Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

3

OBSAH

EDITORIAL

F. Dávidek: Významné úlohy sociálnej politiky a zdravotníctva po XVII. zjazde KSČ 129

PÔVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

J. Jurčovičová , M. Palát, P. Kolesár, M. Vigaš: Utilizácia glukózy a sekrécia inzulínu po teplom kúpeli u pacientov s poruchou utilizácie glukózy 133

L. Lisý: Svalové a kožné reflexy do m. abductor policis brevis — elektrofyziologická štúdia 141

Z. Novotný, F. Janouch, V. Hadraba: Zkušenosti se sportem u dětí s dětskou mozkovou obrnou 149

M. Štelclová, M. Daňková, H. Seligerová, V. Kříž: Psychologické problémy rehabilitace paraplegiků 157

METODICKÉ PRÍSPEVKY

F. Picek, G. Picková: Přístroj k měření vadného držení těla 165

F. Picek: Přístroj pro objektivní hodnocení držení těla detí a dorostu 169

HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ 171

RECENZIE KNÍH 175

SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ 186

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP . . 188

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

This publication is included in the abstracting and indexing coverage of the BioSciences Information Service of Biological Abstracts and is indexed and abstracted by Excerpta Medica.

ROČNÍK XIX/1986

Cena Kčs 6,—

Rehabilitácia

Časopis pre otázky liečebnej a pracovnej rehabilitácie

VYDÁVA:
Ústav pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave vo Vydavateľstve OBZOR, n. p., ul. Československej armády 35, 815 85 Bratislava

VEDÚCI REDAKTOR:
MUDr. RNDr. Miroslav Palát, CSc.

TAJOMNÍČKA REDAKCIE:
Viera Reptová

REDAKČNÝ KRUH:
MUDr. Marianna Bendíková, Vlasta Bortlíková, prof. MUDr. Zdeněk Fejfar, DrSc., Božena Chlubnová, MUDr. Tomáš Kaiser, MUDr. Vladimír Kříž, doc. MUDr. Štefan Litomerický, CSc., MUDr. Zbyněk Novotný, MUDr. RNDr. Miroslav Palát, CSc. (predseda redakčného kruhu), prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc., Jana Raupachová, MUDr. Vladimír Raušer, CSc., MUDr. Jaromír Stříbrný, MUDr. Miroslav Tauchman, MUDr. Marie Večeřová.

GRAFICKÁ ÚPRAVA:
Melánia Gajdošová

REDAKCIA:
Kramáre, Limbova ul. 5, 833 05 Bratislava

TLAČ:
Nitrianske tlačiarne, n. p., ul. R. Jašíka 18, 949 50 Nitra

Vychádza štyrikrát ročne, cena jedného čísla Kčs 6,—

Rozširuje Poštová novinová služba. Objednávky na predplatné i do zahraničia prijíma PNS — Ústredná expedícia a dovoz tlače, Gottwaldovo nám. č. 6, 813 81 Bratislava

Podnikové inzeráty: Vydavateľstvo OBZOR, n. p., inzertné oddelenie, Gorkého 13, VI. poschodie, tel. 522-72, 815 85 Bratislava

Indexné číslo: 49 561
Číslo vyšlo: v júli 1986
Imprimatur: 4. 7. 1986

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK XIX/1986 ČÍSLO 3

EDITORIAL . . .

VÝZNAMNÉ ÚLOHY SOCIÁLNEJ POLITIKY A ZDRAVOTNÍCTVA PO XVII. ZJAZDE KSČ

Ak listujeme v histórii zjazdov Komunistickej strany Československa, dospejeme k záveru, že vždy predstavujú medzník v živote strany aj celej socialistickej spoločnosti. S kritickou náročnosťou sa na nich hodnotia dosiahnuté výsledky a vytyčujú nové základné úlohy pre budúce obdobie.

XVII. zjazd KSČ má v socialistickej histórii nášho ľudu výrazné špecifické miesto. Stanovil ciele a úlohy pre vstup do kvalitatívne novej etapy hospodárskeho a sociálneho rozvoja krajiny na r. 1986 až 1990 a určil stratégiu ekonomického rozvoja s dlhodobou perspektívou do r. 2000.

Základom hospodárskej a sociálnej politiky v r. 1981 až 1985 bola generálna línia výstavby rozvinutej socialistickej spoločnosti. Táto línia, zameraná na intenzifikáciu národného hospodárstva a zvyšovanie efktívnosti a kvality všetkej práce, sa v uplynulých pätnástich rokoch úspešne plnila. Svedčia o tom výsledky dosiahnuté v rozvoji národného hospodárstva, ktoré umožnili i pri rastúcej náročnosti podmienok lepšie uspokojovať potreby spoločnosti, ďalej zvýšiť životnú úroveň obyvateľstva a upevniť jeho sociálne istoty.

V politickej správe Ústredného výboru KSČ XVII. zjazdu Komunistickej strany Československa, prednesenej jej generálnym tajomníkom s. Gustávom Husákom na XVII. zjazde KSČ dňa 24. marca t. r., sa o. i. uvádza, že trvalé dôležité miesto v našej socialistickej politike má systém sociálneho zabezpečenia, ktorý je u nás rozvinutý na vysokej úrovni a patrí k veľkým vymoženostiam socializmu. V závislosti od utvorených ekonomických možností ho budeme ďalej zdokonaľovať.

Osobitne sa pre oblasť zdravotníctva v politickej správe ÚV KSČ uvádza, že aj v ďalších rokoch, ako vyplýva z návrhu Hlavných smerov, bude sa veľká pozornosť venovať zdravotníctvu. Ide o významnú oblasť sociálnej politiky, ktorá sa týka každej rodiny, všetkých obyvateľov. Aj v tejto oblasti možno sa pochváliť celým radom významných úspechov v prevencii, v chirurgii, v boji s epidemickými chorobami i na ďalších úsekoch. Socialistický štát vkladá a bude naďalej vkladať do zdravotníctva nemalé prostriedky. Ide však o to, aby boli účelne, racionálne využívané a aby sa všade skvalitnila zdravotná

starostlivosť, jej organizácia, upevnili v zdravotníctve zásady etiky. Starostlivosť o zdravie treba sprevádzať aj dobrou zdravotníckou výchovou obyvateľstva, najmä vo vzťahu k deťom a mládeži. To, že u nás je, povedal s. G. Husák, poskytovanie zdravotníckych služieb, vrátane liekov bezplatné, neznamená ešte, že s nimi možno plytvať. Bez toho, aby sme menili zásady našej zdravotníckej politiky, bude treba túto otázku seriózne posúdiť a prijať opatrenia proti plytvaniu a zneužívaniu zdravotníckych služieb.

Aj správa ÚV KSČ o plnení záverov XVI. zjazdu KSČ venovala osobitnú pozornosť zdravotníctvu. Uvádza sa v nej, že rozvoj zdravotníctva sa v súlade s uznesením XVI. zjazdu KSČ orientoval na zvýšenie kvality, prevencie a ambulantnej starostlivosti o pracujúcich. Skvalitnili sa i kúpeľné služby. Náklady na zdravotníctvo a ústavy sociálnej starostlivosti zo spoločenských spotrebných fondov v 7. päťročnici predstavovali 126,8 mld. korún, čo je oproti 6. päťročnici o 29,9 mld. korún viac.

Postavil alebo zrekonštruoval sa rad objektov, zlepšilo sa vybavenie zdravotníckych zariadení najmodernejšou technikou. Väčšina lekárov a zdravotníckych pracovníkov pracuje svedomito a obetavo, ale nemožno prehliadať kritické pripomienky občanov na dlhé čakanie na odborné vyšetrenie, niekedy i nemocničné liečenie, na nedostatky v zásobovaní liekmi a iné nešváry, ktoré sa nedôsledne prekonávajú.

V oblasti sociálneho zabezpečenia sa postupne realizoval zámer XVI. zjazdu KSČ komplexne upevňovať jeho systém a podľa ekonomických možností ho ďalej zdokonaľovať. Uskutočnenými úpravami sa zvýšili sociálne príjmy obyvateľstva za päťročnicu o 23,1 % a dosiahli sumu 84 mld. Kčs. Dávky nemocenského poistenia vzrástli o 5,2 mld. Kčs, prídavky na deti sa zvýšili o 23,3 percenta, zvýšil sa materský príspevok a celkové výdavky na podporu rodín s deťmi.

Ako vyplýva z Hlavných smerov hospodárskeho a sociálneho rozvoja ČSSR na roky 1986 — 1990 a výhľadu do r. 2000, ktoré boli schválené XVII. zjazdom KSČ, úlohy pre sociálnu politiku a zdravotníctvo budú aj naďalej významné a nemalé. Bolo konštatované, že zdravotnícke služby sa rozvíjali v súlade so závermi XVI. zjazdu KSČ. Kapacita posteľových zariadení v zdravotníctve sa zvýšila o 12 % a dosiahla 196 tisíc postelí. Na jedného lekára pripadá 280 obyvateľov, kým v roku 1970 to bolo 432 obyvateľov. Počet miest v jasliach sa rozšíril zo 76,8 tisíca na 122,3 tisíca (vrátane jaslových oddelení v materských školách).

Zlepšením sociálneho zabezpečenia v súlade s vytvorenými zdrojmi sa upevnili sociálne istoty obyvateľstva. Zvýšili sa príspevky pri narodení dieťaťa; prídavky na deti (napr. na 2 deti z 330 Kčs na 650 Kčs mesačne), zaviedlo a rozšírilo sa vyplácanie materského príspevku pre ženy starajúce sa o deti, zaviedli sa výhodné novomanželské pôžičky so štátnym príspevkom pri narodení detí, bol zdokonalený systém dôchodkového zabezpečenia a ďalej sa výrazne zvýšili dávky nemocenského poistenia. Celkové príjmy obyvateľstva zo sociálneho zabezpčenia vzrástli v posledných 15 rokoch o 109 %. Priemerný starobný dôchodok vzrástol o viac ako 56 %.

Z Hlavných úloh hospodárskej a sociálnej politiky strany v rokoch 1986 — 1990 vyplývajú pre zdravotníctvo najmä tieto úlohy:

— *V oblasti vedecko-technického rozvoja v lekárskych vedách pokračovať v objasňovaní základných mechanizmov vývoja organizmov a poskytovať nové*

vedecké podklady pre racionálnu prevenciu a liečbu spoločensky závažných ochorení.

- *V oblasti rozvoja životnej úrovne prehlbovať rozvinutý systém zdravotníckej a sociálnej starostlivosti, zvýšiť hospodárnosť pri vynakladaní spoločenských prostriedkov a racionálnejšie využívať pracovníkov v tejto sfére. Okruh bezplatne poskytovaných služieb rozširovať.*
- *Široko rozvinutý systém starostlivosti o zdravie obyvateľstva zamerať najmä na zlepšenie kvality zdravotníckych služieb, ďalej prehlbovať hygienu a preventívnu starostlivosť o čoraz väčší počet obyvateľstva, predovšetkým prevenciou chorobnosti detí predškolského veku. Urýchľovať a skvalitňovať vyšetrovací a liečebný proces; ďalej rozširovať lekársku starostlivosť priamo v závodoch a družstvách. Zlepšovať zdravotnícku starostlivosť o vysokoškolákov. Pokračovať v realizácii celospoločenských zdravotníckych programov, náležitú pozornosť venovať rozvoju liečebnej starostlivosti. Skvalitňovať racionálne uspokojovanie potrieb obyvateľstva liekmi a zdravotníckym materiálom. Zdravotnícku výchovu a propagandu viac zamerať na správnu životosprávu, na boj proti alkoholizmu a iným toxikomániám, negatívne pôsobiacim na zdravie obyvateľstva.*

V zdravotníctve uplatňovať výsledky vedecko-technického rozvoja a zlepšovať jeho technické a prístrojové vybavenie:

- *Novou výstavbou, zlepšenou údržbou a rekonštrukciami ďalej racionalizovať a modernizovať sieť zdravotníckych zariadení a prispôsobovať ich štruktúru novým potrebám, zvýšiť kapacity liečební pre dlhodobo chorých.*
- *V rokoch 8. päťročnice posilniť zdravotnícke služby o 4 tisíc lekárskych miest a najmenej o 11 tisíc postelí.*
- *Skvalitnením zdravotníckych služieb prispieť zdokonalením organizácie práce, posilnením jednotnosti riadenia zdravotníctva i úsilím o upevnenie socialistických vzťahov medzi zdravotníckymi pracovníkmi a pacientmi. Ďalej skvalitniť činnosť národných výborov pri zabezpečovaní zdravotníckej starostlivosti.*
- *Na všetkých stupňoch riadenia skvalitniť priame riadenie, organizátorskú prácu a kontrolu.*

Význam záverov pre hospodársky a sociálny rozvoj na roky 1986 — 1990, prijatých na XVII. zjazde, úzko súvisí s charakterom obdobia, do ktorého sme vstúpili s novými a rozsiahlymi úlohami, ktoré stoja pred našou spoločnosťou v etape zdokonaľovania vyspelého socializmu. Predovšetkým ide o podstatné zrýchlenie rastu osobnej spotreby na základe urýchleného rozvoja ekonomiky presadzovaním všestrannej intenzifikácie a hospodárnosti, dôsledným nástupom realizácie výsledkov vedecko-technického pokroku v praxi, zásadnejšími makro- i mikroštrukturálnymi zmenami, širším a hlbším zapojením sa do medzinárodnej deľby práce, najmä socialistickej integrácie v súlade s výsledkami koordinácie národohospodárskych plánov s krajinami RVHP na roky 1986 — 1990.

Generálna línia výstavby rozvinutej socialistickej spoločnosti zostáva i naďalej trvalým základom hospodárskej politiky strany s cieľom zvyšovať životnú úroveň ľudu, uspokojovať hmotné a duchovné potreby obyvateľstva na kvalitatívne vyššom stupni, upevňovať jeho životné a sociálne istoty a vytvárať stále priaznivejšie podmienky pre harmonický rozvoj človeka. Zabezpe-

čenie tohoto cieľa je základnou úlohou dlhodobej hospodárskej stratégie, založenej na urýchlení sociálneho a ekonomického rozvoja prostredníctvom intenzifikácie a rastu efektívnosti spoločenskej výroby, kvality všetkej práce a prísnej hospodárnosti.

Ing. František Dávidek, Bratislava

CH. SCHARFETTER
ALLGEMEINE PSYCHOPATOLOGIE
Obecná psychopatologie. 2. přepr. vyd.
Georg Thieme, Stuttgart — New York 1985.
ISBN 3 — 13 — 53102 — 9

Ve druhém přepracovaném vydání vychází v roce 1985 drobná pozoruhodná knížečka prof. Schaefettera z psychiatrické kliniky curyšské univerzity, která věnuje pozornost psychopatologii psychického. Jak autor říká, jde v podstatě o učení o prožitém a základy psychodynamiky. Kniha není jistě určena jen psychiatrickému okruhu čtenářů, její závěr slibuje více a její struktura se zabývá jednotlivými problémy, které jsou zajímavé i pro ostatní lékaře. Rozdíl mezi normálním a abnormálním, právě tak, jako rozdíl mezi zdravým a chorobným stavem, představují celou škálu, aplikovatelnou i na jednotlivé symptomy.

Kniha má celkem jedenadvacet kapitol; po úvodní kapitole, kde autor vysvětluje úlohy a cíle psycholopatologů, problematiku symptomů a syndromů a otázky diagnostiky jako procesu i jako základu pro terapii, přistupuje v dalších částech systematicky k otázkám jednotlivých stavů psychiky, vědomí, časového prožití, paměti a vzpomínek, pozornosti a koncentrace, myslení, řeči a jejího projevu, otázkám inteligence, afektivity, bludu a pohnutek. V dalších kapitolách se zabývá problematikou motoriky, agrese, fobií a impulsního jednání, poslední kapitola rozebírá otázky sexuality. Každá z jednotlivých kapitol má pedagogicky důslednou stavbu — každý stav a symptom je zde definován, předkládají se jeho základy, poukazuje se na možnosti vyšetření a přechází se do oblasti patologie. Tedy celý systém psychopatologie v pojetí autora je i systematicky a přehledně zpracovaný. V textu jednotlivých kapitol je několik ilustrací a tabulek, potřebných pro dokumentování textu. Přehled literatury, uspořádaný podle jdnotlivých kapitol, a věcný rejstřík ukončují tuto ne příliš rozsáhlou, obsahově bohatou a zajímavou knížečku, jejíž předností je bezesporu systematické zpracování jednotlivých otázek z oblasti symptomatologie některých psychiatrických onemocnění.

Jak už bylo uvedeno, knihu uvítají nejen psychiatři, ale celá řada lékařů jiných odborností, protože přináší velmi zajímavý pohled na symptomy, s kterými se setkáváme u onemocnění či syndromů, které nepatří do velké psychiatrie. A znalost těchto základních otázek je nutná a potřebná i v široké lékařské praxi, protože drobná symptomatologie nepoukazuje vždy na psychiatrické onemocnění, mnohdy se za touto symptomatologií skrývají choroby běžné praxe.

Dr. M. Palát, Bratislava

Rehabilitácia

19, 1986, 3, s. 133—140

PÔVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

UTILIZÁCIA GLUKÓZY A SEKRÉCIA INZULÍNU PO TEPLOM KÚPELI U PACIENTOV S PORUCHOU UTILIZÁCIE GLUKÓZY

J. JURČOVIČOVÁ, M. PALÁT*, P. KOLESÁR**, M. VIGAŠ

Ústav experimentálnej endokrinológie Centra fyziologických vied SAV
Riaditeľ: člen korešpondent L. Macho
**Fyziatricko-rehabilitačné odd. NsP akad. L. Dérera*
Vedúci: MUDr. et RNDr. M. Palát, CSc.
***II. interná klinika NsP akad. L. Dérera*
Prednosta: prof. MUDr. J. Gvozdják, DrSc.

Súhrn: Sledoval sa účinok 30-minútového kúpeľa v 40 °C teplej vode na utilizáciu glukózy a sekréciu inzulínu (IRI) u pacientov so zníženou toleranciou glukózy. Súbor 9 pacientov vo veku od 47 do 55 rokov sa porovnával so súborom 13 zdravých mužov vo veku od 23 do 30 rokov. Kontrolný kúpeľ sa robil v 30 °C teplej vode. Samotný kúpeľ, 30 alebo 40 °C teplý, neovplyvnil bazálne hladiny IRI a glykémie u pacientov, ani u kontrolných osôb. Podanie 100 g glukózy per os 90 minút po skončení kúpeľa vyvolalo u zdravých dobrovoľníkov rovnaký výrazný vzostup glykémie a hladín IRI po 30 aj 40 °C teplom kúpeli s návratom glykémie k východiskovým hodnotám 120 minút po podaní glukózy. U pacientov s porušenou toleranciou glukózy per os podanie glukózy 90 minút po kúpeli malo za následok signifikantný vzostup glykémie a hladín IRI s pomalším návratom k norme. Nedošlo však k rozdielnym priebehom hladín IRI a glykémie po 30 a 40 °C teplom kúpeli. Z týchto výsledkov vyplýva, že polhodinový pobyt v 40 °C teplej vode neovplyvní glycidový metabolizmus ani u pacientov so zhoršenou toleranciou glukózy, a teda toto ochorenie samotné nie je kontraindikáciou pre balneoterapiu.

Kľúčové slová: porucha metabolizmu lipidov — tolerancia glukózy — hypertermický kúpeľ — sekrécia inzulínu — balneoterapia.

Predlžovanie ľudského veku s vyšším podielom starších ľudí v populácii zvyšuje aj požiadavky na preventívne a liečebné využitie fyzioterapeutických procedúr, vrátane balneoterapie. Súčasne sa u takýchto pacientov s indikáciou termálnej liečby častejšie vyskytujú poruchy metabolizmu sacharidov a diabetes II. typu. Združený výskyt porúch utilizácie glukózy s ochoreniami vyžadujúcimi termálnu liečbu vyžadoval overenie vplyvu hypertemie na utilizáciu glukózy a na sekréciu inzulínu.

J. JURČOVIČOVÁ, M. PALÁT, P. KOLESÁR, M. VIGAŠ / UTILIZÁCIA GLUKÓZY A SEKRÉCIA INZULÍNU PO TEPLOM KÚPELI U PACIENTOV S PORUCHOU UTILIZÁCIE GLUKÓZY

Celosvetová imerzia v termálne indifirentnej vode má za následok redistribúciu krvi a hemodynamické zmeny, ktoré do určitej miery stimulujú situáciu počas stavu beztiaže. Navyše hypertemický kúpeľ so zvýšením telesnej teploty spôsobuje periférnu vazodilatáciu a niektoré endokrinné zmeny. Pri bežnom využití balneoterapie sa zvyšuje sekrécia rastového hormónu (STH) a pri vysokom zvýšení telesnej teploty (v saune) sa už rozvíja neuroendokrinná reakcia typická pre stresové situácie (Palát a spol., 1984). Infúzia STH má prechodný diabetogénny účinok (Bratusch — Marain a spol., 1980), avšak u zdravých osôb po teplom kúpeli s následným zvýšením STH sme nezistili ani ovplyvnenie piebehu, oGTT, ani zmenu sekrécie inzulínu (IRI) (Jurkovičová a spol., 1980). Nebolo však možné vylúčiť nepriaznivý vplyv hypertermického kúpeľa na metabolickú homeostázu u pacientov s porušenou toleranciou glukózy.

Materiál a metódy

Sledovanie sme robili u 9 mužov vo veku od 47 do 55 rokov s porušenou toleranciou glukózy, ktorá bola kompenzovaná diétou. Pacienti mali súčasne poruchu metabolizmu lipidov (hypertriglyceridémiu a hypercholesterolémiu), väčšinou liečenú Clofibratom. Neboli obézni a nemali iné endokrinné alebo vážnejšie kardiovaskulárne poruchy. Kontrolný súbor tvorilo 13 zdravých mužov — dobrovoľníkov vo veku 23 až 30 rokov, bez akýchkoľvek endokrinných či kardiovaskulárnych ochorení.

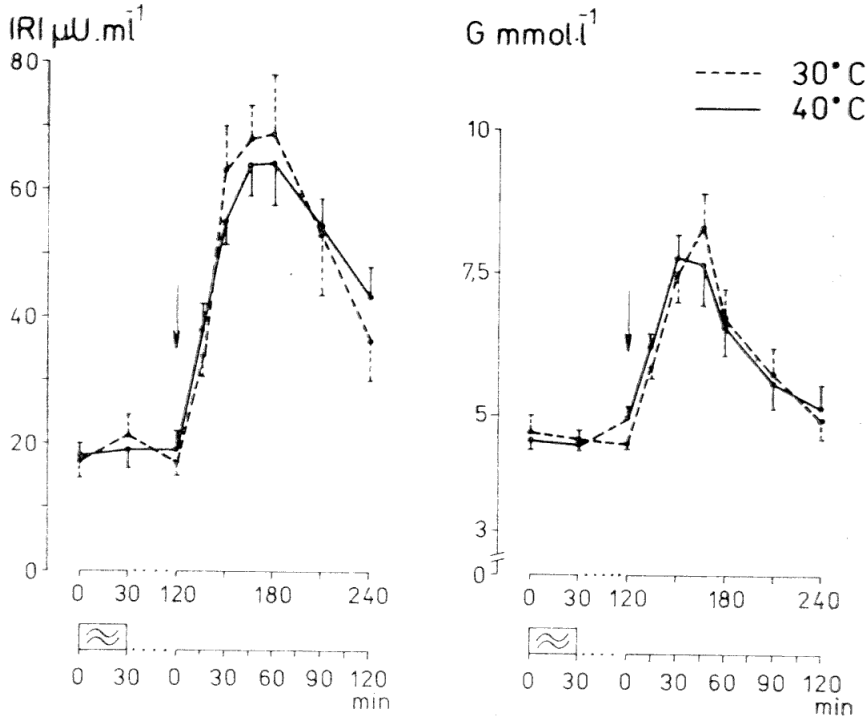
Vyšetrenie sa začínalo ráno o 7,30 h nalačno bez väčšej predchádzajúcej fyzickej aktivity. 30 minút pred začatím vyšetrenia pacienti a pokusné osoby pokojne sedeli, potom sa im odmerala sublingválna teplota a odobrala sa krv na zistenie východiskových hladín inzulínu (IRI) a glukózy. Po odbere sa vyšetrované osoby ponorili po krk do 40 °C teplej vody na 30 minút. V poslednej minúte kúpeľa sa opäť zmerala sublingválna teplota a odobrala sa krv. Po skončení kúpeľa osoby sedeli v kreslách a o 90 minút dostali per os 100 g glukózy. 15 minút pred podaním glukózy sa im zaviedli do kubikálnej vény teflónové katétre a krv sa odoberala tesne pred podaním glukózy, za 15, 30, 45, 60, 90 a 120 minút. Kontrolné vyšetrenie sa robilo u tých osôb za rovnakých podmienok v 30 °C teplej vode. Koncentráciu IRI v plazme sme merali rádioimunoanalýzou s použitím komerčných súprav RIA OPIDI, Poľsko.

Glykémiu sme stanovovali ortotoluidínovou metódou. Na hodnotenie štatistickej významnosti rozdielov v rámci súboru sme použili variačnú analýzu, na porovnanie rozdielov medzi skupinami nepárový Studentov t-test.

Výsledky

Sublingválna teplota počas polhodinového kúpeľa v 30 °C teplej vode ostala v rámci fyziologických hodnôt u zdravých dobrovoľníkov, ako aj u pacientov s porušenou toleranciou glukózy. Kúpeľ v hypertermickej vode mal za následok výrazný vzostup sublingválnej teploty u zdravých na 38,3 °C a u pacientov na 37,6 °C.

U zdravých osôb počas hypertermického i kontrolného kúpeľa nenastali zmeny v glykémii ani v hladinách IRI. Podanie 100 g glukózy per os 90 minút po 40°, resp. 30° C teplom kúpeli vyvolalo vzostup glykémie a hladín IRI v plazme ($p < 0,01$). Za 120 minút po podaní glukózy bola glykémia na vý-



Obr. 1. Koncentrácia glukózy a IRI v periférnej krvi pred kúpeľom, po kúpeli a po perorálnom podaní 100 g glukózy u 13 zdravých mužov. Na grafe sú spriemernené hodnoty ± S. E.

chodiskových hodnotách, pričom nedošlo k rozdielnym hladinám glukózy a IRI v periférnej krvi po 30 °C a 40 °C teplom kúpeli (obr. 1).

Na obr. 2 sú znázornené glykémie a hladiny cirkulujúceho IRI pred kúpeľom, po kúpeli a po podaní glukózy u pacientov s porušenou toleranciou glukózy. Hypertermický ani kontrolný kúpeľ opäť neovplyvnili bazálne koncentrácie glukózy a IRI v periférnej krvi. Podanie glukózy 90 minút po skončení kúpeľa malo za následok signifikantný vzostup glykémie a hladín IRI v krvi, pričom glykémia sa v 120. minúte nenavrátila k norme. Znova, podobne ako u zdravých osôb, sme nezistili rozdiely v utilizácii glukózy a sekrécii IRI po 30 °C a 40 °C teplom kúpeli.

Diskusia

Reakcia organizmu na prehriatie závisí od stupňa zvýšenia telesnej teploty. Hypertermiu s prírastkom teploty tela o 3 °C sprevádzajú endokrinné zmeny typické pre stresovú reakciu: zvýšenie cirkulujúceho STH, ACTH, beta-endorfínu, kortizolu, prolaktínu a mierny vzostup plazmatických katecholamínov

Možno povedať, že hypertermia mierneho rozsahu, bežná pri kúpeľných liečebných procedúrach, neovplyvňuje výrazne glycidový metabolizmus u zdravých jedincov a ani u ľudí s poruchou glycidového metabolizmu. Nedá sa však vylúčiť možný účinok hypertermie na sekréciu hormónov endokrinného pankreasu, pozorovateľnú vo vena portae pred ich hepatálnou degradáciou, ktoré môžu ovplyvniť metabolizmus glukózy v pečeni. Ich koncentrácia a metabolické účinky však nie sú natoľko výrazné, aby sa prejavili v periférnej krvi. Pokiaľ nie sú prítomné iné patologické zmeny, samotná porušená tolerancia glukózy nie je kontraindikáciou pre balneoterapiu.

Záver

Sledoval sa účinok 30-minútového kúpeľa v 40 °C teplej vode na utilizáciu glukózy a sekréciu inzulínu (IRI) u pacientov so zníženou toleranciou glukózy. Súbor 9 pacientov vo veku od 47 do 55 rokov sa porovnával so súborom 13 zdravých mužov vo veku od 23 do 30 rokov. Kontrolný kúpeľ sa robil v 30 °C teplej vode. Samotný kúpeľ, 30 alebo 40 °C teplý, neovplyvnil bazálne hladiny IRI a glykémie u pacientov, ani u kontrolných osôb. Podanie 100 g glukózy per os 90 minút po skončení kúpeľa vyvolalo u zdravých dobrovoľníkov rovnaký výrazný vzostup glykémie a hladín IRI po 30 aj 40 °C teplom kúpeli s návratom glykémie k východiskovým hodnotám 120 minút po podaní glukózy. U pacientov s porušenou toleranciou glukózy per os podanie glukózy 90 minút po kúpeli malo za následok signifikantný vzostup glykémie a hladín IRI s pomalším návratom k norme. Nedošlo však k rozdielnym priebehom hladín IRI a glykémie po 30 a 40 °C teplom kúpeli. Z týchto výsledkov vyplýva, že polhodinový pobyt v 40 °C teplej vode neovplyvní glycidový metabolizmus ani u pacientov so zhoršenou toleranciou glukózy, a teda toto ochorenie samotné nie je kontraindikáciou pre balneoterapiu.

LITERATÚRA

1. BRATUSCH-MARAIN, P. R., SMITH, D., DeFRONZO, R.: The effect of growth hormone on glucose metabolism and insulin secretion in man. J. clin. Endocrinol. Metab., 55, 1982, č. 5, s. 973 — 982.
2. EPSTEIN, M., DUNCAN, D., FISHMAN, L. M.: Characterization of the natriuresis caused in normal man by immersion on water. Clin. Sci., 43, 1982, č. 3, s. 275 — 287.
3. JEŽOVÁ, D., VIGAŠ, M., TATÁR, P., JURČOVIČOVÁ, J., PALÁT, M.: Rise in plasma beta-endorphin and ACTH in response to sauna bath. Horm. metabol. Res., 1985, v tlači.
4. JURČOVIČOVÁ, J., VIGAŠ, M., PALÁT, M., JEŽOVÁ, D., KLIMEŠ, I.: Effect of endogenosus GH secretion during hyperthermic bath on glucose metabolism and insulin relase in man. Endocr. Exp., 14, 1980, č. 3, s. 221 — 226.
5. ROSAK, C., BÜHRING, M., BUSCH, H. P., BRECHT, H. M., NEUBAUER, M., SCHWEDES, U., SCHÖFFLING, K.: The influence of hyperthermia on the symphathetic and hypothalamo-hypophyseal system. Acta endocr. (KbH.), Suppl., 234, 1980, s. 138 — 139.
6. TATÁR, P., VIGAŠ, M., JURČOVIČOVÁ, J., JEŽOVÁ, D., ŠTREC, V., PALÁT, M.: Im-

paired glucose utilization in man during acute exposure to environmental heat. Endocr. Exp., 19, 1985, č. 4, s. 277 — 281.
7. VIGAŠ, M.: Endokrinná reakcia v strese a niektoré jej mechanizmy. Doktorská dizertačná práca 1982, s. 389 — 399.
8. VIGAŠ, M., JURČOVIČOVÁ, J., JEŽOVÁ, D., KVETŇANSKÝ, R., PALÁT, M.: Endokrinná reakcia počas hypertermie u zdravých ľudí. Bratisl. lek. Listy, 82, 1984, č. 3, s. 1041 — 1160.
9. WEEKE, J., GUNDERSEN, H. J. G.: The effect of heating and cooling on serum TSH, GH and norepinephrine in resting normal man. Acta physiol. scand., 117, 1983, č. 1, s. 13 — 18.

Adresa autora: J. Jurčovičová, Ústav experimentálnej endokrinológie SAV, Limbova ul. 833 05 Bratislava — Kramáre

Й. Юрчовирова, М. Палат, П. Колесар, М. Вигаш
УТИЛИЗАЦИЯ ГЛЮКОЗЫ И ВЫДЕЛЕНИЕ ИНСУЛИНА ПОСЛЕ ГОРЯЧИХ ВАНН У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ УТИЛИЗАЦИИ ГЛЮКОЗЫ

Резюме

Исследовалось воздействие ванн с температурой воды 40 °С продолжительностью 30 минут на утилизацию глюкозы и выделение инсулина (IRI) у больных с пониженной толерантностью глюкозы. Состав 9 больных в возрасте от 47 до 55 лет сопоставлялся с группой 13 здоровых мужчин в возрасте от 23 до 30 лет. Контрольные ванны умели температуту 30 °С. Ванны с температурой воды 30 или 40 °С сами по себе не оказывали никакого воздействия на базальные уровни IRI и гликемии ни у больных, ни у контрольных лиц. Ведение per os 100 г глюкозы черес 90 минут после окончания ванн вызвало у здоровых добровольцев одинаковое, выразительное повышение гликемии и уровней IRI после ванн как 30 °С, так и 40 °С температуры с возвратом гликемии к исходным значениям через 120 минут после введения глюкозы. У больных с нарушенной толерантностью глюкозы введение последней per os через 90 минут после ванн вызвало достоверное повышение гликемии и уровней IRI с более медленным возвратом к норме. Однако, уровни IRI и гликемия не обнаруживали различного протекания после ванн с температурой воды 30 и 40 °С. Эти результаты показывают, что ванны с продолжительностью 30 минут и температурой воды 40 °С не оказывают влияния на глицидный метаболизм даже у больных с ухудшенной толерантностью глюкозы, следовательно, это заболевание само по себе не является противопоказанием для бальнеотерапии.

J. Jurčovičová, M. Palát, P. Kolesár, M. Vigaš
GLUCOSE UTILIZATION AND INSULIN SECRETION AFTER WARM BATH IN PATIENTS WITH DISTURBANCES OF GLUCOSE UTILIZATION

Summary

We investigated the effect of 30 min baths in water of 40 °C on the utilization of glucose and insulin secretion (IRI) in patients with decreased glucose toleration. The group of 9 patients aged between 47 and 55 years was compared with a group of 13 healthy men aged between 23 and 30 years. Control bath was applied in water of 30 °C. The bath itself in water of 30 or 40 °C did not influence basically the IRI level and glycaemia in patients or the individuals of the control group. The appli-

cation of 100 g glucose per os 90 min after the bath provoked in the healthy probands the same significant increase of glycaemia and the IRI level after a bath of 30 and 40 °C with the return of glycaemie to initial values 120 min after the administration of glucose. In patients with disorders of glucose tolerance the administration of glucose 90 min after the bath effected a significant increase of glycaemia and the IRI level and a slower return to normative values. However, no differing course of the IRI level and glycaemia could be observed after a bath in 30° and 40 °C water. From these investigations it can be concluded that a bath lasting 30 min in 40 °C warm water does not influence the glycide metabolism in patients with disorders of glucose tolerance and therefore this disease cannot be considerd as contraindicated for balneotherapy.

J. Jurčovičová, M. Palát, P. Kolesár, M. Vigaš
DIE UTILISATION VON GLUKOSE UND DIE INSULINSEKRETION NACH WARMEN BÄDERN BEI PATIENTEN MIT STÖRUNGEN DER GLUKOSE-UTILISATION

Zusammenfassung

Beobachtet wurde die Auswirkung eines 30 Minuten langen Aufenthaltes in einem 40 °C warmen Wasserbad auf die Utilisation von Glukose und auf die Insulinsekretion (IRI) bei Patienten mit verringerter Glukosetoleranz. Ein Patientengut von 9 Patienten im Alter zwischen 47 und 55 Jahren wurde mit einer Kontrollgruppe von 13 gesunden Männern im Alter zwischen 23 und 30 Jahren verglichen. Das Kontrollbad wurde in 30 °C warmem Wasser durchgeführt. Das Bad selbst, ganz gleich, ob 30 oder 40 °C warm, beeinflußte die basalen Spiegel weder des IRI noch der Glykämie weder bei den Patienten noch bei den Kotnroll personen. Die Verarbreichung von 100 g Glukose per os 90 Minuten nach Beendingung des Bades bewirkte bei den gesunden Freiwilligen die gleiche markante Erhöhung der Glykämie und der IRI—Spiegel sowohl nach einem 30 °C wie nach einem 40 °C warmen Bad bei einer Rückkehr der Glykämie zu den Ausgangswerten 120 minuten nach der Verarbreichung der Glukose. Bei den Patienten mit gestörter Glukosetoleranz führte die Verabreichung von Glukose per os 90 Minuten nach dem Bade zu einer signifikanten Erhöhung der Glykämie und der IRI—Spiegel mit langsamerer Rückkehr zur Norm. Ein unterschliedlicher Ablauf der IRI—Spiegel und der Glykämie nach einem 30 °C bzw. 40 °C warmen Bad war jedoch nicht zu verzeichnen. Aus diesen Ergebnissen folgt der Schluß, daß ein halbstündiger Aufenthalt in 40 °C warmerm Wasser den Metabolismus der Glyzide (Kohlehydrate) auch bei Patienten mit beeinträchtigter Glukosetoleranz nicht beeinflußt und daß somit diese Erkrankung allein keine Kontraindikation für Balneotherapie darstellt.

J. Jurčovičová, M. Palát, P. Kolesár, M. Vigaš
UTILISATION DE LA GLUCOSE ET LA SECRÉTION DE L'INSULINE APRÈS UN BAIN CHAUD CHEZ LES PATIENTS AVEC ALTÉRATION DANS L'UTILISATION DE LA GLUCOSE

Résumé

Nous avons contrôlé l'effet d'un bain de 30 minutes avec une température d'eau de 40 °C pour l'utilisation de la glucose et la secrétion de l'insuline (IRI) chez les patients avec la tolerance réduite à la glucose. Un groupe de 9 patients âgés respectivement de 47 à 55 ans a été comparé a celui de 13 hommes âgés respecti-

vement de 23 à 30 ans. Le bain proprement dit de 30 ou 40 °C n'influença pas les niveaux basals IRI et de glycémie ni chez les patients ni les personnes du contrôle. L'administration de 100 g glucose per os 90 minutes après le bain a provoqué chez les volontaires en bonne santé la même montée expresive de la glycémie et des niveaux IRI après un bain de 30 et 40 °C avec retour de la glycémie vers les valeurs initiales 120 minutes après administration de la glucose. Chez les patients avec une tolérance altérée à la glucose per os, l'administration de la glucose 90 minutes après le bain eut comme conséquence la montée significative de la glycémie et des niveaux IRI avec un retour plus doux vers la norme. Aucune différence de niveaux IRI et de glycémie n'a été enregistrée après un bain de 30 et 40 °C. Il ressort de ces résultats qu'un bain d'une demi-heure de 40 °C n'influence nullement le métabolisme glycidique ni chez les patients avec une tolérance plus mauvaise à la glucose et cette maladie telle que n'est donc pas une contre-indication à la balnéothérapie.

R. REDHAMMER
PRAVO-ĽAVÉ SKRATY V KARDIOPULMONÁLNEJ DIAGNOSTIKE
Osveta, Martin 1985.

V edici pro postgraduální studium lékařů jako 82. svazek Dérerové sbírky vychází Redhammerova monografie, věnovaná otázkám levo-pravých šantů v kardiopulmonální diagnostice. Autor se zabývá ve čtyřech kapitolách, členěných na další podkapitoly, problematikou pravo-levých skratů za fysiologických podmínek, přehledem metod na stanovení pravo-levých skratů, stanovením pravo-levých skratů pomocí kyslíkové metody a otázkami pravo-levých skratů při různých chorobách. Přehled literatury, seznám obrázků a tabulek, stručný závěr v ruštině, angličtině a němčině a register ukončují tuto ne příliš rozsáhlou monografii. Největší pozornost věnuje autor kyslíkové metodě určování pravo-levých skratů, která v současnosti představuje metodiku technicky ne příliš složitou při zachování dobré interpretace získaných výsledků. I když tato metoda dobrým způsobem přispívá k diagnostice tohoto typu skratů, je vázaná jen na určitá pracoviště. To platí i o publikované monografii. I když přináší současný pohled na možnosti kardiopulmonální diagnostiky co se týká pravo-levých skratů, poslouží informaci těm, kteří se touto problematikou zabývají, to je především odborníkům lékařům, aktivně pracujícím v laboratořích zaměřených na funkční diagnostiku. Monografii doprovází jako pomůcka kalkulátor n a výpočet pravo-levých skratů, tento má urychlit a zjednodušit celý proces matematického stanovení žádaných výsledků. Je jistě pomůckou, která prakticky přispívá k zrychlení celého diagnostického procesu, přes to však si myslím, že v knize je uvedené příliš mnoho matematické „řeči", která odradí ty čtenáře, kteří jsou potenciálními spotřebiteli a to i v postgraduální výchově lékařů.

Kniha je dobře polygraficky vybavená, co svědčí o dobrém standardu martinského nakladatelství Osveta.

Dr. M. Palát, Bratislava

Rehabilitácia 19, 1986, 3, s. 141—148

SVALOVÉ A KOŽNÉ REFLEXY DO M. ABDUCTOR POLICIS BREVIS — ELEKTROFYZIOLOGICKÁ ŠTÚDIA

E. LISÝ

Katedra neurológie Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov v Bratislave
Vedúci: doc. MUDr. Daniel Orolín, CSc.

Súhrn: Práca opisuje výskyt a zmeny reflexných odpovedí v m. abductor policis brevis po mechanickom natiahnutí svalu pri jeho izometrickej a izotonickej kontrakcii, ako aj po elektrickej stimulácii n. medianus na zápästí a kože bruška palca pri izometrickej kontrakcii svalu. Reflexné odpovede sa zaznamenávali zo svalu pomocou elektromyografického prístroja. Registrované potenciály boli usmernené v rektifikačnej jednotke a podrobené sumačnému spriemerňovaniu v analyzátore ICA—70. Výsledky vyšetrení poskytli podklady k posúdeniu závislosti charakteru reflexnej odpovede na zmene dĺžky natiahnutia svalu, type svalovej kontrakcie, ako aj type použitého výbavného stimulu. Získané informácie sú podkladom pre posúdenie zmien týchto reflexných odpovedí pri centrálnych poruchách hybnosti.

Kľúčové slová: m. abductor pollicis brevis — svalové reflexy — kožné reflexy — izometrická kontrakcia svalu — izotonická kontrakcia svalu.

K bližšiemu zhodnoteniu stavu centrálnej kontroly pohybu je možno klinické vyšetrenie doplniť elektrofyziologickou štúdiou svalových a kožných reflexov. V oblasti drobných svalov rúk bolo doposiaľ vykonaných relatívne málo takýchto štúdií (2, 6, 8, 10, 11). Výsledky týchto prác neposkytujú bližšie informácie o závislosti jednotlivých typov reflexných odpovedí od spôsobu ich vybavovania. Cieľom tejto práce bol opis výskytu a zmien reflexných odpovedí v m. abductor pollicis brevis po mechanickom natiahnutí svalu pri jeho izometrickej kontrakcii, vykonávanej pri rôznej dĺžke natiahnutia svalu, ako aj pri izotonickej kontrakcii svalu. Za stavu izometrickej kontrakcie boli tiež vyšetrené reflexy po elektrickej stimulácii n. medianus na zápästí a po elektrickej stimulácii kože bruška palca. Vyšetrenie sa vykonávalo pomocou elektromyografického prístroja a s použitím techniky sumačného spriemerňovania registrovaných svalových elektrických potenciálov.

Materiál a metóda

Vyšetrených bolo 12 pravorukých zdravých osôb (6 žien, 6 mužov), vo veku od 22 do 54 rokov, s priemerným vekom 34,2 roka. Vyšetrenia reflexov sa vykonávali v sede

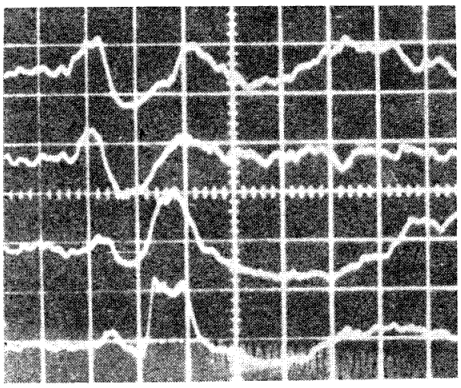
pri fixácii ruky o pevnú podložku, najprv vľavo, potom vpravo. Medzi vyšetreniami jednotlivých reflexov bola prestávka 10 minút. Najprv sa vybavovali reflexné odpovede pri izometrickej kontrakcii svalu s abdukciou palca 45 stupňov po poklepe reflexným kladivkom na palec tak, aby sa vykonalo mechanické natiahnutie svalu. Sila svalovej kontrakcie pri vyšetrovaní sa pohybovala medzi 20 až 30 % maximálnej sily kontrakcie svalu. Za stavu izometrickej kontrakcie sa vykonalo vyšetrenie reflexov tiež v addukčnom postavení palca a pri abdukčnom postavení palca 90 stupňov. Reflexné odpovede za stavu izotonickej kontrakcie sa vybavovali poklepom reflexného kladivka na palec pri aktívnych pohyboch z addukčnej do abdukčnej polohy bez aplikácie odporu pri pohybe. Poklepom reflexného kladivka sa spúšťala časová základňa osciloskopu elektromyografického prístroja firmy DISA typ 14 A 30. Poklep kladivkom bol vykonávaný vo frenkvencii 0,5 Hz. Elektrické svalové potenciály boli registrované povrchovou elektródou DISA typ 13 K 60 tak, že diferentná elektróda bola umiestnená nad motorickým bodom svalu a indiferentná elektróda 3 cm distálne. Registrované potenciály boli filtrované s vymedzeným frekvenčným pásmom 20 Hz až 10 kHz pri zosilnení 0,5 mV/dielik. Po usmernení potenciálov v rektifikačnej jednotke o časovej konštante 2 ms sa vykonávalo ich sumačné spriemerňovanie v multikanálovom analyzátore ICA—70 (KFKI Maďarsko). Počet vykonaných spriemernení bol 50 pri časovej základni 200 ms, diskriminačnom čase 2 μs a 4 K. Výsledné krivky boli fotografované z obrazovky osciloskopu analyzátora ICA—70 polaroidnou kamerou a vyhodnotené vizuálne.

Za stavu izometrickej kontrakcie v abdukčnom postavení palca 45 stupňov sa vykonávalo vyšetrenie reflexov tiež po elektrickej stimulácii n. medianus na zápästí. Elektrické stimuly boli aplikované z Ministinu DISA pomocou stimulačných elektród DISA typ 13 K 0331. Intenzita elektrického stimulu mala hodnotu 1,2-násobok motorického prahu. Elektrickými stimulmi sa vyvolávali tiež reflexné odpovede aj z oblasti kože bruška palca o intenzite 1,5, 2, 2,5 a 3-násobku senzitívneho prahu. Frekvencia aplikovaných stimulov bola 0,5 Hz. Spôsob registrácie, skracovania a vyhodnotenia reflexných odpovedí bol ten istý ako pri vyšetrení reflexov po poklepe kladivkom.

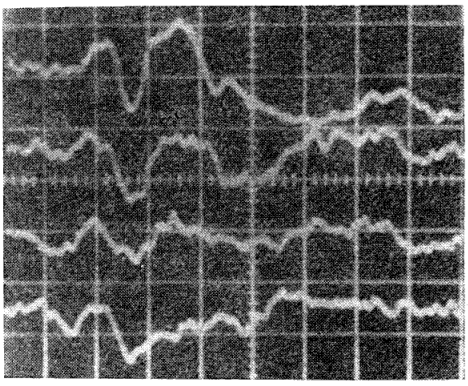
Výsledky

Reflexné odpovede vybavené poklepom kladivka na palec za stavu izometrickej kontrakcie pri 45-stupňovom abdukčnom postavení palca u dvoch vyšetrených osôb sú zobrazené na obr. 1. Pri tomto spôsobe vyšetrenia sa zistila prítomnosť tak krátkolatenčnej excitačnej (R1e odpoveď), ako aj neskorolatenčnej excitačnej (R2e, R3e odpovede) modulácie základnej aktivity svalu. Medzi excitačnými časťami odpovedí sa vyskytli naopak prechodné fázy útlmu (R1i, R2i odpovede). Prítomná bola interindividuálna variabilita vo vyjadrení, najmä R1e a R3e odpovede. Skrátenie trvania R1i odpovede bolo sprevádzané súčasne skrátením latencie R2e odpovede. Intraindividuálne sa nevyskytli výraznejši stranové rozdiely vo výbavnosti jednotlivých častí reflexnej odpovede. Latencie R1e odpovedí sa pohybovali od 25 do 38 ms, R2e odpovedí od 46 do 62 ms a R3e odpovedí od 100 do 140 ms. Dodržanie prestávky medzi vyšetreniami bolo potrebné k zabráneniu výskytu habituačného fenoménu, ktorý bol pozorovaný u R2e odpovede pri vykonaní opakovaných vyšetrení reflexov bez prestávky (obr. 2).

Pri vyšetrení reflexov s izometrickou kontrakciou v skrátenom stave svalu sa zaznamenalo zvýšenie amplitúdy R3e odpovede. Naopak, vyšetrenie týchto



Obr. 1. Spriemernené naťahovacie reflexné odpovede v m. abductor pollicis brevis pri izometrickej kontrakcii s abdukciou palca 45 stupňov vľavo (prvý a tretí záznam zhora) a vpravo (druhý a štvrtý záznam zhora) u dvoch zdravých osôb (horné dva záznamy osoba J. M., dolné dva záznamy osoba E. T.). Krátkolatenčná excitačná a inhibičná časť reflexnej odpovede je viac vyjadrená u osoby J. M., neskorolatenčné časti reflexnej odpovede sú naopak viac vyjadrené u osoby E. T.
Kalibrácia: časová základňa 200 ms, amplitúda 0,5 mV/1 dielik, počet spriemernení 50.

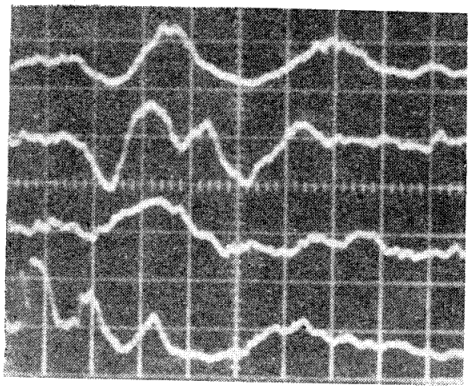


Obr. 2. Spriemernené naťahovacie reflexné odpovede v m. abductor pollicis brevis vľavo u zdravej osoby pri izotermickej kontrakcii s abdukciou palca 45 stupňov. Jednotlivé záznamy zhora nadol predstavujú opakované vyšetrenie reflexnej odpovede s počtom spriemernení 50 bez prestávky medzi jednotlivými vyšetreniami. Na hornom zázname sú prítomné krátkolatenčné a neskorolatenčné časti reflexnej odpovede. Pri opakovanom vyšetrení dochádza k znižovaniu amplitúdy až vymiznutiu neskorolatenčnej časti reflexnej odpovede.
Kalibrácia: časová základňa 200 ms, amplitúda 0,5 mVK1 dielik, počet spriemernení 50.

reflexov v natiahnutom stave svalu sa prejavilo skôr v zmene tvaru R2e odpovede, ktorá u 5 osôb nadobudla dvojvrcholový tvar (obr. 3). Vplyv izotonickej kontrakcie svalu sa prejavil prevažne v znížení amplitúdy a skrátení trvania prvej inhibičnej fázy spolu so skrátením latencie R2e odpovede (obr. 3).

Elektrickými stimulmi na zápästí sa podobne evokovali krátkolatenčné, ako aj dlholatenčné excitačné a inhibičné modulácie základnej aktivity (obr. 3). Latencie R1e odpovedí sa pohybovali od 22 do 28 ms, R2e odpovedí od 46 do 54 ms a R3e odpovedí od 95 do 106 ms. Trvanie zvlášť R2e odpovede bolo kratšie než pri mechanickom vybavovaní reflexov natiahnutím svalu.

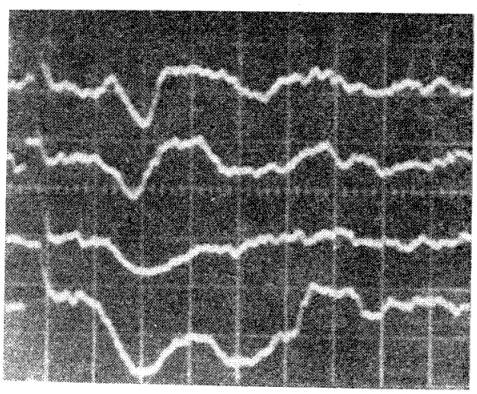
V závislosti od intenzity aplikovaných elektrických stimulov na kožu bruška palca sa zaznamenal rôzny typ reflexnej odpovede (obr. 4). Krátkolatenčná



Obr. 3. Spriemernené reflexné odpovede v m. abductor pollicis brevis vľavo u zdravej osoby:

a) naťahovacia reflexná odpoveď pri izometrickej kontrakcii svalu s addukciou palca (prvý záznam zhora);
b) naťahovacia reflexná odpoveď pri izometrickej kontrakcii svalu s abdukciou palca 90 stupňov (druhý záznam zhora);
c) naťahovacia reflexná odpoveď pri izotonickej kontrakcii svalu (tretí záznam zhora);
d) reflexná odpoveď po elektrickej stimulácii n. medianus na zápästí pri izometrickej kontrakcii svalu s abdukciou palca 45 stupňov (štvrtý záznam zhora).

Pri natiahnutí svalu v skrátenom stave je dobre výbavná druhá neskorolatenčná reflexná odpoveď, pri natiahnutí svalu v predĺženom stave je prítomné zdvojenie prvej neskorolatenčnej časti reflexnej odpovede, natiahnutie valu pri izotonickej kontrakcii sa prejavilo zmenšením iniciálnej inhibície a skrátením latencie prvej neskorolatenčnej časti reflexnej odpovede, elektrická stimulácia n. medianus evokovala tiež krátko- aj neskorolatenčné reflexné odpovede.
Kalibrácia: časová základňa 200 ms, amplitúda 0,5 mV/1 dielik, počet spriemernení 50.



Obr. 4. Spriemernené reflexné odpovede v m. abductor pollicis brevis u zdravej osoby po elektrickej stimulácii kože bruška palca za izometrickej kontrakcie svalu s abdukčným postavením palca 45 stupňov. Záznamy zhora nadol predstavujú postupnú aplikáciu intenzity stimulu o 1,5 2, 2,5 3-násobku hodnoty senzitívneho prahu. Krátkolatenčná časť reflexnej odpovede bola výbavná len pri aplikácii najnižšej hodnoty intenzity 1. stimulu, postupne zvyšujúca sa intenzita stimulu viedla k zvýrazneniu inhibičného vplyvu na bazálnu aktivitu svalu.
Kalibrácia: časová základňa 200 ms, amplitúda 0,5 mV/1 dielik, počet spriemernení 50.

reflexná odpoveď bola výbavná len pri použití najslabšieho stimulu. Postupné zvyšovanie intenzity stimulov malo za následok zvýraznenie inhibičného vplyvu na základnú aktivitu svalu. Latencie Rie odpovedí boli v rozmedzí od 27 do 42 ms a R2e odpovedí od 52 do 58 ms.

Diskusia

Pri mechanickom natiahnutí m. abductor pollicis brevis sa zaznamenali krátkolatenčné a dlholatenčné reflexné odpovede, ako to bolo zistené v m. interoseus dorsalis I (8). Krátkolatenčná časť sa realizuje na spinálnej úrovni ako prejav oligosynaptického prepojenia proprioceptívnej aferencie (prevažne cez 1a vlákna zo svalových vretienok). Doterajšie štúdie dlholatenčných proprioceptívnych reflexov poukazujú na možnosť ich spinálnej, ako aj supraspinálnej realizácie sa (1, 4, 5, 9). V prípade drobných svalov rúk sa však predpokladá skôr až transkortikálny priebeh (1, 4). V tejto práci zistená interindividuálna variabilita latencie R2e odpovede v závislosti od trvania R1i odpovede dáva možnosti aj iných interpretácií o mieste a charaktere realizovania sa tejto časti reflexnej odpovede. Zmena tvaru R2e odpovede v závislosti od stupňa natiahnutia svalu poukazuje na vplyv sprievodnej zmeny charatekru proprioceptívnej aferentnej aktivácie. Pri väčšom stupni natiahnutia svalu možno predpokladať zvyšujúcu sa účasť aktivity tiež II vlákien zo svalových vretienok a jej podiel na reflexnej odpovedi. Na vzniku pozorovaných inhibičných fáz v reflexnej odpovedi by sa mohli podieľať Ib vlákna z Golgiho šľachových teliesok ako aj Renshawova inhibícia. Za stavu izotonickej kontrakcie svalu sa dá očakávať po mechnickom natiahnutí svalu prevaha aktivácie 1 b vlákien (7). Pozorované zmenšenie inhibičných prejavov takto nepodporuje predpoklad priamej účasti 1 b vlákien a ich vzniku.

Reflexné odpovede vyvolané elektrickou stimuláciou na zápästí môžu byť podmienené najskôr podráždením nízkoprahových 1a vlákien zo svalových vretienok. Pri porovnaní s reflexnými odpoveďami po mechanickom natiahnutí svalu majú kratšie trvanie, čo sa dá vysvetliť synchronizačným pôsobením elektrického podnetu.

Reflexné odpovede vyvolané stimuláciou kože mali dlhšiu latenciu než u proprioceptívnych reflexov, čo je podmienené pomalším vedením vzruchu kožných aferentných vlákien. Z predchádzajúcich štúdií (3) sa dá predpokladať účasť II aferentných vlákien z kože na vzniku krátkolatenčnej a vlákien typu III na vzniku dlholatenčnej časti reflexnej odpovede (3). Pri zvyšujúcej sa intenzite stimulov dochádzalo k zvýrazneniu stupňa inhibície základnej aktivity svalu. Tento vplyv sa najprv prejavil na krátkolatenčnej časti útlmu. R2e odpoveď sa pritom zobrazila medzi oboma inhibičnými fázami pod úrovňou základnej aktivity svalu. Fyziologickú podstatu tohto javu nemožno bližšie objasniť v rámci tejto štúdie.

LITERATÚRA

1. CHENEY, P. D., FETZ, E. E.: Corticomotoneuronal cells contribute to long-latency stretch reflexes in the rhesus monkey. J. Physiol., 349, 1984, s. 249 — 272.

2. CONRAD, B., ASCHOFF, J. C.: Effects of voluntary isometric and isotonic activity on late transcortical reflex components in normal subjects and hemiparetic patients. Electroeceph. clin. Neurophysiol., 42, 1977, s. 107 — 116.
3. HUGON, M.: Exteroceptive reflexes to stimulation of the sural nerve in normal man. In: Ed. Desmedt, J. E. New Developments in Electromyography and Clinical Neurophysiology, vol. 3, S. Karger, Basel, 1973, s. 713 — 729.
4. GANDEVIA, S. C., BURKE, D., McKEON, B.: The projection of muscle afferents from the hand to cerebral cortex in man. Brain, 107, 1984, s. 1 — 13.
5. CHEZ, C., SHINODA, Y.: Spinal mechanisms of the functional stretch reflex. Exp. Brain Res., 32, 1978, s. 55 — 68.
6. JENNER, J. R., STEPHENS, J. A.: Evidence for transcortical cutaneuos reflex response in man. J. Physiol., 293, 1979, s. 39 P — 40 P.
7. McINTYRE, A. K., PROSKE, U., RWSON, J. A.: Cortical projection of afferent information from tendon organs in the cat. J. Physiol., 354, 1984, s. 395 — 406.
8. NOTH, J., PODOLL, K., FRIEDMAN, H. H.: Long-loop reflexes in smal hand muscles studies studied in normal subjects and in patients with Huntington's disease. Brain, 108, 1985, s. 65 — 80.
9. PHILLIPS, C. G., POWELL, T. P. S., WIESENDANGER, M.: Projection from low-threshould muscle afferents of hand and fore-arm to area 3a of baboo's cortex. J. Physiol., 217, 1971, s. 419 — 446.
10. STANLEY, E. F.: Reflex evoked in human thebar muscles during voluntary activity and their conduction pathways. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat., 34, 1971, s. 699 — 711.
11. UPTON, A. R. M., MsCOMAS, A. J., SICA, R. E. P.: Potentiation of „late" responses evoked in muscles during effort. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr., 41, 1978, s. 1016 — 1023.

Adresa autora: MUDr. Ľ. L., CSc., Heyrovského 6,
841 03 Bratislava

Л. Лисы

МЫШЕЧНЫЕ И КОЖНЫЕ РЕФЛЕКСЫ В M. ABDUCTOR POLLICIS BREVIS – ЕЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Резюме

В статье дается описание наличия и изменений ответных реакций в m. abduktor pollicis brevis после механического растяжения мышцы при его изометрическом и изотоническом сокращении, а также после электрической стимуляции n. medianus на запястье и кожи подушечки большого пальца при изометрическом сокращении мышцы. Ответные реакции записывались с мышцы при помощи электромиографического прибора. Регистрируемые потенциалы были выпрямлены в ректификационной единице и приводились к суммарному среднему в анализаторе ICA – 70. Результаты исследований предоставили основные данные для обсуждения зависимости характера ответной реакции от изменения длины растяжения мышцы, от типа мышечного сокращения, равно как от типа примененного стимула. Полученные информации дают основания для обсуждения изменений этих ответных реакций при центральных двигательных расстройствах.

Ľ. Lisý

MUSCLE AND SKIN REFLEXES INTO M. ABDUCTOR POLLICIS BREVIS — AN ELECTROPHYSIOLOGICAL STUDY

Summary

The presented paper describes the incidence of changes in reflex responses into m. abductor pollicis brevis after mechanic extension of the muscle in its isometric and isotonic contraction, as well as after electric stimulation of m. medianus on the wrist and the skin of the belly of the thumb in isometric contraction of the muscle. Reflex responses were registered from the muscle by the application of an electromyographic instrument. The recorded potentials were in the rectified unit and subjected to averaging in the analysator ICA — 70. Results of investigations provided dates for the estimation of the dependence of the character of the reflex response on the change of the length of the extended muscle, the type of muscle contratcion and the type of the used stimulus. The gained information served the judgement of changes of these reflex responses in central disorders of mobility.

Ľ. Lisý

MUSKEL- UND HAUTREFLEXE ZUM M. ABDUCTOR POLLICIS BREVIS — EINE ELEKTROPHYSIOLOGISCHE STUDIE

Zusammenfassung

Die Schrift bringt Beschreibung des Vorkommens und der Veränderungen reflexiver Reaktionen im m. abductor pollicis brevis nach mechanischer Spannung des Muskels während seiner isometrischen und isotonischen Kontraktion sowie nach der elektrischen Stimulierung des n. medianus im Handgelenk und auf der Haut des Daumenpolsters bei isometrischer Kontraktion des Muskels. Die reflexiven Reaktionen wurden vom Muskel aus mit Hilfe eines Elektromyographieapparates aufgezeichnet. Die registrierten Werte wurden in einer Rektifikationseinheit gerichtet und in einem Analysator des Typs ICA—70 einer summativen Durchschnittsberechnung unterzogen. Die Ergebnisse der Untersuchungen erbrachten Unterlagen zur Beurteilung der Abhängigkeit des Charakters der reflexiven Reaktionen von der Veränderung der Länge der Spannung des Muskels, vom Typ der Muskelkontraktion sowie vom Typ des angewandten Auslösestimulus. Die gewonnenen Informationen dienen als Unterlage für die Beurteilung von Veränderungen dieser reflexiven Reaktionen bei zentralen Bewegungsstörungen.

Ľ. Lisý

LES RÉFLEXES MUSCULAIRES ET CUTANÉS DANS M. ABDUCTOR POLLICIS, BREVIS — ÉTUDE ÉLECTROPHYSIOLOGIQUE

Résumé

Le travail contient la description de la présence et des changenments de réponses réflexes dans m. abductor pollicis brevis après l'extension mécanique du muscle lors de sa contraction isométrique et isotonique ainsi qu' après la stimulation électrique n. medianus au poignet et la peau du ventre du pouce à la contraction isométrique du muscle. Les réponses réflexes furent enregistrées du muscle par le myographe. Les potentiels enregistrés furent orientés dans l'unité rectificative et soumis à la moyenne sommaire dans l'analysateur ICA — 70. Les résultats des examens ont

fourni des données servant à évaluer la dépendance du caractère de la réponse réflexe au changement de longueur de l'allongement du muscle, au type de contraction musclaire ainsi qu' à celui du stimule dégagé utilisé. Les informations obtenues sont la base servant à l'appréciation des changements de ces réponses réflexes dans les troubles centraux de la mobilité.

J. MARŠALA
SYSTEMATICKÁ A FUNKČNÁ NEUROANATÓMIA
Osveta, Martin 1985.

Rozsáhlá monografie o otázkách systematické a funkční neuroanatomie z pera prof. Maršaly z Košic vychází v roce 1985 v nakladatelství Osveta Martin a je určená především doškolování lékařů. Tvoří 84. svazek Dérerovy sbírky.

V československé literatuře není zatím soustavně zpracována problematika neuroanatomie z pohledu funkčního s přihlédnutím k jednotlivým systémům struktur. Maršalova neuroanatomie je prvním pokusem o zvládnutí široké problematiky, jakou představuje neuroanatomie, a je možno hned naznačit, že tento pokus je velmi zdařilý.

Je pravdou, že tato monografie je velmi rozsáhlá, je však také pravdou, že i obsah jednotlivých kapitol je uvedený na současný stav poznání a že právě tento obsah vyžadoval i potřebný rozsah. V žádném případě nejde o vysokoškolskou učebnici, i když mnohý medik, zajímající se o otázky nervového systému, tu jistě najde více jako ponaučení. Monografie je určena především už hotovým odborníkům, kteří se systematicky a cíleně zajímají o vzájemné vztahy nervových struktur především z funkčního hledsika.

Kniha má celkem 16 kapitol, předmluvu, úvod, obsah a rejstřík. Je doplněna ruským a anglickým závěrem, každá kapitola má na závěr přehled literatury. Systematicky věnuje autor pozornost v jednotlivých kapitolách základním otázkám. Prvé dvě kapitoly se zabývají histologickým složením nervové tkáně a vývojem nervového systému. Další potom rozebírají otázky míchy, hlavových nervů, autonomního nervového systému, zabývají se mozkovým kmenem, čichovým zrakovým a sluchovým analyzátorem, talamem, mozečkem, hypotalamem, motorickými systémy a motorikou. Následující kapitoly potom věnují pozornost alokortikálním nervovým okruhům, mozkové kůře a otázkám mozkových plen a komor. Každá kapitola je bohatě ilustrovaná, jsou zde informující grafy, fotografie a celá řada nákresů. Po polygrafické stránce je monografie o systematické a funkční neuroanatomii skutečně reprezentačně vybavená. Dobrý papír, dobré reprodukce a přehledný dvousloupcový tisk činí z knihy jistě vítaného pomocníka a dobrý zdroj studia závažných otázek základů moderní vědy o nervovém systému.

Předností knihy je bezesporu, že je uvedená na současný stav vědomostí a poznatků. To je vždy předností každé monografie a autor recenzované knihy zpracoval celý materiál pod zorným úhlem současných poznatků.

Kniha si najde cestu jistě nejen mezi neurology, ale i mezi psychiatry a neurochirurgy — těm je především určena. Jsem však přesvědčen, že i mnozí ti, kteří se zabývají poruchami pohybu v moderní rehabilitační medicíně, najdou vřelý vztah k této v naší literatuře ojedinělé monografii, která jistě snese porovnání s podobnými díly i v mezinárodním měřítku.

Dr. M. Palát, Bratislava

Rehabilitácia 19, 1986, 3, s. 149—156

ZKUŠENOSTI SE SPORTEM U DĚTÍ S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU

Z. NOVOTNÝ, F. JANOUCH, V. HADRABA

Dětská léčebna chorob nervových, Nové lázně Teplice

Souhrn: V práci jsou zhodnoceny dlouhodobé zkušenosti pracovníků dětské léčebny chorob nervových Nové lázně Teplice se sportem u dětí s mozkovou obrnou. V úvodu jsou probírány příčiny, které vedou k omezování sportu u postižených dětí. Probrána je vhodnost jednotlivých sportů na bázi členění uplatňovaném v ČSTV — sport vrcholový, výkonnostní, rekreační. Postupně pak pojednáno o sportech, které jsou s dětmi v léčebně prováděny — lehká atletika, míčové hry, stolní tenis, lukostřelba, střelba ze vzduchovky, plavání, šachy, dáma a lyžování.

Podrobně jsou zhodnoceny specifické akce, jako mototuristická soutěž Most do života, lyžařský a vodácký rehabilitační výcvik. Také jsou zhodnoceny i výsledky pozitivně ovlivňující celý rehabilitační proces.

Klíčová slova: Zkušenosti se sportem u dětí — sport u dětí — dětská mozková obrna — vhodné sporty u dětské mozkové obrny — výcvik v táboření.

Otázka provozování sportu dětmi s mozkovou obrnou je často diskutovaným tématem mezi odborníky. Také rodiče a pedagogové nás často staví před otázku, zda, který a jak má dítě sport pěstovat. Pro většinu dětí je sport neznámou veličinou, minimální počet je zapojen do organizovaně vedeného sportu. Při hledání příčin jsme zjistili, že i lékaři z obavy negativního ovlivnění stávajícího pohybového defektu sport nepovolují a často, podle nás zbytečně, navrhují osvobození od školní tělesné výchovy. Pokud je sport provozován, je výběr prováděn náhodně a někdy jsou voleny i sporty, které jsou z našeho hledsika spíš nevhodné. Protože možnost zapojení do sportovní činnosti v rámci Svazu invalidních sportovců ve speciálních oddílech je velmi omezená, snažíme se zapojit naše pacienty do těch sportů, které lze pěstovat na určité úrovni a s přihlédnutím k pohybovému defektu i ve společnosti zdravých sportovců. Cílem sportování nebude výchova vrcholových závodníků, ale radost z pohybu, ukázání cesty ke koníčku a tím pozitivní ovlivnění pohybového handicapu i psychiky postiženého jedince. Sport je metodou aktivního odpočinku v poměrně stereotypním léčebně tělovýchovném procesu.

Při úvahách o výběru sportů vhodných pro postižené s dětskou mozkovou obrnou jsme se řídili nejen našimi vlastními zkušenostmi, ale podrobili jsme rozboru jednotlivé sporty tak, jak je obvyklé členění uplatňované v ČSTV: sport vrcholový, výkonnostní a rekreační.

Domníváme se, že i člověk s dětskou mozkovou obrnou může dosáhnout za určitých okolností a správného vedení vrcholové úrovně v těchto sportech:

šachy, lukostřelba, střelba, golf, modelářství v široké paletě i dáma v závodním pojetí, které je rozšířeno zejména v Sovětském svazu.

Máme za to, že na výkonnoostní úrvni mohou být pěstovány zejména tyto sporty: stolní tenis, turistika, částečně i plavání, postižení by se mohli uplatnit jako navigátoři v motoristických soutěžích, lehká atletika, kuželky, kajakářské disciplíny z kanoistiky.

Za vhodné sporty, které lze pěstovat pouze formou rekreační, pokládáme zejména: badminton, tenis, cyklistiku, vodní turistiku, košíkovou, lyžování a orientační běh.

Je jistě samozřejmé, že tyto formy sportu mohou provozovat jen jedinci určitým způsobem upravení a mající pro ten který sport pohybové předpoklady. Máme zejména na mysli vrcholový a výkonnostní sport.

Jsou i sporty, které pacientům s dětskou mozkovou obrnou nedoporučíme. Jsou to: box, zápas, judo, horolezectví, boby, krasobruslení, letecký sport, ragby, skoky do vody a na lyžích, sportovní gymnastika a další.

Při výběru sportů pro naši léčebnu jsme vycházeli z výše uvedených hledisek a můžeme říči, že v současné době máme konkrétní zkušenosti s těmito sporty: šachy, dáma, stolní tenis, lehká atletika, z míčových her vybíjená, mototuristika, lukostřelba, střelba , plavání, vodní turistika a běžecké lyžování.

Základem výběru dětí je jejich zájem, který musí být vhodně směřován týmem odborníků. Opakovaně jsme svědky toho, že děti z obavy před selháním se sportovní činností bojí a teprve, když si ji pod odborným dohledem vyzkouší, získají opravdový zájem. Jsou i případy, kdy se děti dožadují zařazení do některého sportovního odvětví, aniž pro to mají pohybové, případně mentální předpoklady. Po zkušenostech ze zahraničí hledáme i zde všechny možnosti, jak děti těžce postižené do činnosti zapojit.

NYNÍ K JEDNOTLIVÝM SPORTŮM PODROBNĚJI:

Lehká atletika je s dětmi trénována v podstatě nárazově, a to přibližně v dvouměsíčním období květen a červen, jako příprava na Košumberské sportovní hry, případně Sportovní hry tělesně postižené mládeže. V této době si děti osvojují nejzákladnější principy techniky sprintu, překážkového běhu a hodu kritketovým míčkem. Přestože nejde o trénink v pravém slova smyslu, spíše o osvojení elementárních návyků, i tento způsob přináší značná výkonnostní zlepšení. Je otázkou, do jaké míry jsou vhodné některé prvky překážkového běhu a sprintérských tratí. Domníváme se, že vhodnější by bylo zařadit některou jinou disciplínu, např. skok daleký, či vrh koulí o přiměřené váze nářadí. I zde se budeme snažit využít zkušeností ze zahraničí.

V podobné motivaci jako atletiku s ohledem na Košumberské hry provozujeme s dětmi vybíjenou. Rovněž u vybíjené máme za to, že úprava pravidel pro děti s dětskou mozkovou obrnou, kdy je bodován zásah protivního, a vůbec výběr tohoto sportu není nejvhodnější. Hůře pohyblivé děti se stávají snadno zasažitelným cílem, soustředí se pak na ně pozornost soupeře, dítě je tím soustavně traumatizováno a jeho pohybový defekt může pak výrazně zkreslit výsledek celého družstva. Máme za to, že vhodnějším sportem by byla národní házená, samozřejmě s patřičnými úpravami pravidel a velikostí hřiště, nebo povinnost sestavení družstva z jedinců se stanoveným stupněm postižení.

Oblíbeným sportem je i stolní tenis. Je pěstován v kroužku stolního tenisu,

který vede trenér stolního tenisu a do kterého jsou zájemci zařazováni po absolvování testů. V nich se zkouší možnosti podání, základní úderů i jejich střídání, vše ve bodově zhodnotí. Děti, které prokáží určité předpoklady pro hru, mají pak možnost se přihlásit do kroužku stolního tenisu, kde mohou stále zlepšovat svou techniku i taktiku.

Velmi úspěšným a dětmi vyhledávaným sportem je lukostřelba. S tou jsme začínali jak po stránce technické, tak i teoretické víceméně na laické úrovni. Podařilo se nám tak navázat kontakt s litvínovským lukostřeleckým oddílem, který nám pomohl nejen k získání vhodného nářadí, ale i pravidelnými instruktážemi trenérů oddílu, vyškolením trenérů a umožněním tréninku na jejich střelnici, zajistil poměrně dobrou úroveň lukostřelby v naší léčebně. Potěšením pro nás je, že některé děti, které u nás s lukostřelbou začaly, jsou nyní výkonnostními závodníky v této kategorii i doma. Podobné platí i pro střelbu ze vzduchovky, kde pod vedením svazarmovských instruktorů dosahují děti z léčebny velmi dobrých výsledků i v soutěžích se zdravými sportovci.

Vhodným sportem je plavání. Cvičení ve vodě je jednou ze součástí našeho léčebného programu. Při nácviku postupujeme od seznámení s vodou a technikou dýchání k orientaci pod vodou, splývání až posléze k nácviku jednotlivých stylů. Víme, že klasická prsa nejsou vždy nejvhodnější. Vedou k hypertrofii již tak často zkrácených prsních svalů a zvyšují tendenci špičkového postavení při pohybu nohou vpřed a při dotažení tempa. V těchto případech považujeme za nejvhodnější znak. U diparetiků je vhodný kraul, případně delfín, který maximálně posiluje horní a vede k uvolnění dolních končetin. U těžších hemipares plaveme ouško, kde zabírá zdravá končetina a paretickou vedeme do vzpažení a extenze. U poruch dýchacího rytmu, častého u atetosy, volíme klasická prsa. Nutnost rychlého nádechu a pomalé exspirace pomůže v rehabilitaci této poruchy, velmi negativně ovlivňující řečový projev.

Kroužek šachů a dámy je již běžnou sportovní činností naší léčebny. Řada dětí u nás s šachy začíná, a jsou proto v kroužku rozděleny do různých kategorií podle výkonnosti. Každé utkání je bodově hodnoceno, výsledky jsou zveřejňovány na tabuli a vždy na konci pobytového turnusu je prováděno závěrečné vyhodnocování s předáváním diplomů. Šachy hrajeme na normálních šachovnicích, pro zlepšení cíleného pohybu používáme i šachovnice pro slepce a na našem dopravním hřišti máme šachovnici, na které se hraje se speciálně zhotovenými šachovými figurkami.

Již dlouholeté zkušenosti máme s mototuristickými soutěžemi. Ve spolupráci s teplickým autoklubem Svazarmu pořádáme každoročně rallye Most do života. Jde o automobilovou soutěž, pro níž Svazarm poskytuje vozidla a řidiče. Posádku pak tvoří dětští pacienti, z nichž jeden přebírá úlohu navigátora. Start a cíl je na dopravním hřišti léčebny a trať vede památnými místy i přírodou teplického okresu. Na trati jsou průjezdní i časové kontroly a během cesty plní dětská posádka rozmanité úkoly. Vozidlo vede navigátor — jeden z dětských pacientů podle předem připraveného itineráře. Děti soutěží na trati ve znalosti typických míst okresu a jeho kulturně historických památek, v odhadu vzdálenosti, prostorové orientaci a podobně. Součástí soutěže jsou i zkoušky z pravidel silničního provozu a zásad poskytování první pomoci. Po dojezdu se nejprve utkají řidiči v jízdě zručnosti a pak probíhá závěrečná soutěž dětí ve střelbě ze vzduchovky, v jízdě zručnosti s dálkově ovládanými autíčky i ve zvládnutí základních dopravních situací. Nejmenší děti jedou jízdu zručnosti se šlapacími autíčky na dopravním hřišti. Vydatnou pomoc při organizaci této akce poskytují příslušníci dopravního inspektorátu VB v Teplicích. Cílem není jen zábava dětí, ale i získání řady zkušeností, které postižený člověk potřebuje pro život. Je prokázáno, že úrazovost v dopravě u dětí s mozkovými poruchami je častější než u zdravých dětí a je jisté, že dobrá znalost dopravních předpisů toto riziko zmenšuje. Motorové vozidlo je v dnešní době velmi často nezbytným pomocníkem invalidního

člověka. Usnadňuje mu cestu do zaměstnání i na rekreaci, a proto poznání problematiky motorismu je nedílnou součástí celého rehabilitačního programu.

V rámci zkušeností zmíněných v úvodu jsme se v posledních letech soustředili na pořádání akcí, které jsou z našeho hlediska pro pozdější sportovní vyžití postižených v kruhu zdravých sportovců často rozhodující.

L y ž o v á n í se stalo již součástí naší zimní rehabilitační péče. Při příznivých sněhových podmínkách lyžujeme s našimi dětmi pravidelně v terénu v okolí Teplic i v Krušných horách. Velký význam připisujeme t ý d e n n í m l y ž a ř s k ý m k u r s ů m, které pravidelně každoročně pořádáme. Tyto kursy jsou vlastně naší rekreací na pořádání podobných, vysoce organizovaných akcí v alpských zemích. Na rozdíl od tamního převážně sjezdově zaměřeného lyžování jsme zvolili z důvodů ekonomických, technických, zdravotních i výchovných forem výcviku s běžecko turistickým zaměřením. Ověřili jsme si, že děti s dětskou mozkovou obrnou se na běžeckých lyžích snadněji pohybují, po pádu vstávají, nemají takové obtíže při upevňování bot do vázání a běžecké lyže snadněji nosí. Technika chůze či běhu na lyžích je ve svých zatčátcích jednodušší než sjezdové, takže se dá v týdenním časovém limitu lépe zvládnout. Slovní instruktáž není tak náročná, možnost blízkého a trvalého kontaktu umožňuje i výcvik dětí s těžším pohybovým, mentálním i sluchovým postižením. Počáteční lyžařský výcvik na běžeckých lyžích zvyšuje aktivitu dětí a snižuje riziko úrazovosti. Volný pohyb na lyžích umožňuje navíc vyjížďky do terérnu a hlubší emociální zážitek. Kurs zajišťujeme vlastním inventářem běžeckých lyží a obuvi a teprve v posledních letech se nám podařilo zajistit druh lyží podle našich představ i zahraničních zkušeností (širší turisticko-běžecké lyže se skluznicí proti spětnému skluzu). Jen v několika případech jsme byli nakonec nuceni použít dětmi přivezené sjezdové lyže s určitou úpravou vázání. U některých jsme neschopnost pevného úchopu hůlky kombinovali obinadlem, což umožnilo podstatně lepší chůzi než původně zamýšlené použití jen jedné tyče. Výjimkou byl jeden případ děvčete s těžkou poporodní obrnou horní končetiny, kde fixovaná hůlka byla spíše překážkou pohybu.

V otázce výběru vhodných dětí nedošlo v pracovním týmu k naprosté jednotě. Pracovní tým byl veden ústavním psychologem a speciálním pedagogem, dalšími účastníky byli lékař, rehabilitační pracovnice, dětská sestra, dvě studentky střední zdravotní školy — obor rehabilitace a vychovatel. Konečný výběr představoval určitý kompromis mezi dvěma krajními stanovisky, vybírat děti s malým pohybovým postižením a průměrnou inteligncí, nebo děti s vážnějším pohybovým postižením a mentálně retardované, tj. takové, které nemají šanci účastnit se běžného lyžařského výcviku. Ukázalo se, že je možno pracovat i s dětmi těžce debilními, pokroky jsou však velmi skromné. Faktor inteligence se ukazuje jako velmi významný a podstatnou měrou se podílí na výsledku výcviku. Pokud jde o pohybové postižení, přesvědčili jsme se, že dítě musí zvládnout v přípravě na suchu hluboký dřep, alespoň na několik okamžiků stoj na jedné dolní končetině a musí dokázat samostatně vstávat. Po zkušenostech z prvního kursu jsme před následujícími věnovali značnou pozornost předběžně kondiční přípravě na suchu. Výběr cviků byl zaměřen na orientaci v prostoru, zrychlení reakcí, pohybovou koordinaci, na

cviky rovnováhy v sedu i ve stoji, švihové pohyby horních končetin a různé druhy poskoků. Vyzkoušeli jsme si i doporučované cviky již s lyžemi na místě, jako je hluboký dřep, stoj na jedné lyži, zvládnutí techniky práce s holemi. Osvědčily se nám hlavně u dětí s nižším IQ a těžší pohybovou poruchou. Všechny děti zvládly techniku pohybu na lyžích, stávání po pádu a mírného stoupání. Zručnější děti se naučily zjíždět mírné svahy, překonávat terenní nerovnosti a umělé překážky. Zvládly stoupání bokem i stromečkem, běh střídavý i soupaž.

Součástí výcviku byl i branný závod, v němž děti běžely na lyžích, házely granátem a střílely ze vzduchovky, a vyvrcholením výcviku byly závody v běhu, které svou dramatičností predčily naše očekávání v možnostech našich dětí.

Po tříletých zkušenostech je možné zodpovědně říci, že lyžařský výcvik dětí s dětskou mozkovou obrnou je realizovatelný. Pro postižené děti představuje nebyčejně silný emocionální zážitek a potencuje jejich touhu a vůli překonávat zdravotní handicap. Na speciálních testech jsme si ověřili, že vhodně prováděný lyžařský výcvik má i určitý pohybově-rehabilitační význam.

Druhou, dětmi snad ještě více oceňovanou akcí, jsou pravidelně pořádané rehabilitačné vodácké sjezdy řeky Lužnice. Vzor neexistoval, ani ze zahraniční literatury jsme nezískali zkušenosti. Tento sport jsme zvolili nejen pro jeho atraktivnost, ale i pro jeho potencionalitu získání schopností pro sportování v kolektivu zdravých osob. Neméně významné je i umožnění zúčastnit se krásného zážitku z jízdy po proudící vodě i dětem s těžkým postižením dolních končetin, u nichž např. lyžování či turistika nepřichází v úvahu. Důležitá je i možnost přímého styku s přírodou, kterou řada našich dětí zná podle našich zkušeností často jen z okénka automobilu. Základní vybavení tvoří čtyři nepotopitelné laminátové pramice značky Sázava, které jsme získali jen dík pochopení výrobního závodu, neboť jsou vysoce nedostatkovým zbožím. Výhodou pramice je, že začátečníci nemají potíže s rovnováhou, jedou ve větší kolektivu, kormidelník — cvičitel může dobře opravovat chyby. Pádla používáme běžná, případně námi patřičně délkově upravená. Každé dítě mělo plovací vestu, plněnou polystyrénem, o jejíž nutnosti a účelnosti jsme se opakovaně přesvědčili, stejně tak jako o nutnosti trvalého obutí v lehké obuvi — prevence případného zranění při došlapu na ostré předměty, kterých je, bohužel, v našich řekách dík nekázni našich občanů velké množství. K dispozici máme i turistické sjezdové kanoe a kajaky, na kterých si mohou účastníci výcviku vyzkoušet praktické zvládnutí techniky jízdy na těchto lodích. Při výcviku klademe důraz na zvládnutí techniky spouštění a vytahování lodě, jejího přetahování přes nesjízdné jezy. Cvičíme vstup a výstup do lode a z lodi, techniku pádlování, přitahování, odlamování a kontrování, takže po absolvování kursu většina dětí překonává v doprovodu zkušeného instruktora všechny sjízdné jezy. Řeku Lužnici jsme zvolili pro její klidnější charakter i možnost volnějšího táboření, ale i nutnost překonávání nejrůznějších přírodních překážek, zátočin a jezů.

Nedílnou součástí vodáckeho výcviku byl i v ý c v i k v táboření. Každé dítě je vybaveno spacím pytlem, nafukovací matrací, lodním pytlem a vždy dvě děti jedním stanem. Pro večerní shromáždění i při nepřiznivém počasí má-

me k dispozici velký TEEPEE stan, který je také jedinou vypůjčovanou součástí inventáře. Po absolvování výcviku zvládly všechny děti včetně debilních základy táboření, stavění i balení stanů i správné balení svých věcí, některé dokonce v neuvěřitelně krátké době. Většina dětí zvládla zpracování dřeva i zakládání ohně. Vařilo se důsledně jen na přírodním ohni. Při kursu jsme si ověřili i terapeutické možnosti pádlování při různém postižení.

Doufáme, že se nám cíl našeho snažení zdařil: nevytvářet jen ojedinělé akce, ale dát základy pro další trvalé sportování. Neuzavírat děti ani dospělé postižené sportovce před světem, jak jsme toho svědky při jinak vynikajících akcí v Košumberku a jinde, ale umožnit i sportování v normálním prostředí, umožnit zdravé populaci větší možnost setkání s postiženým. Byli jsme svědky příznivé a nadšené reakce vodáků, rybářů a chatařů při jízdě po vodě i táboření i potkávaných lyžařů zimního výcviku. Všichni vysoce hodnotili úsilí postižených dětí překonat svůj někdy i těžký handicap.

Naše léčebna je lázeňské zařízení, které provádí léčebnou péči na určitou omezenou dobu, většinou s pravidelným opakováním v ročních intervalech. Průměrná ošetřovací doba je 6 až 12 týdnů. Z toho jsme vycházeli při výběru sportovních činností v léčebně, ale i při výběru vícedenních akcí — kursů. Volili jsme převážně takové, v kterých může pacient i po propuštění z léčebny doma pokračovat, sporty nevyžadující velké technické vybavení a navíc takové, které svou podstatou mohou pozitivně ovlivnit pohybový defekt. Víme, že jen velmi málo dětí školního věku je v mezidobí mezi lázeňskou léčbou odborně pohybově rehabilitováno, ať už z technických či časových důvodů. Sport se tady stává určitou náhražkou léčebné tělesné výchovy. Myslíme, a ze svých zkušeností vidíme, že vhodně zvolený sport s odborně vedenou instruktáží velmi pozitivně může ovlivnit pohybový defekt, nemluvě již o velikém významu psychologickém.

Adresa autora: Z. N., Dětská léčebna Nové lázně
415 38 Teplice v Čechách

З. *Новотны, Ф. Яноух, В. Хадраба*

ОПЫТ СО СПОРТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Резюме

В работе оценивается многолетний опыт сотрудников детской лечебницы нервных заболеваний Нове Лазне в Теплицах в спортивной деятельности детей с детским церебральным параличом. Во введении рассматриваются причины, ведущие к ограничению спорта у пострадавших детей. Обсуждается пригодность отдельных видов спорта на основании членения, принятого в Чехословацком союзе физкультуры и спорта — большой спорт, спорт, развивающий спортивные результаты и спорт для отдыха. Впоследствии говориться о видах спорта, которыми занимаются дети в лечебнице — легкой атлетике, играх с мячом, настольном теннисе, стрельбе из лука, из пневматического ружья, плавании, шахматах, шашках и лыжном спорте. Подробно обсуждаются специфические мероприятия, как напр. мототуристские соревнования „Мост в жизнь", лыжная и гребная реабилитационная подготовка. Оцениваются также результаты, положительно влияющие на весь процесс реабилитации.

Z. NOVOTNÝ, F. JANOUCH, V. HADRABA / ZKUŠENOSTI SE SPORTEM U DĚTÍ S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU

Z. Novotný, F. Janouch, V. Hadraba
EXPERIENCES WITH SPORTS FOR CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Summary

The paper is evaluating the years of experiences at the children's neurological sanatorium Nové Lázně in Teplice with sports in children with cerebral palsy. In introduction we are discussing the causes of limitations of sport in the affected children, as well as the suitability of the types of sport on the basis of differentiation established by the Czechoslovak Union of Physical Education, i. e., top sport, performance sport and recreation sport. Then sports are discussed which have been taken up by the children of the sanatorium, such as athletics, ball games, table tennis, archery, airgun shooting, swimming, chess playing, draughts and skiing.

Evaluated in detaeil are specific meetings, such as motor-tourism, the competition „Bridge into Life", rehabilitation training in skiing and boating disciplines. Results influencing favourably the process of rehabilitation are also evaluated.

Z. Novotný, F. Janouch, V. Hadraba
ERFAHRUNGEN MIT DEM SPORT BEI KINDERN MIT ZEREBRALER KINDERLÄHMUNG

Zusammenfassung

Im Beitrag werden langjährige Erfahrungen der Mitarbeiter der Kinderheilanstalt für Nervenkrankheiten Nové Lázně in Teplice mit dem Sport bei Kindern mit zerebraler Kinderlähmung gewertet. Eingangs werden die Ursachen dargelegt, die zu einer Einschränkung der Sporttätigkeit geschädigter Kinder führen. Anschließend wird die Frage der Eignung der einzelnen Sportarten behandelt, und zwar gemäß der innerhalb des Tschechoslowakischen Sportverbandes angewandten Gliederung in Spitzensport, Leistungssport und Freizsport. Dann folgt die Darstellung der einzelnen Sportdisciplinen, die von den Kindern in der Heilanstalt betrieben werden — Leichtathletik, Ballspiele, Tischtennis, Bogenschießen, Luftgewehrschießen, Schwimmen, Schach, Damespiel und Schilaufen.

Eingehend werden spezifische Sportveranstaltungen wie zum Beispiel der Kraftfahrtouristik-Wettbewerb „Most do života" (Brücke in Leben) und der Rehabilitation dienende Schi- und Rudersportunterweisung beschrieben. Schließlich werden die den gesamten Rehabilitationsprozeß positiv beeinflussendn Ergebnisse einer Wertung unterzogen.

Z. Novotný, F. Janouch, V. Hadraba
LES EXPÉRIENCES AVEC LE SPORT CHEZ LES ENFANTS AFFECTÉS DE PARALYSIE CÉRÉBRALE INFANTILE

Résumé

Le travail comporte les appréciations des expériences de longues années des spécialistes de l'établissement de cure des maladies infantiles cérébrales à Nové lázně à Teplice avec le sport chez les enfants affectés de paralysie infantile cérébrale. L'introduction s'occupe des causes qui mènent vers la réduction du sport chez les enfants affectés. On s'occupe de la convenance des différents sports sur la base de distribution en vigeur à la ČSTV — sport au sommet, à grand rendement, récréatif. Puis, traitement successif des sports qui sont effectués à l'établissement avec les

enfants — l'athlétisme, les jeux aux ballons, le table-tennis, le tir à l'arc, le tir au fusil à vent, la nage, les échecs, le jeu de dames et le ski. Evaluation détailée des actions spécifiques comme la compétition des autos de tourisme „Pont pour la vie", exercises de réadaptation de ski et de natation. Evaluation des résultats influençant de façon positive tout le procédé de réadaptation.

I. KÄSTNER
PARACELSUS
BSB B. G. Teubner Verlagsgesellschaft, Leipzig, 1985.

Ako 82. zväzok edičného radu Biografie vynikajúcich prírodovedcov, technikov a lekárov vychádza v lipskom vydavateľstve BSB B. G. Teubnera drobná biografia o Theophrastovi Bombastovi von Hohenheim, zvanom Paracelsus. Autorkou tejto drobnej monografie je dr. Kästnerová. V jednotlivých kaiptolách tejto drobnej knižky, doplnenej niektorými fotografiami, sa hovorí o pôvode, detstve a dospievaní Paracelsa, ktorý sa narodil okolo roku 1493 — 94 v Einsiedele vo Švajčiarskom kantóne. Neskoršie prijal meno Paracelsus a s tým menom vošiel do histórie medicíny. Pracoval ako mestský lekár a profesor v Bazileji, ďalej pôsobil v Kolmare a Norimbergu, neskoršie vo Švajčiarsku a zomiera 24. 9. 1541 v Salzburgu, kde je aj pochovaný.

Paracelsus významným spôsobom prispel k rozvoju medicíny svojho obdobia. Bol jedným z najväčších postáv tohto obdobia vývoja stredovekého lekárstva a niektoré jeho závery priniesli moderné názory, overované v neskorších storočiach. Ako každý novátor a revolucionár nebol ušetrený ani celého radu sklamaní a vyslovene nepriateľských postojov. Zanechal významné dielo, ktoré slúži aj dnes, predovšetkým historikom lekárstva.

Drobná publikácia dr. Kästnerovej stručnou a zaujímavou formou opisuje jednotlivé obdobia medicínskeho vývoja a životnej cesty slávneho Paracelsa.

Dr. M. Palát, Bratislava

Rehabilitácia

19, 1986, 3, s. 157—164

PSYCHOLOGICKÉ PROBLÉMY REHABILITACE PARAPLEGIKŮ

M. ŠTELCLOVÁ, M. DAŇKOVÁ, H. SELIGEROVÁ, V. KŘÍŽ

Rehabilitační ústav Kladruby u Vlašimi
Ředitel: MUDr. V. Kříž

Souhrn: Autoři vycházejí z dlouholetých zkušeností z práce s paraplegiky. U nemocných s těžkým postižením míchy nacházejí z psychologického hlediska několik období, která se u nich i po příchodu do rehabilitačního ústavu objevují.

1. období nereálného optimismu — častější ještě za hospitalizace v nemocnici, kdy si pacient neuvědomuje závažnost poranění a „neporušenost" končetin mu dává naději, že bude chodit;

2. období nereálního pesimismu — pacient poznal závažnost a trvalost následků, vidí bezvýchodnost své situace;

3. období adaptace — zde se do popředí dostávají prvky premorbidní osobnosti postiženého. U psychicky silných jedinců se podaří s menší dopomocí překonat problémy, pacient se přizpůsobí faktu postižení, dostane nový životní program. U pacientů se sklonem k rezignaci a pasivitě je nutno volit zcela individuální přístup, volit správnou psychoterapii a tak pomoci překonávat negativismus a beznaděj.

Do Rehabilitačního ústavu Kladruby přicházejí pacienti v různých obdobích psychické rozlady a právě správný psychoterapeutický přístup k těžce tělesně postiženému je často nejdůležitější složkou léčby a tím, co mnohdy určuje další osud nemocného.

Hlavním cílem rehabilitace je resocializace a socializace postiženého. Stálá a systematická péče o tělesně postižené osoby je povinností nejen zdravotníků, ale celé lidské společnosti.

Klíčová slova: Psychologické problémy — míšní léze — období nereálného optimismu — období nereálného pesimismu — období adaptace — psychická dekompensace.

Charakteristika nemocných

Největší procento postižených pacientů, přicházejících na neurologické oddělení Rehabilitačního ústavu Kladruby, tvoří para- a quadruplegici, resp. para- a quadruparetici. Jsou to převážně nemocní po poranění míchy, vzniklém různými mechanismy, s různě intenzívním stupněm postižení a s rozdílnou výškou segmentární léze.

Z hospitalizovaných pacientů v období let 1971 — 1984 s postižením míchy (para a quadruplegiků-paretiků), bylo 81 % mužů. Věková kategorie se pohybovala kolem třetí dekády (36 %).

Největší počet míšních poranění vznikl při dopravních nehodách, ať už jde o řidiče, spolujezdce, chodce, a pádem člověka z výšky (41 %). Podle častosti

výskytu jsou na dalším místě pád předmětu na člověka, úrazy při sportu a střelná poranění.

Podle neurologického nálezu představují maximum postižených pacienti s totálním přerušením míchy. Podle segmentárního přerušení pak léze v oblasti hrudní (66 %), lumbální (21 %) a krční (13 %).

Psychické změny těžce tělesně postižených — s míšní lézí

Každé onemocnění má svůj odraz také v psychické sféře pacienta. Jeho intenzita závisí na charakteru onemocnění, délce trvání, věku a premorbidních vlastnostech člověka.

Snad nejvýraznější reakci způsobují onemocnění, provázená somatickými i funkčními defekty, které vážně zasahují do životního stylu nemocného. Výrazné jsou psychické změny u pacientů s poraněním míchy, para- a quadruplegiků, resp. paretiků. Je to způsobeno jednak charakterem postižení a jednak tím, že téměř v 80 % se úraz stal v produktivním věku, kdy se najednou postižení začnou potýkat s nepohyblivostí končetin, ztrátou rovnováhy, inkontinencí moče a stolice, poruchou sexuálních funkcí, trofickými změnami kůže, spasticitou.

Většina životních plánů se stane nereálními a záleží potom na psychickém typu postiženého, zda najde sílu k aktivnímu životu nebo se k němu postaví pasivně. Úloha rehabilitačního personálu je velmi nesnadná a vyžaduje často k takto těžce postiženým zcela individuální přístup.

Podle našich zkušeností nacházíme u nemocných z těžkým postižením míchy z psychologického hlediska několik období prožívání nemoci:

1. období nereálného optimismu

kdy toto období nemoci prožívá pacient ještě za hospitalizace v nemocnici. V počáteční fázi po úrazu, když zjistí, že končetiny zevně nejsou porušeny úrazem, žije určitou dobu v naději, že se objeví hybnost a že bude moci chodit. Doba prožívání tohoto období nemoci závisí na stupni poškození, způsobu primárního ošetření (operace) a na průběhu léčby včetně taktní a taktický informovanosti postiženého o rozsahu a reálné reparabilitě poškození nervových funkcí. Nemá smysl toto období prdlužovat; hlavním úkolem rehabilitace je přejít co nejrychleji do období adaptace.

2. období nereálného pesimismu

V této době si začne uvědomovat závažnost a trvalost následků svého zranění. Často zpočátku nesprávně přeceňuje tíži svého poranění a má pocit úplné nemohoucnosti, ménecennosti, odkázáni na pomoc druhých, vyřazení z lidské společnosti, bezvýchodnosti situace.

Pro překonání tohoto stádia platí základní pravidla:

— nemocný musí být jednorázově či postupně informován o svých reálných životních perspektivách,
— nemocný nesmí mít čas bezúčelně přmýšlet o svém postižení,
— cílem a úkolem rehabilitace je ukázat těmto tělesně těžce postiženým lidem nové nadějné životní perspektivy, pomoci adaptovat je na změněné podmínky, vytvořit nové pohybové návyky a stereotypy, převychovat je k novému způsobu života,
— konečným výsledkem snažení je samostatnost a soběstačnost ve všech den-

ních úkonech, s maximálním využitím všech zbylých fyzických schopností, což již samo o sobě přináší nemocnému pocit uspokojení,
— je nutné naučit se spoléhat na myšlení a obratnost tam, kde svalstvo nestačí a selhává. Podaří-li se dokázat víc než se zpočátku zdálo možným, zlepší se motivace pacienta k dalšímu pokračování ve cvičení,
— okolí nemocného (zdravotnický personál, rodina, přátelé) nesmí podléhat soucitu, musí vést pacienta od samého začátku k maximální soběstačnosti i za cenu, že si nemocný může myslet (při nesprávné psychoterapii), že jsou na něj osoby z jeho okolí příliš přísné, tvrdé a málo ohleduplné,
— v rámci rehabilitačního programu je nutné zaměstnat všechny orgány, které mají zachovanou funkci, na maximum, až k hranici únosnosti a přinutit myšlení orientovat se jiným směrem.

Jaký bude úspěch rehabilitace u těchto poraněných, závisí hlavně na těchto faktorech:

a) *na celkovém tělesném stavu pacienta* — jaký byl jeho zdravotní stav před úrazem, na věku, pohybových schopnostech atd. Lidé starší šedesáti let se poměrně špatně přizpůsobují změněným podmínkám, jsou psychicky labilnější, snadněji se unaví, objevují se i poruchy kardiální, dechové atd.
b) *na komplikacích* — mohou se vyskytnout souběžně s poraněním míchy (amputace končetin, zlomeniny a pod.), dále v průběhu hospitalizace po úrazu, tj. dekubity, uroinfekce, embolizace, záněty žil, paraartikulární osifikace,
c) *na výši poranění míchy,* na kterém je závislá aktuální i perspektivní funkční schopnost pacienta,
d) *na kvalitě primárního ošetření a ošetřovatelské péče,*
e) *na psychoterapii* a intenzivní pomoci pracovníků v rehabilitaci, kteří těmto postiženým ukazují možnost návratu k životu.

Velkou pomoc při řešení individuálních psychologických problémů přináší i tzv. *kolektivní psychoterapie.* Příznivé podmínky pro ni vytváří atmosféra rehabilitačního ústavu, kde psychologicky příznivě působí hlavně shodnost osudů postižených. Ústavní režim poskytuje i jakousi ochranu před vnějšími vlivy, netaktností zdravých lidí a mnoha nepříjemnostmi, kterým je tělesně postižený člověk v běžném životě vystaven. Velký význam má cílené využívání příznivého vlivu stejně postižených a dobře psychicky adaptovaných pacientů.

U pacientů psychicky labilních se často nepodaří ani s pomocí psychofarmak překonat vzniklou depresi z duševního traumatu. Takový pacient odmítá cvičení, je zádumčivý, nemluví, celý den tráví netečným pozorováním okolí, nechává si sloužit personálem, někdy je agresivní, mnohdy hledá východisko v alkoholu nebo v drogách. Tento moment je nutno včas a správně odhadnout, věnovat nemocnému maximum všestranné péče, bez ohledu na čas. Je nutné opakovaně provádět psychoterapii, aktivně ho přesvědčovat o nutnosti spolupráce a vlastní aktivity a tak pomoci překonávat negativismus a beznaděj.

3. období adaptace

V tomto stádiu nemoci se začnou výrazně uplatňovat prvky premorbidní osobnosti postiženého. Pro rehabilitaci optimální jsou *silní, psychicky odolní*

jedinci, kteří dříve či později dokáží sami anebo s menší dopomocí překonat své problémy, vzniklé zraněním. Nemocní se přizpůsobili faktu postižení, poznali nebo byli seznámeni se zbývajícími možnostmi života, dostali nový životní program, úměrný jejich změněným možnostem zdravotním i sociálním.

Jiní jedinci mají sklon k rezignaci, pasivitě, a izolaci a potřebují intenzívnější pomoc rehabilitačního personálu, spolupacientů, rodiny, spolupracovníků, přátel a známých, kteří musí psychologicky komplexně a dohodnutě působit na nemocného.

Do rehabilitačního ústavu přicházejí pacienti ve všech třech zmíněných obdobích nemoci, jejichž délka trvání může být různá. Největším problémem jsou ti pacienti, kteří přicházejí na rehabilitaci s nadějí, že zde nadobudnou všechny ztracené funkce.

Přicházejí tedy ve stádiu nereálného optimismu buď proto, že stupeň postižení ještě není zcela vyhraněný, nebo proto, že je okolí — zdravotnický personál, rodina, známí úmyslně ve stavu nereálné naděje na zlepšení stavu udržují. Tím si usnadňují práci s nemocným a tíže zvládnutí psychických změn se přesouvá na pracovníky rehabilitačního ústavu.

V kterémkoliv z předchozích stádií se však můžeme setkat u pacientů s *psychickou dekompenzací* v různém rozsahu. Ta se může objevit i po dlouhotrvajícím období adaptace, zvláště dojde-li ke zhoršení sociálních podmínek (např. úmrtí rodičů, ztráta partnera), při osobních neúspěších (v rodině, práci) nebo při zdravotních potížích. Někdy důvod zůstává zcela nezjištěn. Je to vlastně návrat období nereálného pesimismu.

U pacienta se znovu setkáváme s negativními pocity, které prožíval na začátku nemoci, s nejistotou, strachem, hlubokým rozladěním. Pacient ztrácí důvěru v lékaře a léčbu, stává se popudlivým, netrpělivým, někdy až nespravedlivým k okolí. Může se objevit agresivita vůči sobě (suicidální tendence) nebo okolí (kverulanství). Za této situace mohou vzniknout konflikty mezi pacienty a zdravotníky. Často však převládá pasivita pacienta. Psychickou rovnováhu nemocného upevní zájem lékaře a rehabilitačních pracovníků o jeho osud, psychoterapie a komplexní rehabilitace s převýchovou na nový způsob života a s pomocí adaptovat se na změněné podmínky.

Důležité je, aby po propuštění pacienta do domácího prostředí znalo jeho nejbližší okolí alespoň základní principy psychologického přístupu k takto postiženým. Bezohlednost a připomínání bezmocnosti je stejně nebezpečné jako přehnaná péče, nadnesena ohleduplnost, soucit a posluhování členů rodiny. Tím sice přechodně usnadňují život invalidní osobě, ale současně dochází k zvětšování fyzických a psychických následků invalidity. Takový nemocný spoléhá potom na pomoc druhých i v úkonech, které se za pobytu v rehabilitačním ústavu naučil.

Jedinci adaptovaní na své postižení chtějí, aby okolí s nimi jednalo jako s ostatními zdravými lidmi, nikoliv jako s invalidy. Psychicky dobře připravený pacient žije rád v prostředí zdravých lidí, pokud má pracovní uplatnění. Účelem a hlavním úkolem rehabilitace je umožnit nemocnému návrat do společnosti nebo jej do společnosti zařadit, jde-li o mladého jedince.

Důležitou součástí průběžného lékařského sledování pacienta je nejen stanovení morfologických a funkčních poruch hybného systému, ale také průběž-

né sledování psychicky nemocných. To je často rozhodující pro motivaci pacienta ke spolupráci a úspěchu rehabilitace.

S psychickými změnami těžce tělesně postižených je nutno počítat a je nutno je respektovat a příznivě ovlivňovat. Je to úkol nejen psychologů a zdravotnických pracovníků všech kategorií, ale i každého člověka, který s takto postiženým přichází do styku. Naší zkušeností je to, že psychiku pacienta může nejvíce ovlivnit osoba, se kterou nemocný denně přichází do styku a vůči které má pacient důvěru, která mu podle jeho mínění nejvíce pomáhá. Proto jsou často největšími autoritami pro nemocné v rehabilitačním ústavu lékaři a zdravotnický personál, s nímž je pacient v bezprostředním kontaktu denně.

Na druhé straně však veškeré snažení může zmařit necitlivý zásah nebo chování dalších osob, s nimiž pacient náhodně nebo soustavně přichází do styku — příbuzní, přátelé, spolupracovníci.

Resocializace nebo socializace postižených osob je hlavním cílem rehabilitace jako komplex společenských opatření, který přesahuje rámec léčebné rehabilitace.

Naše zkušenost ukazuje, že správný psychoterapeutický přístup k těžce tělesně postiženému je často nejdůležitější složkou léčby i tím, co mnohdy určuje další osud nemocného.

Je třeba i nadále připomenuot, že stálá a systematická péče o tělesně postižené osoby je povinností nejen zdravotníků, ale celé lidské společnosti. Jednotlivé složky této péče se musí vzájemně prolínat. Jedině tak je možno dosáhnout plné resocializace postiženého a tím i jediného a konečného cíle rehabilitace.

LITERATURA

1. BENEŠ, V.: Poranění míchy. Praha, SZdN 1965. 183 s.
2. BRACKEN, M. S.: Psychological Response to Acute Spinal Cord Injury: An Epidemiologgical Study. Paraplegia, 19, 1981, 5, s. 271 — 284.
3. BROMLEY, O.: Tetraplgia and Paraplegia. London, Edinburgh, New York, Ch. Livingstone 1976. 242 s.
4. DANEŠ, M.: Péče o invalidní občany. Sociální politika, 6, 1980, 10, s. 231. FMPSV.
5. DANEŠOVÁ, M.: Některé psychologické problémy začleňování invalidních občanů do pracovního procesu. Soubor referátů ze semináře Sociální a ekonomické problémy invalidity, Brno 1981.
6. DAŇKOVÁ, M., SELINGEROVÁ, H.: Některé sociální problémy těžce tělesně postižených. Rehabilitácia, 11, 1978, 2, s. 107 — 114.
7. DIAMANT, J. a kol.: Emoce. 1969.
8. GERNER, H. J.: Die soziale Situation von Querschnittgelähmten — eine empirische Untersuchung. Rehabilitation, 18, 1979, s. 135 — 149. Stuttgart, G. Thieme Verlag.
9. GERNER, H. J.: Die soziale Situation von Querschnittgelähmten — eine empirische Untersuchungen. Die Rehabilitation, 3/79, s. 135 — 150.
10. GUTTMANN, L.: Spinal Cord Injuries. Blackwell, 1973, 645 s.
11. HÁRDY, I.: Psychologie péče o nemocného. Praha, Avicenum 1972. 276 s.
12. HORKÝ, P.: Postiženým paraplegií. OZV KÚNZ a Česká státní pojišťovna 1981. 57 s.
13. JANDA, V.: Rehabilitace poúrazových paraplegiků: ošetřovatelská péče. Čs. neurologie a neurochirurgie, 44/77, 1981, č. 1, s. 61 — 67.

15. KONDÁŠ, O., HEŘMÁNEK, S.: Psychológia v liečebnej rehabilitácii. Martin, Osveta 1976. 320 s.
16. KONEČNÝ, R., BOUCHAL, M.: Psychologie v lékařství. Praha, Avicenum 1979. 368 s.
17. OBRDA, K.: Rehabilitace nervově nemocných. Praha, Avicenum 1971. 421 s.
18. PFEIFFER, J.: Význam plynulosti začleňování postižených osob do pracovního procesu prostřednictvím rehabilitace. Soubor referátů ze semináře Sociální a ekonomické problémy invalidity, Brno 1981.
19. PFEIFFER, J.: Rehabilitace při poranění míchy. Rehabilitace léčebné a pracovní sociální aspekty. Praha, UK 1982, s. 103 — 115.
20. ZIMKINA, A. M.: Kompensace porušených funkcí — důležitá podmínka pracovní schopnosti. Pokroky v rehabilitaci, 1968, s. 258 — 272.
21. WEISS, M.: Aktuální směry v rehabilitaci míšních lézí. Pokroky v rehabilitaci, 1968, s. 208 — 233.

Adresa autora: M. Š., Rehabilitační ústav, Kladruby u Vlašimi

М. Штельцлова, М. Данькова, Е. Селингерова, В. Кржиж
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАРАПЛЕГИКОВ

Резюме

Авторы исходят из многолетнего опыта работы с параплегиками. Они различают у больных с тяжелым повреждением спинного мозга с психологической точки зрения несколько периодов, которые и появляются у них после прихода в институт реабилитации:

1) период нереального оптимизма — чаще еще во время госпитализации в стационаре, когда больной не отдает себе отчет в вескости своего ранения, а „невредимость" конечностей дает ему надежду, что он сможет ходить

2) период нереального пессимизма — больной познает вескость и постоянность последствий, видит безысходность своего положения

3) период адаптации — в нем на первый план выступают элементы личности пострадавшего до заболевания. У психически сильных особей удается с небольшой помощью преодолеть проблемы, больной приспособляется к факту повреждения, находит новую программу жизни. У больных со склоном к смирению и пассивности следует подыскать вполне индивидуальный подход подобрать правильную психотерапию и таким образом способствовать преодолению негативизма и безнадежности.

В институт реабилитации в Кладрубах приходят больные в разных стадиях психического настроения, а именно правильный психотерапевтический подход к больному с тяжелым физическим увечьем представляет важнейшую составную часть терапии и тот факт, который часто решает дальнейшую судьбу больного.

Основной целью реабилитации является возвращение или включение пострадавшего к активной жизни. Постоянно и систематическая забота о физических пострадавших является задачей не только медиков, но и всего общества.

M. Štelclová, M. Daňková, H. Seligerová, V. Kříž
PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF REHABILITATION IN PARAPLEGICS

Summary

The authors have many years of experiences in their work with paraplegics. In patients with severe affections of the spinal cord, there are, from the psychological

aspect, several stages manifesting themselves also after their admittance to the institute of rehabilitation.

1. The stage of irreal optimism — appearing more frequently already during the stay at the hospital, when the patient is not aware of the severity of the injury, and the „intactness" of the limb gives him hope that he may be able to walk.
2. The stage of irreal pessimism, — the patient becomes aware of the severity and the lasting consequences of the injury and he sees hopeless situation.
3. The stage of adaptation, here the features of the premorbid personality of the patient assert themselves. In strong personalities problems can be overcome with little help. The patient adapts himself to the handicap. He is getting a new programme for his life. In patients inclining to resignation and passivity it is necessary to find a completely individual approach, the correct psychotherapy in order to help the patient to overcome negativism and hopelessness.

Patients come to the institute of rehabilitation in Kladruby in various psychical conditions, and it is the suitable psychotherapeutic approach to the severely physically disabled person that is often the most important component of therapy and it frequenly shapes the fate of the patient.

The chief aim of rehabilitation is resocialization of the handicapped person. Continual and systematic care is not only the study of the health workers, but of the whole human society.

M. Štelclová, M. Daňková, H. Seligerová, V. Kříž

PSYCHOLOGISCHE PROBLEME DER REHABILITATIONSBEHANDLUNG VON PARAPLEGIKERN

Zusammenfassung

Die Verfasser stützen sich auf ihre langjhrigen Erfahrungen in der Behandlung von Paraplegikern. Sie beobachten bei Patienten mit schweren Rückenmarkschädigungen vom psychologischen Gesichtspunkt aus mehrere Etappen, die bei diesen Patienten auch noch nach der Einweisung in die Rehabilitationsanstalt zu verzeichen sind:

1. die Etappe eines irrealen Optimismus — si begann schon während der Hospitalisierung im Krankenhaus; der Patient ist sich des Ernstes seiner Verletzung nicht bewußt und schöpft aus dem Umstand, daß seine Gliedmaßen „unverletzt" sind, die Hoffnung, daß er gehen können wird;
2. die Etappe eines irrealen Pessimismus — der Patient kennt den Ernst der Verletzung und die Dauerhaftigkeit der Folgen und hält seine Situation für ausweglos;
3. die Etappe der Adaptation — hier kommen die prämorbiden Elemente der Persönlichkeit des Geschädigten zum Tragen. Bei psychisch starken Persönlichkeiten gelingt es, bei geringer Nachhilfe die Probleme zu überwinden, der Patient paßt sich der Tatsache seiner Versehrtheit an und erhält eine neues Lebensprogram. Bei Patienten mit einem Hang zur Resignation und zu Pasivität muß ein völlig individualisiertes Herangehen und die richtige Psychotherapie gewählt werden, um ihm damit zu helfen, seinen Negativismus und seine Hoffnungslossigkeit zu überwinden.

In die Rehabilitationsanstalt Kladruby werden Patienten in unterschiedlichen Etappen ihrer psychischen Verunsicherung eingewiesen und gerade die richtige psychotherapeutische Vorgangsweise bei der Behandlung des schwer geschädigten Personen ist häufig das weitere Schicksal des Patienten entscheidend ist.

Hauptziel der Rehabilitationsbehandlung ist die Resozialisierung und Sozialisierung des Geschädigten. Eine stetige und systematische Betreuung der geschädigten Personen ist Pflicht nicht nur der Mitarbeiter des Gesundheitswesens, sondern der gesamten menschlichen Gesellschaft.

M. Štelclová, M. Daňková, H. Seligerová, V. Kříž

LES PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES DE RÉADAPTATION DES PARAPLÉGIQUES

Résumé

Les auteurs sortent des longues expériences des travaux avec la paraplégie. Chez les malades gravement affectés de la moelle épinière il trouvent, du point de vue psychologique, certaines périodes qui apparaissent encore après la rentrée à l'Etablissement de réadaptation:

1. la période de l'optimisme irréel — plus souvent encore pendant l'hospitalisation ou le malade ne se rend pas compte de la gravité de son état et „l'inaltérabilité" de ses extrémités lui donne l'espoir qu'il marchera encore,
2. la période du pessimisme irréel — le patient connaît la gravité de son état et la durée des conséquences, il voit sa situation sans issue,
3. la période de l'adaptation — là, viennent au premier plan les éléments morbides de premier plan de la personnalité de l'affecté. Chez les individues de psychisme forts, on réussit avec une aide moindre à surmonter les problème, le malade s'accommode au fait de son affection, s'adapte au nouveau programme de sa vie. Chez les patients inclinant vers la résignation et la passivité il convient de choisir une méthode tout à fait individualisée, choisir la psychothérapie juste et vaincre ainsi le négativisme renonçant à l'espoir.

A l'Etablissement de la Réadaptation à Kladruby les patients tombent dans différentes périodes de mauvaise humeur psychique et justement l'accès psychothérapeutique juste vers le malade avec affection corporelle grave est souvent le plus important facteur de la thérapie et même ce qui souvent fixe le destin futur du malade.

Le but principal de réadaptation est la resocialisation et la socialisation de l'affecté. Les soins systématiques constants aux personnes affectées corporellement sont obligatoires non seulement chez le personnel médical, mais aussi de la société humaine entière.

Rehabilitácia 19, 1986, 3, s. 165—168

METODICKÉ PRÍSPEVKY

PŘÍSTROJ K MĚŘENÍ VADNÉHO DRŽENÍ TĚLA

F. PICEK, G. PICKOVÁ

OÚNZ Praha 6
Ředitel: dr. K. Kubát, CSc.

Je všeobecně známo, že velmi vysoké procento našich dětí (až 85 %) má vadné držení těla. Tento stav se valnou většinou hodnotí vizuálně a odhadem měr, přičemž se někdy používá i olovnice (u skolios) a ještě méně kirtometru (při deformacích hrudníku). To samozřejmě nemůže stačit k objektivnímu hodnocení nebo dokonce k přesné dokumentaci.

Proto jsme navrhli přístroj, který umožňuje změřit či stanovit každý bod těla s přesností 0,5 cm. Přístroj umožňuje: 1. měřit výšku těla i obratlů, 2. měřit výšku a šířku ramen, lopatek a pánve i její postavení, 3. měřit postavení páteře ve třech rovinách, 4. měřit prostorové umístění kterékoliv části těla (acromion, olecranon ulnae, body lopatek i jejich výškový rozdíl, či pánve atd.), 5. měřit vzájemné postavení částí těla v prostoru, 6. měřit šíři i tvar prostorů mezi připaženými končetinami a bočným obrysem těla aj.

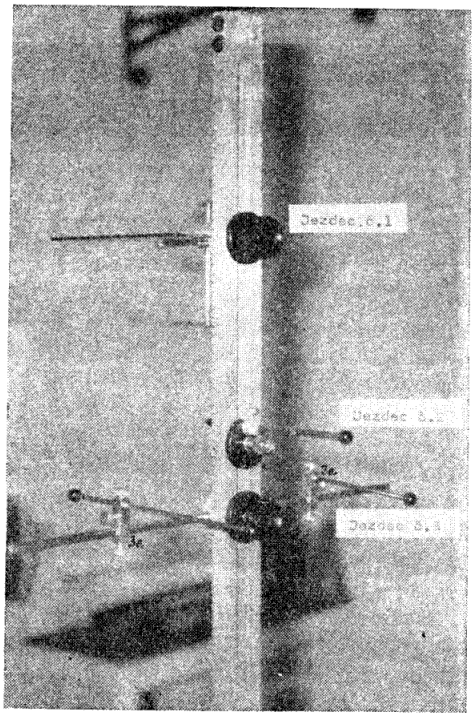
K zajištění vždy shodného výchozího postavení k měření (což je předpokladem presného *opakovaného* hodnocení) slouží 3 „body":

1. Opření hlavy týlní částí o stojan tak, aby vodorovná část prvního jezdce (viz obrázek) zajšťovala vodorovnost spojnice odstupu ušního boltce se zevním koutkem oka — tj. správný postoj hlavy.
2. Opření vrcholu kyfozy hrudní (neb kosti křížové).
3. Opření pat o bázi nosných stojanů.

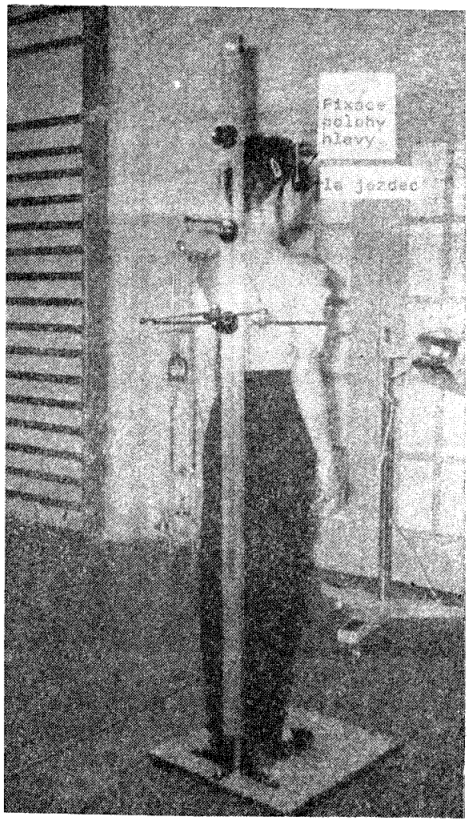
Popis přístroje

Nosnou část tvoří dva profily čtvercového průřezu, které jsou od sebe vzdáleny 30 mm (takže je možno vidět postavení obratlových trnů ve střední čáře) a zakotveny v základní desce. Na těchto profilech se pohybují ve vertikále tři jezdci.

Jezdec č. 1 — nejhořejší — nese vodorovnou desku, jež odměřuje výšku těla a postavení hlavy. Proto na její pravé straně je umístěn v horizontále posunlivý jezdec (1 a) nesoucí na svislém výsuvném ramenu další vodorovnou a posunlivou týčku (s libelou), což umožňuje postavení hlavy ve správné poloze a zajišťuje vždy stejnou výchozí polohu k měření. Zevní hrbol kosti týlní (protuberantia occip. ext.) je patrný ve středu mezery mezi nosnými profily.



Obr. 1. Přístroj k měření vadného držení těla

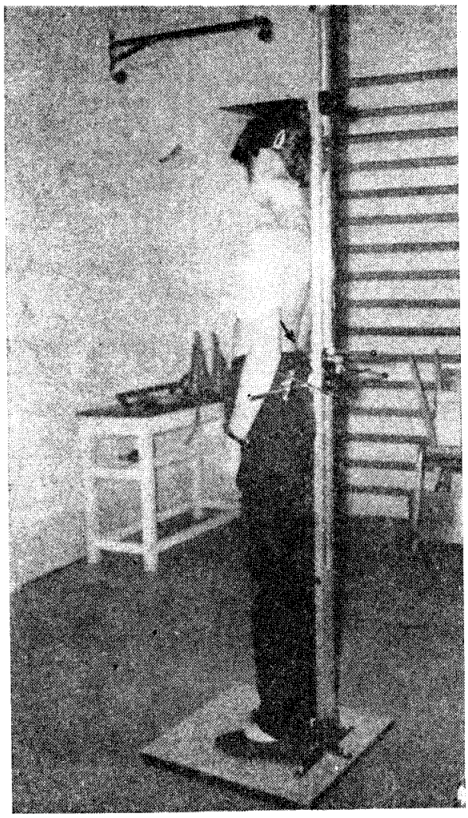


Obr. 2. Měření postavení dol. úhlu odstávající lopatky a fixace polohy hlavy

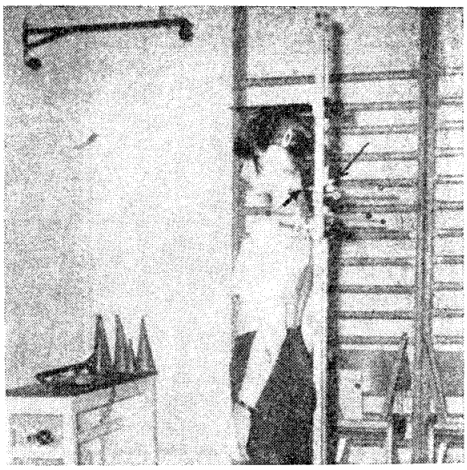
Jezdec č. 2 — slouží k měření průhybů páteře ve směru předozadním (v rovině sagitální). Jeho rameno se pohybuje v horizontále a je cejchováno na centimetr od sebe vzdálenými značkami (počítáno od hrotu), což umožňuje okamžité změření lordózy krční a bederní v různých výškách, přičemž přesnost měření zajišťuje neměnná horizontální poloha raménka.

Jezdec č. 3 — jeho ramena jsou v horizontále, mají vyznačeny vrypy 1 cm od sebe vzdálené (počítáno od střední čáry) a nesou další jezdce (3 a), tvořené ze dvou částí: část dolní umožňuje posun do stran (měření od střední čáry směrem do stran), část dolní nese tyčkovitá měřidla, posunlivá v předozadním směru a otáčivá dle svislé osy. Proto jsou obě části propojeny svislým čepem.

Na stojanu i na všech ramenech jsou vyznačeny centimetry — výhodou je velká stabilita přístroje i nosných ramen a snadnost posunu všech jednotlivých částí, jež jsou vybaveny aretačními šrouby. Přístroj je lehký, snadno



Obr. 3. Měření bederní lordosy



Obr. 4. Měření krční lordosy

Obr. 5. Měření výšky ramena a postavení lopatek

přenosný. Pokud by byl umístěn neměnně, je možno stabilitu zvýšit nahoře fixačním ramenem proti zdi.

Přístroj byl podán jako zlepšovací návrh v OÚNZ Praha 6. Byl přijat na doporučení prof. dr. Jana Pfeiffera, DrSc., přednosty katedry léčebné rehabilitace v Praze.

Adresa autora: dr. F. P., Rehabilitační odd., OÚNZ Praha 6, U Vorličků 4

S. ARIETI
SCHIZOPHRENIE
Schizofrénia
Piper Verlag, München, Zürich 1985.
ISBN 3 — 492 — 02938 — 8.

Profesor Arieti je profesorom psychiatrie v New Yorku a jedným z najuznávanejších odborníkov v oblasti schizoférnie. Zomrel r. 1981 a r. 1979 vydal pozoruhodnú monografiu venovanú otázkám príčin, priebehu, terapie a pomoci pre postihnutých s touto chorobou. R. 1985 vychádza nemecký preklad tejto knihy.

Monografia v dvanástich kapitolách, ktoré sú doplnené vecným a menným registrom, rozoberá jednotlivé aspekty schizofrénie — ochorenia, ktoré je relatívne časté v oblasti psychiatrických chorôb. Autor sa zaoberá symptómami začínajúcej schizoférnie, opisuje toto ochorenie a vžíva sa do sveta schizofrenikov. Definuje príčiny — biologické, psychologické a psychosociálne. Rozoberá najdôležitejšie liečebné metódy, tak v nemocnici, ako aj v rodine, akcentuje starostlivosť o týchto chorých, všíma si zvláštne situácie, rozoberá otázky prevencie. Záverečná dvanásta kapitola si kladie otázku, čo sa môžeme od schizofrénie naučiť. Osobitnú pozornosť autor, jeden z najznámejších psychiatrov, medzinárodne uznávaný, venuje oblasti rehabilitácie, rehabilitačnej starostlivosti, rehabilitačným zariadeniam a problematike pracovnej rehabilitácie. Rehabilitácia schizofrenikov je jedným z opatrení vysokej dôležitosti. Už preto, že schizofrénia je chronické a dlhodobé ochorenie, predstavuje rehabilitácia jeden z možných prostriedkov účelnej starostlivosti o týchto pacientov a v súčasnej medicíne má dnes svoje pevné miesto.

Arietova publikácia, ktorá je určená širokej verejnosti s cieľom pochopiť pacientov s týmto vážnym ochorením a formulovať postoje zdravej časti populácie k tejto chorobe, je knižkou, ktorá sa dobre číta, má vysoký informačný obsah a komplexne rozoberá problematiku.

Polygrafické vybavenie tejto drobnej publikácie poukazuje na vysoký štandard Piterovho vydavateľstva.

Dr. M. Palát, Bratislava

Rehabilitácia

19, 1986, 3, s. 169—170

PŘÍSTROJ PRO OBJEKTIVNÍ HODNOCENÍ DRŽENÍ TĚLA DĚTÍ A DOROSTU

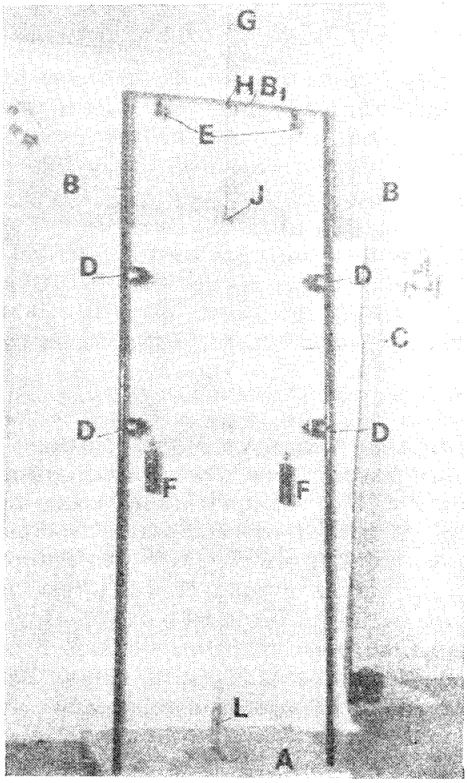
F. PICEK

OÚNZ Praha 6
Ředitel: dr. K. Kubát, CSc.

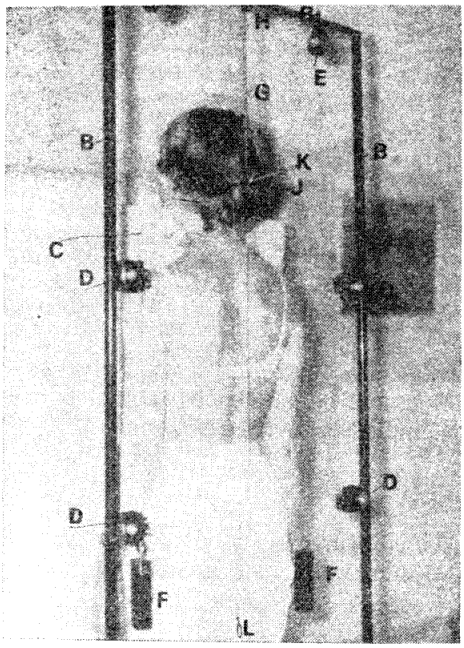
Vadným držením těla je postiženo 85 % našich dětí. Nejde jen o vadu estetickou, ale o příčinou pozdějších vertebrogenních (páteřních) obtíží, které pak v produktivním věku jsou častou příčinou pracovní neschopnosti.

Popis přístroje

Na základní desce (laťovka) velikosti 700/600 mm (A) jsou zapuštěny dvě půlcoulové roury (B), vzdálené od sebe 600 mm, které jsou nahoře propojeny



Obr. 1. Celkový pohled na přístroj pro objektivní hodnocení držení těla dětí a dorostu.



Obr. 2. Připevněním pásky — ukazatele na horním okraji desky C nalepením centimetrového měřidla na rám přístroje je možno měření i výšky vyšetřovaného dítěte.

příčkou (B 1) a jsou 1800/2000 mm dlouhé. Mezi těmito trubkami se ve vertikální rovině pohybuje plexisklová deska (C) velikosti 600/600 mm, opatřená souběžnými vrypy (vertikálně i horizontálně), vzdálenými od sebe 50 mm. Deska je vyvážena dvěmi závažími (F), zavěsenými na silonových nitích, které vedou přes kladky (E) a jsou připevněna objímkou (H), jíž prochází kulatina (G) (∅ 8 mm) — 500 mm dlouhá a fixovatelná šroubem v objímce. Na dolním konci této kulatiny (G) je navařena objímka (J), jíž prochází drát (K) — ∅ 5 mm v horizontální rovině, na jehož konci je háček pro zavěšení olovnice (L) silonovou nití. Na základní desce (A) jsou nakresleny obrysy chodidel, jejichž patní části jsou vzdáleny 60 mm od spojnice patek trubek (B).

Postup vyšetření

Dítě se postaví na obrysy chodidel na desce (A). Deska C se posune něco nad ramena dítěte. Posunem kulatiny G a drátu K se přiblíží háček nesoucí olovnici L k zevnímu hrbolu kosti týlní. Nyní lze snadno zjistit výši ramen, výši lopatek i hřebenů kostí kyčelních, zhodnotit zakřivení páteře v rovině předozadní (i příčné, otočí-li se dítě o 90° bokem k desce). Na desce označíme fixem obrysy uvedených částí těla, případně šíři ramen, šíři prostorů mezi lokty a tělem (skolióza) aj. Přiložením papíru na desku a obkreslením bodů zajistíme potřebnou dokumentaci. Přístroj je materiálně i výrobně nenáročný a jeho potřebu odhaduji na minim. 1000 kusů (dětská, rehabilitační, ortopedická, dorostová, sportovní a jiná oddělení).

Adresa autora: MUDr. F. P., OÚNZ, Praha 6, U Vorlíků 4

PRIMÁŘ MUDr. FRANTIŠEK POKORNÝ SEDMDESÁTNÍKEM

Sedmdesáti let se dožívá 24. května 1986 přední osobnost našeho rehabilitačního lékařství, primář MUDr. František Pokorný. Při této slavnostní příležitosti bychom chtěli kromě upřímné gratulace připomenout i úlohu, kterou náš dlouholetý přednosta, vážený a vzácný učitel, sehrál v historii československé rehabilitace a zdravotnictví.

Počítáme-li pozorně dostupné materiály z konce čtyřicátých a z padesátých let, uvědomujeme si s nemalou hrdostí a obdivem, že primář Pokorný sa zařadil mezi nejvýznamnější lékaře té doby. Natrvalo se zapsal do dějin československé medicíny, k jejíž mezinárodní pověsti přispěl svým podílem na výsledcích, dosažených v boji proti následkům tehdejší hrozivé nemoci — dětské obrny, kterému věnoval všechny síly svého neobyčejného lékařského a organizačního talentu, umocněné mimořádnými vlastnostmi lidskými.

Jeho curriculum vitae neoslňuje závratností kariéry ani honosností dosažených poct. Je dokladem života obětavého lékaře, který se stal v duchu svého jména služebníkem trpících. Narodil se 24. května 1916. Mládí prožil v jižních Čechách. Po maturitě na gymnáziu v Jindřichově Hradci v r. 1935 se zapisuje na lékařskou fakultu Univerzity

Karlovy v Praze. Po nedobrovolné přestávce, způsobené druhou světovou válkou, pokračuje ve studiu. Promuje v r. 1946 a nastupuje na orthopedickou kliniku prof. Vavrdy do Hradce Králové. V r. 1948 je vyslán do Jánských Lázní zajišťovat lékařskou péči o postižené dětskou obrnou. Přišel jen na půl roku. Lékaři se střídali, neboť žádný zde déle nehodlal marnit svou klinickou kariéru. Doktor Pokorný však zůstal. Nedokázal opustit své nemocné, k jejichž osudu nemohl zůstat lhostejným. V r. 1949 vyhrál jako jediný přihlášený konkurs na místo ředitele. A během pěti let Jánské Lázně, proměněné v moderně koncipované rehabilitační centrum se šesti sty lůžky, ve srovnání s původními třiceti, spějí pod vedením osmatřicetiletého ředitele a primáře Dr. Františka Pokorného ke světové proslulosti. Té dosáhly mimo jiné i díky jeho rozhodnutí léčit následky poliomyelitidy metodou australské sestry Kenny, která byla z jeho popudu pozvána ministerstvem zdravotnictví do ČSR. Jasnozřivě rozhodnutí osvědčuje jednu z jubilantových předností — nepředpojatost. Metoda „pouhé" sestry se tehdy nesnadno prosazovala mezi odborníky z řad lékařů. Primář Pokorný přispívá k vědecké interpretaci geniálního empirického postupu a obohacuje jej o další terapeutické prvky. Janské Lázně se stávají střediskem výuky terapie následků dětské obrny pro naše i zahraniční zdravotníky. Primář Pokorný podniká studijní i přednáškové cesty po zemích východní a západní Evropy. Dostává pozvání ke stipendijnímu pobytu na Kenny institutu ve Spojených státech. Publikuje dvě desítky vědeckých prací u nás i v zahraničí a o svých výsledcích přednáší na mezinárodních setkáních. Vypracovává originální metodiky chirurgického léčení následků poliomyelitidy s prof. Pavlánským a primářem Uhrem. Z jeho spolupracovníků se později stávají čelné osobnosti naší i světové rehabilitační medicíny.

Začátek šedesátých let je díky rozsáhlým preventivním akcím ve znamení definitivního vítězství nad původcem dětské obrny. Terapeutické zaměření Janských Lázní se mění. Primář Pokorný odchází do Prahy, kde sa stává přednostou rehabilitačního oddělení OÚNZ devátého pražského obvodu ve Vysočanech. Promyšleně buduje systém poskytování kvalifikované rehabilitační péče. Věnuje se i celé šíři reflexních léčebných metod, v nichž získává skutečné mistrovství a věhlas. Patří mezi průkopníky a dnes přední odborníky a učitele akupunktury. Jeho lékařská všestrannost nachází vynikající uplatnění v podmínkách rehabilitačního oddělení první linie. Léčebná rehabilitace se v jeho rukou stává syntetickou medicínou. Je pln porozumění pro potřeby svých nemocných i spolupracovníků, z nichž vytváří svorný a oddaný kolektiv. Jeho obětavá práce pro naše socialistické zdravotnictví byla po zásluze oceněna udělením titulu zasloužilý lékař. Za dlouholetou činnost ve výboru Spolku českých lékařů v Praze mu Československá lékařská společnost Jana Ev. Purkyně udělila medaili a čestné členství. Přicházíme-li dnes s upřímnou gratulací k jeho neuvěřitelné sedmdesátce, připojujeme další srdečné blahopřání i k dovršení čtyřiceti let poctivé lékařské práce.

Vážený a milý pane primáři, přejeme Vám ze srdce, abyste dlouho ve zdraví a spokojenosti užíval plodů svého prací naplněného života, provázen láskou a vděčností všech, jimž jste ho zasvětil. Vaše dílo nás naplňuje obdivem, je pro nás trvalou inspirací a nedostižným příkladem.

Za kolektiv spolupracovníků
MUDr. František Neradilek.

Redakce časopisu Rehabilitácia se připojuje přáním dobrého zdraví a dalších úspěchů na životní cestě.

PROF. MUDr. ZDENĚK FEJFAR, DrSc., narodený 14. 10. 1916 v Libáni u Jičína, vyštudoval na Lekárskej fakulte Karlovej univerzity v Prahe. Po zavretí českých vysokých škôl r. 1939 pracoval až do konca vojny v pražských nemocniciach ako laborant a pomocný ošetrovateľ, promovaný na lekára bol až po oslobodení, v auguste 1945. Pracuje vedecky a odborne v oblasti porúch krvného obehu, od r. 1951 ako vedúci výskumný pracovník v Ústave pre choroby obehu krvného v Prahe, v r. 1959 až 1973 ako vedúci oddelenia kardiovaskulárnych chorôb v ústredí Svetovej zdravotníckej organizácie v Ženeve, od roku 1973 ako vedúci vedecký pracovník a zástupca koordinátora programu kardiovaskulárnych chorôb v Inštitúte klinickej a experimentálnej medicíny v Prahe. R. 1963 prednášal na Harvardskej univerzite v USA. Od r. 1965 bol profesorom patológie a terapie vnútorných ochorení na Karlovej univerzite v Prahe, v r. 1972 až 1974 mimoriadnym profesorom na univerzite v Ženeve. Je autorom alebo spoluautorom 17 monografií a asi 350 prác publikovaných v odborných českých a cudzojazyčných časopisoch. Je čestným členom Československej, Peruánskej a Švajčiarskej kardiologickej spoločnosti, Československej spoločnosti internistickej a Americkej kardiologickej spoločnosti, členom-korešpondentov Anglickej a Francúzskej kardiologickej spoločnosti, čestným občanom mesta La Pazu v Bolívii. Za zásluhy pri uplatnení zásad československého zdravotníctva a výsledky československej vedy na svetovom fóre mu bolo v r. 1966 udelené najvyššie československé zdravotnícke vyznamenanie — medaila J. E. Purkyňu.

PROFESOR
MUDr. ZDENĚK FEJFAR, DrSc.

Vážený pán profesor, milý Zdeňku!

Využívam príležitosť Tvojho životného jubilea, aby som Ti zaželal veľa zdravia, primerané šťastie, dobrú pohodu a dostatok práce, ktorá pre Teba neznamená iba plnenie povinností, ale predovšetkým tvorenie nových hodnôt. Vždy si pristupoval a pristupuješ pri plnení pracovných úloh z pozície človeka, pre ktorého práca nie je formálne ohraničený úsek času, ale je príležitosťou kreatívne skladať mozaiku hodnôt do obrazu, charakterizovaného logikou vecí a doplneného životnou múdrosťou lekára a vedca.

Si predovšetkým lekárom. A táto Tvoja životná úloha určovala Tvoju cestu. Vždy si

vychádzal z poznania Hippokrata, že tri veci určujú medicínu — choroba, chorý a lekár. Dobrá znalosť o chorobách — dokázal si to v mnohých publikáciách — schopnosť chápať chorého človeka nie ako objekt lekárskej starostlivosti, ale predovšetkým ako subjekt, postihnutý určitým ochorením, a konečne postoj lekára, determinovaný nielen profesionálnym záujmom o pacienta a jeho ochorenie, ale predovšetkým interakciou medzi lekárom a pacientom v zornom poli jeho ochorenia, toto sú kontrapunkty Tvojho lekárskeho umenia. A som presvedčený, že ide o lekárske umenie, pretože mnoho iných za rovnakých podmienok nevytvorili rovnaký model.

A si taktiež vedcom, ktorý formoval a formuloval základné koncepcie v boji proti mnohým, dnes tzv. masovým ochoreniam kardiovaskulárneho systému. Prevzal si tu rolu, aby som zostal u Hippokrata, kyberneta, určujúceho kurz vývoja výskumu a praktických konzekvencií týchto vedeckovýskumných poznatkov a navigujúci smer týchto vedeckovýskumných snáh tam, kde boli ťažiská príslušných problémov. A história, ktorá je dokladom toho, či cesta bola účelná, potvrdila jej správnosť. Veda a výskum by boli sterilné, keby nenašli uplatnenie v širokej praxi. Toto platí aj, vlastne predovšetkým pre medicínu, a treba zdôrazniť, že práve tu, kde prechádza veda v prax, našiel si vždy konkrétne riešenie. Epidemiologické poznatky z oblasti vybraných kardiovaskulárnych ochorení viedli k formulovaniu praktických línií v boji proti týmto kardiovaskulárnym ochoreniam. A tu je potrebné zdôrazniť ďalší smer, určujúci Tvoju prácu — organizátorský prístup pri finálnom riešení základných otázok modernej kardiologickej starostlivosti v medzinárodnom aj národnom meradle.

Pri tejto príležitosti nemôžem zabudnúť ani na ľudskú stránku Tvojej osobnosti. Aj keď táto stránka ustupuje v celom kontexte trochu do pozadia, vytvára napriek tomu pre Tvoju profesionálnu činnosť výrazný rámec. Sú známe Tvoje prístupy k ľuďom, ktorí Ťa, a nie zriedkavo, vyhľadávajú, sú známe Tvoje postoje k tým, ktorí Ťa, a ani to nie je výnimočné, potrebujú. Tvoj pokojný štýl, orámovaný milým úsmevom, a bystré rozpoznanie jadra problému, vytvárajú situácie, keď každý, kto Ťa potrebuje, alebo kto Ťa vyhľadá, cíti, že našiel človeka, ktorý rozumie a porozumie, ktorý pochopí a poradí, skrátka osobnosť, ktorá je prototypom nielen dobrého priateľa, ale predovšetkým dobrého človeka.

Roky unikajú, ale na Tebe to nie je vidieť. Možno preto, že sa častejšie vídame a diskutujeme, faktor času je určitým spôsobom vždy nezvratným fenoménom. Je to však preto, že biologická podstata Tvojej existencie predstavuje systém, kde minulosť, prítomnosť a budúcnosť vytvárajú jednotu stability vonkajších podmienok a vnútornej štruktúry človeka. Máš obdivuhodnú schopnosť stabilizovať zmeny nastupujúcej, či postupujúcej entropie s prihliadnutím na časový faktor.

Máš iste veľa priateľov. Je to logický dôsledok Tvojho životného behu — sú to priatelia z obdobia Tvojho športového života, sú to priatelia z obdobia Tvojej profesionálnej činnosti v Ústave pre choroby krvného obehu, vo Svetovej zdravotníckej organizácii a v Inštitúte klinickej a experimentálnej medicíny. Mnoho ľudí Ťa pozná z kongresov, konferencií, z prednášok a publikácií, mnoho ľudí Ťa pozná z Tvojej praktickej činnosti lekára v ambulancii a na lôžku. A všetci títo známi a neznámi si Ťa vážia, pre Tvoje odborné a ľudské postoje, pre Tvoj prístup k nim samým, ktorý nie je podmienený pracovnou alebo spoločenskou kauzalitou.

Som rád, že Ti môžem napísať tento list a rád využívam túto príležitosť, aby som povedal, že ma teší, že si mojím priateľom, a taktiež, že sa môžem počítať medzi Tvojich priateľov.

Epikuros kedysi predniesol myšlienku, že uctievanie múdreho človeka je veľkým ziskom pre tých, ktorí ho uctievajú. Som presvedčený, že práve táto myšlienka charakterizuje jednu z tých čŕt, ktoré dokumentujú základy priateľstva medzi mnohými a Tebou.

Ad multos annos!

Mirek Palát

RECENZIE KNÍH

G. BRÜSCHKE (editor)
HANDBUCH DER INNEREN ERKRANKUNGEN. Band 1, Teil 1: HERZ — KREISLAUF- UND GEFÄSSERKRANKUNGEN
Příručka chorob vnitřních. Srdeční, oběhové a cévní choroby.
VEB Gustav Fischer Verlag, Jena 1985.

Široce koncipované dílo, nazvané jednoduše příručkou vnitřních chorob, které pod vedením prof. Brüschkeho z Berlína sestavuje celá řada předních internistů ze sedmi zemí, se objevuje na knižním trhu svým prvním dílem svazku. Dílo je proponované celkem do pěti dílů, jednotlivé díly budou vydávány v několika svazcích. První díl bude mít celkem dva svazky: první je předmětem této recenze a pojednává o chorobách srdce a cév. Celé dílo je koncipované jako příručka pro klinickou a praktickou činnost a představuje jeden z monumentálních projevů autorských i nakladatelských.

Je dílem, které jistě svou koncepcí i provedením přesáhne hranice Německé demokratické republiky a stane se vyhledávanou příručkou i u nás. První díl prvního svazku má celkem 11 kapitol, dělených na podkapitoly. Morfologie srdce a cév je náplní prvé kapitoly, po níž následují kapitoly o fyziologii a patofyziologii funkce myokardu, patofyziologii malého krevního oběhu, fyziologii, patofyziologii a patologické anatomii arteriálních cévních kmenů. Menší kapitoly věnují pozornost fyziologii, patofyziologii a patologické anatomii venózního systému, fyziologii a patofyziologii koncových drah a fyziologii a patofyziologii lymfatického systému. Po těchto kapitolách autorský kolektiv věnuje pozornost klinické oblasti. Jsou zde rozebrány vyšetřovací metody krevního oběhu, invazivní i neinvazivní, a přechází se na široce koncipovanou kapitolu o základech klinické kardiologie, po níž následuje kapitola o základech klinické angiologie. První díl prvého svazku uzavírá kapitola věnovaná základům kardioangiologické intenzívní medicíny.

Věcný rejstřík ukončuje celý svazek, jednotlivé kapitoly mají bohatou ilustrační dokumentaci, celou řadu obrázků, schémat a tabulek, každá kapitola a jednotlivé podkapitoly obsahují seznam další literatury.

Jde tedy o široce koncipovanou, přesně zpracovanou učebnici s detailním rozdělením diskutované látky, systematicky uspořádané do jednotlivých kapitol a podkapitol. Autoři jednotlivých kapitol jsou přední odborníci — internisti a jejich pojetí jednotlivých kapitol oddílů knihy svědčí jednak o jejich velkých teoretických i praktických zkušenostech a jednak o umění výběru a sestavení jednotlivých potřebných dat pro tuto příručku vnitřního lékařství. Je pravdou, že jednotlivé kapitoly obsahují mnoho detailů, že jejich rozsah mnohdy přesahuje časové možnosti každého, kdo chce tutu příručku studovat, je však též pravdou, že jde vlastně o příručku, která může dát odpověď v každé situaci a v dostatečném informačním rozsahu. Je vždy těžké najít kompromis mezi požadavkem na informace a potřebou těchto informací. Příručka vnitřního lékařství se pokouší dát do souladu tyto požadavky a potřeby.

Ve světové literatuře existuje celá řada rozsáhle koncipovaných příruček — mnohé mají charakter učebnic, mnohé jsou monografie — s rozdílným způsobem zpracování a s rozdílným určením použití. Brüschkeho ediční záměr sleduje jistě především široké praktické použití, aby každý internista a praktický lékař našel dostatek potřebných odborných informací pro svoji medicínskou praxi — a tento záměr, soudě podle prvního dílu prvého svazku, se daří. Příručka je rozsáhlá pro soustavné studium, ale každý, kdo pozná systém uložení informací v této příručce,

ji bude pokládat za velmi vhodný pramen pro svou odbornou činnost. Předností této příručky je skutečnost, že je uvedena na současný stav poznatků vnitřního lékařství, soudě podle obsahu jednotlivých kapitol recenzovaného prvého svazku prvního dílu. To je v každém případě plus, protože samotné sestavení takového rozsáhlého díla je vždy otázkou dlouhodobou a vyžaduje aktuální zpracování nových informací, které se objevily v různých časopisech a kratších monografiích.

Autoři jednotlivých kapitol a podkapitol jsou však mezinárodně uznávaní odborníci, a proto zřejmě nebylo velmi těžké dosáhnout, aby obsahově jim svěřené kapitoly představovaly současný stav odborného poznání.

Budeme se jistě těšit na další díly této pozoruhodné příručky, která jistě nebude chybět na stole nebo v knihovně všech, kteří berou vážně své povolání lékaře.

Dr. M. Palát, Bratislava

M. BERGENER, B. KARK
ZEREBRALE GEFÄSSKRANKHEITEN IM ALTER
Cerebrálne cievne poruchy v starobe
Steinkopff Verlag, Darmstadt 1985.
ISBN 3 — 7895 — 0664 — 7

Krátka monografia, ktorú zostavil prof. Bergener a dr. Kark a ktorej úvod napísal prof. Zülch, jeden z najlepších odborníkov v oblasti cievnych mozgových porúch, sa zaoberá otázkami diagnostiky terapie a rehabilitácie cievnych mozgových porúch. V jednotlivých prácach dobre dokumentovaných, prehľadne napísaných, sa rozoberá otázka patofyziologických základov cerebrálnych porúch prekrvenia a metabolizmu, otázky rizikových faktorov a cerebrovaskulárnych ochorení vo vyššom veku a problematika internistických aspektov mozgového infarktu. Ďalšie práce sa zaoberajú angiografickou a počítačovotomografickou diagnostikou, klinikou cerebrálnej ischémie a psychiatrickými a psychologickými aspektami mozgovej porážky.

Diagnostiku a terapiu extrakraniálnych cievnych stenóz vo vyššom veku a chirurgické postupy pri týchto extrakraniálnych cievnych stenózach rozoberajú ďalšie dve práce. V ďalšom sa hovorí o patofyziologických predkladoch medikamentóznej terapie pri ischemickom inzulte, o vplyve Dextranu 40 na počet cirkulujúcich doštičkových agregátov u pacientov s cievnou mozgovou poruchou. Poruchy vyprázdňovania močového mechúra po náhlej cievnej mozgovej príhode prináša ďalšia práca.

Z hľadiska rehabilitačného sú pozoruhodné práce o rehabilitácii hemiplégií a o výsledkoch interdisciplinárnej rehabilitácie u pacientov po náhlych mozgových príhodách.

Prof. Bergener v záverečnom slove upozorňuje na poruchy prekrvení mozgu z hľadiska štatistiky mortality a zdôrazňuje skutočnosť, že pacienti s poruchou prekrvenia mozgu a následnou náhlou cievnou príhodou vykazujú stúpajúci trend. Táto skutočnosť je zreteľná vo vysoko rozvinutých krajinách, aj v Československu predstavuje problém základnej dôležitosti. Preto je vysokoaktuálna súčasná starostlivosť o týchto pacientov z hľadiska modernej diagnostiky, účelnej terapie a cielenej rehabilitácie. Recenzovaná publikácia o cerebrálnych cievnych poruchách v starobe akcentuje tieto snahy.

Dr. M. Palát, Bratislava

R. GEORGE, R. OKUN, A. K. CHAO
ANNUAL REVIEW OF PHARMACOLOGY AND TOXICOLOGY, Vol. 25 (1985)
Ročný prehľad farmakológie a toxikológie
Vydalo Annual Reviews Inc., Palo Alto, Californía 1985.
ISBN 0 — 8243 — 0425 — X

Lekári, farmaceuti a vedeckovýskumní pracovníci, ktorí majú možnosť pravidelne sledovať Ročný prehľad farmakológie a toxikológie, s potešením privítajú ďalší, v poradí už 25. zväzok tohto jubilejného periodického vedeckého diela. Tento zväzok je svojím obsahom mimoriadne bohatý a pestrý. Obsahuje celkom 20 tematických farmakologicko-toxikologických skupín, ktoré sú — ako všetky predchádzajúce zväzky — vypracované veľmi precízne, a na vysokej odbornej úrovni. Na tom diele pracovalo 65 významných odborníkov z vedeckovýskumných, univerzitných a klinických pracovísk. V dvadsiatich kapitolách je publikovaných 32 odborných prác. Podľa obsahu môžeme jednotlivé kapitoly a state zhrnúť do týchto veľkých skupín:

1. Úvodná kapitola obsahuje reminiscencie z oblastí farmakológie (A. D. Welch), klinickej farmakológie (L. Lasagna) a stať o perspektívach v toxikológii (M. B. Chenoweth).

2. Mechanizmus účinku liečiv a chemikálií: Tu je publikovaná práca o úlohe kyslíkových radikálov a o možnom mechanizme promócie tumorov (W. Troll a R. Wiesner), o regulácii glutatiónu v pečeni, o vplyve steroidných hormónov na reguláciu génovej expresie (GM. Ringold), o úlohe cyklického GMP na relaxáciu hladkého svalstva ciev (L. J. Ignarro a F. J. Kadowitz). S touto kapitolou súvisí aj ďalšia problematika, zameraná na štúdium vzťahov chemickej štruktúry a účinku liečiv. M. L. Cohen tu publikoval prácu o syntetických a fermentáciou získaných inhibítoroch enzýmov, konvertujúcich angiotenzín a autori A. E. Takemori a P. S. Portoghese spracovali rozsiahly príspevok o afinite postranných reťazcov k ópioidným receptorom. V samotnej stati je spracovaný aj mechanizmus protizápalového účinku steroidov pri alergických ochoreniach (R. P. Schleimer).

3. Farmakokinetika, absorpcia a eliminácia liečiv:
Autori J. R. Bend a spolupracovníci tu venovali pozornosť funkcii pľúcneho epitelu pri ukladaní, akumulácii a metabolizme xenobiotík rôznej chemickej štruktúry a rôznych farmakologických vlastností.

4. Kardiovaskulárna farmakológia:
V tejto kapitole osobitnú pozornosť zasluhuje práca o súčasnom stave a perspektívnych možnostiach trombolytickej terapie (S. Shrry a E. Gustaffson), ako aj práce o vzťahu noradrenalínu k vaskulárnym neuroefektorom pri hypertenzii (T. C. Westfall a M. J. Meldrum).

5. Neurofarmakológia a neurochémia:
Veľmi názorne a prehľadne je tu spracovaná otázka farmakologických modulátorov a stimulátorov pôsobiacich na GIT, osobitne na chuť do jedla (J. E. Morley, a A. S. Levine). Do problematiky neuromuskulárnej farmakológie prispel M. S. Miller a P. S. Spencer prácou o mechanizme akrylamidovej axónopatie a K. E. Kammová s J. T. Stullom o funkcii myozínu v hladkom svale.

6. Anestetiká, analgetiká:
V kapitole je publikovaná fyziológia a farmakológia spinálnych opiátov (T. L. Yaksh a R. Noueihed).

7. Interakcie liečiv:
Touto problematikou sa zaoberajú viaceré kapitoly a v nich zaradené práce, napríklad: Interakcie liečiv typu diuretík, betablokátorov, antihypertenzív, vazodilatancií, antiarytmík, antagonistov kalcia a iné (D. T. Lowenthal a Z. V. Kendrick). Táto práca má až 200 literárnych citácií. V samotnej stati sú spracované klinicky žiadúce interakcie niektorých liečiv, napríklad chemoterapeutík, antiparkinsoník, diuretík, antacíd (G. J. Caranasos a spolupr.).

8. Endokrinná farmakológia:
Obsahuje štúdiu o fyziológii somatokrinínu, releasing faktore rastového hormónu (W. B. Wehrenberg a spolupr.).

9. Priemyselná toxikológia:
Tu možno vyzdvihnúť významnú prácu o toxikológii formaldehydu a kvantitatív-

nom určení jeho rizika (T. B. Starr a J. E. Gibson).

Rovnako hodnotne sú v recenzovanom 25. zväzku spracované aj kapitoly z perinatálnej farmakológie a z oblasti štúdia reprodukčných procesov a fertility.

Všetky publikované práce v jednotlivých kapitolách tohto zväzku sú doplnené značným počtom citovanej odbornej literatúry, prevažne z posledných 3, 5 až 7 rokov. Ak niektorého čitateľa určitá problematika osobitne zaujíma, v celom zväzku je citovaných 3533 literárnych prác.

Recenzovaný 25. zväzok má v záverečnej časti sled praktických indexov: predmetový, kumulatívny autorský index zväzkov 21 až 25 a veľmi si ceníme aj kumulatívny index jednotlivých kapitol, ktoré sú zaradené vo zväzkoch 21 až 25. Možno teda konštatovať, že nový, 25. zväzok Ročných prehľadov prináša opäť cenný výber najnovších výsledkov vedeckovýskumných prác z oblastí, ktoré sme v tejto recenzii aspoň stručne naznačili a posúdili. Jednotlivé práce z oblasti experimentálnej a klinickej farmakológie aj toxikológie boli zverené významným odborníkom a sú mimoriadne bohato dokumentované obrázkami, resp. nákresmi a tabuľkami.

Čitatelia by iste radi privítali, keby sa do jednotlivých zväzkov pravidelne zaradila aj kapitola o nových liečivách, ako tomu bolo v 21. zväzku v roku 1981 (Okun, R.).

Recenzovaný 25. zväzok Ročných prehľadov je ďalším cenným prínosom nových poznatkov z klinickej farmakológie a toxikológie a bude cenným podnetom aj pre naše vedeckovýskumné pracoviská. ho plánu tém zaradené do tohto zväzku:

Š. Kišoň, Bratislava

M. R. ROSENZWEIG, L. W. PORTER
ANNUAL REVIEW OF PSYCHOLOGY, Vol. 36 (1985)
Ročný prehľad psychológie
Vydalo Annual Reviews Inc., Palo Alto, California 1985.
ISBN 0 — 8243 — 0236 — 2

Tento ďalší, v poradí 36. zväzok známej a osvedčenej série ročných zborníkov so súbornými referátmi z oblasti psychológie sa vyznačuje veľmi širokým tematickým záberom. Obsahuje 18 príspevkov a okrem podrobného autorského a vecného registra vlastného zväzku aj kumulatívny prehľad statí z posledných 5 zväzkov, teda 32. až 36. za roky 1981 až 1985.

Pracovníkov v zdravotníctve budú asi najväčšmi zaujímať práve dve „aktuálne témy", ktoré boli okrem stáleho rotačného plánu tém zaradené d o tohto zväzku: ide o príspevok Zdravotná psychológia, kde autori D. S. Krantz, N. E. Grundberg a A. Baum (Bethesda, Maryland) referujú o najnovších poznatkoch v oblasti spájajúcej zdravotný stav a stress (a samozrejme problém fajčenia, obezity a typu A správania), ako aj stať Pohlavie a rod (Kay Deaux, Purdue University) o intersexuálnych rozdieloch nielen v oblasti kognitívnej a osobnostnej, ale aj o chápaní rozdielnych úloh muža a ženy a ich stereotypoch.

Rôznym fyziologickým aspektom sú venované ďalšie state, a to Bunečné mechanizmy učenia, pamätania a ukladania informácií od J. Farleyho a D. L. Alkona, a Pokroky v neurofyziológii lokalizácie zvuku (D. P. Philips a J. F. Brugge). V určitom zmysle sem možno zaradiť aj článok Hypnóza (J. F. Kihlstrom, Madison Wisc) rozoberajúci problémy hypnozitovateľnosti a jej zisťovania, všeobecne teoretické pokroky, ako aj konkrétne klinické aplikácie hypnózy.

Biologickej problematike je venovaný príspevok R. E. Wimera Genetika správania u zvierat: hľadanie biologických základov správania. Podobné, viac ekologické zameranie má Ekológia obstarávania krmiva: implikácie pre učenie sa zvierat (A. C. Kamil a H. L. Roitblat).

Ontogentická problematika je prezentovaná v úvodnom historicko-súbornom

referáte seniorky americkej psychológie Harriet L. Rheingoldovej Vývoj osoby ako získavania oboznámenosti, kde rozlišuje oboznámenosť („familiarity") a novosť nie ako dva póly jedného kontinua, ale dve rozdielne premenné. O otázkach individuálneho vývoja hovorí aj referát Etapy a individuálne rozdiely v kognitívnom vývine (K. W. Fischer a L. Silvern), a v istom zmysle ešte aj Škola ako sociálna situácia (S. B. Sarason a M. Klaber).

Prienik spoločenských a klinických otázok nachádzame v článku Sociálne faktory v psychológii: stress, spoločenská podpora a vysporiadanie sa autorskej trojice R. C. Kessler, R. H. Price a Camille B. Wortman, kde je zaujímavý najmä pohľad na subjektívne a osobné „náklady" poskytovania sociálnej pomoci u tých, ktorí takúto morálnu pomoc poskytujú.

Ďalšie príspevky s viac psychologickými témami sa týkajú súčasných diskusií o pojme osobnosti, medziskupinových postojov, sociálnej kognície a príslušných motivačných stratégií, inžinierskej psychológie, sociálnej psychológie v oblasti práce, kontrolovateľnosť motivácií a pod. Metodologický charakter má stať o tzv. latentnej štruktúre a položkovej analýze v modeloch psychologického testovania.

Celkove ide o širokospektrálny a informatívny prehľad o najnovších vývojových tendenciách vo svetovej psychológii a jej príbuzných disciplínach, pravda, v prevažnej miere orientovaný na písomníctvo uverejnené v angličtine.

Doc. R. Štukovský, CSc., Bratislava

G. GROSSMAN et al.
REHABILITATIONSPÄDAGOGIK VERHALTENSGESCHÄDIGTER
Rehabilitačná pedagogika pri poruchách chovania
VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1984.

Recenzované dielo sa zaoberá základnými otázkami výchovy a vzdelávania detí a mládeže s poruchami správania. Ide o moderné poňatie tejto disciplíny špeciálnej pedagogiky, ktorej pracovná oblasť a definícia nie sú ešte doteraz celkom precízne sformulované a všeobecne prijaté. Zrejme tento — pre každú vednú disciplínu východiskový — aspekt zohľadnili aj autori, keď svoje dielo venovali (iba) 20-ročnému výročiu existencie tejto disciplíny na Humboldtovej Univerzite v Berlíne. Autori chceli svojou prácou jednak prispieť k objasneniu základných otázok, jednak sa orientovať najmä na objasnenie kauzálnych súvislostí vzniku porúch správania, jednoty sociálnych, neurofyziologických a psychických faktorov z hľadiska ich prejavov aj možností ovplyvňovania zo strany prostredia. Svojím dielom sa obracajú nielen na odborníkov v špeciálnych zariadeniach, ale aj na pedagógov pracujúcich s deťmi a mládežou, ktorí majú problémy so správaním sa svojich žiakov, ako aj rodičov. Celú knihu možno rozdeliť do piatich hlavných častí. Po každej časti je osobitne uvádzaná príslušná literatúra.

Prvá časť práce (s. 10 — 16) ja zacielená na otázky vedeckého základu pedagogiky osôb s poruchami správania, jej vývoja a stavu v NDR. Prínosom je tu skutočnosť, že k problematike detí a mládeže s poruchami správania autori pristupujú komplexne, t. j. nielen zo zúženého pohľadu, ale ako k dialekticky súvisiacim, biologickým, psychologickým a sociálnym faktorom.

Druhá časť (s. 17 — 50) je venovaná najdiskutovanejším otázkam z tejto oblasti: základným znakom porúch správania u detí a mládeže. Autori tu postupujú veľmi systematicky: definujú najprv samotné správanie, potom nápadnosti v správaní a poruchy správania, na to nadväzuje klinická charakteristika porúch správania, a napokon zhrnujúca charakteristika detí a mládeže s týmito poruchami.

Komplexné pojatie je príznačné aj pre spracovanie tretej časti knihy (s. 51 — 61), venovanej otázkam diagnostiky. Autori tu uzrejmujú diagnostické problémy nielen z pedagogického, ale aj z medicínskeho a psychologického aspektu.

Kľúčovou kapitolou celej knihy je štvr-

tá časť (s. 62 — 104), ktorá hovorí o realizácii samotnej výchovy a vzdelávania detí s poruchami správania. Pozitívne treba hodnotiť, že popri aspektoch teórie výchovy a vzdelávania, nezabúdajú ani na rodinnú výchovu a problémy poradenstva.

Piata časť (s. 105 — 108) je stručnou a výstižnou správou o inštitúciách, v ktorých sa v NDR realizuje špeciálna výchova a vzdelávanie detí a mládeže s poruchami správania.

Záverom: V rámci problematiky postihnutých osôb je relatívne najmenej rozpracovanou oblasťou problematika porúch správania. O to sa väčšmi musí oceniť úsilie autorského kolektívu z NDR, ktorý sa pokúsil vo svojej monografii rozobrať a riešiť základné otázky tejto problematiky. Možno oprávnene čakať, že na základe tejto knihy dôjde k ďalšiemu rozpracovaniu oblasti porúch správania nielen v NDR, ale aj v zahraničí.

PhDr. V. Lechta
Doc. I. Drobný, Trnava

H. SCHIPPERGES
ARZT UND PATIENT IN DER WELT VON MORGEN
Lékař a pacient v zítřejším světě
Verlag für Medizin Dr. Ewald Fischer GmbH, Heidelberg 1983.
ISBN 3 — 88463 — 025 — 3

Rozsahem nevelkou, obsahově však závažnou publikaci vydává v heidelbergském nakladatelství dr. Ewalda Fischera známý historik lékařství prof. Schipperges. Je určena široké veřejnosti a pojednává o závažných problémech vývoje současné medicíny. Po úvodní kapitole obsahuje tři oddíly; každý z těchto oddílů má čtyři kapitoly. Závěrečná krátká kapitola spolu s jmenným a věcným rejstříkem ukončuje tuto pozoruhodnou publikaci. Pozoruhodnou proto, že upozorňuje na některé všeobecné problémy, s kterými se setkáváme v současném lékařství. Jde především o otázky úlohy lékaře a problém pacienta a jeho choroby; autor dále diskutuje problematiku vývoje choroby jako takové a oblast chronicky nemocných ze současného pohledu. Počet těchto nemocných soustavně stoupá, mění se obrazy chorob, ty choroby, které před několika desítkami let představovaly pole působnosti lékaře, jsou dnes určitou vzpomínkou, a mnohý medik se s nimi v průběhu studia ani nesetkává. Objevují se nové „choroby", z nichž především tak zvané civilizačné škody představují současný zájem moderní medicíny. Mění se jistě i zdravotnická péče o nemocné, přechází se, anebo by se mělo přejít, k preventivním opatřením, protože důsledná prevence by měla za následek i kvantitativní změny ve spektru diagnostiky a terapie, což přináší právě otázky chronických chorob. Autor hovoří ve svém třetím oddílu o modelech, které medicínu čekají v budoucnosti, a dochází k názoru, že bude nutné modifikovat základní směr vývoje moderního lékařství z oblasti techniky orientované na chorobu na lékařství zaměřené na nemocného.

Knížka je velmi svěže napsaná, dobře se čte a je informující, přináší celou řadu faktů včetně historických reminiscencí — autor je známým historikem lékařství na univerzitě v Heidelbergu.

Dr. M. Palát, Bratislava

H. KANT
J. ROBERT OPPENHEIMER
BSB B. G. Teubner Verlagsgesellschaft, Leipzig 1985.

Jako 83 svazek ediční řady Životopisy vynikajících přírodovědců, techniků a lékařů vychází v lipském nakladatelství BSB B. G. Teubnera drobná publikace, věnovaná životu vynikajícího atomového fyzika J. Roberta Oppenheimera. Jak uvádí autor v předmluvě tohoto dílka, motivací pro napsání tohoto životopisu je stále hrozivé nebezpečí atomové války, podmíněné stále rostoucím vyzbrojováním Spojených států. J. Robert Oppenheimer, „otec atomové bomby", který poznal svůj „hřích" vůči celému lidstvu, se narodil v roce 1904 v New Yorku a studoval fyziku a chemii, později kvantovou mechaniku u Borna, Heisenberga a Jordana. Knížka líčí jednotlivé úseky životní cesty slavného fyzika, jeho dětství a dospívání, jeho působení v Berkeley a Pasadeně. Zabývá se dále obdobím, vedoucím ke konstrukci atomové pumy, a jeho pobytem v Los Alamos až k úseku, známém pod jménem „případ Oppenheimer".

Kniha je vyzdobena mnohými fotografiemi, dokumentujícími životní úseky cesty J. Roberta Oppenheimera, která jistě nebyla lehká, protože se do konfliktu dostává touha po vědění a poznávání a morální odpovědnost vědce za výsledky a použití vědeckých poznatků.

Ne příliš rozsáhlá, zajímavě napsaná a informující publikace z pera Horsta Kanta najde jistě pozornost nejen v řadách lékařů a přírodovědců, ale i jiných, kteří se zajímají o historii poznatků a kterým není osud lidstva lhostejný.

Dr. M. Palát, Bratislava

Ľ. KOMADEL A KOL.
TELOVÝCHOVNÉ LEKÁRSTVO
SPN, Bratislava 1985.

Ide o celoštátnu učebnicu telovýchovného lekárstva určenú pre výučbu poslucháčov telesnej výchovy na fakultách telesnej výchovy a športu a pedagogických fakultách. Autorský kolektív vedený prof. Komadelom pripravil v Slovenskom pedagogickom nakladateľstve pomerne rozsiahlu učebnicu o telovýchovnom lekárstve, obsahujúcu 24 kapitol, slovensko-český diferenčný slovník, prehľad literatúry a vecný register. Jednotlivé kapitoly sú doplnené početnými obrázkami, schémami a tabuľkami. Určenie učebnice determinuje jej obsah, preto sú tu akcentované predovšetkým tie oblasti telovýchovného lekárstva, ktorých znalosť je pre poslucháčov spomenutých vysokých škôl potrebná. Základná pozornosť sa venuje lekárskej prehliadke športovcov, diagnostike všeobecnej trénovanosti, funkčnej diagnostike a telovýchovne lekárskemu sledovaniu.

Sú diskutované aj otázky diagnostiky špeciálnej trénovanosti, diagnostiky stavov typických pre športovcov, otázky racionálnej výživy pri pohybovej činnosti a problematika hygieny. Druhá, menšia časť knihy sa zaoberá vlastnou problematikou kliniky telovýchovného lekárstva. Je informačná a zaoberá sa otázkami všeobecnej a špeciálnej prvej pomoci, chronickými poškodeniami v telesnej výchove a obväzovou technikou. Učebnica venuje pozornosť v menších kapitolách celému radu čiastkových problémov, ako sú regenerácia síl športovcov, otázky dopingu a problematika patológie športu. Krátka zmienka je tu aj o rehabilitácii a telesnej výchove oslabených, ako aj o športe, telesne postihnutých. Tieto kapitoly by si zaslúžili bezpochyby väčšiu pozornosť už aj z toho dôvodu, že absolventi fakúlt telesnej výchovy a športu sa zaoberajú vo svojej činnosti aj otázkami osobitnej telesnej výchovy a problematika rehabilitácie je dnes bezpochyby jednou z významných oblastí aj v telovýchovnom lekárstve.

Kniha poslúži ako príručka pre štúdium tejto problematiky na vysokých školách a bude iste potrebné v budúcich vydaniach niektoré problémy doplniť a niektoré kapitoly rozšíriť.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. C. ECCLES, D. N. ROBINSON
DAS WUNDER DES MENSCHSEINS
Zázrak lidského bytí
Piper Verlag, München, Zürich 1985.
ISBN 3 — 492 — 02966 — 7

Prof. John C. Eccles je nositelem Nobelovy ceny, kterou obdržel v roce 1963 za neurofyziologický výzkum, prof. Daniel N. Robinson je profesorem psychologie na washingtonské univerzitě v Georgtownu. Ve své poslední publikaci se oba autoři zabývají otázkami člověka, jeho biologické podstaty a skutečnosti, že člověk je více než robot. Ve dvanácti kapitolách rozebírají oba autoři — některé kapitoly napsali sami, jiné jsou společnou prací — otázky původu člověka a vývoje jeho vědom, otázky řeči, myšlení a mozku, problematiku učení a paměti, otázky inteligence přirozené i umělé a problematiku volních pohybů i otázky s tím související. V závěrečné kapitole diskutují autoři o problematice osobnosti a otázkach smrti. Doporučená literatura, jmenný a věcný rejstřík ukončují tuto rozsahem ne příliš velkou, obsahem však velmi zajímavou publikaci, o kterou budou mít čtenáři — odborníci i laici — velký zájem.

Knížka je velmi dobře napsaná, diskutuje o moderní problematice člověka z různých aspektů a vychází z experimentálních a klinických zkušeností autorů, kteří se zabývají člověkem z různých aspektů — aspektů neurofyziologa a aspektu psychologa. Uvádějí v jednotlivých kapitolách celou řadu pozorování a důkazů pro své závěry, které představují jistě podněty pro další studium celé této problematiky. Kniha je zajímavá právě pro diskutovaná neurofyziologická hlediska, prof. Eccles přispěl významným způsobem k odhalení některých neurofyziologických zákonitostí lidského mozku.

Kniha je doplněná některými obrázky, dokumentujícími text jednotlivých kapitol. I když je publikace určená především laickému čtenáři, nacházejí zde i mnoho cenných informací odborníci — lékaři, psychologové a přírodovědci. Pro rehabilitační pracovníky jsou velmi cenné kapitoly zabývající se neurofyziologií centrálního nervového systému a otázkou volních pohybů, kde prof. Eccles má beze sporu velké experimentální zkušenosti. Publikace obou autorů se důstojně zařazuje mezi ostatní díla, známá z péra prof. Ecclese. Polygrafická vybavení představuje standard Piperova nakladatelství.

Dr. M. Palát, Bratislava

H. SCHIPPERGES
HOMO PATIENTS
Piper Verlag, München, Zürich 1985.
ISBN 3 — 492 — 02950 — 7

Prof. Schipperges je ředitelem Ústavu dějin lékařství na universitě v Heidelbergu a vydává jako jedno ze svých posledních děl knihu věnovanou nemocnému. Kniha vlastně pojednává o historii nemocného člověka a je rozdělena na čtyři oddíly. V prvém, nazvaném Zůstávající fenomeny zabývá se autor pojmem cho-

roby a zdraví v archaických kulturách, antice a středověku. Druhý díl Nosné paradigmy diskutuje o otázce éry Galena, Paracelsa a Wirchowa, v třetím díle Alternativní koncepty věnuje autor pozornost období a činnosti Fiedricha von Hardenberga, známého pod pozdějším jménem Novalis, Friedricha Nietzscheho — je tu uvedená dobře zpracovaná patobiografie a — otázkám vývoje medicíny ve 20. století, kdy tato oblast lidské činnosti se dostává do pohybu. Postavy jako Ludolf von Krehl, Victor von Weizsäcker a další defilují v těchto kapitolách jmenované pozoruhodné knížečky. Poslední čtvrtý díl Lékařství v zítřejším světě je vyvrcholením Schippergesovy publikace. V jednotlivých kapitolách této části snaží se vyhodnotit bilanci století, hovoří o možných nemocech 3. tisíciletí, rozebírá otázky léčebné techniky, problematiku laické medicíny, otázky léčebných systémů a institucí, poskytujících léčebně preventivní péči. Věnuje pozornost prevenci, terapii a rehabilitaci na nejrůznějších úrovních péče o nemocného člověka. Zajímá se o vývoj lékařských služeb v historickém sledě a diskutuje o otázkách léčebných výkonů z pohledu současnosti. Zajímá stanovisko k otázkám vztahu lékař — pacient a hovoří o integraci lékařství tak, že je potřebné uvážit přechod od léčebné techniky k léčitelství. Závěr knihy přináší další literární prameny, uspořádané podle jednotlivých kapitol a malý biografický rejstřík pro rychlou informaci čtenáře. Kniha je doplněná řadou fotografií, schém a dalších ilustrací.

Schippergesova publikace je určitou syntézou názorů lékaře, vycházejícího z historických poznatků lékařství a jeho směrů v průběhu století a z konfrontace se současným vývojem. Autor, který vykonával sám praktickou lékařskou činnost jako neurolog a psychiatr, zamýšlí se v jednotlivých kapitolách nad základními otázkami nemocného člověka a nad koncepcemi, které jednotlivé historická období formulovala v průběhu dějin v oblasti zdraví a choroby, péče o nemocného a o možnosti přístupu k nemocnému.

Kniha je velmi dobře napsaná, lehko se čte a přináší mnoho informací a hlavně jejich syntézu. Syntetický pohled na jednotlivé diskutované otázky je také předností knihy. Publikace není historizující, i když vychází z historie — je živě napsaným spisem, který jistě najde široké rozšíření mezi čtenáři.

Dr. M. Palát, Bratislava

D. ŽITŇAN
CHONDROCALCINOSIS ARTIKULARIS
Osveta, Martin 1985.

V edícii pre postgraduálne štúdium lekárov ako 48. zväzok Hálkovej zbierky vychádza pozoruhodná monografia doktora Žitňana, venovaná otázkam artikulárnej chondrocalcinózy. Ide o novú klinickú jednotku, relatívne málo známu v našom i zahraničnom odbornom písomníctve. Autor vo svojej práci podáva podobný nozografický rozbor tejto choroby, u nás známej od roku 1956. Pozornosť venuje vývoju poznatkov o patologickej kalcifikácii, otázke nomenklatúry a klasifikácie artikulárnej chondrocalcinózy. Ďalšia, relatívne rozsiahla kapitola sa zaoberá nozografiou tohto ochorenia. V nasledujúcej kapitole sa rozoberajú otázky etiológie a patogenézy, otázky diagnostiky a diferenciálnej diagnostiky a otázky terapie tohto ochorenia, jeho prognózy a problematika pracovnej schopnosti pri tomto ochorení, ktoré sa vyskytuje v rodinách a postihuje viacerých členov. Pozoruhodný je predovšetkým röntgenologický nález s identifikáciou mikrokryštálov kalciumprofosfátu dihydrátu.

Jednotlivé kapitoly sú doplnené potrebnými tabuľkami, fotografiami, röntgenogrammi a ďalšou dokumentáciou. Bohatý prehľad literatúry ukončuje túto zaujímavú, možno povedať ojedinelú monografiu v slovenskom odbornom písomníctve.

Ako autor vo svojej monografii zdôrazňuje, je potrebné venovať pozornosť predovšetkým tomuto ochoreniu, charakterizovanému predovšetkým zvápenatením ar-

tikulárnych chrupaviek. Aj keď terapia tohto ochorenia nie je jednoznačná a kauzálna, autor poukazuje na možnosti použitia antiflogistík a analgetík.

Monografia je dobre napísaná, jednotlivé kapitoly prehľadne rozoberajú základné otázky, polygrafické vybavenie publikácie je dôkazom dobrej starostlivosti vydavateľstva Osveta v Martine.

Dr. M. Palát, Bratislava

M. ŠAŠINKA, J. BUCHANEC, F. DÉMANT A KOL.
NEFROLÓGIA DETÍ A MLADISTVÝCH
Osveta, Martin 1985.

V Dérerovej zbierke ako 285. zväzok vychádza v roku 1985 široko koncipovaná monografia kolektívu autorov vedeného doc. Šašinkom, profesorom Buchanom a profesorom Démantom, venovaná otázkam nefrológie detí a mladistvých.

Detskej nefrológii sa venuje čoraz väčšia pozornosť z jednoduchého dôvodu — počet postihnutí obličiek v detskom veku sústavne stúpa, objavujú sa závažné klinické stavy, zvýraznili sa exaktné diagnostické metódy a zaviedli sa nové terapeutické postupy, ako je hemodialýza a transplantácia obličiek.

Monografia má dve časti — všeobecnú a špeciálnu. Vo všeobecnej časti sa hovorí o embryonálnom vývoji močových orgánov a ich anatómii, o fyziológii obličiek a o vyšetrovacích metódach v nefrológii detí a mladistvých.

V špeciálnej časti sa rozoberá klinická problematika — otázky nefrotického syndrómu, renálnej hypertenzie, akútnej a chronickej renálnej insuficiencie.

Ďalšie kapitoly venujú pozornosť anomáliám a vývojovým chybám obličiek a močových ciest, chorobám obličiek u novorodencov a ich symptomatológii, glomerulonefritídam a nefropatiám, otázkam proteinúrie a otázkam porúch homeostázy. V ďalšej kapitole autori rozoberajú problematiku tubulointersticiálnych nefritíd, infekcií močových ciest, enurézy a tubulopatie. Záverečné kapitoly tejto pomerne rozsiahlej monografie sa zaoberajú uroliriázou a nefrokalcinózou, nádormi obličiek a všeobecnými zásadami liečby nefropatií u detí a mladistvých.

Jednotlivé kapitoly sú bohato dokumentované, farebné obrázky sú na prílohách, prehľad písomníctva je zaradený vždy na záver jednotlivých kapitol.

Súhrny v nemeckej, anglickej a ruskej reči a vecný register ukončujú túto pozoruhodnú monografiu venovanú oblasti nefrológie u detí a mladistvých.

Autori jednotlivých kapitol sú skúsení klinickí pracovníci a predložená monografia určená doškoľovaniu lekárov je výrazom ich veľkých klinických skúseností v oblasti detskej nefrológie.

Dr. M. Palát, Bratislava

B. J. SIEGEL, A. R. BEALS, S. A. TYLER
ANNUAL REVIEW OF ANTHROPOLOGY. Vol. 14 (1985)
Annual Reviews Inc., Palo Alto, California 1985.
ISBN — 0 — 8243 — 1914 — 1

Štrnásty zväzok tohto periodického ročného prehľadu obsahuje 20 statí od 24 autorov a ako obvykle tematicky pokrýva celú šírku odboru antropológia v anglosaskom slova zmysle od biologicko-medicínskych aspektov človeka (ako ťažisko) cez oblastné, historické a archeologické problémy až po linguistiku a sociokulturálne témy.

Zaujímavá je štúdia o „sexuálnom di-

morfizme" autorskej dvojice D. W. Frayera a M. H. Wolpoffa. Neobmedzujú sa na konštatovanie a prezentovanie údajov, ale sledujú intenzitu tohto diformizmu v priebehu antropogenézy a jeho postupné zmenšovanie sa od opíc po súčasného človeka. Rozoberajú rôzne kauzálne modely a dochádzajú k názoru, že somatický sexuálny diformizmus sa v priebehu evolúcie systematicky redukuje v dôsledku konvergovania rolí muža a ženy tak po čisto ekonomickej, ako aj sociálnej stránke. Podobný aspekt dlhodobej evolúcie sleduje aj v oveľa užšej tematike príspevok Dentálna evidencia o diéte australopiteka (R. F. Kay), kde sa konfrontujú rôzne názory na faktory nutričné, ovplyvňujúce stav chrupu.

Metodologicky ladená je stať Štúdie humánnej genetickej vzdialenosti: súčasný stav a budúce perspektívy (L. B. Jorde), ktorá bez veľkého matematického aparátu prezentuje hlavné prístupy aj výsledky tejto metódy pre lepšie poznanie genetiky človeka. Ďalší metodologický príspevok je Aplikácia štatistiky v sociokulturálnej antropológii (M. Chibnik): jeho úsudky sú platné aj v širšom antropologickom kontexte, teda aj v tematike biomedicínskych otázok, najmä v oblasti „moderných" multivariátnych analytických metód, často veľmi nekriticky aplikovaných.

Súborným prehľadom v klasickom zmysle je aj kapitola Bioantropologický výskum v rozvojových krajinách (R. Hussová — Ashomoreová a F. E. Johnston), týkajúca sa zdravotného stavu, rastu detí, výživy a demografie v treťom svete. Literatúra pozostáva zo 471 záznamov, prevažne, bez výnimky v angličtine. Ideologický boj proti americkému fundamentalizmu predstavuje článok Antropológia, evolúcia a vedecký kreacionizmus (J. N. Spuhler), referujúci o protidarwinistických pozíciách protestantských teológov a o ich dejinách, od slávneho „opičieho procesu" v Tennessee až dodnes, keď sa najtuhšie boje zvádzali o povolenie alebo zákaz konkrétnych učebných textov v školách. Škoda, že článok má veľmi nerovnakú kvalitu.

Styčné plochy medzi Nursing a Antropológiou autoriek M. C. Doughertyovej a T. Tripp — Reimerovej vychádza z pojmu samostatnej disciplíny „nursing", definovanej ako „diagnostikovanie a starostlivosť o reakcie človeka na aktuálne alebo potencionálne zdravotné problémy", mimo a popri klasickej medicíne. Obe spolu tvoria „starostlivosť o zdravie" (health care). Nursing má mnohé paralely k (staršej) antropológii a iba v posledných rokoch sa začína konštituovať ako samostatná disciplína, analogická vzťahu medzi medicínou a sociológiou, so značnou dávkou etnografie.

Zborník obsahuje ešte niekoľko zaujímavých statí archeologických (o keramike, o chronológii človeka v Amerike, a o dejinách US-archeológie), lingvistických (sociálny štatus a štýl, a najmä o texte a jeho úpravách, exemplifikovaných na rôznych druhoch lekárskych a zdravotníckych písomností) a sociálnokultúrnych. Predstavuje zaujímavé a podnetné čítanie a informuje aj o prieniku biomedicínskych disciplín do príbuzných odborov.

Doc. MUDr. R. Štukovský, Bratislava

A. GERYLOVOVÁ, J. HOLČÍK
ZÁKLADY STATISTICKÉ METODOLOGIE V LÉKAŘSKÉM VÝZKUMU
Avicenum, Praha 1985.

Pri súčasnej „komputerizácii dát" v zdravotníckej praxi aj lekárskom výskume je prakticky nevyhnutné, aby výskumník, či už v klinickej praxi alebo v základnom výskume, bol oboznámený so základnými metódami štatistického spracovania údajov. Preto je takáto príručka — zvlášť pri chronickom nedostatku podobnej literatúry na našom trhu — veľmi vítaná.

Kniha vznikla zrejme na základe seriálu článkov, ktoré autori v spolupráci s prof. A. Žáčkom uverejňovali v rokoch 1974 — 1977 v časopise Vnitřní lékařství. Má 11 kapitol a siaha od úvodného zberu dát a popisnej štatistiky cez pravdepodobnosť, rozdelenia náhodných veličín a štatistické odhady až po testovanie hypotéz. Ďalej je tu ešte analýza rozptylu

a závislosti kvantitatívnych a kvalitatívnych znakov.

Veľmi priliehavá je kapitola II Plán štatistického výskumu, kde autori vysvetľujú zrejme vlastnou praxou overené problémy metodológie výskumu a upozorňujú na chyby, ktorým sa experimentátori často nedokážu vyhnúť, a to tak pri samotnom formulovaní hypotéz, ako aj pri plánovaní a realizácii výskumu. Kapitola IV, venovaná popisnej štatistike, obsahuje bežné štatistické charakteristiky, vrátane indexov, doložené názornými príkladmi. Škoda, že smerodajná odchýlka (sigma) je definovaná iba pre veľké výbery, bez poukazu na nutnosť použiť počet stupňov voľnosti (t. j. $n-1$) práve pri malých rozsahoch. Vzhľadom na stále rastúci záujem o negaussovské referenčné hodnoty by azda bolo vhodné podrobnejšie demonštrovať kvantily a procentily.

Mimoriadne prehľadne a logicky je spracovaná kapitola VIII o testovaní štatistických hypotéz. Ku každej alternatíve nájdeme príklad,. dokonca s upozornením na iné, chybné alternatívy, čo vedie čitateľa ku konkrétnemu výberu primeraného postupu (napr. práve u McNemarovho testu, často neprávom opomenutého).

Pri súčasnom absolútnom nedostatku prístupnej domácej literatúry o analýze rozptylu je značným prínosom, že autori zaradili do učebnice aspoň základné typy, aj keď — ako sami píšu — nemohli pre obmedzený rozsah zaradiť aj zložitejšie „designy". Len pri dvojvchodovej analýze rozptylu ruší, že prehodili symboliku, na ktorú sme všetci zvyknutí z anglosaskej literatúry a jej prekladov: naraz je tu „c" počet riadkov (rows) a „r" počet stĺpcov (columns).

Záverom možno povedať, že táto príručka je veľmi dobre použiteľná ako metodologický receptár, či už na uskutočnenie vlastných výpočtov, alebo na porozumenie výpisov z počítača. Možno ju vrele odporúčať každému začiatočnému výskumníkovi, a to nielen v samotnej medicíne, ale aj v ostatných vedách o človeku (psychológia, antropológia i biológia, atď.). Pri takej širokej použiteľnosti knižky udivuje pomerne nízky náklad (1500 kusov), čo však na druhej strane dáva nádej, že čoskoro vyjde ďalšie (máličko upravené a doplnené) vydanie tejto vysokoinformatívnej a užitočnej učebnice.

M. Štukovská, Bratislava

SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ

VEDECKÁ KONFERENCIA SPOLOČNOSTI PRE REHABILITÁCIU V NEMECKEJ DEMOKRATICKEJ REPUBLIKE S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU

V Berlíne sa v dňoch 3. až 5. februára 1986 konala vedecká konferencia s medzinárodnou účasťou, ktorú usporiadala Spoločnosť pre rehabilitáciu v Nemeckej demokratickej republike spolu so sekciou Rehabilitačnej pedagogiky a komunikačnej vedy Humboldtovej univerzity v Berlíne.

Konferencia bola usporiadaná pri príležitosti 175. výročia berlínskej Humboldtovej univerzity a 275. výročia založenia Charité; teda dvoch ustanovizní, ktoré reprezentujú nemeckú vedu a nemeckú medicínu.

Takmer tisíc domácich a zahraničných účastníkov — zastúpených bolo viac ako tridsať štátov — rokovalo tri dni o niektorých závažných problémoch súčasnej rehabilitácie.

Rokovanie vedeckej konferencie prebiehalo v plenárnych zasadnutiach a v jednotlivých sekciách. Plenárne zasadnutie bolo prvý a posledný deň konferencie a dalo celkový rámec tematickému zameraniu konferencie. V rámci konferencie bola posledný deň diskusia k posterom, poukazujúcim na jednotlivé aspekty rehabilitácie.

Po slávnostnom zahájení konferencie a pozdravoch hostí zastupujúcich jednotlivé inštitúcie a organizácie v Nemeckej demokratickej republike — toto slávnostné zahájenie bolo doplnené vystúpením speváckeho zboru študentov Humboldtovej univerzity — prof. Becker, nový predseda Spoločnosti pre rehabilitáciu v Nemeckej demokratickej republike, v prvom bloku hovoril o vývoji fyzicko-psychických porúch u detí v priebehu tretieho až ôsmeho roku života. Po tomto úvodnom referáte, ktorý stanovil tematický okruh rokovania, v ďalších referátoch jednotliví autori venovali pozornosť niektorým detailným otázkam tejto oblasti, hovorilo sa o metodických problémoch matematicko-štatistického vyhodnotenia v longitudinálnych sledovaniach, o otázke prognostického významu skupinových a špecificky individuálnych predpokladoch výkonnosti v rehabilitačno-pedagogických oblastiach u detí, o vplyve podmienok výchovy v rodine na vývoj osobnosti ohrozených detí a o analýze podmienok porúch učenia u detí. Celý tento blok prednášok venoval pozornosť oblasti pedagogiky, problematike pedagogickej rehabilitácie, ktorá v súčasnosti v Nemeckej demokratickej republike získava čoraz väčší priestor v oblasti komplexnej rehabilitácie.

Druhý a tretí deň rokovania vedeckej konferencie sa rokovalo v jednotlivých sekciách, ktoré sa tematicky zamerali na jednotlivé okruhy špeciálnej rehabilitačnej starostlivosti. Programom v týchto sekciách pripravili pracovné skupiny a zamerali ho na akútne otázky rehabilitácie toho-ktorého okruhu. V rámci programu odzneli prednášky o komplexnej rehabilitácii pri poruchách správania, pozornosť sa venovala komplexnej rehabilitácii rečovo postihnutých, s osobitných zameraním na rozštepy, a komplexnej rehabilitácii telesne postihnutých, s osobitným zameraním na detskú mozgovú obrnu.

V rámci programu konferencie sa konali aj diskusie expertov — o metodológii a terminológii v rehabilitácii, o psychologickej diagnostike u pacientov s priečnou léziou miešnou, o otázkach technických pomôcok, o problematike hračiek a ich formovaní, o športe telesne postihnutých a o celom rade ďalších otázok, ktoré v súčasnej komplexnej rehabilitácii predstavujú určitú oblasť záujmu odborných pracovníkov.

Celkove možno k odbornému programu povedať toľko, že sa primárne zaoberal otázkami pedagogickej rehabilitácie v jej mnohopočetných aspektoch a formou jednotlivých prednášok a referátov poukázal na otázky, s ktorými sa stretáva každý pedagóg a každý rehabilitačný odborník na poli komplexnej rehabilitačnej starostlivosti. Dôraz sa kládol na túto komplexnosť pri zachovaní prístupu k základnému typu poškodenia a možnostiam rehabilitácie tohto poškodenia. Nie všade sa však ukázala želaná syntéza — väčšina prác niesla pečať pedagogickej teórie a praxe, ktorá iste predstavuje jeden z mnohých prístupov — cestu, ktorá je súčasťou komplexu bez nároku na postavenie ako rozhodujúci faktor v rehabilitačnom procese. Jednotlivé práce predkladali určité stanoviská, mnohé boli dokumentované vlastnými dátami a pozorovaniami.

Celá vedecká konferencia sa niesla v duchu požiadaviek pedagogickej rehabilitácie na jej začlenenie v komplexnom rehabilitačnom programe. Tieto požiadavky sú iste správne a predstavujú kvalitatívny krok v zlepšení celého komplexného rehabilitačného programu, tento komplexný program musí však byť zameraný v prvom rade na postihnutého človeka v celej jeho šírke postihnutí fyzických, sensorických a psychických funkcií.

V rámci vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konalo sa spoločenské prijatie u rektora Humboldtovej univerzity a večer v Nemeckom divadle spojený s recepciou. Spoločenský a kultúrny rámec vedeckej konferencie prispel k ďalšej výmene názorov medzi jednotlivými účastníkmi v oblasti rehabilitácie.

Z ČSSR sa vedeckej konferencie v Berlíne zúčastnila veľká delegácia, zastúpené boli Česká i Slovenská rehabilitačná spoločnosť, Zväz invalidov v ČSSR a pedagogickí pracovníci z Karlovej univerzity a Univerzity Komenského.

Celkove možno povedať, že vedecká konferencia Spoločnosti pre rehabilitáciu v Nemeckej demokratickej republike bola široko zameraná predovšetkým na otázky pedagogickej rehabilitácie, teda na smer, ktorému je potrebné venovať pozornosť aj u nás. Zároveň sa prediskutovali aj jednotlivé otázky komplexných rehabilitačných prístupov u jednotlivých typov postihnutí.

Dr. M. Palát, Bratislava

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně — Katedra rehabilitačních pracovníků připravuje na školní rok 1986/87 následující školící akce:

Kursy

Kurs pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova
Určení: Pro rehabilitační pracovníky zařazené do dálkové formy studia k 1. 9. 1986
Místo konání: Brno
Termín: I. pololetí — 2 týdny 8. 12. — 19. 12. 1986
II. pololetí — 2 týdny 1. 6. — 12. 6. 1987
Náplň: Obtížnější úseky náplně pomaturitního specializačního studia

Kurs pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčba prací, celostátní
Určení: Pro rehabilitační pracovníky zařazené do dálkové formy studia k 1. 9. 1986
Místo konání: Brno 1. 4. — 16. 5. 1987
11. 5. — 22. 5. 1987
Náplň: Obtížnější úseky náplně pomaturitního specializačního studia

Kurs pro školitele
Určení: Pro rehabilitační pracovníky — specialisty určené jako školitele v rámci jednotlivých krajů s cílem připravit účastníky kursu metodicky a organizačně pro funkci školitelů externě studujících pomaturitního specializačního studia v úseku práce LTV
Místo konání: Brno 10. 11. — 14. 11. 1986
Náplň: Pedagogické a psychologické požadavky na funkci školitele. Práce s výchovně vzdělávacími cíli. Organizace práce studujících, kontrola plnění úkolů. Pojetí předmětů: vyšetřovací metody a léčebná tělesná výchova

Inovační kurs pro vedoucí rehabilitační pracovníky
Určení: Pro vedoucí RP a kádrové rezervy, kteří absolvovali funkční kurs v organizaci a řízení zdravotnictví v roce 1983 a 1984
Místo konání: Brno 16. 2. — 20. 2. 1987
Náplň: Inovace znalostí v organizaci, odborné a řídící práci. Seznámení s novými směry v oboru

Inovační kurs pro specialisty v ortopedicko-rehabilitační problematice deformit páteře a úrazů páteře

Určení: Pro rehabilitační pracovníky specialisty, kteří získali specializaci do roku 1980

Místo konání: Brno 20. 4. — 30. 4. 1987

Náplň: Nejnovější poznatky v ortopedicko-rehabilitační problematice páteř. Konzervativní, operační a rehabilitační léčba. Protetická opatření.

Inovanční kurs pro specialisty v problematice rehabilitace u nemocných po náhlých cévních příhodách

Určení: Pro rehabilitační pracovníky specialisty, kteří získali specializace do roku 1980

Místo konání: Brno 30. 3. — 10. 4. 1987

Náplň: Nejnovější poznatky v problematice komplexního přístupu k nemocným po náhlých cévních příhodách. Úkoly a cíle dlouhodobého a krátkodobého rehabilitačního programu. Sociální a psychologická rehabilitace. Návaznost léčebné a pracovní rehabilitace.

Tématický kurs v problematice ergoterapie

Určení: Pro rehabilitační lékaře a rehabilitační pracovníky, kteří pracují na úseku léčba prací

Místo konání: Kladruby 13. 4. ,— 17. 4. 1987

Náplň: Teoretické a praktické principy ergoterapie v léčebné rehabilitaci. Možnosti provádění ergoterapie v různých typech zařízení. Spolupráce lékaře a rehabilitačního pracovníka

Tématický kurs ve spinálních cvicích

Určení: Pro rehabilitační pracovníky lázeňských zařízení

Místo konání: Bude určeno dodatečně GŘLZ, 12. 1. — 16. 1. 1987

Náplň: Teoretické a praktické zvládnutí spinálních a dechových cviků, jejich využití v léčebné rehabilitaci, především jako prevence vertebrogenních poruch

Soustředění vyučujících studijního oboru na SZŠ — celostátní

Určení: Pro vedoucí studijního oboru RP a učitelky odborných předmětů

Místo konání: Brno 29. 6. — 1. 7. 1987

Náplň: Zhodnocení 3. ročníku čtyřletého studia a příprava na nové pojetí výuky ve 4. ročníku

Školící místa

Školící místo v léčbě prací — celostátní

Určení: Pro rehabilitační pracovníky zařazené do pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčba prací k 1. 9. 1985

Místo konání: Rehabilitační ústav Hrabyně

Doba trvání: 2 týdny

Termíny: 1. 9. — 12. 9. 1986 27. 10. — 7. 11. 1986
15. 9. — 26. 9. 1986 10. 11. — 21. 11. 1986
29. 9. — 10. 10. 1986 24. 11. — 5. 12. 1986
13. 10. — 24. 10. 1986

Náplň: Individuální práce s nemocným, praktická aplikace získaných teoretických a praktických poznatků

Školící místo v léčebné rehabilitaci dětského věku

Určení: Pro rehabilitační pracovníky, kteří pracují v uvedené problematice

Místo konání: Praha, FDN Motol
Doba trvání: 2 týdny
Termíny: 6. 10. — 17. 10. 1986 9. 2. — 20. 2. 1987
20. 10. — 31. 10. 1986 23. 2. — 6. 3. 1987
3. 11. — 14. 11. 1986 9. 3. — 20. 3. 1987
Náplň: Metodiky léčebné rehabilitace dětského věku odpovídající růstovým a vývojovým obdobím na úsecích interních a neurologických onemocnění

Školící místo v elektroterapii se zaměřením na elektrodiagnostiku a elektrostimulaci
Určení: Pro rehabilitační pracovníky, kteří pracují těmito metodami
Místo konání: Brno, Vojenská nemocnice
Doba trvání: 2 týdny
Termíny: 22. 9. — 3. 10. 1986 8. 12. — 19. 12. 1986
6. 10. — 18. 10. 1986 9. 2. — 20. 2. 1987
27. 10. — 7. 11. 1986 23. 2. — 6. 3. 1987
Náplň: Stimulace elektrickými impulsy různých tvarů a délek u paréz a ostatních poruch nervosvalové dráždivosti. Elektrodiagnostické metody a kombinace s léčebnou tělesnou výchovou

Školící místo v léčebné výchově k soběstačnosti — celostátní
Určení: Pro rehabilitační pracovníky
Místo konání: Rehabilitační ústav Hrabyně
Doba trvání: 1 týden
Termíny: 9. 2. — 13. 2. 1987 2. 3. — 6. 3. 1987
16. 2. — 20. 2. 1987 9. 3. — 13. 3. 1987
23. 2. — 27. 2. 1987 16. 3. — 20. 3. 1987

Náplň: Metodické postupy a praktický výcvik v denních činnostech u nemocných s poruchou hybnosti

Školící místo v rehabilitaci skolióz
Určení: Pro rehabilitační pracovníky, kteří v uvedené problematice pracují
Místo konání: Brno, Ortopedická klinika FNsP Bohunice
Doba trvání: 2 týdny
Termíny: 1. 9. — 12. 9. 1986 20. 4. — 30. 4. 1987
16. 3. — 27. 3. 1987 11. 5. — 22. 5. 1987
30. 3. — 10. 4. 1987
Náplň: Nejnovější poznatky z léčebné rehabilitace nemocných skoliózou. Léčebná tělesná výchova v návaznosti na progresivní operační postupy

Školící místo v gynekologii a porodnictví
Určení: Pro rehabilitační pracovníky, kteří pracují v uvedené problematice
Místo konání: Brno, I. ženská klinika FNsP, nám. Sov. hrdinů
Doba trvání: 1 týden
Termíny: 13. 10. — 18. 10. 1986 27. 4. — 30. 4. 1987
22. 2. — 27. 2. 1987 4. 5. — 8. 5. 1987
2. 3. — 6. 3. 1987 11. 5. — 15. 5. 1987
Náplň: Metodické postupy tělesné výchovy v předoperační péči, v intenzivní pooperační péči a problematice některých gynekologických onemocnění

B. Chlubnová, Brno

V Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně se uskutečnily ve dnech 28. 10. — 1. 11. 1985, 4. 11. — 8. 11. 1985 a 18. 11. — 22. 11. 1985 závěrečné zkoušky pomaturitního specializovaného studia v úseku práce léčebná tělesná výchova.

Studium úspěšně zakončilo a specializaci získalo 63 rehabilitačních pracovníků:

Anftová Hana	OÚSS Teplice
Barchanská Alena	OÚNZ Karviná
Bernatíková Vladimíra	OÚNZ Frýdek — Místek
Budinská Jitka	KÚNZ Ústín. L.
Buňatová Zora	OÚNZ Liberec
Cikánková Věra	OÚNZ Praha 4
Czyžová Jindřiška	OÚNZ Karviná
Čechurová Jindřiška	MÚNZ Plzeň
Čermáková Jana	OÚNZ Rychnov n. K.
Černá Helena	OÚNZ Louny
Fabiánová Eva	KÚNZ Ústí n. L.
Farná Marie	NsP Havířov
Fiřtová Jana	MÚNZ Plzeň
Fořtová Věra	OÚNZ Praha 4
Fremundová Jitka	MÚNZ Ostrava
Gréèová Eva	OÚNZ Hodonín
Hamatová Lenka	Čsl. st. lázně Mariánské Lázně
Havlová Věra	KÚNZ České Budějovice
Hejdová Jaroslava	Čsl. státní lázně Nové Lázně
Hofmanová Jiřina	KÚNZ České Budějovice
Horská Eva	OÚNZ Sokolov
Chládková Milena	OÚNZ Chomutov
Janečková Hana	KÚNZ Ústí n. L.
Kafková Hana	OÚNZ Liberec
Kenížová Zuzana	Čsl. státní lázně Jeseník
Kiszová Halina	OÚNZ Karviná
Konvalinová Olga	OÚNZ Praha 6
Košlerová Hana	ÚŽZ Praha
Králíček Jaroslav	Čsl. státní lázně Kundratice
Krčmářová Marcela	OÚNZ Jablonec n. Nisou
Křenová Lidmila	Čsl. státní lázně Janské Lázně
Křivková Jana	Čsl. státní lázně Železnice
Křivohlavá Jaroslava	KÚNZ Ústí n. L.
Kubizňáková Eva	Čsl. státní lázně Teplice
Kubrichtová Květuše	NsP Chomutov
Kulhánková Marie	OÚNZ Český Krumlov
Kundrátová Jana	OÚNZ Cheb
Kvášová Alena	FNsP Bulovka Praha
Lauermannová Stanislava	OÚNZ Praha 5
Linhartová Miloslava	OÚNZ Náchod
Mikanová Ludmila	OÚNZ Chrudim
Mitrenga Jan	Čsl. státní lázně Teplice
Müllerová Hana	OÚNZ Praha 5
Náglová Irena	OÚNZ Sokolov
Nopová Stanislava	OÚNZ Hradec Králové
Nová Margita	VN Plzeň
Petáková Eliška	OÚNZ Příbram
Plodíková Jana	OÚNZ Havlíčkův Brod
Poulová Iva	OÚNZ Kutná Hora

Považanová Iva	OÚNZ Blansko
Ptáková Helena	OÚNZ Tábor
Pulicarová Věra	OÚNZ Trutnov
Slabá Helena	OÚNZ Jihlava
Svítková Jana	KÚNZ Ústí n. L.
Šeligová Věra	OÚNZ Vsetín
Ševelová Irenka	OÚNZ Pardubice
Šlapáková Jarmila	OÚNZ Příbram
Štěpánová Jaroslava	MÚNZ Ostrava
Šretrová Božena	OÚNZ Náchod
Váňová Marta	OÚNZ Nový Jičín
Vodičková Hana	OÚNZ Liberec
Vojtěchovská Anna	OÚNZ Semily
Vokurková Jiřina	FNsP Praha 2
Žákorová Helena	FN Motol Praha
Zedníková Šárka	OÚNZ Karviná
Zierisová Daniela	OÚNZ Jablonec n. Nisou

B. Chlubnová, Brno

Závěrečné zkoušky pomaturitního specializačního studia v úseku práce Léčba prací se uskutečnili ve dnech 4. 3. — 6. 3. 1986 v Rehabilitačním ústavu v Hrabyni.

Studium bylo organizováno katedrou rehabilitačních pracovníků Institutu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně celostátně. Studium ukončilo a specializaci získalo 22 rehabilitačních pracovníků.

Babková Miloslava	OÚNZ Hradec Králové
Brandstäterová Yvonna	MÚNZ Plzeň
Brucknerová Eva	Čs. st. lázně Jánské Lázně
Dolejší Věra	Jedličkův ústav Ústí n. Labem
Galbová Viera	KÚNZ Banská Bystrica
Heczková Žofie	OLÚ TRN Jablunkov
Jančurová Alena	KÚNZ Ostrava
Josková Eva	OÚNZ Praha 4
Jungmannová Jana	OÚNZ Gottwaldov
Krojzlová Oľga	OÚNZ Uherské Hradiště
Kubešová Ivana	OÚNZ Plzeň
Křížová Alena	NsP Pelhřimov
Menčlová Helga	OÚNZ Chomutov
Mifalová Viera	OÚNZ Prešov
Mrázková Jaroslava	OÚNZ Praha 2
Neuwirtová Šárka	OÚSS Opava
Sedláková Hana	MÚNZ Plzeň
Smékalová Mária	OÚNZ Topoľčany
Stratilová Jitka	FN Olomouc
Šemberová Lenka	OÚNZ Benešov
Šiblová Helena	OÚNZ Příbram
Vaňourková Anna	KÚNZ Plzeň

B. Chlubnová, IDV SZP Brno

aktuality aktuality

Autori opisujú použitie akupunktúry v infračervenej termografickej clone. Metodiku akupunktúry použili v skupine mladých zdravých žien, u ktorých boli zistené svalové spazmy v oblasti rameno—krk. Vyhodnocujú efekt akupunktúry, najmä možnosti objektivizácie efektu pomocou infračervenej termografie, ktorá zvýrazní tento efekt.

H. Buttner, M. Blank, Lu Zhengbae: Orthop. Praxis 22, 1986, str. 3 — 7

Autori vyhodnocujú celkom 3500 artroskopií kolenného kĺbu a porovnávajú spôsob tohto vyšetrenia s ostatnými vyšetrovacími možnosťami. Klinickú diagnózu potvrdili artroskopicky v 65,8 % prípadov. Vo 24,9 % bola nesprávna diagnóza. Na základe týchto vyšetrení konštatujú, že artroskopia je veľmi cenná diagnostická metóda nadriadená všetkým ostatným vyšetrovacím metódam, vrátane artrografie. Morbidita a výskyt komplikácií je mimoriadne nízky.

J. Lohnert, J. Raunets: Orthop. Praxis 22, 1986, str. 8 — 11

Autor sa zaoberá diagnostickou istotou artroskopie, ktorá podľa literárnych údajov v 90 až 98 % koreluje s operatívnym nálezom. Autor vyhodnotil na základe 1348 artroskopií vlastné skúsenosti a konštatuje, že klinické vyšetrenie súhlasilo len v 50 % s artrotickými zmenami následkom poškodenia vonkajšieho menisku, v 60 % s nálezmi pri poruchách zadného skríženého väzu a iba v 10 % pri poruchách predného skríženého väzu. Pri následkoch porúch vnútorného menisku tento súlad klinického vyšetrenia a artroskopického nálezu je v 80 %.

K. Glückert: Orthop. Praxis 22, 1985, str. 12 — 18

V poslednom čase dochádza k obrovskému rozšíreniu antipsychotických medikamentov v terapii. Autor si v prehľadnej práci všíma farmakologické vlastnosti, indikácie, dávkovanie, vedľajšie faktory a interakcie jednotlivých antipsychotických liečiv. Je pravda, že antipsychotiká priniesli do liečenia psychóz a mnohých nepsychiatrických ochorení značný pokrok. Zdá sa však, ako autor uvádza, že pri niektorých antipsychotikách alebo neurotonikách prinášajú aj veľa problémov.
Práca je prehľadná a vysoko informatívna.

J. L. Black: Mayo Clin. Proc. 60, 1985, str. 777 — 789

aktuality aktuality

Autor sa v prehľadnej práci zaoberá otázkami alfa-adrenoreceptorov na srdci zvierat a človeka a konštatuje ich pozitívne inotrópny efekt. Mechanizmus alfa-sympatomimetického pozitívne inotrópneho účinku je nejasný, diskutuje sa o účasti pomalého prúdenia Ca++ a zvýšení citlivosti kontraktilných proteínov na Ca++. Klinickými prípadmi, keď sa objavuje alfa-sympatomimetický pozitívne inotrópny účinok, sú hypotyreóza, bradykardia a ischémia.

Autor sledoval zvýšenie alfa-adrenoreceptorov pri dlhodobom podávaní beta-blokátorov (propranolol) pri experimentálnom vytvorení srdcovej insuficiencie.

A. Mugge: Klin. Wochenschrift 63, 1985, str. 1087—1097.

Autori opisujú vo svojej práci endoskopickú anatómiu ramenného kĺbu, ktorý je z hľadiska anatomických štruktúr menej vhodný pre použitie tejto vyšetrovacej metódy.

Práca je zaujímavá preto, že poukazuje na určité, hoci obmedzené možnosti endoskopického vyšetrenia tohto kĺbu. Opisuje oba prístupy — ventrálny aj dorzálny — a dokumentuje tieto vyšetrenia príslušnými obrázkami.

K. E. Rehm, W. Diener: Orthop. Praxis 22, 1986, str. 79 — 84

V práci sa rozoberajú možnosti a hranice artroskopie ramenného zhybu. Bežné diagnostické metódy často nie veľmi presným spôsobom verifikujú traumy a poškodenia ramenného zhybu. Autori referujú o 56 artroskopiách tohto zhybu a rozoberajú indikácie a nálezy.

K. Neumann, G. Muhr: Orthop. Praxis, 22, 1986, str. 91 — 93

Autor vo svojej práci venuje pozornosť instabilite kolenného kĺbu, rozoberá funkčnú anatómiu tohto kĺbu, venuje pozornosť klasifikácii instabilít tohto kĺbu, ktoré rozdeľuje na jednoduché instability, kombinované a komplexné instability. Práca je dobre dokumentovaná a informujúca.

W. Müller: Orthop. Praxis 22, 1986, str. 259 — 262

Autor sa vo svojom príspevku zaoberá konzervatívnou a operatívnou liečbou čerstvých a starých lézií kolenného zhybu. Poukazuje na možnosti neoperatívnej a funkčnej terapie, rozoberá otázky úplnej imobilizácie a predkladá indikácie pre operatívnu terapiu natrhnutých väzov, kde hovorí o tzv. istých a relatívnych indikáciách.

W. Müller: Orthop. Praxis 22, 1986, str. 305 — 311