of three. The hypotonic syndrome is a semiologic diagnosis. The paper draws attention to the different approaches of rehabilitation in long-term hypotonic syndrome according to the lesion and with regard to the age factor. Emphasized is the necessity of complex care in the so-called combined affections, the significance of educational and social rehabilitation in the central hypotonic syndrome which is frequently connected with mental retardation.

M. Blechová, M. Pavličková
REHABILITATIONSBEHANDLUNG DES HYPOTONIE-SYNDROMS IM ALTER ZWISCHEN 3 UND 15 JAHREN

Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird die Rehabilitationsbetreuung von Kindern mit Hypotonie-Syndrom vom 3. Lebensjahr an gewertet. Das Hypotoniesyndrom ist eine semiologische Diagnose. Es wird auf die Notwendigkeit der Anwendung differenzierter Rehabilitationsmaßnahmen bei langfristigen Hypotonie-Syndromen hingewiesen, wobei man sich nach der Topik der Läsion unter Berücksichtigung des Alters richten muß. Hervorgehoben wird die Notwendigkeit einer umfassenden Betreuung bei sogenannten kombinierten Schädigungen, ferner die Bedeutung der erziehungsmäßigen und sozialen Rehabilitation beim zentralen Hypotonie-Syndrom, das häufig mit mentaler Retardation einhergeht.

M. Blechová, M. Pavličková
LA RÉADAPTATION DU SYNDROME HYPOTONIQUE DANS LA PÉRIODE D'ÂGE DE 3 À 15 ANS

Résumé

Dans notre article nous avons tenté d'esquisser notre attitude à la sollicitude de réadaptation vouée aux enfants affectés de syndrome hypotonique après la 3e année. Le syndrome hypotonique est un diagnostic sémiologique. L'article démontre les différents accès de réadaptation au syndrome hypotonique à long terme selon la topique

de la lésion en considérant le facteur d'âge. Est soulignée la nécessité d'une sollicitude complexe dans les soi-disant affections combinées, l'importance de la réadaptation éducative et sociale lors du syndrome hypotonique centrale qui se lie souvent au retard mental.

V. KRČMÉRY, V. VACEK, Z. MODR, F. VÝMOLA
REZISTENCIA NA ANTIBIOTIKÁ
Zásady racionálnej chemoterapie
Vydalo Vydavateľstvo Osveta, Martin, 1981

Vplyv antibiotík na ľudskú spoločnosť je taký prenikavý, že súčasné obdobie možno nazvať érou antibiotík — to sú slová nositeľa Nobelovej ceny za objav streptomycínu S. A. Waksmana z roku 1951. Výsledky liečebného používania antibiotík v troch desaťročiach antibiotickej éry sú naozaj vynikajúce. Éra antibiotík však nastolila aj množstvo nových otázok. Najzávažnejšou z nich je vznik rezistencie na antibiotiká, vyplývajúci z masového používania a často zneužívania antibiotík.

V edícii Dérerova zberka vyšla v roku 1981 významná monografia a postgraduálna príručka venovaná tejto modernej problematike. Mechanizmy rezistencie baktérií na dané antibiotikum tvoria nerozlučnú jednotu s mechanizmami účinku jednotlivých antibiotík na bakteriálne bunky. Preto I. kapitola je venovaná práve mechanizmom účinku jednotlivých antibiotík. Popri prirodzenej rezistencii — ktorá nie je „produktom“ antibiotickej éry — existuje aj rezistencia získaná: zmena citlivých bakteriálnych buniek na rezistentné. II. kapitola sa zaoberá najdôležitejším mechanizmom získanej, prenosnej rezistencie, a to s prijatím genetickej informácie rezistencie. Problematika tzv. R-plazmidov (R-faktorov) — nositeľov genetickej informácie rezistencie — je podrobnejšie rozpracovaná v III. kapitole, kde sú zhrnuté najmodernejšie poznatky o transpozónoch, o základných elementoch plazmidov. Nahromadené poznatky získané vo výskume R-plazmidov, dali podklad pre vznik tzv. plazmidového inžinierstva (génovej manipulácie). IV. kapitola nás oboznámi s históriou génovej manipulácii, upozorňuje na možné rizika pre genetickú integritu člo-

veka a na možnosť zneužitia výsledkov na účely bakteriologickej vojny. Vyzdvihuje však i nepopierateľný praktický prínos génových manipulácií — možnosť lacnej výroby vzácnych bioproduktov (somatostatín, inzulín, interferón). V. kapitola je zameraná na zdravotnícke problémy rezistencie. Zdôrazňuje, že rezistencia je vlastne indikátorom úrovne a racionálnosti antibiotickej liečby. Podrobne analyzuje príčiny rezistencie u pôvodcov nozokomiálnych infekcií a jednoznačne odmieta tzv. „antibiotický dáždňik“ — profylaktické používanie antibiotík namiesto zvyšovania úrovne hygieny. Podáva prehľad výskytu prenosnej rezistencie u jednotlivých bakteriálnych kmeňov. VI. kapitola zdôrazňuje nutnosť surveillance bakteriálnej rezistencie. Jedine sústavné sledovanie aktuálneho stavu citlivosti a rezistencie môže dať smerodajné podklady pre antibiotickú politiku. Výsledky počítačového sledovania rezistencie v SSR sú uvedené v VII. kapitole. Posledné dve kapitoly monografie sú zamerané na klinickú prax. Autor VIII. kapitoly na základe čerstvých literárnych poznatkov a bohatých skúseností z pražskej septickej stanice rozoberá príčiny rezistencie infekcie na antibiotickú terapiu. Upozorňuje, že zjednodušovať príčinu neúčinnosti chemoterapie na tvrdenie, že účinnosť antibiotika in vitro sa môže líšiť od jeho účinnosti in vivo, dnes už nestačí. Každý takýto prípad vyžaduje podrobnú analýzu všetkých faktorov, súvisiacich s antibakteriálnou terapiou, — správnosť indikácie, odber materiálu na mikrobiologické vyšetrenie, interpretácia výsledku, poruchy protiinfekčnej imunity, možnosť tzv. proťahovaného akútneho stresu. V druhej časti tejto kapitoly sú rozpracované mož-

nosti liečby infekcií rezistentných na bežnú terapiu — liečba tzv. mega-dávkami, kombinovaná chemoterapia, imunoterapia — a zásady liečby antibiotikami u chorých v renálnej insuficiencii. Posledná, IX. kapitola je vlastne návodom na antibiotickú terapiu priamo v teréne, kde antibiotiká sú nasadené obyčajne necielene, podľa metódy maximálnej pravdepodobnosti účinku. Autor uvádza najčastejšie chyby antibiotickej liečby v ambulantnej praxi a opakovane zdôrazňuje, že horúčka sama osebe nie je indikáciou k chemoterapii, ale k podrobnému vyšetreniu. Postupne rozoberá indikácie antibiotickej liečby pri infekciách dýchacích ciest, močových ciest, čriev a kože. Upozorňuje na význam jednotlivých príznakov, ktoré umožňujú supponovať účasť baktérií na infekcii a zdôrazňuje neracionálnosť nasadenia antibiotík v prípade bežných, nekomplikovaných viróz. Záver publikácie predsta-

O. KARLSON
ZÁKLADY BIOCHÉMIE

Vydalo nakladateľstvo ČSAV — Academia 1981, 3. prepracované vydanie.

Vo vydavateľstve Čsl. akadémie vied — Academia vychádza v roku 1981 tretie prepracované vydanie klasickej učebnice biochémie od Petra Karlsona. Ide o preklad desiateho vydania Krátkej učebnice biochémie pre lekárov a prírodovedcov, ktorú vydalo Vydavateľstvo Georg Thieme Verlag v Stuttgarte v roku 1977. Učebnicu do češtiny preložili autori Kocourek, Leblová, Macholán a Skurský a slúži ako vysokoškolská učebnica pre prírodovedné odbory v Českej socialistickej republike. Učebnica má klasicke delenie, je rozdelená do 23 kapitol, predchádza predhovor, ukončená je dodatkom a vecným registrom. Je doplnená osobitou prílohou, ktorá znázorňuje dôležité pochody a vzájomné vzťahy v intermediárnom metabolizme. Ďalej je tu uvedená primárna štruk-

vujú prehľady — zoznam obrázkov, včítane farebných, zoznam tabuliek a resumé v ruskom, anglickom a nemeckom jazyku. Monografiu ukončuje register, zoznam príslušnej literatúry je uvedený za každou kapitolou.

Problematika rezistencie je problematikou veľmi aktuálnou nielen v teoretickej oblasti, ale aj v súčasnej klinickej medicíne. Monografia, ktorá je určená predovšetkým lekárom-klinikom, lekárom prvého kontaktu, hygienikom, mikrobiológom, farmaceutom, genetikom prináša prehľad uvedený na súčasný stav poznatkov. Treba ju len uvítať, pretože po jej prečítaní antibakteriálna terapia — slovami jedného z autorov — prestane byť mystériom, spleteným z rôznych mechanistických predstáv na úrovni dávnoveku antibiotickej éry.

Dr. L. Kiss, Šahy

túra hemoglobínu dospelého človeka, priestorové usporiadanie molekúl lyzozýmu a poradie nukleotidov v niektorých transferových ribonukleových kyselinách.

Karlsonova učebnica o základoch biochémie je dnes už klasickým pojmom. Stala sa štandardným dielom nielen pre biochemikov, ale aj pre lekárov a laboratórnych pracovníkov, pretože je cenná predovšetkým dobrým zostavením potrebných informácií, dokonale prehľadným spracovaním jednotlivých tém a dobrým ilustračným vybavením. Z celého radu učebníc, príručiek a monografií o biochémii Karlsonova učebnica v súčasnej svetovej literatúre zaujíma jedno z popredných miest.

Dr. M. Palát, Bratislava

Rehabilitácia

15, 1982, 1, s. 29 — 36

SÚBORNÉ REFERÁTY

K PRACOVNÍMU UPLATNĚNÍ ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH Z HLEDISKA ZKUŠENOSTÍ Z LÉČEBNÉ REHABILITACE

V. KRÍŽ

Rehabilitační ústav v Kladrubech
Ředitel: MUDr. Vl. Kríž

Souhrn: Cílem rehabilitace je resocializace. Její součástí je i realizovaná možnost pracovního uplatnění zdravotně postižených, která je důležitým psychologickým faktorem příznivě ovlivňujícím postavení invalidy v rodině, pracovním kolektivu i ve společnosti.

Autor formuluje šest zásad:

1. Od začátku postižení vést nemocného k tomu, že bude opět společensky aktivní.
2. Pacienta informovat o reálných možnostech rehabilitace.
3. Ještě při medicínske rehabilitaci věnovat maximálně možnou pozornost obnově pracovního potenciálu.
4. Možnost pracovního uplatnění, maximálně a co nejdříve zajistit technickými pomůckami a sociálními opatřeními.
5. Péče o postižené osoby musí být kontinuální a všechny složky rehabilitace se musí vzájemně prolínat.
6. Předpokladem pro bezkolizní návrat postižených do práce je dlouhodobá a cílená výchova celé populace.

Klíčová slova: cíl rehabilitace — resocializace — vedení nemocného — pracovní uplatnění — návrat do práce.

Rehabilitace je rozsáhlá soustava společenských opatření, na které se podílí řada institucí i jednotlivců a jejímž cílem je návrat postiženého do společenského života v maximálně možné míře.

U spoluobčanů, u nichž nezanechává vada, nemoc, úraz či operace těžké následky, které by podstatně omezovaly návrat postiženého člověka do společenského života, stačí z komplexu rehabilitačních opatření většinou jen léčebná rehabilitace, kterou zajišťují pracovníci ve zdravotnictví.

U občanů s těžkými následky nastupují i další složky rehabilitace. Tyto složky z oblasti sociální, pracovní či výchovné rehabilitace jsou pro dosažení cíle rehabilitace mnohdy důležitější než počáteční práce zdravotníků.

Jednou z možností uplatnění se ve společenském životě je i možnost pracovat. Kromě ekonomického přínosu pro společnost i pro postiženého jedince je pracovní uplatnění pro postiženého člověka důležitým trvalým stimulem, který kompenzuje jeho pocity méněcennosti vědomím, že je stejně platným členem rodiny, kolektivu i celé společnosti jako ostatní. Je známo, že invalidní

spoluobčané si v průměru podstatně více váží možnosti pracovat, zvláště pak pokud vykonávají vhodnou a přiměřenou práci, která odpovídá jejich zkušenostem a kvalifikaci.

Pro většinu lidí je možnost pracovat důležitou potřebou. V prvních dnech po vzniku postižení se nemocný, jeho rodina i odborní pracovníci starají především o to, aby se brzy uzdravil. Otázky návratu do práce ustupují přechodně do pozadí, což však neznamená, že je možné a správně odsunout řešení těchto otázek až na pozdější dobu. Tam, kde jsou třeba i minimální předpoklady pro návrat do pracovního zařazení, je třeba pacienta k tomuto návratu vést od samého vzniku zdravotního postižení. Je to důležitý psychologický faktor, který nutně zdůrazňuje zachovalé a nepostižené schopnosti a funkce včetně funkcí kompenzačních a náhradních, a to zvláště v době, kdy většina péče je zaměřena jen na to, co postiženému člověku momentálně chybí nebo nefunguje.

Zdůrazňování a také co nejdříve využívání zachovalých schopností je důležitou psychologickou složkou léčebné rehabilitace.

Z hlediska vytváření předpokladů pro pracovní zneuplatnění je důležité si uvědomit několik zásad a současně si uvědomit, jak často jsou tyto zásady porušovány.

1. zásada

Psychologicky vést pacienta k tomu, že i přes předpokládané následky bude (eventuálně může být) po vyléčení opět společensky aktivní.

Proti této zásadě se provinují ti, kteří jednostranně, někdy i přehnaně zdůrazňují tíži postižení a náročnost léčebných úkonů snad s cílem, aby si pacient uvědomil, jak moc (eventuálně i jak mimořádně) se mu při jeho postižení věnuje společnost nebo i jednotlivci, kteří ho ošetřují. Věty: „Pane, vždyť vy jste (nebyť této péče) mohl přijít o ruku, ... zůstat na vozíku“, sice v pacientovi vyvolávají pocit vděky, na druhé straně však zvyšují pocity méněcennosti a vytvářejí pocit takzvané „psychické invalidity“, čímž rozumíme pocit nemohoucnosti či neschopnosti, který dosti často ani není v souladu s očekávaným nebo už skutečným stupněm postižení. Výsledkem jsou případy, kdy takto nesprávně psychologicky zpracovaný pacient s následky nepodstatnými vzhledem ke možnostem jeho společenského uplatnění má tak zafixovaný pocit invalidity, že vůbec neuvažuje o tom, že by se mohl zase zařadit do pracovního procesu, že by mohl pěstovat sport, turistiku, práce na záhrádce, tanec a pod. Pocit „psychické invalidity“ vytvořený autoritou zdravotníků v prvních fázích léčby je někdy tak silný, že se v další fázi léčby pracovníkům v léčebné rehabilitaci, členům posudkových komisí i dalším členům rehabilitačního týmu včetně rodiny nepodaří nikdy nebo trvale přesvědčit pacienta, že má pracovat, má být fyzicky aktivní právě proto, aby si udržel nebo dále zlepšoval výsledky dosažené rehabilitací. Pacient spíše respektuje toho, kdo mu podle navozených představ „zachránil nohu“, „zachránil ho před invalidním vozíkem“ a zbytek života stráví šetřením se z obavy, aby třeba nezůstal odkázán na vozík. (Zmínka o rodině není náhodná. Rodina, přátelé, bývalí spolupracovníci jsou důležitým článkem, který pomáhá ovlivnit psychiku nemocného. Předpokladem je, že je do rehabilitačního týmu zapojíme a náležitě je budeme informovat a vést. Často totiž právě skupina osob svojí přehnanou

a neodbornou ohleduplností pocit invalidity u postiženého podporuje, posiluje nebo dokonce vyvolává).

Naproti tomu jsou pacienti dobře psychologicky zpracováni, kteří ani při těžkém postižení nemají zjevný pocit invalidity, jsou společensky aktivní a tato aktivita jim zase zpětně jednak zabraňuje myslet na jejich postižení, jednak je nejúčinnějším způsobem, jak zvýšit jejich pocit sebedůvěry a společenské platnosti.

2. zásada

Pacienta maximálně informovat o jeho reálných možnostech rehabilitace (od minimálního do maximálního předpokladu), a to jak z hlediska rozsahu následků, tak i z hlediska možností v průběhu rehabilitace. Pacient musí mít sestavený krátkodobý i dlouhodobý rehabilitační program a musí ho mít také vysvětlený, aby věděl co a kdy ho čeká, co nesmí a co naopak musí sám dělat v jednotlivých fázích rehabilitace a proč.

Nedostatkem je malá informovanost pacientů („není na ni čas“), rodinných příslušníků, spolupracovníků, ale i ošetřujícího personálu. Ti pak nemají představu o délce a způsobu léčby. Někdy se dožadují specializovaných rehabilitačních úkonů, jindy otálejí s vlastní potřebnou aktivitou. Zde je nutno dodat, že zdrojem nesprávných požadavků laiků jsou často zcela neodborné podněty od ošetřujícího personálu. Je třeba vědět, co je důležité a co ne. Např. někdy pacienti i traumatolog šetří zbytečně zlomeninu, aby dobře srostla a přitom nechají (někdy až nenapravitelně) ztuhnout klouby.

3. zásada

Dostatečně využívat všech možností pracovní rehabilitace formou léčby prací ještě v průběhu léčebné rehabilitace.

Stálým nedostatkem je to, že pracovní rehabilitace je pokládána za něco, co má přijít po skončení zdravotnické péče. Jistě tomu napomáhá i to, že pracovní rehabilitace nepatří již do resortu zdravotnictví, a že někteří pracovníci resortu sociálních věcí si tvrdě hájí svá privilegia v oblasti pracovní i sociální rehabilitace včetně posudkové činnosti nezávislé na tom, zda je to k prospěchu pacienta či ne.

Dalším nedostatkem je to, že se za pracovní rehabilitaci považuje jen výchova postižené mládeže k pracovnímu zařazení a částečná nebo úplná rekválifikace postižených v dospělosti. I když je v obecných postulátech pracovní rehabilitace to, že se máme snažit vrátit postiženého především do jeho původního povolání a využít jeho kvalifikace, pracovních zkušeností i kontaktů, v praxi je tato snaha zcela opomíjena. Táto část pracovní rehabilitace není zajištěna výchovou odborných pracovníků (opět otázka: kterých pracovníků a kterého resortu?), není tu zajištěno místo pro její provádění a dnešní předpisy a zvláště pak jejich praktická aplikace spíše návratu do práce brání a vytvářejí tak legislativní bariery. Klasickým případem je výklad pojmu pracovní neschopnost, pod kterým se rozumí plná neschopnost vykonávat své momentální povolání. Přitom existuje často stav, který bychom mohli nazvat „částečná pracovní neschopnost“, kdy pacient není ještě zcela schopen vykonávat své zaměstnání (proto má vystavenou pracovní neschopnost), ale

přítom je schopen v různě širokém rozsahu vykonávat některé pracovní činnosti svého povolání. Bylo by výhodné tomuto pacientovi umožnit vykonávat to, čeho je na svém původním pracovišti schopen, což by bylo výhodné pro pacienta samého (bylo by to součástí jeho rehabilitace) i pro společnost, pro kterou by vytvářel hodnoty. Bylo by to možné i za současných předpisů, kdyby pacient pracoval na svém pracovišti, v pracovní neschopnosti, v rámci odborně ordinované léčby prací. Byla by to velmi účinná pracovní, sociální a většinou i léčebná rehabilitace. Samozřejmě, že by se muselo jednat o práce, které nemocný umí, stačí na ně a nemohou mu uškodit. Měl by je dělat dobrovolně a k tomu je třeba ho o užitečnosti těchto prací především pro něj přesvědčit. Je to i jedna z možností, jak lze okamžitě a bez nákladů mnohonásobně rozšířit tolik potřebnou a požadovanou ergoterapii (léčbu prací).

4. zásada

Již v průběhu léčebné rehabilitace by měl pacient dostat všechny potřebné kompenzační pomůcky a měl by být poučen o nárocích či možnostech pomoci na úseku sociálního zabezpečení. Tam, kde je již předem jasný výsledný stav, by měl mít tyto sociální věci vyřízené již během léčby, protože právě tyto náležitosti mu mohou usnadnit a urychlit společenské uplatnění včetně znovuzařazení do pracovního procesu.

Nejčastější chyby jsou v tom, že ošetřující lékaři nemají přehled o tom, jaké kompenzační pomůcky jsou k dispozici, jak se předpisují, kde jsou k dostání. Včasné používání pomůcek totiž usnadní i urychlí léčebnou rehabilitaci a zbaví nemocného nesoběstačnosti při těch úkonech, které bez kompenzační pomůcky sám neprovede, nebo udělá jen s velkými potížemi. Zde je cennou pomocí nový Katalog reabilitačních a kompenzačních pomůcek METY, který byl distribuován na všechna reabilitační oddělení. Zapomíná se na to, že nestačí pacientovi pomůcku jen vydat, ale že je ho potřeba také naučit ji používat. Nebo že před předpisem pomůcky je třeba pacienta otestovat a vyzkoušet, která z možných pomůcek mu vyhovuje nejlépe. Běžně se např. vydávají pro konkrétního pacienta nevhodné typy invalidních vozíků.

Další chybou je to, že zákony, vyhlášky a směrnice týkající se možnosti sociálního zabezpečení nezná nikdo kromě úzkého okruhu pracovníků sociálního zabezpečení a ti se ještě mezi sebou velice často liší jejich výkladem, a tím i praktickým použitím. Úplnou nebo částečnou neznalostí těchto předpisů vzniká jednak to, že někteří postižení nedostanou výhody, které by jim právě umožnily pracovní zařazení (např. příspěvky na zakoupení a provoz motorových vozidel, příspěvek pracujícím používajícím složité ortopedické pomůcky aj.), nebo naopak, postižení požadují výhody, na které nemají nárok. Je paradoxem, že řada publikací obsahujících tyto důležité informace pro rehabilitaci není k dispozici na všech reabilitačních odděleních (ačkoliv jsou to předpisy všeobecně platné) a přitom jsou postižení občané často lépe informováni prostřednictvím perfektních brožur Svazu invalidů (např. publikace SI ČSR z dubna 1980: Právní ochrana a sociální zabezpečení invalidních občanů v ČSSR). Velice důležité informace pro společenské uplatnění postižených jsou publikovány v časopise Svazu invalidů Elán, který by měl být povinnou literaturou i pro každého pracovníka na kterémkoliv úseku rehabilitace. (Objeďnává se u poštovní novinové služby).

přítom na jedné straně se s potřebnými výhodami vyplývajícími z různých předpisů zbytečně a škodlivě otálí, na druhé straně jsou někdy tyto výhody — speciálně pak plný invalidní důchod používány zbytečně, např. tam kde je jasné, že se pracující vrátí do zaměstnání, i když doba léčení se blíží nebo přesahuje předpisy určenou dobu jednoho roku. (Nechvalně známý a používaný způsob snižování procenta pracovní neschopnosti).

Je-li pacient připravován během dlouhodobé rehabilitace na to, že se vrátí do svého zaměstnání, působí pak na něj příznání invalidního důchodu psychologicky velmi nepříznivě, nehledě na to, že tím např. ztrácí nárok na své původní pracovní místo. Nevhodné převedení do invalidního důchodu pak fixuje v postiženém pocit invalidity, nepřímou mu dává najevo, že jeho návrat do práce je nevhodný či nežádoucí.

I pokud je příznání invalidního důchodu plně indikované, záleží na tom, jakým způsobem je mu invalidní důchod přiznán. Drtivá většina postižených dostává invalidní důchod dle zákona 121/75, § 25 odstavce a), kde je uvedeno, že je neschopen vykonávat jakékoliv soustavné zaměstnání. Táto formulace opět zcela jednoznačně vyřazuje postižené z možnosti pracovního uplatnění, včetně negativního dopadu na eventuálního zaměstnavatele, který by mohl a chtěl invaliditu přijmout. Každému, kdo pracuje s postiženými spoluobčany je totiž jasné, že neschopnost vykonávat jakékoliv soustavné zaměstnání se týká jen zcela nepatrné části invalidů. Člověk se od jiných tvorů liší především tím, že umí myslet. Pokud má sebetěžší invalidita zachovanou schopnost myšlení a třeba jen omezenou nebo náhradní schopnost komunikace, může vykonávat zaměstnání, i když ve velmi omezeném okruhu možností a měl by tedy mít přiznán invalidní důchod zásadně podle odstavce d) — tj. že může vykonávat soustavné zaměstnání jen za zcela mimořádných podmínek. U těžkých a jednoznačně trvalých následků se tím nic nemění ani na výši důchodu ani na jeho trvalosti a přitom táto formulace dává invalidovi možnost pracovat podle svých možností a schopností, včetně možnosti ukončit práci, jakmile mu to nevyhovuje. Formulace také jednoznačně vysvětluje, že někdo může současně pobírat plný invalidní důchod i plný plat, což je věc někdy zcela neznámá invalidům (a proto se bojí jít do práce, aby nepřišli o invalidní důchod) a zvláště pak i ostatní veřejnosti, kde někdy vzbuzuje závist to, že těžký invalid pobírá „dva platy“ (přítom by nikdo těžké zdravotní postižení spojené s touto relativní výhodou nechtěl mít).

5. zásada

Péče o postižené osoby směřující k jejich návratu do pracovního procesu musí být průběžná a bez „hluchých míst“.

Táto kontinuita je nejčastěji přerušena při ukončení léčebné rehabilitace. Pokud se pacient dostane k pracovnímu umístění, tento mu většinou sdělí, že pro něj práci nemá, nebo mu dá adresy podniků které si má postižený sám oběhat a sám si shánět práci. To je nedůstojné a deprimující a staví to invalidu do role prosebníka o práci. Pracovních míst pro těžce postižené občany je oficiálně málo. Také táto místa nejsou evidována. Jsou evidována jen místa pro občany se změnou pracovní schopností, která si podniky obsadí občany s minimálním postižením a pro více postižené již místa nejsou. Zde by bylo jistě vhodné tyto dvě kategorie občanů se ZPS (lehce a těžce posti-

žení) odlišit. Jistě by se našlo mnohonásobně více míst pro občany pohybující se na vozíčkách.

Jde-li to ve všech průmyslově a sociálně vyspělých státech, mělo by to jít i u nás. Výmluvy podniků, že tato místa nemají, psou dosti průhledně. Argumentují architektonickými bariérami, a to i takovými, které jsou odstranitelné (krátkou rampou, širšími dveřmi), nebo lze je obejít (např. tím, že se invalidovi umožní používat nákladní výtah, běžně nepoužívané vchody a pod.).

6. zásada

Chceme-li umožnit postiženým osobám aktivní společenský život, musí být celá společnost tak vyspělá (vychováaná), aby jim jejich společenské uplatnění umožnila nebo mu aspoň nebránila nebo ho neznepříjemňovala.

V oblasti výchovy obyvatel ke správnému vztahu k postiženým spoluobčanům máme tu největší rezervu a také se naši zaostalostí na tomto úseku značně lišíme např. od všech našich soucedících zemí. Hodně se na tomto úseku udělalo v rámci akce k Mezinárodnímu roku invalidů. Ten je však akcí jednorázovou, zatím co výchova občanů má-li mít trvalý efekt, je záležitostí dlouhodobou a soustavnou. Speciálně pak výchova ke správnému vztahu k invalidním spoluobčanům musí zasáhnout všechny vrstvy obyvatelstva, konkrétně od školního zařízení až po pravidelné školení nejvyšších funkcionářů a musí využít všech výchovných prostředků, které naše společnost má k dispozici.

Závěrem bych chtěl shrnout, že zkušenosti pracovníků v rehabilitaci svědčí o tom, že je třeba ještě mnohé zlepšit k tomu, aby každý zdravotně postižený občan, který chce pracovat, své pracovní uplatnění našel. Je všeobecně známo, že pro tyto občany znamená pracovní zařazení podstatně více než pro zdravé občany. Statistika nám říká, kolik invalidních občanů a v jak velké míře spoluvytváří hodnoty naší společnosti. Neříkají už, kolik úsilí, sebezapření a fyzické i psychické námahy někdy musí invalidní spoluobčan vydat na to, aby se mu podařilo být platným členem společnosti. A proto musí být cílem společnosti a tedy nás všech — toto jejich úsilí maximálně podpořit, usnadnit až zautomatizovat.

Adresa autora: V. K., 257 62 RŮ Kladruby

V. Кржиж
К ТРУДОУСТРОЙСТВУ ПОСТРАДАВШИХ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ОПЫТА РЕАБИЛИТАЦИИ

Резюме

Целью реабилитации является ресоциализация. Ее составной частью является реализованная возможность трудоустройства инвалидов, что представляет важный психологический фактор, благоприятно действующий на положение пострадавшего в семье, в трудовом коллективе и в обществе.

Автор формулирует 6 принципов:

1. С самого начала повреждения вести больного к тому, что он будет опять активным членом общества.
2. Информировать больного о реальных возможностях реабилитации.

3. Уже во время медицинской реабилитации обращать возможно максимальное внимание на восстановление трудового потенциала.

4. Техническими средствами и социальными мероприятиями максимально и как можно скорее обеспечить трудовое устройство.

5. Забота о пострадавших должна быть непрерывной и все составные части реабилитации должны быть взаимосвязаны.

6. Условием бесконфликтного возвращения пострадавших в трудовой процесс является длительное и преднамеренное воспитание всего народонаселения.

V. Kríž

WORKING CAPACITY IN DISABLED PERSONS FROM THE ASPECT OF EXPERIENCE IN EXERCISE THERAPY

Summary

The aim of rehabilitation is resocialisation. Part of it is the realisation of integration in the working process of persons with affected health which is an important psychological factor influencing favourably the position of the disabled person in the family, in the working collective and in society. The author formulates six principles:

1. To guide the patient from the very beginning towards social activity,
2. to inform the patient about real possibilities of rehabilitation,
3. to devote already before the beginning of medical rehabilitation maximal attention to the renewal of working potential,
4. to ensure by technical aids and social measures working possibilities as soon as possible,
5. the care for disabled persons must be continual and all component of rehabilitation must interact,
6. the condition for a steady return of affected persons is a long-term education of the whole population.

V. Kríž

ÜBER DIE ARBEITSTÜCHTIGKEIT GESUNDHEITLICH GESCHÄDIGTER VOM GESICHTSPUNKT DER REHABILITATIONSBEHANDLUNG

Zusammenfassung

Das Ziel der Rehabilitationsbehandlung besteht in der Resozialisierung. Dazu gehört die verwirklichte Möglichkeit des erfolgreichen Arbeitseinsatzes der gesundheitlich Geschädigten als ein wichtiger Faktor, der die Stellung des Behinderten in der Familie, im Arbeitskollektiv und der Gesellschaft günstig beeinflusst.

Der Autor formuliert dazu 6 Prinzipien:

1. Von Anfang an ist der Behinderte dazu anzuleiten, daß er wieder gesellschaftlich aktiv werden wird;
2. Der Patient muß über die realen Möglichkeiten der Rehabilitation informiert werden;
3. Schon während der medizinischen Rehabilitationsbehandlung ist der Erneuerung der Arbeitstüchtigkeit größtmögliche Aufmerksamkeit zu widmen;
4. Die Möglichkeit des Arbeitseinsatzes ist maximal und so früh wie nur möglich durch technische Behelfe und soziale Maßnahmen sicherzustellen;
5. Die behinderten Personen müssen durchgehend betreut werden und alle Elemente der Rehabilitation müssen wechselseitig verflochten sein;
6. Voraussetzung einer kollisionsfreien Rückführung der Behinderten in den Arbeitsprozeß ist eine langfristige und gezielte Erziehung der gesamten Population.

V. Kríž

A LA FACULTÉ PROFESSIONNELLE DES AFFECTÉS DU POINT DE VUE DES EXPÉRIENCES AVEC LA RÉADAPTATION MÉDICALE

Résumé

Le but de la réadaptation repose dans la resocialisation. Une partie en est aussi la réalisation de l'aptitude professionnelle des affectés qui est un facteur psychologique important influençant de façon favorable la situation de l'invalide dans la famille, le collectif professionnel et la société.

L'auteur formule 6 principes:

1. Menzér dès le début de l'affection le malade à ce qu'il pourra exercer à nouveau une activité professionnelle dans la société.
2. Informer le patient sur les moyens réels de réadaptation.
3. Consacrer pendant la réadaptation médicale une attention maximale au rétablissement du potentiel professionnel.
4. Assurer au maximum et au plus tôt les aides techniques et les mesures sociales permettant de prendre part à l'activité professionnelle.
5. La sollicitude vouée aux sujets affectés doit être continue et tous les facteurs de réadaptation doivent avoir un enchaînement réciproque.
6. La condition préalable pour un retour sans collision des patients à l'activité professionnelle est une éducation visée à long terme de la population entière.

L. BRESLOW, J. E. FIELDING, L. B. LAVE
ANNUAL REVIEW OF PUBLIC HEALTH, VOL. 2, 1981
Ročný prehľad verejného zdravotníctva, Vol. 2, 1981
Vydalo Annual Reviews Inc. Palo Alto California, USA 1981
ISBN 0-8243-2702-0

Druhý zväzok „Ročného prehľadu verejného zdravotníctva“ zostavili dr. Breslow a dr. Fielding z Kalifornskej univerzity v Los Angeles a dr. Lave z Brookings Institution. Nadväzuje na prvý ročník, ktorý vyšiel v roku 1980 a prináša veľmi zaujímavé práce s najrôznejšou tematikou. Zaujímavé sú práce Levyho o znižovaní mortality na kardiovaskulárne choroby, práca Jelliffeocov o súčasných trendoch vo výžive detí, práca Winkelsteina a Marmota o primárnej prevencii ischemickej choroby srdca a konečne práce Whittemoreovej o znečistení vzduchu a respiračných chorobách. Aj ostatné práce zaradené do tohoto zborníka s inou tematikou sú cenným príspevkom pre každého,

kto sa touto problematikou zaoberá.

Podobne ako ostatné zväzky „Ročných prehľadov“ aj „Ročný prehľad verejného zdravotníctva“ prináša celý rad hodnotných, vedecky fundovaných informácií z rôznych oblastí zdravotníckej politiky. Jednotlivé práce sú dobre spracované, dobre dokumentované a na záver prinášajú vždy ďalší prehľad písomníctva. Autor-ský register a vecný register ukončujú tento druhý zväzok „Ročného prehľadu verejného zdravotníctva“, ktorý sa vhodne zaraďuje za zväzok I. Treba si želať, aby aj ostatné zväzky tohto edičného radu priniesli ďalšie cenné informácie z príslušnej oblasti.

Dr. M. Palát, Bratislava

DOŠKOĽOVANIE

ANTROPOLOGICKÉ METÓDY V SYSTÉME PREVENTÍVNEHO HROMADNÉHO VYŠETRENIA OBYVATELSTVA PRI VYHLADÁVANÍ SKRYTÝCH CHÝB A CHORÔB

I. DROBNÝ

Katedra biológie a patobiológie dieťaťa Pedagogickej fakulty UK, Trnava

Súhrn: V predloženej práci autor nastojuje problematiku využitia antropologických metód v medicínskej praxi. Podáva prehľad používania antropometrie v zdravotníctve u nás a hodnotí využitie dosiahnutých informácií v súčasnosti ako málo efektívne. Ďalej poukazuje na okruhy problémov preventívnej medicíny, v rámci ktorých použitie antropologických metód mohlo by byť prínosom. Predložený príspevok je úvodom do série prác venovaných problematike antropologického skríningu.

Kľúčové slová: antropologické metódy — medicínska prax — preventívna medicína — antropologický skrínig.

V zdravotníckej praxi industrializovaných štátov v posledných desaťročiach vidno výrazné obrátenie pozornosti na problematiku hľadania účinnejších liekov a liečebných postupov, ale hlavne na zdokonaľovanie diagnostiky. Jednou zo základných charakteristík zdokonaľovania diagnostiky je zjavná tendencia odhaliť chorobný stav alebo proces čo najskôr od začiatku. Predchádzajúce tvrdenie možno doložiť opatreniami realizovanými v našej zdravotníckej praxi (preventívne vyšetrenia: pľúcna tbc, diabetes, stomatologické a ortodontické vyšetrenia, sledovanie primeranosti vývinu od 4 týždňov do 18 mesiacov, atď.), ako aj vo vedecko-výskumnej orientácii (v minulých rokoch úloha štátneho plánu výskumu č. P 17 — 124 — 204 — 01/01; v súčasnosti RVT P 04 — 535 — 300/09).

Pre systém vyšetrenia, ktorého cieľ sme formulovali v nadpise predloženej práce, sa vo svete aj u nás používa pojem skrínig. „Skrínig je identifikácia nerozpoznaných chorôb alebo defektov použitím testov, skúšok alebo iných procedúr, ktoré sú rýchle aplikovateľné (CCI — 1951), ako uvádza Badlík (1973). Ten istý autor ďalej hovorí: Snahy po včasnej diagnostike vyústili v poslednom čase, najmä u chorých masového výskytu, k vypracovaniu metód, ktorými by bolo možné rýchle a pri relatívne nízkych časových a finančných stratách zachytiť z populácie osoby, ktoré pravdepodobne trpia určitým ochorením a príviesť ich čo najrýchlejšie na odborné vyšetrenie za účelom potvrdenia, resp. vyvrátenia podozrenia z choroby. Z práce spomínaného autora uvedieme ešte jednu myšlienku, kde hovorí, že samotný skrínigový test nemusí byť postačujúci pre definitívne stanovenie diagnózy.

V súčasnosti formulovanie diagnózy prebieha syntetickým spôsobom, to znamená, na základe parciálnych údajov (sympťomov) sa odhaľuje syndróm. Znamená to, že nemôže existovať jeden test alebo skúška, ktorá by postihovala chorý organizmus človeka ako celok, ale systém vyšetrenia (preventívneho

alebo rutinného) sa musí skladať z mnohých podsystémov. Jedným z týchto subsystémov by podľa nášho názoru malo byť antropologické vyšetrenie.

V predloženej štúdií budeme venovať pozornosť riešeniu týchto otázok:

- prínos antropológie pre medicínsku prax;
- doterajšie využitie antropologických metód v medicínskej praxi u nás.

Naša práca tvorí vlastne úvodnú časť k súboru štúdií, v ktorých chceme širokej obci zdravotníckych pracovníkov sprístupniť dosiahnuté poznatky antropológie o telesných zvláštnostiach chorých a postihnutých, ktorým venujú pozornosť klinickí (medicínski) antropológovia, ako aj predložiť návrh antropometrického a antroposkopického vyšetrenia, ktoré je možné uskutočniť bez veľkých časových a finančných nákladov v praxi a ktoré môžu prispieť ku skvalitneniu našej zdravotníckej praxe.

Antropologické metódy môžeme rozdeliť do dvoch skupín: antropometria a antroposkopia.

Antropometria je systém merania presne definovaných telesných rozmerov štandardnými postupmi s použitím predpísaných alebo aspoň vhodných nástrojov.

Antroposkopia je systém hodnotenia a klasifikácie kvalitatívnych telesných znakov podľa daných schém v takých prípadoch, keď nie je možné použiť antropometriu. Antroposkopia nemá vypracované také exaktné postupy ako antropometria a jej výsledkom bývajú poradové stupnice (napr. pri hodnotení vývinu jednotlivých sekundárnych pohlavných znakov), resp. len skupiny — kategórie (napr. pri hodnotení tvaru očnej štrbiny, nosa a pod.).

Telesný rast a vývin sú komplexné procesy, ktoré sú determinované dvojicou činiteľov: dedičnosťou a prostredím. Pod pojmom rast rozumieme súbor kvantitatívnych zmien, ktorý sa prejavuje zväčšovaním telesných rozmerov, či už tela ako celku alebo jeho častí. Vývin je súbor kvalitatívnych zmien, ktorý postihuje objavenie sa nových funkcií alebo zdokonalenie funkcií už existujúcich. Tento pojem sa, pravda, používa tiež ako strechový, zahrňujúci procesy rast a vývin v užšom slova zmysle.

Genetická determinácia rastu a vývinu je daná prenosom genetickej informácie, jej realizácia je však podmienená viacerými činiteľmi, medzi ktorými významné miesto má prostredie. Pod pojmom prostredie rozumieme súhrn všetkých negenetických činiteľov, ktoré na človeka pôsobia pred narodením, pri pôrode a po narodení — Stern (1965). Charakteristiky prostredia môžeme rozdeliť do dvoch veľkých skupín:

- vonkajšie prostredie, ktoré zahrňuje všetky činitele, ktoré obklopujú človeka;
- vnútorné prostredie, ktoré obsahuje súhrn všetkých morfológických a funkčných charakteristík organizmu.

Spomedzi činiteľov prostredia, ktoré významnou mierou ovplyvňujú telesný rast a vývin, budeme venovať pozornosť iba zdravotnému stavu (chorobám). Ostatné, aj keď mimoriadne dôležité činitele, si nebudeme všimáť. Záujemci sa s nimi môžu oboznámiť v príslušnej literatúre, napr. Drobňá a Drobňý (1980).

Patologický proces často mení rastovú a vývinovú dynamiku, ktorú môžeme poznať pri longitudinálnom (alebo aspoň opakovanom) vyšetrení dosiahnutej úrovne telesného rastu a vývinu, menej spoľahlivo aj na základe jednorazového

antropologického vyšetrenia. Tieto zmeny sa môžu týkať tela ako celku alebo jeho častí (časti). To znamená, že niektoré patologické stavy a procesy vo veku do zastavenia rastu a vývinu (do dosiahnutia dospelosti) možno odhaliť na základe posúdenia dosiahnutej úrovne telesného rastu a vývinu.

Druhým poznatkom, o ktorý sa budeme opierať, je, že niektoré patologické stavy a procesy sa nadnáhodne často vyskytujú u ľudí s určitými komplexmi telesných znakov, ktoré zaraďujeme pod spoločný názov telesná stavba (biotyp, somatotyp). Publikované výsledky viacerých autorov, na základe ktorých bolo možné formulovať predchádzajúce tvrdenie, sa opierajú o zistenie u dospelých, zväčša mužov, možno však vysloviť oprávnený predpoklad, že toto tvrdenie platí aj pre ženy a deti. Týmto dvom častiam ľudskej populácie však v tomto ohľade bola venovaná menšia pozornosť.

Možnosti využitia antropometrie a antroposkopie pri vyhľadávaní jednotlivcov postihnutých určitými defektmi alebo patologickými procesmi, ako aj osôb, u ktorých sa nadnáhodne často vyskytujú určité ochorenia, sa dajú rozdeliť do týchto častí:

1. Na základe zhodnotenia telesnej veľkosti (celého tela, aj jednotlivých častí), proporcionality a vývinovej rýchlosti priamo odporúčať vyšetrenie u lekára, špecialistu. Ako príklady si môžeme uviesť niektoré endokrinopatie, expanzívny intrakraniálny proces (napr. hydrocefalus), mikrocefalus atď.
2. Na základe zistenia rastovej a vývinovej retardácie (niekedy aj akcelerácie) vysloviť podozrenie na prítomnosť patologického stavu alebo procesu a odporúčať podrobné a komplexné medicínske vyšetrenie. Ako príklady tu môžeme uviesť rastovú a vývinovú retardáciu detí a mládeže s vrodenými srdcovými chybami — Slezáková (1977), rastovú retardáciu mentálne retardovaných detí a mládeže — Šimková (1968), rastovú retardáciu postihnutých patologickými stavmi a procesmi dýchacieho systému — Jeníčková (1976) atď.
3. Na základe stanovenia telesnej stavby vyčleniť skupiny jednotlivcov, u ktorých sa nadnáhodne často vyskytujú: ischemická choroba srdca a infarkt myokardu — Chovanová, Drobňý, Palát (1976); Čerovská (1978); druhy psychóz — Kretschmer (1921, 1967); rakovina — Viola (1919), sklerosis multiplex — Bergmann, Kedzia, Rajchel (1975), atď.
4. Okrem predchádzajúcich možností využitia antropologických metód pri vyhľadávaní skrytých chorôb a chýb alebo skupín jednotlivcov ohrozených určitými chorobami možno antropologické metódy využiť pri sledovaní úspešnosti terapeutického postupu pri rôznych druhoch ochorení, napr. Drobňý, Benko, Čecher, Vajda (1970).

Súčasný stav využívania antropometrie v rámci hromadného vyhľadávania skrytých chýb a chorôb je neuspokojivý. Príčiny tohto stavu môžeme hľadať v troch momentoch: v prvom rade zdravotníckimi pracovníkmi v rámci odbornej prípravy nie sú školení v technikách, nie sú oboznamovaní s teóriou a možnosťami využívania týchto techník; chýba vybavenie potrebnými nástrojmi; okrem toho, v zdravotníckych zariadeniach chýba systematizované miesto pre antropológa, ktorý by tieto úlohy plnil. Hneď treba povedať, že aj v prípadoch, keď sa základné antropometrické vyšetrenie pri medicínskej praxi robí, často nie je dotiahnuté — nie sú exploatované získané informácie.

Vari najstaršia forma hromadného antropometrického vyšetrenia je meranie

základných rozmerov tela brancov. Pôvodne boli tieto merania orientované na negatívnu selekciu: kto nedosahoval „vojenskú mieru“, nebol odvodený. Neskôr, keď sa tieto dôvody neodvedenia prestali uplatňovať, cieľom antropometrického vyšetrenia boli otázky identifikácie, dokumentácie a plánovania sortimentu veľkostí rôznych súčastí odevu a výstroja vojakov. Možno teda povedať, že v systéme antropometrického vyšetrenia s cieľom skríningu antropometrické vyšetrenie brancov sa nevyužíva, hoci práve tu by sa mohlo uskutočniť základné vyšetrenie mužov tohto druhu v dospelosti.

Dalšou formou hromadného antropometrického vyšetrenia je meranie pôrodnej hmotnosti, pôrodnej dĺžky, obvodu hlavy a hrudníka u novorodencov v pôrodniciach. Cieľ, ktorý sleduje toto meranie je: na základe telesnej veľkosti oddeliť skupinu detí s nízkou pôrodnou hmotnosťou — WHO stanovila hranicu 2500 g. Deti, ktorých hmotnosť leží pod touto hranicou, by sa mali považovať za deti s nízkou pôrodnou hmotnosťou a mala by sa im venovať zvláštna starostlivosť. Diskutabilné je určenie jednotnej hranice pre celé ľudstvo, to znamená pre príslušníkov všetkých rás a etnických skupín. Tiež by bolo vhodnejšie, aby existovala rozdielna hranica pre chlapcov a pre dievčatá. Druhou otázkou je striktné dodržiavanie tejto stanovenej hranice zdravotníckymi pracovníkmi v praxi. Šimková (1967) na základe analýzy variačnej krivky detí umiestnených v nedonoseneckých oddeleniach ukázala, že pre preloženie dieťaťa na nedonosenecké oddelenie nestačí pôrodná hmotnosť pod 2500 g, že sa tu kladie dôraz na ďalšie charakteristiky, a toto stanovisko možno považovať za správne.

Ostatné dva rozmery, ktoré sa sledujú v novorodeneckých zariadeniach (horizontálny obvod hlavy a obvod hrudníka), sa využívajú na posúdenie primeranosti veľkosti neurokránia.

V súvislosti s meraním novorodenca treba spomenúť antropometrické vyšetrenie panvy farchavých žien v rámci preventívnych vyšetrení (spolu s výškou a hmotnosťou tela), ktorého cieľom je na základe poznania rozmerov panvy odhadnúť veľkosť pôrodného kanála a podľa toho počítať s možnosťami určitých komplikácií pri pôrode. Toto antropometrické vyšetrenie je masové (všetky farchavé ženy, ktoré sa dostavili na preventívnu lekársku prehliadku) a možno ho považovať za antropometrický skrínig.

Do tejto kategórie vyšetrení patrí aj meranie základných telesných rozmerov školských detí a mládeže, ktoré sa uskutočňuje počas školskej dochádzky longitudinálnym spôsobom. Doteraz používaný postup vypracoval v r. 1946 Macúch. Tieto merania majú však skôr dokumentačný charakter, ich využitie ako skrínig alebo ako podklad pre vypracovanie normy rastových a vývinových charakteristík je nedostatočné.

Pre posúdenie primeranosti telesných rozmerov boli v ČSSR vypracované normy v rokoch 1951, 1961 a 1971.

Na Fakulte detského lekárstva Karlovej Univerzity v Prahe bolo zahájené v päťdesiatych rokoch pravidelné sledovanie somatického vývinu antropometrickými metódami — Nováková (1975). Od roku 1963 tu bolo zriadené samostatné antropometrické oddelenie, ktoré má dvojako zameranie. Jednak individuálne vyšetrenie a hodnotenie rastu a vývinu ambulantných a hospitalizovaných pacientov, jednak výskum zdravej populácie s cieľom poskytnutia podkladov pre hodnotenie výsledkov merania chorých detí.

Prvým organizovaným a možno povedať komplexným prístupom k problematike skrytých chýb u nás je „Screeningová metóda určenia vývoja dieťaťa od 4 týždňov do 18 mesiacov“, ktorú vypracovali: Bargarová, Benko, Drobný, Gvozdiaková, Getlík, Habináková, Lánik, Mašura, Némethová a Rusnák (1969). Odbor starostlivosti o ženu a dieťa pri Ministerstve zdravotníctva SSR túto metódu vydal v roku 1969. Od tohto času spomenutá metodika používaná v zdravotníckej praxi SSR v rámci existujúcej siete zdravotníckych zariadení, čo v sebe zahrňuje okrem nesporných pozitívnych aspektov aj určité nedostatky. V rámci antropometrických metód sa tu odporúča vyšetrenie veľkosti a rýchlosti rastu neurokránia (zmeraním horizontálneho obvodu hlavy a porovnaním s normou) s cieľom odhalenia chýb a chorôb postihujúcich veľkosť neurokránia. Prínos zavedenia spomenutého vyšetrenia a sledovania na tomto mieste nebudeme rozoberať, záujmom odporúčame podrobnejšie spracovanie výsledkov, ktoré publikovali Drobný, Benko a Brozmanová (1981).

V rámci genetického skrínigu sa u nás realizuje vyhľadávanie chromozomálnych aberácií XO a XYY na základe vyšetrenia výšky tela — Izakovič (1971).

V súvislosti s cieľom predloženej práce sa treba zmieniť ešte o dvoch postupoch hodných pozornosti. V prvom rade ide o využívanie stanovenia kostného veku pri diagnostikovaní niektorých endokrinných patení a pri kontrole primeranosti terapie týchto porúch. Druhým postupom, ktorému je treba venovať pozornosť, je využitie dermatoglyfiky pri diagnostikovaní niektorých syndrómov (napr. Morbus Downi).

Záverom možno povedať, že preventívne hromadné vyšetrenie obyvateľstva s cieľom odhalenia skrytých chýb a chorôb, ako aj osôb s nadnáhodným výskytom určitých ochorení, je najprogressívnejšou formou zdravotníckej praxe. V rámci metód, ktorými by sa takéto vyšetrenie robilo, má nemalé uplatnenie antropometria a antroposkopia. Tieto dve metódy sú menej náročné na čas a materiálové náklady ako iné medicínske metódy vyšetrenia, pritom ale znižia podstatným spôsobom počet tých, u ktorých bude potrebné uskutočniť podrobnejšie medicínske vyšetrenie.

V nasledujúcich prácach budeme venovať pozornosť skrínigu s použitím antropometrie a antroposkopie u detí, u dospelých, antropometrickým a antroposkopickým metódam a nástrojom, pričom vyústením bude návrh antropologickej skrínigovej techniky bez použitia zvláštnych nástrojov, to znamená takého postupu, ktorý bude možné okamžite zaviesť do praxe. Zvláštnu pozornosť chceme venovať poukazom na otvorené problémy, ktoré bude potrebné riešiť výskumom.

LITERATÚRA

1. BARGAROVÁ, BENKO, DROBNÝ, GVOZDJAKOVÁ, GETLÍK, HABINÁKOVÁ, HÜTTOVÁ, LÁNIK, MAŠURA, NÉMETHOVÁ, RUSNÁK: Screeningová metóda určenia vývoja dieťaťa od 4. týždňov do 18. mesiacov. Odbor starostlivosti o ženu a dieťa Ministerstva zdravotníctva SSR, Bratislava, 2. 4. 1969.
2. ČEROVSKÁ, J.: Antropologické aspekty ischemickej choroby srdca. Prírodovedecká fakulta KU, Praha: Kandidátska dizertačná práca, 1978.
3. DROBNÁ, M., DROBNÝ, I.: Vývinová antropológia. Prírodovedecká fakulta UK, Bratislava.

4. DROBNÝ, I., BENKO, J., ČEČER, M., VAJDA, P.: Anthropometrischer Beitrag zur Diagnostik, Kontrolle der Entwicklung und Behandlung des Hydrocephalus oclusus. Entwicklungsneurologie des Kindes. Beihefte zur: Ztschr. Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie. Hefte 13/14: 1970.
5. DROBNÝ, I., BENKO, J., BROZMANOVÁ, M.: Nové pozorovania rastu neurokránia u hydrocefalov. ACTA F. R. N. Univ. Comen. — v tlači 1981
6. CHOVANOVÁ, E., DROBNÝ, I., PALÁT, M.: Somatotypologická charakteristika pacientov s ischemickou chorobou srdca. 2. sym. klinickej antropológie v Bratislave, máj 1976.
7. IZAKOVIČ, V.: Telesná výška pri gonozomálnych anomáliách a testikulárnej feminizácii. Lek. obzor, 20, 1971, 2.
8. JENÍČKOVÁ, J.: Hodnocení somatického vývoje dětí s idiopatickou intersticiální plícní fibrosou. Práce v súťaži o Cenu dr. A. Hrdličku, 1976.
9. KRETSCHMER, E.: Körperbau und Charakter (25. Auflage). 1921, Springer Verl., Berlin, Heidelberg, New York, 1967.
10. MACÚCH, I.: Návrh na jednotný školský zdravotný záznam. Slov. lek. 15 — 16, 1946.
11. NOVÁKOVÁ, M.: Antropologie na dětských klinikách Fakulty dětského lékařství University Karlovy v Praze. Zprávy Čs. spol. antrop. XXVIII — 3, 1975.
12. SLEZÁKOVÁ, J.: Somatický rast a vývin detí s vrodenými srdcovými chybami. Kandidátska dizertačná práca, PF UK, Bratislava, 1977.
13. STERN, C.: Osnovy genetiky čelovjeka, Moskva 1965.
14. ŠIMKOVÁ, N.: Telesná charakteristika mentálne retardovaných detí. Psychol. a patsychol. dieťaťa, 4, 3, 1969.
15. ŠIMKOVÁ, N.: Deti s nízkou pôrodnou hmotnosťou do veku troch rokov. Kandidátska dizertačná práca, PF UK, Bratislava, 1976.
16. VIOLA, G.: 1919: cit. podľa Sheldona, W. H.: The Varieties of Human Psyique. Harper and brothers publ. New York, London, 1940.

Adresa autora: I. D., Hviezdoslavova ul. 6, 917 24 Trnava

I. Дробны

АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В СИСТЕМЕ МАССОВОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СКРЫТЫХ ПОРОКОВ И БОЛЕЗНЕЙ

Резюме

В предлагаемой статье автор выдвигает проблематику использования антропологических методов в медицинской практике. Он дает обзор о применении антропометрии в здравоохранении у нас и считает применение приобретенных информаций в настоящее время малоэффективным. Кроме того, он показывает круги проблем лечебно-профилактической медицины, в рамках которых может быть применение антропологических методов полезным. Предлагаемая статья является введением в серию работ, посвященным проблематике антропологического скрининга.

I. Drobny

ANTHROPOLOGIC METHODS IN PREVENTIVE MASS SCREENING OF THE POPULATION FOR THE DETECTION OF LATENT DEFECTS AND DISEASES

Summary

The author analyses in his paper the problem of the application of anthropologic methods in medical practice. A surview of applied anthropometry in medicine in our

country is presented and the application of gained information evaluated as not much effective. Indicated are also spheres of problems in preventive medicine where the application of anthropologic methods could be useful. The presented contribution is the introduction to a series of papers devoted to the problem of anthropologic screening.

I. Drobny

ANTHROPOLOGISCHE METHODEN IM SYSTEM DER VORBEUGENDEN MASSENUNTERSUCHUNGEN DER BEVÖLKERUNG BEI DER SUCHE NACH LATENTEN SCHÄDEN UND KRANKHEITEN

Zusammenfassung

In der vorliegenden Schrift wirft der Autor die Problematik der Anwendung anthropologischer Methoden in der medizinischen Praxis auf. Er bietet einen Überblick über die Anwendung der Anthropometrie im Gesundheitswesen der ČSSR und wertet die Nutzung der gewonnenen Informationen als gegenwärtig wenig wirksam. Darüber hinaus weist er auf die Problembereiche der Präventivmedizin hin, bei deren Lösung die Anwendung anthropologischer Methoden einem positiven Beitrag darstellen könnte. Der vorliegende Beitrag ist die Einleitung zu einer Serie von der Problematik des anthropologischen Screenings gewidmeten Schriften.

I. Drobny

LES MÉTHODES ANTHROPOLOGIQUES DANS LE SYSTÈME DE L' EXAMEN PRÉVENTIF EN MASSE DE LA POPULATION DANS LA RECHERCHE DES DÉFAUTS ET MALADIES CACHÉS

Résumé

Dans son travail l' auteur traite la problématique de l' application des méthodes anthropologiques dans la pratique médicale. Il donne un aperçu sur l' application de l' anthropométrie dans le domaine de la santé publique chez nous et évalue l' utilisation des informations obtenues actuellement comme peu effectives. Il souligne ensuite les sphères des problèmes de la médecine préventive dans le cadre desquels l' application de méthodes anthropologiques pourra être favorable. L' article présenté est la préface d' une série de travaux consacrés à la problématique du screening anthropologique.

THE ECONOMICS OF DISABILITY: INTERNATIONAL PERSPECTIVES

Ekonomika neschopnosti; Medzinárodné perspektívy

Vydala Rehabilitation International in Cooperation with the United Nations New York 1981

ISBN 0-9605554-0-4

Susan Hammermanová a Stephen Mankowski vydali v roku 1981 prostredníctvom Rehabilitation International v spolupráci so Spojenými národmi zaujímavú publikáciu, ktorá sa zaoberá otázkami medzinárodných perspektív ekonomiky neschopnosti. Telesná neschopnosť práve tak ako invalidita alebo oslabenie predstavujú v súčasnej spoločnosti vo všetkých kra-

jinách otázku zásadnej dôležitosti. Štatistiky udávajú, že v roku 1975 existovalo na svete 490 mil. postihnutých rôznym stupňom neschopnosti (disability), čo znamenalo asi 12,3 % celkovej svetovej populácie. V roku 2000 počet týchto poškodených dosiahne číslo 846 mil., čo je asi 13,5 % predpokladanej svetovej populácie. Publikácie medzinárodnej rehabilitač-

nej spoločnosti rieša tieto otázky v súčasnom modernom chápaní. Kniha má prakticky 5 kapitol, ktoré sa zaoberajú jednotlivých termínov a definícií je iste po — neschopnosťou a rehabilitáciou, ekonomickými a sociálnymi nákladmi, analýzou týchto nákladov, pracovným trhom a sociálnou istotou a disabilitou. Úvod knihy prináša zprávu skupiny expertov Spojených národov o socioekonomických implikáciách a investíciách v rehabilitácii telesne poškodených — táto pracovná skupina zasadala v Ženeve v dňoch 1. až

9. decembra 1977. Publikácia je doplnená celým radom čísiel, ktoré dokumentujú jednotlivé čiastkové otázky. Sú uvedené aj československé príspevky.

Publikácia je veľmi potrebným prameňom pre každého, kto sa zaoberá otázkami rehabilitácie, problematikou oslabených, nespôsobilosťou či invaliditou. Okrem niektorých medicínskych problémov poukazuje predovšetkým na otázku ekonomiky a možnosti riešenia týchto závažných otázok v perspektíve.

Dr. M. Palát, Bratislava

A. SARMIENTO, L. L. LATTI
CLOSED FUNCTIONAL TREATMENT OF FRACTURES
Zavŕšené funkčné liečenie fraktúr
Springer Verlag Berlin — Heidelberg — New York 1981.
ISBN 3-540-10384-8

Monografie prof. Sarmienta a Latty z Los Angeles a Miami, ktorá vychádza v roku 1981 v nakladateľstve Springer Verlag v Berlíne Heidelbergu a New Yorku prináša sedemdesiatročnú skúsenosť autorů s metódou funkčnej liečby niektorých fraktúr pomocou špeciálne upravených dlah. Autoři nazývajú svoju liečebnú techniku funkčným liečením, pretože pri tejto forme znehybnění na príklad príslušnej končetine, môže pacient vykonávať niektoré pohyby, na príklad chůzi, aniž dojde k narušeniu hojivého procesu, podmieneného prítomnou fraktúrou. Princíp metódy autorů spočíva v tom, že oblasť fraktúry sa imobilizuje pomocou dlahy z umelého hmoty (autoři používajú Ortoplast — termoplastický materiál), ktorou adaptujú na anatomické podmienky s tým, že pohyb v príslušných kloubch zůstává voľný, takže nemocný s fraktúrou dlhých kostí dolnej končetine môže absolvovať na príklad chůzi alebo plávanie a podobne.

Autoři jsou přesvědčeni o tom, že tento způsob funkčného liečenia zlomenin má oproti klasickým a moderným spôsobom liečby fraktúr mnoho výhod. Preto ho nazývajú funkčným liečením, pretože pri ňom dochádza k prakticky minimálnemu omezeniu funkcie daného anatomického segmentu alebo končetine. Ako zdôrazňujú v úvode svojej monografie, je takéto spôsob podstatne menej nákladný, čož dokazujú na štatistických údajoch ze Spojených štátů,

kde ročne prakticky jeden človek z desiat utrpí zlomeninu, dystorziu alebo iný úraz, pričomž znížená aktivita nemocného vo veku 17 až 44 rokov je 19,5 dní pri fraktúrach a dystorziách a vo veku nad 45 rokov stoupa táto inaktivita na 27,9 dní [nejso udaná data práceneschopnosti, pretože ve Spojených štátoch existuje iný systém sociálneho pojištenia]. Data jsou z roku 1971 (National Safety Council).

Monografie je rozdelená na desiat kapitol; prvé dve predstavujú úvod do celej problematiky — hovoří se zde o výhodách funkčnej liečby zlomenin oproti operačnej liečbe a zavádzení metalického materiálu do kosti, ďalej jsou zdůrazněny indikace a kontraindikace a je rozebraný vědecký základ funkčnej liečby zlomenin podle návrhu autorů. Poukazuje se na úlohu krevního zásobení, biochemické změny související s endochondrální osifikací a diskutuje se o architektuře kalusu. V dalším jsou charakterizované anatomické a materiální předpoklady pro aplikace metody funkčnej liečby zlomenin.

Dalších osm kapitol potom věnuje pozornost už problematice jednotlivých fraktúr podle anatomické lokalizace. Jsou rozebrány otázky fraktúr tibie, fraktúr kondylu tibie, otázky fraktúr femuru. Další kapitoly pojednávají o fraktúrach distálního konce radia, fraktúrach předloktí a fraktúrach humeru. Poslední dvě kapitoly se zabývají některými speciálními otáz-

kami — pozdním hojením fraktur a frakturami u dětí.

Základem celé monografie Sarmienta a Latty je bezesporu dokonalá dokumentace všech diskutovaných otázek. V teoretické části jsou dokumentované histologické změny, řada schémat doplňuje poměrně stručný text, dokonale reprodukováné rtg. snímky dokumentující jednotlivé typy zlomenin v dynamickém sledování. Pozornost zasluhují i tabulkové přehledy klinických dat, zařazených v jednotlivých kapitolách, literatura je vždy uvedená na konci jednotlivých kapitol.

Základní koncept funkčného liečenia zlo-

menin spočíva v tom, že udrženie funkcie postihenej končetine či inej anatomickej oblasti je dôležité tak pro hojenie tkání, tak i pro celý rehabilitačný proces a pro prevenciu porušenia kloubů. Bohatá dokumentace mnoholetých zkušeností obou autorů je dokladem toho, že i v současnosti je nutno hledat nové metody, které poslouží udržení zdraví člověka. Kniha vzbudí jistě velkou pozornost ortopedů, traumatologů a rehabilitačních odborníků, protože přináší mnoho důkazů o tom, že každá léčebná metoda má mít především hledisko funkčního přístupu.

Dr. J. Novák, Praha

HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ

PROF. MUDr. MILOŠ MÁČEK, DrSc., ŠEDESÁTNIKEM

Velmi rád prohlížím portréty jako zobrazení člověka, zobrazení země, zobrazení života. Každý z nich je totiž jedinečný, neboť existuje v jediném exempláři, který se už nikdy v takové podobě neobjeví. Také portrét našeho soudruha profesora dáva tu spravedlivou míru všemu, co člověk na světě vytváří ze sebe sama. Hořický rodák (narozen 6. ledna 1922) prožívá své mládí mezi pokrokovými spuluvrstevníky a v protifašistické frontě. Po dokončení pražské lékařské fakulty pracuje v pohraničních okresech a v roce 1951 v Dětské fakultní nemocnici v Praze. Na popud profesora Švejcara zakládá jako mladý asistent na pediatrické klinice první skupinu spolupracovníků, která se věnuje léčebné tělesné výchově dětí. Vydává se svými spolupracovníky první monografií o této problematice a již v roce 1960 stojí v čele samostatného nového oddělení tělovýchovného lékařství a rehabilitace a katedry fakulty dětského lékařství, která se v současné době stává klinikou tělovýchovného lékařství a rehabilitace. Odbornost profesora Máčka, jeho organizační schopnosti a plodná angažovanost se projevuje jak na fakultě, kde působí řadu let jako dekan, a na ministerstvu zdravotnictví, kde je hlavním odborníkem pro tělovýchovné lékařství, tak

v tělovýchovném hnutí, kde pracuje jako předseda Zdravotnické rady a člen předsednictva ČÚV ČSTV, v politických funkcích a funkcích stranických; je místopředsedou České rehabilitační společnosti a místopředsedou společnosti tělovýchovného lékařství Čs. lékařské společnosti J. E. Purkyně. Je dále i hlavním koordinátorem výzkumných úkolů v tělovýchovném lékařství a zastává i další významné funkce. Vědeckou činnost zaměřuje zpočátku na problematiku dýchání a rehabilitace, později se soustřeďuje na reakci dětského organismu na zátěž a výsledky publikuje v téměř 200 pracích doma i v zahraničí. Některé byly oceněny i významnými cenami. Je zakládajícím členem Pediatric Group of Working Physiology, která sdružuje přední světové vědce.

Vím, že dosažení dospělosti není žádným důvodem k bujaré radosti, ale šedesátiny našeho profesora Máčka jsou pádným důvodem k zamyšlení, co přinesl nejen lékařství a společnosti, nýbrž i nám, svým žákům a spolupracovníkům vytvářením klidné, tvůrčí a citlivé atmosféry na klinice. Za to vše děkujeme našemu jubilantovi, člověku moudrému, který je stále plný dobrých nadějí.

Prim. MUDr. Jan Javůrek, CSc.

PÄTĎESIATINY MUDr. ŠIMÍČKA

V júli 1981 nás zastihla prekvapujúca správa, že Jaroslav Šimíček, ordinár pre kardiológiu Krajskej nemocnice v Ostrave, prekročil päťdesiatku. Správa je o to prekvapujúcejšia, že každý, kto dr. Šimíčka pozná, by ho považoval za podstatne mladšieho.

MUDr. Jaroslav Šimíček, CSc., sa narodil 28. 7. 1931 v severomoravskom Novom Jičine, v učiteľskej rodine. Po maturite v Příbore absolvoval Olomouckú lekársku fakultu a po jej absolvovaní začal svoju lekársku činnosť na Fyziologickom ústave Lekárskej fakulty Palackého univerzity v Olomouci. Od roku 1958 sa venuje už vnútornému lekárstvu, a túto časť života ukončuje v roku 1964 prevzatím funkcie ordinára pre kardiológiu KÚNZ v Ostrave. V roku 1967 obhájil kandidátsku prácu.

Dr. Šimíček rozdelil svoj čas medzi klinickú a vedeckú prácu lekára a ostatnú činnosť, v ktorej prevládala predovšetkým šport a záujem o umenie. Veľmi málo ľudí vie, že dr. Šimíček je maliarom amatérom a že vynikajúco hrá na klavíri (v tejto „profesii“ to dotiahol až na kapelníka džezového orchestra). Dr. Šimíček už od začiatku svojej lekárskej praxe mal záujem predovšetkým o kardiovaskulárny systém, diagnostiku chorôb kardiovaskulárnych funkcií, otázky rehabilitácie u pacientov po infarkte myokardu a v poslednom desaťročí sa zaoberá zavedením kardiostimulátorov do širokej kardiologickej praxe. Jeho práce, ktoré nájdeme v našej aj zahraničnej literatúre, sú dokladom týchto snáh.



Päťdesiatka v živote každého človeka iste znamená malé zastavenie. Človek, ktorý sa dožíva tohto výročia, stáva sa akýmsi stredobodom záujmu kolegov, priateľov a spolupracovníkov, uvedomuje si, že je čas sa pozrieť nielen dopredu, ale aj dozadu. U Šimíčka je to trochu prekvapujúce práve pre veľkú diskrepanciu medzi matrikovým a biologickým vekom.

Milý Jaroslav, využívam túto príležitosť a dovoľujem si zaželať Ti predovšetkým veľa zdravia, ďalšieho elánu a maximálnej výkonnosti. Som rád, že máme spoločné pole pôsobnosti a že si mojím priateľom.

Ad multos annos!

MUDr. Miroslav Palát, Bratislava

a M. L. Pollock a časopis vydáva Le Jacq Publishing Inc. v New Yorku.

Časopis má široký redakčný kruh a zaoberá sa otázkami rehabilitácie v kardiológii: Popri pôvodných vedeckých a odborných prácach publikuje prehľadné referáty, ďalej správy z Americkej kardiologickej spoločnosti, krátke prehľadné správy o knihách. Prináša taktiež informácie o kongresoch a konferenciách. Je moderne zameraný, má vysoký odborný a polygrafický štandard.

RECENZIE KŇÍH

VOCATIONAL REHABILITATION AND THE EMPLOYMENT OF THE DISABLED: A GLOSSARY.

GLOSSAIRE DE LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE ET DE L'EMPLOI DES HANDICAPÉS

GLOSARIO DE REHABILITACION PROFESIONAL Y EMPLEO DE LOS INCAPACITADOS

Pracovná rehabilitácia a zamestnávanie postihnutých: Slovník

Vydalo International Labour Office Geneva 1981 ISBN 92-2-002571-X

Medzinárodná organizácia práce v Ženeve vydala v roku 1981 veľmi potrebný trojjazyčný slovník pre potreby pracovnej rehabilitácie. V angličtine, francúzštine a španielčine sú tu uvedené termíny používané na poli pracovnej rehabilitácie a zamestnávanie poškodených s príslušnou definíciou, ktorá vysvetľuje daný termín. Vývoj súčasnej rehabilitácie a rehabilitačnej medicíny si žiada aj určitú štandardizáciu terminologických pojmov. Táto skutočnosť je veľmi potrebná, pretože stále viac a viac sa objavujú najrôznejšie publikácie zaoberajúce sa proble-

matikou liečebnej a pracovnej rehabilitácie. Nie v každom jazyku sa vysvetľuje rovnaký pojem rovnakou definíciou. Preto je záslužným činom medzinárodnej organizácie práce v Ženeve, že pripravila do tlače a vydala veľmi potrebnú publikáciu o terminológii na úseku pracovnej rehabilitácie. Je to prvý krok a dúfajme, že bude mať nasledovníkov. Štandardizácia jednotlivých termínov a definícií je iste potrebná aj pre iné oblasti rehabilitačnej medicíny a treba si iba želať, aby sa čoskoro stala skutočnosťou.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. KOLESAR, Z. MIKEŠ

ERGOMETRIA V KLINICKEJ PRAXI

Vydalo vydavateľstvo Osveta Martin 1981 vydanie 1.

V Háľkovej zbierke ako 30. zväzok vychádza v roku 1981 Kolesárova a Mikešova „Ergometria v klinickej praxi“. Vydáva ju vydavateľstvo Osveta v Martine v edícii pre postgraduálne štúdium lekárov. Kniha je dobrým prehľadom súčasných názorov na uplatnenie záťažových testov v diagnostike a evaluácii predovšetkým kardiovaskulárnych ochorení. Po kapitolách o histórii záťažových testov sú v ďalších kapitolách rozobrané základné otázky svalovej činnosti a reakcie organizmu na svalovú činnosť s prihliadnutím na činnosť kardiovaskulárneho, nervového, endokrinného systému, minerálneho hospodárstva a hemopoetického systému. Fyziologickú časť publikácie završuje kapitola o tréningu.

V ďalších kapitolách sú rozobrané jednotlivé metodické aspekty záťažových testov, ich štandardizácia, indikácia, kontraindikácia a konečne hodnotenie jed-

notlivých parametrov sledovaných pri telesnom zaťažení. Záverečné kapitoly podávajú prehľad o definíciách jednotlivých termínov použitých publikácií, prehľad jednotiek a prehľad skratiek. Je tu uvedená použitá literatúra, zoznam obrázkov a tabuliek a konečne aj register.

Ako sme spomenuli, publikácia je určená pre postgraduálne štúdium lekárov nielen z odboru fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, ale aj z ostatných odborov, t. j. predovšetkým kardiológie a pneumológie. Kniha prináša celý rad informácií a dát, takže dáva ucelený obraz o problematike záťažových testov — metóde, bez ktorej si v súčasnosti ťažko môžeme predstaviť diagnostiku a predovšetkým evaluáciu kardiovaskulárnych funkcií a ich porúch. Kniha je prehľadná, ľahko sa číta a je dobre dokumentovaná.

Ergometria v klinickej praxi ako neinvazívna metóda posudzovania funkcie

VOLUME 1 NUMBER 4 SEPTEMBER 1981

Journal of Cardiac Rehabilitation

V roku 1981 začal vychádzať dvojmesačne nový časopis „Journal of Cardiac Rehabilitation“. Jeho ditormi sú V. F. Froelicher

predovšetkým kardiovaskulárneho systému získava sí čoraz väčšie uplatnenie v súčasnej medicíne. Kolesárova a Mikešova publikácia dobre poslúži nielen lekárom

pri postgraduálnom štúdiu, ale aj tým, ktorí sa v rámci klinickej praxe zaoberajú práve touto metódou.

Dr. M. Palát, Bratislava

L. J. MULLINS ANNUAL REVIEWS REPRINTS: CELL MEMBRANES 1978 — 1980

Reprinty ročných prehľadov: Bunkové membrány, 1978 — 1980
Vydal Annual Reviews Inc. Palo Alto California USA 1981
ISBN 0-8243-2503-06

Annual Reviews Incorporation v Palo Alto v Kalifornii, ktorá sa špecializuje na vydávanie ročných prehľadov z najrôznejších odborov medicíny a iných vedných odborov, vydáva v roku 1981 už druhý zväzok súboru reprintov o problematike bunkových membrán. Tieto jednotlivé práce boli publikované v iných „Ročných prehľadoch“ a vybral ich prof. Mullins do nového zväzku. Práce uverejnené v recenzovanom zväzku majú 4 tematické okruhy. V prvom sa hovorí o excitačných procesoch na membránach, druhý tematický okruh rozoberá aktívny transport, v treťom sa hovorí o štruktúre membrány a jej chémii, posledný tematický okruh, ktorý obsahuje 4 práce, sa zaoberá receptormi. Ako vidieť, tieto jednotlivé tematické okruhy predstavujú aj oblasti súčasného záujmu pracovníkov, zaoberajúcich sa

problematikou bunkových membrán. Podľa názoru recenzenta práce uverejnené v tematickom okruhu o aktívnom transporte a práce uverejnené v kapitole o receptoch sú významné aj pre klinické oblasti medicíny.

Vydávanie reprintov v určitej oblasti je ďalším príspevkom vydavateľstva ročných prehľadov k intenzifikácii získavania vedeckých poznatkov a jednotlivých dát pre najrôznejšie oblasti. Je to cenný príspevok pre špecializované ústavy, pretože jednotlivé práce bývajú roztrúsené v jednotlivých osobitných publikáciách a niekedy je relatívne ťažké všetky tieto práce dostať. Preto je veľmi vhodné vydávať komplikovane takým spôsobom práce predstavujúce užšiu tematickú oblasť a túto snahu treba privítať.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

**E. JONASCH, E. BERTEL
VERLETZUNGEN BEI KINDERN BIS ZUM 14. LEBENSJAHR. HEFTE ZUR
UNFALL — HEILKUNDE Č. 150**

Vydal Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 1981

Autori spracovali v časovom úseku 11 rokov [1966 — 1976] 1 999 921 úrazov, ktoré boli zaznamenané pomocou elektronického počítača; zo súboru vyčlenili 263 166 úrazov detského veku, t. j. 13,2 % vo vekovej skupine do 14 rokov. Opierajú sa o kódovací systém zavedený Krottschekom, ktorý považujú aj dnes za výhodný pre computerové spracovanie. Jeho prednosť sú v jednoduchosť a možnosti získania informácií pre pomerne väčší časový úsek a v registrácii zmien materiálneho a osobného rázu. Podľa názorov autorov sú jeho kódy exaktnejšieho rázu a majú väčšie prednosti ako medzinárodná štatistická klasifikácia uvedená WHO. Ako nedostatok tejto WHO-internacionálnej štatistickej klasifikácie uvádzajú, že v

XVII. kapitole, ktorá hovorí o poraneniach, chýbajú exaktne príznaky pri viacerých zlomeninách skeletu, konkrétne pri zlomeninách predkolenia, izolovaných zlomeninách tibiae a pod. Detské úrazy v tejto zostave nemajú traumatické epifyseolýzy, prípadne zlomeniny. Pre tento systém sa žiada vytvoriť korešpondujúce kódy. Podľa záznamov štatistiky autorov, ako aj niektorých rozsiahlejších údajov vo svetovej literatúre detská úrazovosť stúpa s pribúdajúcim vekom. Pri konfrontácii incidencie detského veku s dospelými je zaznamenané maximum výskytu úrazov vo vekovej skupine medzi 20 až 29 rokom, po ktorom pozvoľne klesá. Kým u detí iba 6 % úrazom postihnutých vyžadovalo hospitalizáciu, u poranených

dospelých bola potrebná u 13,2 %. Podľa kódovacieho usporiadania, spracovaného podľa Krottschecka, pri vzniku poranení detí možno uviesť niekoľko základných bodov ich výskytu: pouličná premávka v zmysle dopravných úrazov, športové úrazy, a to najmä lyžovanie, futbal a iné druhy športovej činnosti a ostatný širší okruh príčin vzniku poranenia.

Vo svojom súbore autori uvádzajú porovnanie medzi športovými úrazmi a dopravnými v číselnom pomere výskytu športových poranení 22,7 % a dopravných poranení 2 %. Z hľadiska sezónneho výskytu došlo k úrazom detí najčastejšie v mesiaci máji a júni. Zdôvodňujú to zvýšeným využívaním voľného času v prírode, pri hrách a športovej činnosti na rozhraní jarných a letných mesiacov. Z hľadiska finančných nákladov boli zastúpené najvyšším odškodnením dopravné úrazy, pretože boli podľa typu najťažšie. U športových úrazov najčastejšie došlo k poraneniu pri futbale, predstavovali však

N. HEISIG

INNERE MEDIZIN IN DER ÄRZTLICHEN PRAXIS

Vnútorne lekárstvo v lekárskej praxi

Vydal Georg Thieme Verlag Stuttgart — New York 1981.

ISBN 3-13-6038-01-0

Každý odbor medicíny má v súčasnosti celý rad učebníc, monografií, či iných publikácií. Hádám najviac týchto publikácií je práve v oblasti vnútorného lekárstva. Avšak nie všetky podobné publikácie spĺňajú požiadavky z hľadiska informačného, pedagogického či vedeckého.

Heisigova monografia, ktorú vydáva vydavateľstvo G. Thiemeho v Stuttgarte a New Yorku v roku 1981, predstavuje dielo pozoruhodné svojou vnútornou štruktúrou a svojím obsahom. Vychádza z princípu: vedúci symptóm — diagnóza — terapia a konzekventne v jednotlivých kapitolách, ktorých je celkom 20, dodržiava tento myšlienkový postup, taký dôležitý práve v oblasti vnútorného lekárstva. V svetovej literatúre nie je veľa podobných publikácií, klasicko zostáva už staršia monografia prof. Hadorna.

Na vypracovaní tohto pomerne rozsiahleho diela, bohato dokumentovaného početnými tabuľkami, prehľadmi, grafmi či obrázkovou dokumentáciou, sa zúčastnil celý rad autorov pod vedením prof. Heisiga, prednostu vnútorného oddelenia Rein-

lahšie formy poranenia. Pri lyžovaní dochádzalo k ťažším typom poškodenia. Zdôrazňujú význam zdravotníckej osvety obyvateľstva a výchovu detí k prevencii dopravných úrazov a športových úrazov, najmä tých, ktoré vznikli pri lyžovaní a majú stúpajúcu tendenciu čo do častosti. Autori žiadajú zvýšenú starostlivosť zo strany inštitúcie nazvanej Kuratatorium pre bezpečnosť športu. Táto má so zvýšenou pozornosťou odbornou preverovať a doporučovať správnu lyžiarsku výstroj. Doporučujú k tomuto druhu športovej činnosti cielenú telesnú predprípravu, získanú sústavným dlhodobým tréningom pod vedením učiteľov športu a jeho organizátorov.

Záverom autori prehlasujú, že pre zvládnutie detských úrazov nestačí záujem iba zo strany úrazových chirurgov, ale zložku preventívnych opatrení musia podporovať a do určitej miery tiež realizovať aj príslušné zodpovedné miesta.

Dr. I. Kamenický, Bratislava

Rok 1981 bol vyhlásený Organizáciou spojených národov za Medzinárodný rok invalidov. Objavuje sa teda aj na knižnom trhu celý rad publikácií, ktoré venujú pozornosť problematike invalidity, otázkam života invalidov, rehabilitácie, zlepšenia kvality života týchto postihnutých spoluobčanov.

Veľmi významnú publikáciu predstavuje monografia R. Lifcheza a B. Winslowovej, ktorá venuje pozornosť otázkam životného prostredia telesne postihnutých ľudí.

Monografia má niekoľko kapitol, v ktorých sú rozobrané závažné problémy života a prostredia telesne postihnutých. Jedna z najdôležitejších kapitol tejto monografie je venovaná usporiadaniu životného prostredia týchto ľudí. Architektonické bariéry, ktoré predstavujú základnú problematiku v živote telesne postihnutých, sú predmetom záujmu mnohých odborných pracovníkov a lekárov, architektov

a návrhárov. Publikácia prináša celý rad návrhov a riešení pre zlepšenie kvality života telesne postihnutých.

Veľmi dôležitú kapitolu predstavuje otázka prieskumu a výskumu v oblasti tejto problematiky. Do monografie Lifcheza a Winslowovej sú zaradené aj životné „profily“ niektorých telesne postihnutých a je na nich dokumentovaný ich vzťah k životu, ich životné poslanie a ich vŕa pre integráciu do spoločnosti.

Kniha je vlastne výrazom skúseností z práce pracovnej skupiny v Berkeley v Kalifornii a predstavuje súčasný pohľad na tieto závažné problémy, ktoré postihujú všetky krajiny sveta. Cieľom je nezávislý život a pre jeho splnenie je potrebný celý rad predpokladov, z ktorých základ tvorí životné prostredie postihnutého.

Dr. M. Palát, Bratislava

R. KLEINING

DER FIXATEUR EXTERNE AN DER TIBIA — BIOMECHANISCHE UNTERSUCHUNGEN, BEIHEFTE ZUR UNFALLHEILKUNDE Č. 151

Vydal Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 1981

Vo vývoji vonkajšieho fixátora hrajú podstatnú úlohu otázky mechaniky a jeho pevnosti. Práca sa zaoberá rozsahom možností v naznačenej problematike. Opiera sa o známu zásadu, že stabilita predstavuje jeden z rozhodujúcich faktorov pre zabránenie infekcie u otvorených zlomenín a v liečbe infikovaných fraktúr, prípadne pseudoatróz. Vzhľadom na to, že ani pomocou doporučovaných postupov sa montážou vonkajšieho fixátora na princípoch AO nedosiahla vždy želaná pevnosť, autor sa snažil zlepšiť mechanické princípy vylepšeným spôsobom jeho použitia. Ťažisko tejto inovácie vonkajšieho fixátora zakotvil v jeho trojdimenzionálnom vykonaní a väčšom mechanickom napätí pred aplikáciou. Celý postup obnovenej montáže vonkajšieho fixátora umožňuje nielen riešiť traumatické zmeny na diaľke, ale zabezpečuje požadovanú stabilitu aj na menších metafyzárnych fragmentoch predkolenia. Svoje uplatnenie nachá-

dza v dostatočnej fixácii pri liečbe kostných defektov v blízkosti zhybov, a to najmä tým, že bráni vzájomným sekundárnym posunom koncov úlomkov pri defektoch kostného tkaniva. Moment napätia s príslušnou úpravou Steinmanovho klinca pred jeho naložením, ako aj Schancove skrutki tvoria základné zložky pre zvýšenie stability z hľadiska znemožnenia posunu na stranu kostných úlomkov. Táto montáž redukuje aj nepriaznivé momenty torzných síl a tendenciu ku skrúteniu. Práca je dokumentovaná bohatou obrázkovou prílohou a grafmi, ktoré s príslušnou legendou v matematických reláciách ilustrujú tlakové a ťahové sily pri montáži vonkajšieho fixátora.

Autor sa v závere svojej experimentálnej podloženej práce domnieva, že vonkajší fixátor po tejto inovácií prinesie aj lepšie výsledky v klinickej praxi.

Dr. I. Kamenický, Bratislava

B. M. NOSSIK

ALBERT SCHWEITZER [4. vydanie]

Vydalo nakladateľstvo S. Hirzel Verlag Leipzig BSB B. G. Teubner Verlagsgesellschaft 1981

V edícii „Humanisti činu“, ktorá je venovaná vynikajúcim lekárom v službe ľudstvu, vychádza vo 4. vydaní biografická publikácia Nossikova o Albertovi Schweitzerovi. Preklad z ruského jazyka vyhotovil prof. dr. Pickenhein z Lipska. Skutočnosť, že táto životopisná kniha vychádza už vo 4. vydaní, svedčí o jej obľube. Osobnosti Alberta Schweitzera venuje svetové písomníctvo v celom rade odborných, biografických aj románových spracovaní veľa pozornosti. Dr. Schweitzer — lekár a humanista, je svetovou osobnosťou, ktorá si získala svoju povest predovšetkým zriadením nemocnice v pralese v Lambarene. Veľký úspech mala táto publikácia v Sovietskom zväze, kde prvé vydanie bolo okamžite rozobrané, a to viedlo vydavateľstvo NDR k vydaniu nemeckého prekladu.

Kniha líči životné osudy dr. Schweitzera

od detstva cez stredoškolské štúdiá až po ukončenie vysokoškolského vzdelania. Zaoberá sa jeho záujmom o lekárstvo, ale aj o hudbu, pretože je známe, že dr. Schweitzer bol vynikajúcim hudobníkom. Podstatnú časť knihy tvorí realizácia životného cieľa dr. Schweitzera pri budovaní a vybudovaní nemocnice v pralese v Lambarene, ktorá predstavuje model základnej lekárskej starostlivosti v primitívnych podmienkach.

Kniha je dokumentovaná 44 fotografiami zo života tohoto vynikajúceho lekára, hudobníka a človeka. Prednosťou knihy je nesporná skutočnosť, že sa veľmi dobre číta. Celá biografia dr. Schweitzera je spracovaná veľmi pútavo a zaujímavo. Knihu dostať aj u nás a vrele ju odporúčame.

PhDr. R. Palátová, Bratislava

V. BARCKLEY

BASIC CONCEPTS IN CANCER NURSING

Základné koncepty v ošetrovaní onkologicky chorých

Vydalo International Union Against Cancer, Geneva 1980,

ISBN 92-9018-039-0

Ako 39. zväzok technických zpráv UICC (Union Internationale Contre le Cancer) vychádza v roku 1980 pozoruhodná práca venovaná základným konceptom ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s onkologickým ochorením. Kniha sa skladá z 2 dielov, prvý diel má 26 kapitol, 2. diel 1 kapitolu a ďalej 4 dodatky — slovník, bibliografia a zoznam členských organizácií UICC.

Otázka ošetrovateľskej starostlivosti u onkologicky chorých a s tým súvisiace otázky rehabilitačnej starostlivosti o týchto pacientov sú v poslednom čase predmetom širokého záujmu klinikov, sociálnych pracovníkov, psychológov a ostatných odborníkov. Prakticky všetky štáty s vysokou kultúrou majú vo svojich zdravotníckych programoch aj onkologický program, ktorého nedeliteľnou súčasťou je aj rehabilitácia a ošetrovateľská technika.

Predložená Barckleyová publikácia poukazuje vysoko ilustratívnym spôsobom na všetky otázky ošetrovateľskej techniky z hľadiska všeobecného a ošetrovateľ-

skej starostlivosti z hľadiska špeciálnych lokalizácií onkologických ochorení. Je určená predovšetkým profesionálnym pracovníkom — zdravotným sestram, ale súčasne aj ostatní zdravotníckí pracovníci tu nájdu dostatok potrebných informácií. Je známou skutočnosťou, že u onkologických pacientov chirurgická, rádiologická, event. medikamentózna liečba sú iba súčasťou dlhodobého programu komplexnej starostlivosti o týchto chorých. A do komplexu tejto starostlivosti na prvom mieste patrí podľa súčasných názorov aj ošetrovateľská starostlivosť a rehabilitačný program zameraný predovšetkým na psychosociálnu zložku. Zabezpečiť určitú kvalitu života týchto pacientov je zmyslom všetkých opatrení, ako aj cieľom modernej rehabilitácie.

Barckleyova publikácia prináša veľmi cenné a praktické informácie a bude iste vítaná predovšetkým tam, kde sa zaoberajú problematikou onkologickej medicíny.

Dr. M. Palát, Bratislava

Prvé vydanie von Harnackovej monografie bolo recenzované v našom časopise v roku 1976 (Rehabilitácia 9, 1976, str. 185 — 186). Po necelých 5 rokoch vychádza vo vydavateľstve Springer Verlag v Berlíne druhé vydanie celkom prepracované a uvedené na súčasný stav poznatkov, čo je logické pri tomto type publikácie. Niektoré kapitoly boli znova koncipované. Došlo k malému rozšíreniu monografie, základná štruktúra však zostala v princípe nezmenená. Jednotlivé kapitoly detailne rozoberajú možnosti terapie chorôb počínajúc ochoreniami v novorodeneckom veku podľa jednotlivých systémov. Kniha je napísaná prehľadne

so zvýraznením kľúčových otázok, početné tabuľky zhrňujú dôležité informácie a stávajú sa prehľadným doplnením textu. Na konci každej kapitoly je uvedená ďalšia literatúra. Významný je aj register liečiv, vyznačený polygraficky tlačou na papieri odlišnej farby, ktorý dovoľuje rýchlu orientáciu v knihe.

Knihu uvítajú iste predovšetkým pediatri, ktorým je určená, pretože ich informuje „up to date“ o možnostiach terapie chorôb detského veku. Zdá sa, že pri ďalšom vývoji sa von Harnackova monografia stane hľadanou príručkou pre dennú prax, predovšetkým detských lekárov.
Dr. E. Mikulová, Bratislava

L.-J. LUGGER

DER WADENBEINSCHAFT — HEFTE ZUR UNFALLHEILKUNDE

Vydal Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York, 1981

Ide o ojedinelú publikáciu súhrnne spracovávajúcu dnešné názory na funkciu, poranenia a liečbu fibuly. Autor v úvode cituje De Palmu (1970), ktorý v príručke úrazovej chirurgie v kapitole o konzervatívnej a operačnej liečbe zlomenín predkolenia píše: „Pri liečbe sa zlomenina fibuly prehliada, všetká pozornosť je venovaná tibii.“ Watson-Jones vo svojej knihe „Fractures and Joint Injuries“ (1956) ponecháva zlomeninu diaľyzy fibuly nepovšimnutú. Aj Böbler v ostatnom vydaní svojho mnohozväzkového diela „Die Technik der Knochenbruchbehandlung“ (1957) venuje izolovaným zlomeninám fibuly 7 riadkov. Traumatologická sekcia americkej chirurgickej spoločnosti (liek 1978) odporúča pri primárnom ošetrení: „Zlomeniny diaľyzy fibuly nie sú klinicky dôležité poranenia skeletu. Pri zlomeninách oboch kostí predkolenia sa naše úsilie riadi tým, aby sme dosiahli adekvátnu repozíciu tibie a jej fixáciu. Z praktických dôvodov si nevšimame zlomeniny fibuly...“ Pri izolovaných dislokovaných zlomeninách tibie je fibule pri repozícií prisudzovaná podporná pôsobnosť. Len v Combellovej „Operative Orthopaedics“ (Crenshaw 1971) je spomenutá možnosť operačnej stabilizácie diaľyzy fibuly pri

trieštivých zlomeninách metafýzy tibie, keď sú nepriaznivé pomery mäkkých tkanív, a pri infekcii v zóne zlomenej tibie. Weber a Čech (1973) poukazujú na začínajúci záujem o ošetrenie pseudartrózy lýtkovej kosti, hoci diaľyze tejto kosti neneprisúvajú žiadnu mechanickú úlohu. Pozornosť spôsobilo vyhlásenie Videla a spol. (1975), že zlomenina lýtkovej kosti je zabúdaná zlomenina predkolenia. Zlomenina fibuly, označovaná doteraz ako prehliadaná, je považovaná za partnera tibie. Vidal prijíma zlomeninu fibuly plne do svojich diagnostických a terapeutických úvah pri liečbe zlomenín predkolenia a pripisuje jej podstatnú dôležitosť pri zafažovaní a statike. Dôležitosť proximálneho a distálneho konca fibuly, podieľajúceho sa na vytváraní kolenného zhybu a syndezmózy tibie fibulárnej, bola dávno známa. Závažové a funkčné skúšky dokázali obhajovanú domienku (Ingersoll 1971, Kölbl a Lange 1973), že aj fibula, najmenšia rúrovitá kosť, nie je len útvorom pre svalovú inzerciu, ale pri funkčnom použití je zafažovaná ťahom, torziou a tlakom.

Autor v kapitole anatómia opisuje vývoj fibuly v zmysle porovnávacej anatómie u jednotlivých druhov živočíchov.

Podrobne opisuje anatomickeú skladbu fibuly, jej spojenie s tibiou a spoluúčast na tvorbe koenného a členkového zhybu. Sleduje vývojové chyby fibuly v rámci systémových ochorení a izolované vývojové poruchy. Podrobne opisuje funkciu fibuly v dynamike zhybov a záťažovú schopnosť diaľyzy.

V kapitole o izolovaných zlomeninách fibuly, kde ide väčšinou o priame traumy pri športe, doprave a pod., rozvádza jednotlivé formy týchto zlomenín. Dôležité sú zlomeniny fibuly z únavy u mladistvých, ale aj u športovcov, mladých vojakov po záťaži. Spomína ich lokalizáciu a liečbu.

Ďalšia kapitola sleduje tzv. „Fibula Crack“ — zlomeninu vznikajúcu u lyžiárov, ktorú spôsobujú moderné lyžiarske topánky. Opisuje mechanizmus poranenia, formy zlomenín, ich diagnostiku a terapiu, ako aj prevenciu.

Zlomeniny fibuly v kombinácii so zlomeninou tibie sú najčastejšie. Lýtkovej kosti je venovaná tým väčšia pozornosť, čím je zlomenina lokalizovaná distálnejšie. Tu je nevyhnutná anatomickeá rekonštrukcia vidlice členkového zhybu, ako to vy-

žadujú Willenegger, Weber a ďalší. Malý záujem je venovaný zlomenej fibule pri súčasnej zlomenine tibie, keď na zlomenie oboch kostí je nutné väčšie násilie a pritom aj mäkké časti sú viac poškodené. Spomína jednotlivé typy zlomenín predkolenia. Uvádza tiež nepriaznivý vplyv zle zreponovanej, a tým dlhšej fibuly na hojenie tibie pri konzervatívnej liečbe, alebo Küntscherovej osteosyntéze.

Z terapeutických zásahov na fibule je spomenutá primárna stabilizácia, osteotómia, resekcia, synostóza, fúzia a transplantácia, ako aj ich indikácie. V kapitole pseudartróza fibuly rozoberá autor jej príčiny vzniku, klinický obraz a liečbu. Záverom sa autor zaoberá biomechanickými vyšetreniami fibuly, jej deformáciami a skúškami pevnosti v lome. Experimentálna práca je podložená mnohými tabuľkami a diagramami.

Je to zaujímavá publikácia o doposiaľ nespracovanej problematike tejto najmenej rúrovitej kosti ľudského tela, ktorej význam je doteraz podceňovaný a prehliadaný.

Dr. Rek, Bratislava

DAVID I. ABRAMSON, DONALD S. MILLER

VASCULAR PROBLEMS IN MUSCULOSKELETAL DISORDERS OF THE LIMBS

Vaskulárne problémy pri svalovo-kostrových poruchách končatín

Vydal Springer Verlag Berlin Heidelberg New York 1981

ISBN 3-540-90524-3

Vydavateľstvo Springer Verlag New York Heidelberg Berlin vydalo v roku 1981 zaujímavú monografiu prof. Abramsona z chicagskej univerzity a prof. Millera z Ortopedickej kliniky tejto univerzity o otázkach vaskulárnej problematiky pri muskulo-sketetálnych poruchách končatín. Monografia má 3 časti. Prvá časť hovorí o vaskulárnom riečišti v končatinách s prihliadnutím na kožnú, svalovú a kostnú cirkuláciu. Druhá časť venuje pozornosť štádiu cirkulácie v končatinách pomocou klinických a laboratórnych metód a tretia časť, ktorá je rozsahom najväčšia, sa zaoberá jednotlivými klinickými poruchami. Register ukončuje túto stredne rozsiahlu monografiu, doplnenú niektorými prehľadnými tabuľkami a náčrtmi.

Prof. Abramson, ktorý bol prednostom oddelenia fyzikálnej medicíny a rehabilitácie na Lekárskej fakulte Abrahama Lincolna chicagskej univerzity, spolu s or-

topédom prof. Millerom napísali monografiu, ktorá, podľa názoru recenzenta, predstavuje určitý vrchol v danej tematike. Spočíva na veľkých skúsenostiach oboch autorov — prof. Abramsona poznáme z bohatej literatúry. Monografia je prehľadne napísaná, s vysokým informačným obsahom, bohato dokumentovaná a veľmi vhodná pre štúdium. Jednotlivé kapitoly sú uzavreté prehľadom ďalšej literatúry, takže každý, kto sa zaujíma o čiastkové otázky danej problematiky, tu nájde dostatok citácií a prameňov pre ďalšie informácie. Monografia je zaiste prínosom predovšetkým pre rehabilitačných lekárov, ktorí sa zaoberajú problematikou periférnych porúch prekrvenia, či vaskulárnymi komplikáciami pri poruchách svalov alebo kostí. Zaujímavé sú otázky, ktoré súvisia s problematikou amputácií s prihliadnutím na lokálnu cirkuláciu. Knihu vrele doporučujeme.

Dr. M. Palát, Bratislava

E. ALTENÄHR, W. BÖCKER, G. DHOM, W. GUSEK, PH. U. HEITZ, G. KLÖPPEL, H. LIETZ, H. MITSCHKE, W. ASEGER, H. J. SCHÄFER, J. J. STAUB, H. STEINER

PATHOLOGIE DER ENDOKRINEN ORGANE I. — II.

Patológia endokrinných orgánov I. — II.

Vydal Springer Verlag Berlin Heidelberg New York 1981

ISBN 3-540-10132-2

V edičnom rade špeciálnej patologickej anatómie, ktorú redigujú vo vydavateľstve Springer Verlag Berlín, Heidelberg, New York prof. Doerr a prof. Seifert, vychádza ako 14. zväzok „Patológia endokrinných orgánov“. Ide o dva diely veľmi široko koncipované, na spracovaní ktorých sa zúčastnilo celkovo 12 autorov. Monografia má klasické rozdelenie. Jednotlivé kapitoly I. dielu sa zaoberajú systémom žliaz s vnútornou sekréciou — hypofýzou, epifýzou, štítnou žľazou, príslušnými telieskami, endokrinným pankreasom, a kapitoly II. dielu kôrou nadobličiek, paragangliami, diseminovanými endokrinnými bunkami, pluriglandulárnymi endokrinnými poruchami regulácií a paraneoplastickými endokrinnými syndrómami. Každá kapitola je uzavretá širokým prehľadom literatúry, ktorý je vysoko informujúci a celé dielo je ukončené vecným registrom. Početné fotografie, mikrofotografie, schémy, nákresy a prehľadné tabuľky dopĺňajú diskutovaný text, napísaný poprednými odborníkmi z Nemecka a zo Svätcarska.

Ako v úvode píše prof. Doerr a prof. Seifert, monografia o špeciálnej patologickej anatómii endokrinných orgánov je založená na princípe všeobecných porúch endokrinných regulácií a súčasne do stredobodu pozornosti predkladá cho-

robné špeciálne zmeny jednotlivých žliaz s vnútornou sekréciou.

Dvojdielna monografia kolektívu autorov predstavuje dielo, ktoré znamená súčasný vrchol nemeckej literatúry v oblasti patológie endokrinných orgánov. Stav poznatkov je uvedený na súčasnú úroveň, vrchol knihy bezpochyby predstavuje perfektná a dokonalá ilustratívna časť. Aj keď táto učebnica je predovšetkým dielom z oblasti patologickej anatómie, jednotlivé kapitoly, event. podkapitoly poukazujú na funkčné aspekty predovšetkým s prihliadnutím na regulačné poruchy. A tieto skutočnosti sú podstatné práve pre lekárov — klinikov. Súčasná endokrinológia je veľmi významným medicínskym odborom, ktorý je zaplavovaný stále novými a novými poznatkami. Je preto naprosto potrebné vydávať monografie, ktoré systematickým spôsobom prinášajú a spracovávajú poznatky z tejto oblasti. A takouto systematickou monografiou, vychádzajúcou z patologicke-anatomickeho substrátu, je práve recenzované dielo o patológii endokrinných orgánov.

Osobitnú pozornosť zasluhuje polygrafické vybavenie, ktoré je vysoko štandardné a a typické pre vydavateľstvo Springer Verlag Berlín, Heidelberg, New York.

Dr. M. Palát, Bratislava

W. J. DARBY, H. P. BROQUIST, R. E. OLSON

ANNUAL REVIEW OF NUTRITION

Ročný prehľad výživy

vol. 1., 1981 vydal Annual Reviews Inc., Palo Alto USA

ISBN 0-8243-2801-9

V sérii ročných prehľadov objavuje sa v roku 1981 nový titul „Ročný prehľad o výžive“. Tak ako ostatné edičné rady aj tento prináša práce venované čiastkovým otázkam súčasnej výživy a diétológií. Jednotlivé práce — je ich v tomto zväzku celkom 18 — sa zaoberajú napr. absorpciou železa a jeho transportom v mikroorganizmoch (Neilands), sodíkom a draslíkom (Fregly), biochémiou, fyziológiou a farmakológiou cholónu (Zeisel), železom,

meďou, mangánom a zinkom v mlieku (Lönnnerdal, Keen a Hurley), úlohou výživy v toxikológii (Parke a Ioanides). Veľmi zaujímavá je práca o regulácii energetickej rovnováhy. (Rothwell, Stock). Ďalšie zaradené práce prinášajú poznatky o formácii a spôsobe účinku flavoproteínov (Merrill, Lambeth, Edmondson, McCormick), metabolizme a výživnej hodnote karotenoidov (Simpson, Chichester) a fluoridoch a zdraví (Schamschulla, Barmes)

Autorský a vecný register uzatvárajú tento zväzok nového radu ročných prehľadov. Otázkam výživy a novým poznatkom o nej, ako aj zásahom jednotlivých komponentov výživy do fyziologických dejov v zdraví a chorobe sa venuje v modernej fyziológii a medicíne veľká pozornosť. Je potrebné uvítať iniciatívu Annual Reviews Inc. pri vydávaní tohoto nového titulu.

Publikácia je uvedená prácou prof. Stumpf a o morálnej dimenzii zásobovania sveta potravou, ktorá poukazuje na niektoré závažné otázky nielen medicínsko-fyziologického, ale aj morálno-etického charakteru.

Publikácia iste nájde veľa záujemcov medzi lekármi, pretože s problematikou výživy sa stretávame denne.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

R. GEORGE, R. OKUN, A. K. CHO

ANNUAL REVIEW OF PHARMACOLOGY AND TOXICOLOGY VOL. 21

Ročný prehľad farmakológie a toxikológie

Vydal Annual Reviews Inc., Palo Alto, California 1981

ISBN 0-8243-0421-7, cena neuvedená

Čitateľ, ktorý má možnosť pravidelne sledovať „Ročný prehľad farmakológie a toxikológie“, s potešením berie do rúk ďalší, v poradí už 21. zväzok, ktorý je opäť veľmi rozsiahly. Aj tento zväzok prináša najnovšie poznatky z farmakológie a toxikológie. Obsahové sú to články jednak vysoko teoretické, ale aj zamerané na experimentálnu a klinickú farmakológiu. Novinkou, na ktorú chceme už teraz upozorniť, je to, že redaktori zaradili do „Ročných prehľadov“ po prvýkrát aj stať o nových liečivách v roku 1981. Táto časť bude iste cenným prínosom pre štúdium najnovších druhov liečiv, ktoré sa postupne zavádzajú do terapeutického praxe.

21. zväzok „Ročných prehľadov“ obsahuje celkovo síce menej tematických skupín (asi 5), avšak počet jednotlivých vysoko precízne a odborne spracovaných článkov je približne taký ako v predchádzajúcich zväzkoch. Podľa obsahu majú jednotlivé články recenzovaného zväzku takéto zameranie:

1. Mechanizmus účinku liečiv a chemikálií.

Tu je publikovaná práca o genetickom štúdiu cyklázy (Farfel) a mechanizme účinku barbituranov pri ich akútnom a chronickom podávaní, t. j. pri závislosti na barbituranoch (Ho a Harris). V ďalšej práci sa študovali genetické mechanizmy kontrolujúce indukciu monooxygenázy (P-450), (Nebert a spoluprac.). Zaujímavá je aj práca o štúdiu kyseliny etakríbovej a príbuzných diuretikách (Koechel).

2. Farmakokinetika liečiv [t. j. absorpcia, distribúcia, biotransformácia, exkrécia liečiv]. Je tu cenná práca o štúdiu vzťahu medzi chemickou štruktúrou a účinnosťou liečiva (Lien). Pozornosť si zasluhuje aj práca o účinku a metabolických cestách disulfiram (Dennis a spoluprac.).

3. Neurofarmakológia a neurochémia:

Autori Creese a Sibley publikovali výsledky štúdia adaptácie receptorov na liečivá pôsobiace na CNS. Farmakológiu migrény študoval Raskim. Ďalšie práce sa zaoberajú otázkou transmittoru (Watkin), farmakológiou pamäti (Squire a Davis) a štúdiou presynaptických receptorov.

4. Práce z oblasti klinickej farmakológie a toxikológie.

Táto časť má početné práce, uvedieme najmä tieto: Otázky terapie akútnej lymfatickej leukémie u detí (Holcenberg a Camitta), problémy hypersenzitivity na liečivá (Foreman), ďalej prostaglandíny (PG), prostacyklíny a tromboxány (McGiff). Práca o PG je veľmi aktuálna a osobitne cenná aj preto, lebo súčasný výskum a medicína vôbec majú maximálnu snahu čím skôr začať so širším používaním PG v terapeutickom praxi. Do oblasti klinických prác patria aj ďalšie tri práce, ktoré sú orientované toxikologicky: Neurotoxická organofosfátov (Abau-Dinia), skríningová metóda na zisťovanie teratogenity (Johnson) a vývoj karcinogenézy respiračného traktu (Nettesheim a spoluprac.). Do tejto veľkej skupiny prác, ktoré majú dosah na klinickú prax, treba zaradiť už spomínanú stať o nových liečivách v roku 1981. Redaktori sem zaradili sedem druhov liečiv z rôznych farmakoterapeutických skupín, na základe predchádzajúceho schválenia u FDA (napr. metyrozím, ritodrin, minoxidil a iné). Možno iba privítať skutočnosť, že v „Ročnom prehľade“ sa začali publikovať dôležité klinicko-farmakologické informácie o nových liečivách. Výhodou by vari bolo, keby za jednotlivými liečivami boli uvedené aspoň 2 — 3 liter-

rárne citácie, alebo súhrnné referáty, ktoré zhrňujú doterajšie poznatky o nozavádzaných liečivách.

Tak ako predchádzajúce zväzky aj tento 21. obsahuje štyri druhy indexov, ktoré veľmi napomáhajú orientovať sa v príslušnej problematike. Je to index autorský, vecný, kumulatívny index názvov jednotlivých kapitol publikovaných vo zväzku 17 až 21 a kumulatívny index autorov, ktorí publikovali v jednotlivých zväzkoch za posledných päť rokov, teda 17 až 21.

Nový, 21. zväzok „Ročných prehľadov“ prináša cenný výber aktuálnej

problematiky z oblastí, ktoré sme spomenuli. Články sú spracované dôsledne autorsky aj edične. Jednotlivé práce, ktoré boli zverené významným odborníkom, sú bohato dokumentované obrázkami, resp. nákresmi a početnými tabuľkami. Preto tento ďalší zväzok „Prehľadov“ bude iste cenným prínosom k ďalšiemu prehĺbeniu poznatkov o problematike, ktorá je tu publikovaná a určená pre vedecko-výskumných pracovníkov, ako aj pracovníkov v experimentálnej a klinickej farmakológii.

Dr. Š. Kišoň, Bratislava

BRITISH MEDICAL BULLETIN VOLUME 37, 1981 NR. 1, 2, 3.

Vydal Churchill Livingstone, 1981 pre British Council.
ISBN 0007-1420

British Medical Bulletin, ktorý má nového vydavateľa — vydavateľstvo Churchill Livingstone v Londýne — vychádza v roku 1981 tradične v troch číslach. Prvé číslo sa venuje výžive človeka (Nutrition of Man) a sme ho osobitne recenzovali v našom časopise (Rehabilitácia). Číslo 2 je venované otázkam psychobiológie (Psychobiology) a číslo 3 otázkam rastu (Control of Growth), a tieto dve čísla dopĺňujú 37. ročník British Medical Bulletin.

Druhé číslo, ktoré sa zaoberá problematikou psychobiológie, je vlastne tretou časťou série o psychológii vydávanej v minulých rokoch pod vedením prof. Summerfielda. Toto číslo pripravil prof. Summerfield spolu s prof. Wartburtonom, ktorý je vedúcim Katedry psychológie na Univerzite v Readingu a ktorý je známy svojimi prácami o správaní. Druhý zväzok British Medical Bulletin tiež rozoberá jednotlivé otázky správania, event. konania človeka. Hovorí sa tu o génovej účasti na správaní, o neurochémii správania, ďalšie práce sa zaoberajú kontrolou príjmu tekutín a kontrolou príjmu potravy a chuťou, ktorej je venovaná samostatná práca o fyziológii chuti. V ďalších prácach sa rozoberá kontrola pohybu, otázky hormónov a sexuálneho správania u človeka. Je to práca o ontogenéze správania, niektoré práce sú venované otázkam pamäti, otázkam percepcie a otázkam kognitívnych procesov. Záverečná práca rozoberá psychofyziológiu abnormálneho správania.

Tretie číslo je venované problematike

rastu, a pripravil ho prof. Tanner z Inštitútu zdravia dieťaťa londýnskej univerzity. Prof. Tanner je známy antropológ, ktorý sa dlhé roky venoval otázkam rastu človeka. Taktiež toto tretie číslo British Medical Bulletin prináša celý rad moderne koncipovaných a objektívne doložených prác, venovaných jednotlivým čiastkovým otázkam rastu. Hovorí sa tu o bunkovej reprodukcii, o bunkovej báze kostrového rastu pri vývoji, o otázkach regenerácie a kompenzačného rastu, o problematike genetiky rastu. V ďalších prácach sa rozoberajú otázky matematického modelovania individuálnych rastových kriviek, otázky faktorov ovplyvňujúcich pôrodnú váhu a perinatálnu mortalitu, problematika genetických faktorov a faktorov prostredia pri raste dieťaťa, otázky geografických a etnických variácií rastu človeka. Zaujímavá je práca venovaná endokrinnnej kontrole rastu v puberte a vplyvu chromozomálnych aberácií na rast človeka.

Celý zväzok veľmi dobre dokumentovaný je výborným zdrojom informácií pre tých, ktorí venujú pozornosť otázkam rastu človeka.

Aj ročník 1981 tohto časopisu je ako zvyčajne veľmi dobre dokumentovaný v jednotlivých prácach a svedčí o tom, že pre spracovanie jednotlivých čiastkových problémov boli vybraní prakticky špičkoví autori danej problematiky.

Dr. M. Palát, Bratislava

A. MATKOVIC

400 UBUNGEN ZUR ENTWICKLUNG VON KRAFT, BEWEGLICHKEIT UND GESCHICKLICHKEIT

400 cvikov pre vývoj sily, pohyblivosti a obratnosti

Vydal Verlag Karl Hoffmann Schorndorf 1981 ISBN 3-7780-9521-8

Ide o príručku predstavujúcu zásobník cvikov, ktoré možno použiť na zlepšenie sily, obratnosti, pohyblivosti. Ide celkom o 415 cvičení, ktoré sú znázornené tak graficky ako aj popisne a ktoré možno používať tak v telesnej výchove, ako aj pri rehabilitačných programoch. Sú uvedené

príklady cvičení v radoch a cvičeniach pre tzv. „Circuit-Training“. Záverečná kapitola prináša niekoľko príkladov rannej gymnastiky.

Príručka je prehľadná a široko použiteľná.

Dr. M. Palát, Bratislava

H. HAAG, H. DASSEL

FITNESS — TESTS

Vydal Verlag Karl Hoffmann Schorndorf, 2. opravené a rozšírené vydanie ISBN 3-7780-5892-4

V edičnom rade určenom pre prax telesných cvičení a športu vychádza ako 89. zväzok v druhom upravenom a doplnenom vydaní príručka venovaná atestom zdatnosti. V úvodných kapitolách rozoberajú autori otázku zdatnosti, vzťah telesnej zdatnosti k celkovej zdatnosti a predstavujú model telesnej zdatnosti s vyjadrením faktorov, ktoré ju určujú. V ďalších kapitolách sú rozobrané jednotlivé testy zdatnosti od jednoduchých, kondičných testov až po zložité testy posudzujúce komplexne telesnú zdatnosť predovšetkým

u mládeže. V prílohách sú potom uvedené protokoly pre jednotlivé testy zdatnosti, event. výkonnosti a hodnotiace tabuľky, ktoré numericky vyjadrujú stupeň zdatnosti či výkonnosti.

Publikácia má svoju prednosť v tom, že okrem názorného opisu sú tu uvedené ešte ďalšie špeciálne literárne údaje.

Príručka je veľmi vhodná predovšetkým pre učiteľov telesnej výchovy, ale aj pre rehabilitačných pracovníkov zaoberajúcich sa detskou rehabilitáciou.

Dr. M. Palát, Bratislava

G. TÖMDURY

ANGEWANDTE UND TOPOGRAPHISCHE ANATOMIE

Užitá a topografická anatómia

Vydal Georg Thieme Verlag Stuttgart — New York 1981 V. prepracované a rozšírené vydanie ISBN 3-13-4109-05-0

V piatom prepracovanom a doplnenom vydaní vychádza po desiatich rokoch od posledného vydania dnes už klasická Tönduryho učebnica Užitá a topografická anatómie. Okrem 4 nemeckých vydaní vyšlo v roku 1956 talianske vydanie a v roku 1958 španielske vydanie. Učebnica si v základnej koncepcii zachováva svoju pôvodnú štruktúru, bola však v tomto 5. vydaní v jednotlivých kapitolách prepracovaná a uvedená na súčasný stav poznatkov. Ako novinka vo všetkých kapitolách sa používa tokijská anatomická nomenklatura z roku 1978, pričom tam, kde je to potrebné, sú ponechané aj staršie klasické výrazy. Podstatné prepracovanie predstavuje problematika lymfatického systému, tieto otázky boli rozšírené. Aj v ostatných kapitolách, napr. v kapitole

o srdci sú doplnené niektoré informácie. V učebnici je celý rad informácií doplnených príslušnou dokumentáciou o komputerovej tomografii. Učebnica má klasické delenie, jednotlivé kapitoly hovoria o anatómii trupu, hrudníka, brucha, panvy, chrbta, hlavy, krku a končatín. Početná literatúra a vecný register ukončujú toto pozoruhodné dielo modernej anatomickej školy.

Knihy je bohaty ilustrovaná nielen čierno-bielymi ale aj farebnými fotografiami a röntgenogramami, vrátane komputerových tomogramov. Text jednotlivých kapitol je prehľadný, vysvetľujúci a poukazujúci na niektoré otázky využitia anatomických poznatkov v praxi.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

G. SIMON, H. H. DICKHUTH, J. KEUL
ECHOKARDIOGRAPHIE ZUR FUNKTIONSBEURTEILUNG DES HERZENS
Echokardiografia pre funkčné posúdenie srdca
Vydal Ferdinand Enke-Verlag, Stuttgart 1981. Cophytek,
ISBN 3-432-91941-7

Stručná príručka autorov Simona, Dickhutha a Keula z Freiburgu prináša dostatok informácií o modernej vyšetrovacej metóde srdcovej funkcie — echokardiografii. Úvodná kapitola sa zaoberá históriou vývoja tejto vyšetrovacej metódy a fyzikálnymi základmi ultrazvukovej diagnostiky. V ďalšej kapitole autori opisujú vyšetrenie 435 osôb — 290 mužov a 145 žien vo veku 10 až 30 rokov, zdravých a športovcov, u ktorých sa realizovalo echokardiografické vyšetrenie, u niektorých z nich ergometrické vyšetrenie s katetrizáciou srdca s plávajúcim katetrom, u niektorých spiroergometria a u niektorých

K. HERZOG
KÖRPERBAU UND BEWEGUNG

Stavba tela a pohyb
Vydal Ferdinand Enke-Verlag, Stuttgart 1981. ISBN 3-432-91331-1

Prof. Herzog z anatomického ústavu tübingenskej univerzity vydal vo vydavateľstve Ferdinand Enke Verlag v Stuttgarte funkčnú anatómiu, ktorá je náčrtom plastickej anatómie pre športových pedagógov, študentov, výkonných športovcov a výtvarných umelcov. Je to pozoruhodné dielo tak v textovej, ako aj obrázkovej časti. Má tri časti. Po krátkom úvode nasleduje rozsiahla časť anatómie, kde v jednotlivých kapitolách sa autor zaoberá anatómiou jednotlivých častí tela s prihliadnutím na pohyb. Posledná tretia časť venuje pozornosť pohybovému systému ako celku pri činnosti. Sú tu zvýraznené jednotlivé telesné činnosti, športové činnosti

H. — W. DELANK
NEUROLOGIE
Neurologia
Vydal Ferdinand Enke-Verlag 1981 II. prepracované vydanie
ISBN 3-432-89912-2

V druhom vydaní vychádza vo vydavateľstve Ferd. Enke Verlag v Stuttgarte učebnica neurologie určená predovšetkým pre poslucháčov lekárske fakult. Napísal ju prof. Delank, vedúci lekár neurologickej univerzitnej kliniky v Bochume. Prvé vydanie vyšlo v roku 1978. Kniha má tri diely. V prvom sa hovorí o neurologickom

bol určený röntgenologický volumen srdca. Výsledky boli štatisticky spracované a sú uvedené v 3. kapitole tejto malej monografie, pričom dôraz sa kladie predovšetkým na echokardiografické vyšetrenie.

Ďalšie kapitoly prinášajú diskusiu a závery, ktoré hodnotia echokardiografické nálezy vo vzťahu k antropometrickým dátam, ako aj funkčným hodnotám. Príloha predstavuje tabuľkovú časť a zoznam použitých skratiek. 208 citácií literatúry poukazuje na práce, ktoré súvisia s riešenou problematikou aptorov z freiburskej lekárskej fakulty.

Dr. M. Palát, Bratislava

s príslušnými anatomicko-pohybovým základom.

Kniha je bezpochyby dobrým prehľadom funkčnej anatómie, dôležitým pre športových odborníkov. Sme však toho názoru, že aj kineziterapeuti, rehabilitační pracovníci a rehabilitační lekári tu môžu nájsť veľa cenných informácií pre stavbu pohybových programov v rehabilitačnej starostlivosti pri poruchách predovšetkým pohybového systému. Kniha je prehľadne napísaná, pekne ilustrovaná a dobre pedagogicky usporiadaná. Vecný register a zoznam použitých termínov uzatvára túto Herzogovu anatómiu venovanú telesnej stavbe pohybu.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

kom vyšetrení — má 11 podkapitol, ktoré sa zaoberajú všeobecným vyšetrením mozgových nervov, motoriky, vegetatívnej funkcie, vyšetrením psychického stavu a posledná podkapitola v krátkom prehľade uvádza nevyhnutné laboratorné pomocné vyšetrenia.

Druhý diel je venovaný neurologickým

syndrómom periférneho nervového systému, cerebrálnym syndrómom, miešnym syndrómom, otázkam neurooftalmologických syndrómov, problematike závratí a neurootologických syndrómov, ďalšie kapitoly venujú pozornosť meningeálnym syndrómom, bolesti hlavy a neuralgiám, likvorologickým, bolestivým vertebrogénnym a neuropsychologickým syndrómom. Záverečný tretí diel venuje pozornosť nozologickým jednotkám a poškodeniu nervového systému. Rozoberá jednotlivé ochorenia mozgu a jeho obalov, choroby a

3. DEUTSCH — ÖSTERREICHISCH — SCHWEIZERISCHE UNFALLTAGUNG IN WIEN. 3. — 6. OKTOBER 1979 KONGRESSBERICHT
In: *Beihefte zur Unfallheilkunde Traumatology. Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York 1980*

Garantmi vedeckej úrovne kongresu úrazových chirurgov vo Viedni v októbri 1979 boli predstaviteľia troch traumatologických spoločností. Rakúsku spoločnosť pre úrazovú chirurgiu viedol E. Trojan, západonemeckú spoločnosť H. Tcherne a švajčiarsku spoločnosť E. Baur. V úvodných referátoch uvádzali krátky prehľad vývoja úrazovej chirurgie a jej súčasnej situáciu, ako aj jej perspektívny rozvoj v štátoch, ktoré tu boli zastúpené.

Medzi hlavné odborné témy patrili porovania distálnej časti predlaktia a zápästia. Viacero referátov sa zaoberalo touto problematikou, pričom dôsledky pre liečebné postupy vychádzali z biomechanických princípov podľa typu delenia na stabilné a nestabilné formy zlomenín. Z aktívnych chir. postupov boli uvedené endofixačné metódy staršieho spôsobu osteosyntézy, ako aj skúsenosti s niektorými novšími chirurgickými metódami [využitie plombáže Palakosom u vyšších vekových a defektných fraktúr s prítomnou osteoporózou, využitie vonkajšieho fixátora pre rekonštrukciu ťažkých viacúlomkových vnútrokľbných triestivých zlomenín].

V ďalších referátoch sa rozoberali možnosti a výsledky konfekčných operačných výkonov na sádkovom konci vretennej a laktovej kosti pri následných poúrazových deformáciách. Novšie klinické pohľady sa týkali menej obvyklých chir. postupov pri pseudoartróze os scaphoideum. Za príčinu vzniku pseudoartrózy uvádzajú príliš krátku fixáciu zlomeniny, značnú diastázu jej úlomkov a vertikálny

poškodenia periférneho nervového systému, choroby svalov, účasť nervového systému pri iných extraneurálnych ochoreniach. Predposledná subkapitola rozoberá špecifické neurologické syndrómy detského a dorastového obdobia. Všeobecná terapia neurologických chorôb ukončuje tento diel Delankovej učebnice. Vecný register tvorí záver celej publikácie, ktorá je doplnená celým radom ilustrácií a tabuliek, ktoré dokumentujú a zvýrazňujú texty jednotlivých kapitol.

Dr. M. Palát, Bratislava

typ šikmej lomnej plochy. Podľa lokalizácie je lomná plocha prítomná v strednej časti navicularky a má priečny priebeh. Operačný zákrok radia primárne u tých zlomenín, ktoré majú vertikálnu šikmú formu s diastázou úlomkov.

V prednáške R. Lachtera [Rakúsko] sa uvádzalo riešenie zlomeniny os naviculare perkutánnym použitím ťahovej skrutky. Russe z Innsbrucku predviedol film s výsledkami a metódami z palmarneho prístupu u nezrastenej zlomeniny os naviculare, a to v odstupe 3 mesiacov až 3 rokov po úraze. Zaujímavý referát k tejto problematike predniesol K. Wilhelm z Mnichova, ktorý odstránený úlomok ku pseudoartróze os naviculare nahradil interpozíciou šľachy buď z m. palmaris longus a väčšie defekty šľachou m. extensor carpi radialis brevis.

Pracovníci z Hannoveru (NSR) uviedli výsledky 49 a Alloplastiek v priebehu piatich rokov z indikačných kritérií pri pseudoartróze os naviculare.

Ďalší prednáškový cyklus sa zaoberal zvládnutím ťažkých úrazov, a to z hľadiska poskytnutia prvej pomoci, transportu a orientácie do chirurgických a špecializovaných centier. Popri známych liečebných postupoch prednášatelia vyzdvihli rozhodujúce postupy, najmä včasnú resuscitáciu dýchania, zameranú na zvládnutie hypoxie a zabezpečenie dostatočnej perfúzie pre život dôležitých orgánov. Moderná technická vybavenosť hlavne odsunových prostriedkov (autá, vrtníky atď.) s umožnením odsávania, intubácie, asisto-

vaného dýchania, zavedenie centrálne venózneho katetru pre podávanie protišokových prostriedkov, ďalej šetrná pozícia niektorých druhov otvorených zlomenín, vrátane luxačných, za účelom dekompresie mäkkých častí s následnou retenciou pomocou nafukovacích dláh a vankúšov predstavujú účinné zásahy proti prehĺbovaniu traumatického šoku.

H. Steinbereithner sa zaoberal problematikou šoku a intenzívnou terapiou. Vychádzal z definície šoku, ktoré ho označuje za syndróm viacerých systémov.

Zvlášť detailne bola prepracovaná a diskutovaná otázka ťažkých abdominálnych úrazov. Prognóza týchto poranení závisí od časového intervalu, ktorý uplynie medzi vznikom úrazu a stabilizáciou obehu, ďalej od včasného podania a množstva transfúzie krvi, od organizácie a úrovne poskytnutia chir. pomoci. Podstatnú rolu hrajú aj ďalšie faktory, napr. druh a rozsah poškodenia orgánov dutiny brušnej, pridružené poranenia, vek a ostatné rizikové faktory biologického terénu zraneného.

V ostatných častiach jednotlivých prednášok bola venovaná pozornosť experimentálnej časti traumatológie. Odznali prednášky, ktoré sa zaoberali meraním prekrvenia skeletu za rozličných situácií.

R. J. SHEPHARD

ISCHAEMIC HEARTH DISEASE AND EXERCISE

Ischemická choroba srdca a telesné cvičenia

Vydal Croom Helm Ltd. London, 1981 ISBN 0-7099-0325-1

Prof. Shephard, riaditeľ Fakulty telesnej výchovy a športu a profesor aplikovanej fyziológie na Lekárskej fakulte Univerzity v Toronte predložil formou monografie, ktorá vyšla v londýnskom vydavateľstve Croom Helma v roku 1981, svoje dlhodobé skúsenosti v oblasti aplikácie telesných cvičení pri ischemickej chorobe srdca. V jednotlivých kapitolách (celkom 13) sa autor zaoberá patológiou ischemickej choroby srdca, jej epidemiológiou a nebezpečím cvičení. Ďalej rozoberá problematiku telesných cvičení a primárnych prevencií, telesných cvičení a sekundárnej prevencie a telesných cvičení a terciárnej prevencie pri ischemickej chorobe srdca. Potom venuje pozornosť otázkam neinvazívneho posudzovania funkcie srdca a koronárnej cirkulácie, srdcu a koronárnej cirkulácii pri cvičeniach, predpisovaniu cvičení pri ischemickej chorobe srdca.

osteogénnym pôsobením kostnej matrix, kostnej želatíny, modelom štúdia pôsobenia enzýmov a meraním pH-hodnoty v kostnom svalku, technikou mikrorádiografie kostného tkaniva, novými poznatkami v transplantácii kostnej chrupavky, metabolickými zmenami pri traumatickom šoku, problémami šokových pľúc, tukových embóliou, hemokoagulačnými a imunobiologickými zmenami pri šokových stavoch. Jedna z najzaujímavejších sérií prednášok sa dotýkala významu tzv. postraumatického kompresívneho syndrómu označeného ako compartment syndrom. Pre klinickú prax boli významné závery s doporučením včasnej fasciotomie.

Posledné časti prednášok sa venovali aplikácii metódy vonkajšieho fixátora z hľadiska vhodných indikačných kritérií pri otvorených zlomeninách a infikovaných pseudoartrózy dlhých kostí.

Záverečné prednášky sa orientovali na taktiku zameranú na možnosti reimplantácie odtrhnutých častí končatín. Reimplantácia končatín predstavuje zatiaľ v urgentnej traumatológii viaceré, z hľadiska patofyziológie pre klinické použitie nedoriešené problémy.

J. Kamenický, Bratislava

Posledné kapitoly rozoberajú otázky psychosociálnych podmienok a niektoré otázky charakterizujúce ischemickú chorobu srdca. Pozoruhodná je bibliografia, kde takmer na 100 stranách uvádza viac ako 1300 citácií. Vecný register ukončuje túto monografiu doplnenú značným počtom tabuliek, grafov a názkresov.

Shephardova monografia je bezpochyby významným prehľadom súčasných názorov na problematiku telesných cvičení a kardiovaskulárnej funkcie pri ischemickej chorobe srdca. Autor o tejto problematike prednášal aj v Bratislave v roku 1978 na medzinárodnom sympóziu. Kniha prináša celý rad experimentálnych a klinických pozorovaní a kriticky hodnotí práce v tejto oblasti z amerických, kanadských i európskych pracovísk.

Dr. M. Palát, Bratislava

MEDZINÁRODNÉ SYMPÓZIUM O PSYCHOFYZIOLOGICKÝCH RIZIKOVÝCH FAKTOROCH PRI KARDIOVASKULÁRNÝCH OCHORENIACH

V Karlových Varoch sa konalo v dňoch 7. až 11. septembra 1981 medzinárodné sympóziu o psychofyziologických rizikových faktoroch pri kardiovaskulárnych ochoreniach. Toto sympóziu usporiadala Čsl. kardiologická spoločnosť a zúčastnilo sa ho celkovo asi 170 účastníkov, pričom dve tretiny týchto účastníkov boli zo zahraničia. Základnou tematikou sympózia boli otázky psychosociálneho stresu, otázky osobnosti a špecifity zamestnania.

V rámci medzinárodného sympózia prebehlo zasadanie, ktoré sa zaoberalo problematikou emócií, emocionálnych stavov, metódami analýzy a fyziologickými korelátami týchto stavov. Toto zasadnutie organizovala CIBA — GEIGY.

Celý program medzinárodného sympózia bol rozdelený do jednotlivých sekcií, ktoré riešili formou prednášok, diskusie a posterov jednotlivé čiastkové otázky psychofyziologických rizikových faktorov, ich vplyvu na ochorenie koronárnej cirkulácie, možnosti vyšetrovania jednotlivých faktorov, predovšetkým faktorov psychofyziologického okruhu a pod.

Bezpochyby vrcholom programu celého sympózia bolo kolokvium o psychosomatických rizikových faktoroch a indikáciách pre špecifickú preventívnu terapiu, v ktorom pod vedením Rosenmana zo San Francisca a za účasti Leviho zo Štokholmu, Jenkinsa z Bostonu, Weissa z Bethesdy,

Bühlera z Baselu, Orth-Gomerovej zo Štokholmu, Mallianho z Milána, Horvátha z Prahy, Jaekela z Bazileja a Taggarta z Londýna diskutovali o všetkých otázkach stresu, osobnosti, typu osobnosti (A a B podľa Rosenmana), ďalej o otázkach vplyvu psychologických faktorov na tvorbu komorových arytmií, otázkach testingu psychofyziologickej reaktivity u osôb s koronárnym rizikom, otázkach vplyvu selektívnych betablokátorov na sociálnu interakciu u opíc a úlohe betablokátorov v prevencii osôb ohrozených koronárnou chorobou.

Do tohoto panelu boli prizvaní Feinleib z Bethesdy, Fejfar z Prahy, Giec z Katovic, Slabý z Prahy a niektorí ďalší, ktorí zasiahli do veľmi zaujímavej diskusie popredných odborníkov sveta v oblasti psychosociálneho stresu a všetkých otázok súvisiacich s vývojom koronárnej choroby srdca s prihliadnutím na otázky koronárnej osobnosti.

Medzinárodné sympóziu o psychofyziologických rizikových faktoroch pri kardiovaskulárnych ochoreniach poukázalo na závažnú problematiku modernej kardiológie, predovšetkým v oblasti patogenetických mechanizmov a v oblasti možnej a sekundárnej prevencie. Formou jednotlivých príspevkov poukázalo na súčasný stav vedomostí v tejto oblasti na popredných svetových pracoviskách.

Dr. M. Palát, Bratislava

III. CELOSLOVENSKÝ SEMINÁR O DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNĚ

Ve dnech 17. — 18. 9. 1981 byl uspořádán v rekreační chatě na Polaně III. celoslovenský seminář o dětské mozkové obrně (DMO). Pořadatelé byli: Slovenská rehabilitační společnost — komise dětské mozkové obrny, Dětská kúpeľná liečebňa v Kováčovej, Slovenská neurochi-

rurgická spoločnosť — sekcia stereotaktickej neurochirurgie, Slovenská neurologická spoločnosť — sekcia detskej neurologie.

Odborný program byl rozdělen do tří částí: 1. První den dopoledne byly na programu praktické ukázky léčebné tě-

lesné výchovy (LTV) dětí s DMO. Ukázky předvedli pracovníci neurologického oddělení DKL Marína v Kováčové pod vedením prim. dr. Blechové a dr. Pavlíčkové. 2. Odpolední program prvního dne byl věnován problematice spasticity. Jednání řídil doc. dr. Pfeiffer. V úvodní přednášce uvedl as. dr. Lisý nejnovější neurofyzilogické poznatky a možnosti, jak těchto teoretických poznatků využít při diagnostice spasticity i perspektivy využití těchto nových zkušeností v terapii. V diskusi bylo konstatováno, že je dosud značná mezera mezi novými teoretickými poznatky a možností jejich praktického využívání. Doc. dr. Vlach rozebral ve své přednášce různé definice svalového tonusu a spasticity a ukázal, jak se vyvíjejí pohybové poruchy od novorozeneckého období, kdy je možno diagnostikovat jen poruchy svalového tonusu, až po období, kdy již vznikají vyhraněné jednotky syndromu dětské mozkové obrny. Zdůraznil přitom, že prakticky neexistují zcela čisté patologické obrazy, vždy jde do jisté míry o přimíšení jiné formy. Konstatoval, že včasnou a dobře prováděnou LTV je možno velmi účinně zlepšit až vyléčit lehčí a střední formy onemocnění, nelze však podstatně ovlivnit velmi těžká postižení. Primář dr. Rusňák pohovořil o praktických možnostech léčebného ovlivnění spasticity u dětí do třetího roku života. Uvedl přehled různých typů léčby: farmakoterapie celková, lokální, LTV, léčba prací a hrou, fyzikální léčba, komplexní léčebné péče se považuje LTV. Používají se různé metodiky — u malých dětí především metodika Vojtova a metodika manželů Bobathových, poněkud méně často metodika Roodové. Z metod fyzikální léčby nabývá na významu elektroléčba. V diskusi byl zájem o možnosti využívat akupunkturu. Metodika používání akupunktury u dětí s DMO není zatím plně vypracována. Navrhovalo se, aby byla tato otázka dána na program některé z příštích konferencí o DMO. V další přednášce probírala prim. dr. Blechová možnosti léčebného ovlivnění DMO u dětí po třetím roce života v podmínkách lázeňské léčby. Podobně jako prim. Rusňák i ona zdůraznila význam facilitačních technik v LTV. Promluvila o polohování, o fyzikální léčbě, o medikamentózní léčbě včetně lokálního ovlivnění spasticitických svalů alkoholovými obšťiky motorických

bodů. Důležité jsou i psychoterapeutické, relaxační techniky a muzikoterapie. U některých pacientů je možno využít prvky jógy. U menšího počtu dětí je nutno doplnit konzervativní léčbu léčbou chirurgickou — buď ortopedickými výkony na pohybovém aparátu, anebo stereotaktickými mozkovými operacemi. As. dr. Galanda navázal na svou přednášku na celoslovenském semináři. Promluvil o stereotaktickém ovlivnění svalového tonusu z různých etází CNS a o různém působení stimulace, aplikované v podkoří, v oblasti kmene mozku a míchy. Z klinických zkušeností vyplývá potřeba dlouhodobé stimulace, pro kterou t. č. zatím nejsou technické podmínky. V diskusi vysvětlil možnosti eventuálních vedlejších účinků operace (krvácení, infekce), které jsou vzácné. Uvedl, že nebyly nikdy pozorovány negativní změny v psychice stimulovalých pacientů, naopak mentální stav nemocných se při léčebné stimulaci zlepšoval. Prim. dr. Spiššák sdělil své mnohaleté zkušenosti s ortopedickými operacemi na pohybovém aparátu. Uvedl výsledky dotazníkové akce mezi svými bývalými operovanými pacienty s DMO, nyní již dospělými. V naprosté většině vrátených dotazníků bylo uvedeno příznivé dlouhodobé ovlivnění celkového stavu operovaných. V diskusi se probírala otázka věku operovaných, otázka indikací vzhledem k mentálnímu stavu, otázky zajištění předoperační a pooperační rehabilitační péče atd. V této souvislosti bylo konstatováno, že jsou dosud problémy protetikou péči. 3. Druhý den semináře bylo jednání, řízené prim. dr. Benkem věnováno sociální problematice dětí s DMO. Program zahájil úvodní přednášku prim. dr. Lánik, který promluvil o současném stavu a koncepci rehabilitační péče o pacienty s DMO na území SSR. Uvedl některé výsledky průzkumu péče o tyto děti, nastínil další perspektivy, zdůraznil nutnost diferenciacie péče. V další přednášce promluvil prim. dr. Benko o dispenzarizaci pacientů s DMO, o možnostech zajistit těmto dětem vhodnou a včasnou léčbu, speciální výchovu a vzdělání i sociální zajištění, probral tuto problematiku v jednotlivých věkových etapách dítěte od narození až po období volby povolání. V diskusi k oběma těmto přednáškám byla vyjádřena m. j. nutnost zapojit do péče o děti především rodiče. Léčba musí být

komplexní, není možno omezovat ji jen na LTV. Je nutno zlepšit dispenzarizaci. Na celkové komplexní péči o tyto děti se v současné době podílejí celkem tři ministerstva, což nepřispívá k pružnému rozvoji této péče. Prim. dr. Palát v diskusi zdůraznil, že je nutno se zaměřit na problematiku kvality života tělesně postižených, že je nutno individualizovat a vytestovat to, co je pro daného jedince a jeho život optimální. Prim. dr. Elan a as. dr. Galanda referovali v další přednášce o výskytu DMO na Slovensku u dětí do patnácti let. Uvedli zatím dílčí údaje. O podrobnějších výsledcích této epidemiologické studie budou referovat na některé příští konferenci. Dr. Krausová mluvila o možnostech a potřebách rehabilitační péče o děti s DMO v ÚSS na Slovensku. K této přednášce se rozvinula bohatá diskuse, v níž bylo poukazováno na určité nedostatky v komplexní rehabilitační péči v těchto ústavech, způsobené do značné míry malými počty rehabilitačních pracovníků v ÚSS. Ředitel Herchl promluvil o výchovněvzdělávací péči v ÚSS, uvedl přehled typů škol v ÚSS včetně středních škol (gymnázium pro tělesně postižené v Bratislavě, střední ekonomická škola v Košicích). Doc. dr. Drobný referoval o přípravě speciálních pedagogů pro práci s dětmi postiženými DMO, uvedl stručný přehled vývoje vysokoškolského studia tohoto typu a jeho současný stav. Prim. dr. Novotný promluvil o řešení sociálních problémů dětí s DMO v ČSR, upozornil na některé nedostatky, které ještě máme na tomto poli (není dosud realizována zcela přesná evidence, neuplatňuje se v plné míře logopedická péče, jsou i určité nedostatky ve výchovněvzdělávací péči o

děti s DMO atd.). Zdůraznil nutnost věnovat se celé rodině postiženého dítěte, ale i nutnost sdělit rodičům včas objektivní prognózu choroby jejich dítěte atd.

Domnívame se, že celý seminář byl přínosem pro všechny účastníky (lékaře, rehabilitační pracovníky, psychology, speciální pedagogy atd.), kteří zde získali nové teoretické i praktické poznatky. Přednášky měly velmi dobrou úroveň a bylo by vhodné některé z nich publikovat v plném rozsahu v odborném tisku. Kladem semináře bylo i to, že bylo poměrně dost času na velmi živou diskusi. Seminář zhodnotil současnou úroveň péče o děti s DMO na území SSR a vytkl i některé perspektivní úkoly pro zlepšení péče o tyto děti (zlepšení dosud ne zcela přesné evidence dětí s DMO, důsledné provádění skutečně komplexní a včasné rehabilitační péče na všech jejích úsecích, zlepšení protetiké péče — zvláště co se týká dosažitelnosti těchto služeb a zkrácení dodacích lhůt individuálně vyráběných pomůcek a ortopedické obuvi, zlepšení komplexní rehabilitační péče v ÚSS — zvláště zlepšení LTV a léčby prací, zlepšení spolupráce s rodinou postiženého dítěte, diferenciacie léčebné péče podle typu a stupně tělesného a mentálního postižení atd.).

III. celoslovenský seminář splnil svůj účel; účastníci odjžděli domů spokojeni nejen s odbornou náplní semináře, ale i s výborným organizačním zajištěním pracovníky DKL Marína v Kováčové i s krásným prostředím na Poľaně. V budoucnu by se mělo v pořádku seminářů a konferencí o DMO pokračovat.

Dr. A. Stehlík, Železnice

Dr. M. Galanda, CSc., Bratislava

MEDZINÁRODNÉ SYMPÓZIUM O TELESNÝCH CVIČENIACH A KARDIOVASKULÁRNEJ FUNKCII II.

V Bratislave sa konalo v dňoch 28. 10. — 30. 10. 1981 sympóziium s medzinárodnou účasťou, ktoré usporiadala Slovenská rehabilitačná spoločnosť a Slovenská kardiologická spoločnosť z poverenia Slovenskej lekárskej spoločnosti. Tematikou sympózia boli telesné cvičenia a krvný obeh,

podobne ako tomu bolo pred 3 rokmi, v roku 1978, keď sa konalo prvé sympóziium s touto tematikou.

Sympóziium usporiadali pri príležitosti Medzinárodného roku invalidov v spolupráci so Svetovou zdravotníckou organizáciou a Rehabilitačnou radou Svetovej

kardiologickej spoločnosti a federácie. Zúčastnilo sa ho do 200 účastníkov, zo zahraničia bola asi jedna tretina.

V úvodnej správe o telesnej aktivite a obehových funkciách v 80. rokoch nášho storočia prof. Fejfar poukázal na otázky, ktorým bude treba venovať pozornosť v nadchádzajúcej dekáde v oblasti rehabilitácie kardiovaskulárnych ochorení. Väčšmi sa bude treba zaoberať otázkami psychosociálnymi a otázkami pracovného zaradenia kardiakov, napr. po prekonanom infarkte myokardu. Druhý okruh otázok budú predstavovať otázky fyzickej a psychickej zdatnosti v priebehu celého života, t. j. od detského veku až po starobu.

Program sympózia predstavoval niekoľko tematických celkov, ktoré obsahovali celý rad prednášok a správ o danej problematike. Hovorilo sa o telesnej aktivite u hypertonikov, diskutovalo sa o otázkach kombinácie terapeuticko-rehabilitačného programu v kombinácii telesných cvičení a farmakoterapie. Druhým tematickým okruhom bola telesná aktivita pri ischemickej chorobe srdca, otázky systematických cvičení pri tomto ochorení, hodnotenie námahových testov, problematika rizikových faktorov a pod. Niektoré prednášky poukázali na psychosociálnu problematiku pri ischemickej chorobe srdca, ktorá je veľmi dôležitá z hľadiska vývoja ischemickej choroby srdca, z hľadiska kvality života po prekonanom infarkte myokardu a z hľadiska celkovej telesnej výkonnosti.

Ďalší tematický celok predstavovali práce o hodnotení srdcovej činnosti u chorých po operáciách pre vrodené či získané srdcové chyby a po revaskularizačných operáciách.

V rámci programu sympózia s medzinárodnou účasťou sa konala panelová diskusia o problematike kúpeľnej rehabilitácie chorých po infarkte myokardu.

Moderátorom bol prof. Fejfar, členmi panelu boli Bažant, Boudiš, David, Klabusa, Palát a Procházka. Diskutovalo sa o všeobecných otázkach, ktoré súvisia s druhou fázou rehabilitačného programu u pacientov po prekonanom infarkte myokardu a boli predložené vlastné skúsenosti s rehabilitáciou týchto pacientov v kúpeľoch Konst. Lázne, Poděbrady a Sliač. Panelová diskusia ukázala na niektoré skúsenosti s touto formou rehabilitácie v ČSSR a zvýraznila niektoré aspekty, ktoré budú potrebné realizovať pri modifikácii kúpeľného liečenia pacientov s infarktom myokardu. Vcelku možno povedať, že táto panelová diskusia prvýkrát v histórii ČSSR a na základe skúseností z obidvoch republik vyhodnotila súčasný príspevok kúpeľného doliečovania pre rehabilitáciu chorých s infarktom myokardu. Celkovo možno povedať, že sympózium o telesných cvičeniach a krvnom obehu II. s medzinárodnou účasťou prezentovalo súčasné názory na túto problematiku a v jednotlivých prácach prinieslo dostatok klinických a experimentálnych skúseností o jednotlivých čiastkových otázkach. Významné bolo najmä to, že po každej prednáške bola diskusia, veľmi živá a faktografická.

V rámci sympózia bola výstava posterov — pre diskusiu k posterom bol v rámci programu vyhradený určitý čas. Sympózium ukončil dr. Palát, ktorý na záver zhodnotil príspevok tohto sympózia, poukázal na niektoré významné aspekty, ktoré prinieslo, a oznámil, že budúce III. sympózium sa bude konať v Bratislave v roku 1984 a bude sa zaoberať otázkami telesných cvičení u starých ľudí, psychosociálnou problematikou kardiakov a účasťou stredných zdravotníckych pracovníkov na rehabilitačnom procese chorých s kardiovaskulárnymi chorobami.

Dr. M. Palát, Bratislava
Prof. dr. Z. Fejfar, Praha



V Štokholme sa koná v dňoch 23. — 28. mája 1982 IX. medzinárodný kongres Svetovej konfederácie fyzikálnej terapie. Blížšie informácie podáva: Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund Apelberggatan 50, 111 37 Stockholm Sweden.