

OBSAH

EDITORIAL

M. Palát: Rehabilitácia a vedecký výskum 1—2

PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

J. Šimíček, A. Káňa: Zkušenosti s terénní rehabilitací nemocných koronární chorobou 3—10
J. Straub: Zásady účelné elektrostimulace 11—15

METODICKÉ PRÍSPEVKY

J. Hromádková: Metodika LTV u vředové choroby žaludku a dvanáctníku při ústavním léčení 17—25
J. Štefanová, O. Hrodek, J. Ryšánková: LTV u dětských hemofiliků 27—33

SÚBORNÉ REFERÁTY

J. Kredba: Diadynamické (Bernardovy) proudy 35—43

HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ

Doc. MUDr. Zbyněk Piša, CSc. — päťdesiatročný 45

SPRÁVY Z PÍSOMNÍCTVA

46

RECENZIE KNÍH

16, 26, 34, 44, 47—58

SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ

59—62

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

63—64

Táto publikácia vedie sa v prírastku dokumentácie BioSciences Information Service of Biological Abstracts.

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

Rehabilitácia

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

■
Vydáva Vydavateľstvo OBZOR, n. p., ul. Československej armády 29/a, 893 36 Bratislava

■
*Šéfredaktor: MUDr. Miroslav Palát
Zástupca šéfredaktora: MUDr. Štefan Litomerický*

■
*Redakčná rada:
Marta Bartovicová, Vladimír Lánik, Štefan Litomerický, Miroslav Palát (predseda), Květa Pochopová, Oldřich Šámal, Jiřina Štefanová, Marie Večeřová*

■
Jazyková úprava: Mikuláš Rumpel

■
Adresa redakcie: Kramáre, Limbová ul. 8, 809 46 Bratislava

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

■
Vychádza štvrtročne, cena jednotlivého čísla Kčs 6,—

■
Rozširuje: Vydavateľstvo OBZOR, n. p., administrácia časopisov, ul. Čs. armády 29/a, 893 36 Bratislava

■
Toto číslo vyšlo v apríli 1974

■
*Indexné číslo: 46 190
Registračné číslo: SŮTI 10/9*

Re

habilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE**ROČNÍK VII/1974****ČÍSLO 1**

EDITORIAL...

REHABILITÁCIA A VEDECKÝ VÝSKUM

V súčasnosti možno povedať, že rehabilitácia ako odbor medicíny zaujíma pevné miesto medzi lekáorskými disciplínami. I keď je pomerne mladým odborom a spolu s fyziatrou a balneológiou vytvárajú jeden komplex, významom presahuje obvyklé meradlo jej organizačného začlenenía do rámca modernej preventívnej a liečebnej starostlivosti.

Ako každý lekáorský odbor, ktorý sa vyvíja, formuje a profiluje, rehabilitácia tiež prechádza všetkými týmito štádiami. Nedeliteľnou súčasťou zakorenenia každého odboru je jeho vzťah k výskumu, jeho prístup k výsledkom výskumu a jeho formulovanie výskumných úloh a výskumných cieľov. Z tohto aspektu rehabilitácia je len v začiatkoch. História vývoja rehabilitácie, tak ako ju poznáme z vlastných i cudzích skúseností, ukazuje, že k riešeniu rôznych otázok sa pristupovalo predovšetkým z praktického hľadiska, z potreby praktickej realizácie s cieľom použiť také opatrenia, ktoré by viedli u chronicky choreho alebo trvale poškodeného človeka k získaniu fyzickej a pracovnej samostatnosti. Hľadanie užších súvislostí, príčinných vzťahov, vysvetľovanie mechanizmov účinku rehabilitačných prostriedkov, práve tak ako vedecky podložená interpretácia výsledkov rehabilitačných opatrení, hrali v tejto fáze vývoja druhotnú úlohu.

S pokračujúcim formovaním nového lekáorskeho odboru sa ukazujú nové aspekty, ktorých realizáciou môže získať tento nový významný odbor vedecky fundovanú základňu. Tieto aspekty sú otázky vedeckého výskumu, jeho organizácie a jeho realizácie. Tieto snahy nie sú nové a nie sú viazané len na našu republiku. Ako ukazujú jednanía rôznych národných vedeckých kongresov a sympózií, práve tak ako jednanía medzinárodných a svetových kongresov v oblasti rehabilitácie, dostávajú tieto myšlienky konkrétnu podobu vo výskumných úlohách, riešených na národných úrovniach a na medzinárodnej úrovni.

Prototypom takéhoto výskumného programu je program zameraný na rehabilitačnú a preventívnu štúdiu u chorých po infarkte myokardu, na ktorom dnes spolupracuje v Európe väčšie množstvo rehabilitačných centier, medzi

nimi i centrá československé. Tento program je organizovaný Svetovou zdravotníckou organizáciou a získal v mnohých krajinách veľký záujem a porozumenie.

Z nášho hľadiska je dôležité, aby otázky výskumu v oblasti rehabilitácie našli konkrétne vyjadrenie v pláne výskumných úloh, štátneho či rezortného plánu výskumu.

Zdá sa nám dôležité, aby jednotlivé čiastkové úlohy, zoskupené do väčších tematických celkov, zamerali sa v prvom rade na základné problémy súčasnej rehabilitácie, na problémy liečebného okruhu a s ním súvisiace problémy okruhu sekundárnej prevencie. Iste bude potrebné venovať pozornosť predovšetkým tým úsekom súčasného zdravotníctva, ktorým venujú pozornosť i ostatné odbory; je to problematika detského veku a problematika stareckého veku. Zdá sa, že prioritný význam budú mať tiež choroby civilizačného okruhu, predovšetkým ischemická choroba srdca a ďalej úrazy — toto ochorenie vykazuje sústavný vzostupný trend a ďalej toto ochorenie je podľa veľkých štatistických súborov tiež v oblasti modernej rehabilitačnej starostlivosti z najviac indikovaných ochorení. Iste bude dôležité venovať pozornosť i otázkam teoretickým, predovšetkým niektorým otázkam fyziológie a patofyziológie z hľadiska zataženia, z hľadiska stavby rehabilitačných programov i z hľadiska objektivizácie rehabilitačných programov vzhľadom na niektoré fyziologické funkcie organizmu.

Osobitnú pozornosť budú vyžadovať i z hľadiska výskumných úloh otázky psychologické, otázky aplikácie rehabilitačných programov z hľadiska psychológie chorého i otázky objektivizácie psychickej situácie chorého, postihnúťého chronickou alebo mutilujúcou chorobou či úrazom.

Zdá sa nám významné, že bude nutné venovať veľkú pozornosť oblasti pracovnej rehabilitácie nielen z hľadiska organizácie, ale i z hľadiska výskumu a výskumných úloh. Ako ukazujú niektoré výsledky a niektoré práce posledných rokov, i tu je možné formulovať celý rad úloh výskumného charakteru, od riešenia ktorých bude závisieť ďalší vývoj pracovnej rehabilitácie.

Nie je úlohou tohto krátkeho zamyslenia formulovať presne a detailne jednotlivé tematické celky a jednotlivé čiastkové úlohy, na ktorých rehabilitačná prax má záujem a od ktorých v určitom slova zmysle závisí i ďalší konkrétny vývoj rehabilitácie ako lekárskeho odboru. Úlohou je poukázať na túto problematiku, na jej dôležitosť a význam a snáď vyzdvihnúť jej do istej miery centrálnu postavenie.

Dr. Miroslav Palát

ZKUŠENOSTI S TERÉNNÍ REHABILITACÍ NEMOCNÝCH KORONÁRNÍ CHOROUBOU

J. ŠIMÍČEK, A. KÁŇA

*I. interní oddělení Krajské nemocnice s poliklinikou
v Ostravě*

*Ordinariát pro kardiologii a laboratoř funkční dia-
gnostiky, ordinář: dr. Jaroslav Šimíček*

Krajská nemocnice s poliklinikou v Ostravě

Vedoucí: Doc. MUDr. L. Klabusay, CSc.

Během posledních dvaceti let se změnil principiálně léčebný přístup k nemocným koronární chorobou. Ukázalo se, že dlouhodobá nečinnost nemocným nejen neprospívá, ale přímo škodí. Samotný několikátýdenní klid na lůžku vede k patologickým oběhovým reakcím, úbytku aktivní svalové hmoty a demineralizaci kostí (8). Léčebné výsledky u nemocných infarktem myokardu, při časně mobilizaci nejsou horší než při klasické šestitýdenní imobilizaci, nehledě k nesporné prospěšnosti časně mobilizace pro psychiku nemocného (6). Rovněž se změnily názory na průběh a délku rekonvalescence: např. podle Friedbergra by měla většina nemocných po nekomplikovaném srdečním infarktu nastoupit do původního zaměstnání po šesti týdnech od začátku nemoci (3).

V posledních deseti letech stále přibývá prací o prospěšnosti intenzivní pohybové rehabilitace v pozdním, ambulantním období po koronární příhodě (2, 5, 7, 9, 12). Ukázalo se, že většina nemocných je ve své výkonnosti srovnatelná se zdravými vrstevníky (5, 9, 11). Riziko oběhových komplikací při vytrvalostním zatížení v terénu, zejména nebezpečí náhlé smrti nebo recidivy infarktu je velmi malé a odpovídá spíše koincidenci, než příčinné souvislosti. Je překvapivé, jak nemocní dobře tolerují intenzivní zatížení až do anaerobiózy. Nemocní intenzivně dlouhodobě rehabilitováni vytrvalostním tréninkem mají podstatně nižší mortalitu (3,6 %) proti kontrolní skupině (12 %) (5).

Vlastní zkušenosti

V našem ústavě jsme začali s aktivní rehabilitací nemocných po zhojení koronární příhody v r. 1967.

Aktivní rehabilitační program začíná průměrně po šesti týdnech od začátku koronární příhody. Nemocní jsou zpočátku dvakrát týdně rehabilitováni v tě-

locvičně. Účelem této fáze rehabilitace je obnovit celkovou pohybovou připravenost nemocného, zvýšit rozsah pohyblivosti kloubů, posílit tonus a sílu svalstva a připravit tak nemocného pro návrat k aktivnímu způsobu života (12). Zhruba po měsíci je tento program doplňován o terénní rehabilitaci formou chůze ve zvlněném přírodním terénu s měnlivou intenzitou zátěže a několika vloženými intenzivnějšími úseky. Nemocným je doporučována déletrvající vytrvalostní zátěž o víkendů, například skupina našich nemocných pravidelně vystupuje na nejvyšší horu Beskyd — Lysou horu. Na začátku rehabilitačního programu je každý nemocný testován v laboratoři funkční diagnostiky. Účelem testování je:

1. stanovit úroveň zdatnosti,
2. určit koronární rezervu u nemocných se stenokardickým syndromem,
3. pohotovost k arytmiím.

Úroveň zdatnosti vyjadřujeme maximální spotřebou kyslíku při testování kontinuální stupňovanou zátěží na veleergometru. Vyjadřujeme jí v ml spotřeby kyslíku na jeden kilogram váhy/min. Většina nemocných s koronární chorobou je schopna dosáhnout 80—100 % příslušné maximální tepové frekvence. Pouze nemocní se stenokardiemi, kteří jsou při stoupající zátěži limitováni bolestivým syndromem, ukončují zátěž na nižší úrovni tepové frekvence i spotřeby kyslíku. Jejich dosažení „maximální“ hodnoty odpovídají submaximální podle běžných kritérií. Snížená koronární rezerva je zde limitujícím faktorem výkonnosti při zvyšování zatížení. Pohotovost vůči arytmiím testujeme standardním Valsalvovým manévrem (10), častější extrasystoly v postpresorickém období jsou pro nás indikací k zavedení trvalé medikamentosní antiarytmické prevence.

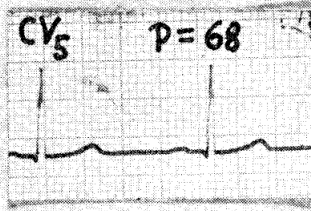
V průběhu terénní zátěže se nám osvědčilo telemetrické monitorování EKG a dýchání.

Chtěli bychom ukázat na některé vlastní zkušenosti. Především je důležitý správný výběr nemocných do rehabilitačního programu. Podle našich i zahraničních zkušeností jsou nejvhodnější nemocní do 60 let s aktivním přístupem k rehabilitačnímu programu. Nejsou vhodní nemocní se známkami zjevné i skryté oběhové nedostatečnosti, tzn. zejména nemocní s dilatací srdce, poinfarktovým aneurysmatem a nemocní neochotní ke spolupráci. Pravidelný trénink vyžaduje velkou vůli a většinou radikální změnu dosavadního způsobu života. Není proto divu, že mnoho nemocných po počátečním zájmu postupně odpadne. Kde však nemocný má zájem a snahu o zlepšení svého zdravotního stavu a dostatek vůle, jsou výsledky přímo vynikající. Jako doklad si dovolujeme uvést kasuistiku jednoho z našich nemocných.

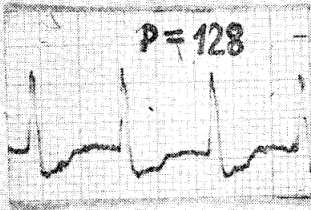
Z. H., nar. 1924, technik NHKG, prodělal první koronární příhodu na přední stěně v roce 1966 a další v roce 1971 v srpnu. V posledním čtvrtletí 1971 byly jeho obtíže takového rázu, že konsumoval několik nitroglycerinů denně a byl schopen pouze mírné chůze po rovině s přestávkami. V listopadu 1971 se v Čs. sportu dočetl o léčení infarktů pohybem a po konzultaci s redakcí se obrátil na naši kardiologickou poradnu. Fyzikální vyšetření, krevní tlak i rtg srdce byly normální, laboratorně byla zjištěna hypercholesterolemie, zátěžový EKG test prokázal evidentní koronární insuficienci (graf č. 1).

Nemocný začal rehabilitovat v tělocvičně a v prosinci začal s terénní rehabilitací. Vyměřil si asi pětikilometrový okruh v místě svého bydliště se čtyřmi úseky stoupání, který pravidelně absolvoval.

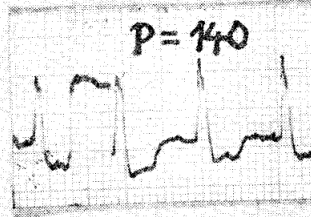
Klid



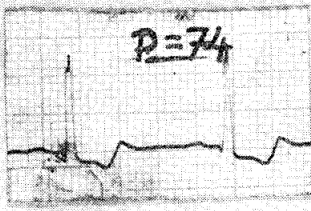
Zátěž 125 W



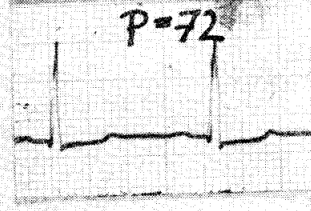
Zátěž 150 W



Po zátěži 3'



Po zátěži 8'



Graf č. 1

Výsledek zátěžového testu v průběhu rehabilitačního programu

Z. H. 47 let, test č. 4.

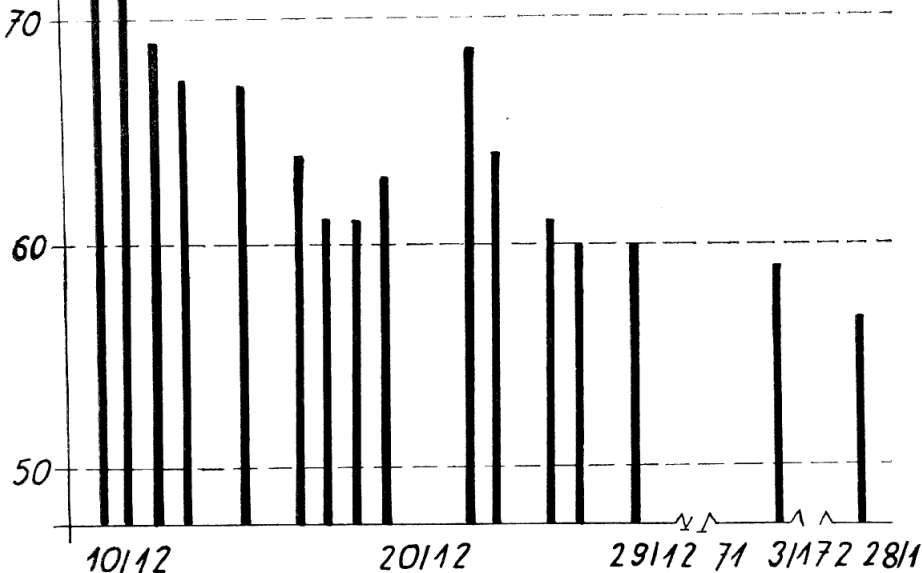
Telemetrický svod CV₅ (laterální podklíčková krajina vpravo: místo svodu V₅).

Klidová křivka normální, během zátěže hluboké horizontální deprese úseku S-T, v zotavném období typický vývoj do descendentních depresí s terminálně pozitivní vlnou T a postupnou úpravou za 8 minut.

Na grafu č. 2 je uvedena celková doba, nutná k absolvování okruhu. Po měsíci rehabilitace je patrné, že došlo ke zrychlení o 15 minut, přitom má nemocný podstatně méně opresí. Na dalším grafu č. 3 jsou uvedeny časy čtyř „rychlostních vložek“ se stoupáním současně s tepovou frekvencí po ukončení úseků. Je patrné, že nemocný postupně dosahuje lepších časů a současně se zvyšuje maximální tolerovaná tepová frekvence. Po 16 týdnech aktivní terénní rehabilitace zhubl o 6 kg a výsledky testování z laboratoře prokázali zvýšení maximální spotřeby kyslíku z 1,5 l na 2,1 l/min. a výkon na ergometru ze 100 W na 200 W. Začátkem ledna byla u nemocného provedena selektivní koronarografie, která prokázala zúžení v oblasti odstupu levé koronární tepny, r. circumflexus i r. interventricularis se sklerotickými změnami v periferii a dvojitě zúžení pravé koronární tepny v její střední části s anastomozou a r. interventricularis levé koronární tepny (graf č. 5). Nemocný byl indikován k chirurgickému výkonu na levé koronární tepně, který zatím odmítl, pro-

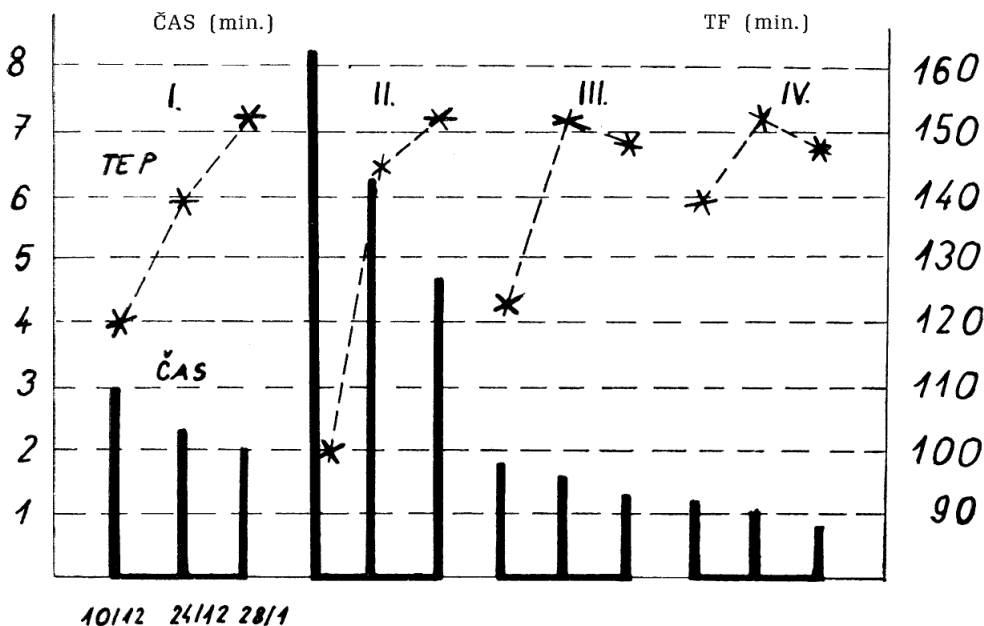
ČAS
MIN.

Graf č. 2



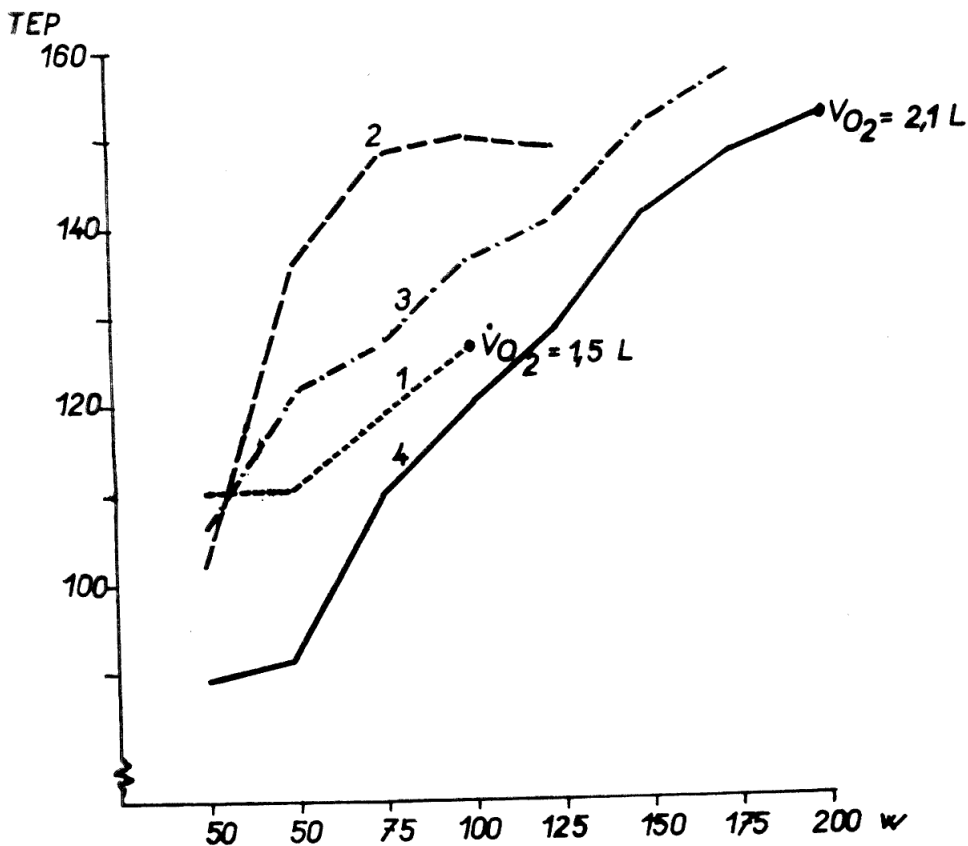
Časy potřebné k absolvování stálého okruhu

Na ordinátě čas v minutách, na abscise jsou vyznačeny některé dny, v nichž byl absolvován kontrolní trénink s měřením času na okruhu.

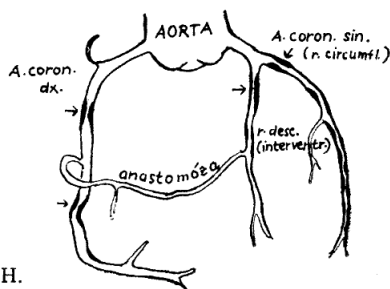


Graf č. 3

Časy a tepové frekvence po absolvování „rychlostních vložek“ v terénním okruhu
Na ordinátě čas v minutách (sloupce) a dosažená tepová frekvence (vyznačeno hvězdičkami). Bližší v textu.

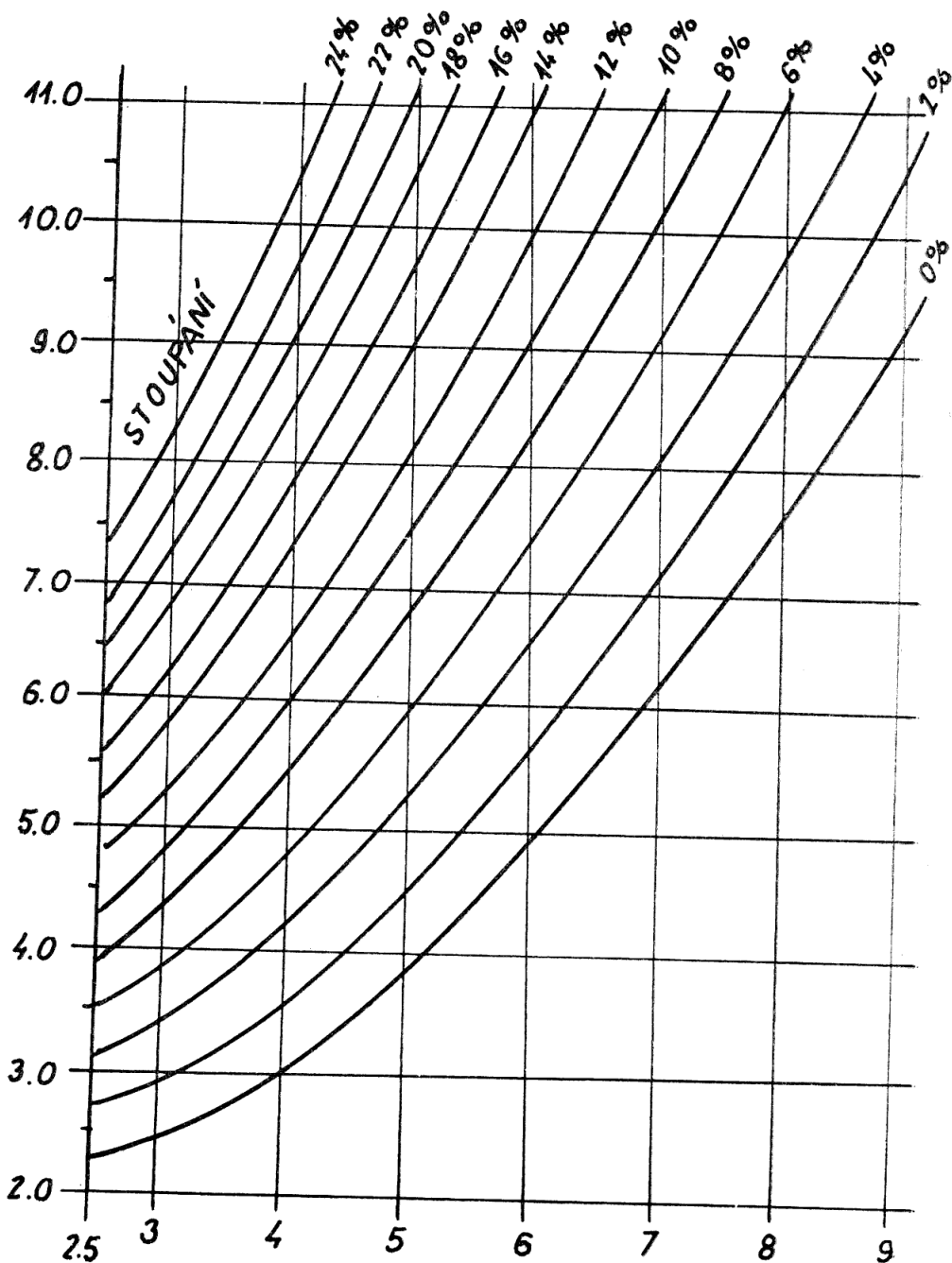


Graf č. 4
 Výsledky zátěžových testů v průběhu rehabilitace v terénu
 Testy jsou ve chronologickém pořadí označeny čísly 1—4, u prvního a posledního testu jsou uvedeny hodnoty dosažené maximální spotřeby kyslíku během testu.



Graf č. 5

Schéma koronarografického nálezu nemocného Z. H.
 Větší zúžení jsou vyznačena šipkami. Bližší popis
 v textu.



Graf č. 6
Nomogram k odhadu energetického výdeje při chůzi v terénu.
(Podle Givonho a Goldmana)

tože je zcela spokojen s výsledky aktivní rehabilitace. Jak je vidět, ani extenzivní koronární arterioskleróza není kontraindikací k zařazení do programu, má-li nemocný vůli a snahu. Při posuzování náročnosti vymezené trasy z metabolického hlediska lze s výhodou použít nomogramu podle Givoniho a Goldmana (graf č. 3), kde můžeme odhadnout energetický výdej při chůzi různou rychlostí po rovině a při stoupání (4, graf č. 6).

Ukazuje se, že terénní rehabilitace je prospěšná pro nemocné po všech stránkách: pohyb v přírodním terénu není únavný a je např. nesrovnatelný s rehabilitací na ergometru, která psychicky ubíjí a je fádní. Nemocný má radost z přirozeného pohybu v přírodě.

Možnost exaktní kontroly časem a dosaženou tepovou frekvencí na stálých terénních okruzích a úsecích je velmi mocným stimulem, zejména při skupinové rehabilitaci. Současně je dobrou kontrolou momentální zdatnosti pro nemocného i lékaře.

Jak se ukazuje, modifikovaný vytrvalostní trénink je pro nemocné prospěšný i z hlediska ovlivnění základní choroby: snižuje se aterosogeneza a zvyšuje kolaterální oběh v koronárním řečišti. Je to vlastně svým způsobem nekrvavý bypass. Proto se domníváme, že modifikovaný vytrvalostní trénink v terénu je velmi vhodnou formou nejen rehabilitace, ale i léčby koronární choroby.

LITERATURA

1. Bassler, T. J.: Marathon non 7 bis 70! Condition, 1973, 13: 8—9.
2. Brunner, D., Meshulan, M.: Prevention of recurrent myocardial infarction by physical exercise. Israel J. Med. Sci. 5, 1969, 4: 783—785.
3. Friedberg, C. K.: Diseases of the heart. W. B. Saunders comp., Philadelphia and London, 1969, s. 922.
4. Givoni, B., Goldman, R. F.: Prediction metabolic energy cost. J. Appl. Physiol. 30, 1971, 3: 429—433.
5. Gottheiner, V.: Long-range strenuous sports training for cardiac reconditioning and rehabilitation. Am. J. Cardiol. 22, 1968: 426.
6. Haviar, V., Mayer, R.: Vztah vývoje poinfarktového eneuryzmatu k telesnému pohybu. Vnitř. Lék. 14, 1968, 5: 429—432.
7. Heller, E. M.: Rehabilitation after myocardial infarction: practical experience with a graded exercise program. Canad. Med. Ass. J. 97, 1967, 1: 22—27.
8. Kottke, F. J.: The effects of limitation of activity upon the human body. J. Amer. Med. Ass. 196, 1966, 10: 825—830.
9. Naughton, J., Bruhn, J., Lategola, M. T., Whitsett, T.: Rehabilitation following myocardial infarction. Amer. J. Med. 46, 1969, 5: 725—734.
10. Šimíček, J., Balabán, D.: Valsalvův manévr u koronárních nemocných. Přednáška na konferenci Stanovení výkonnosti v klinické medicíně, Ostrava 25. 9. 1970.
11. Šimíček, J., Balabán, D.: Odhad aerobní kapacity a koronární rezervy u nemocných po srdečním infarktu etap testem s průběžným zápisem EKG. Vnitř. Lék. 15, 1965, 10: 953—950.
12. Šimíček, J., Volfová, E., Šumberová, V.: Sledování zdatnosti v průběhu rehabilitace u nemocných po infarktu myokardu. Rehabilitácia 3, 1970, suppl. 1: 126.
13. Varnauskas, E.: The testing of cardiac patients. Canad. Med. Ass. J. 96, 1967: 751—756.

Й. Шимичек, А. Кая: Опыт с видоизмененной тренировкой на выносливость у больных коронарной болезнью

Выводы

Видоизмененная тренировка на выносливость у больных коронарным заболеванием является пригодной и эффективной формой реабилитации и лечения у подходящих больных начиная с двух месяцев после происшедшей коронарной атаки. Она ведет к повышению общей выносливости и к отступлению ангинозных и налстроечных невротических затруднений.

Периодическое измерение времени, необходимого для прохождения постоянного участка и отдельных его отрезков, является хорошим контрольным показателем моментальной кондиции и влияния реабилитационной программы на общий уровень выносливости.

J. Šimíček, A. Káňa: Modified Endurance Training in Patients with Coronary Diseases

Summary

Modified endurance training in patients with coronary diseases is a suitable and effective treatment and medical rehabilitation. It can be applied in suitable patients from two months after the acute coronary attack. This kind of therapy increases fitness generally and supports the retreat of anginous and neurotic complaints.

Occasional measuring of time necessary for the performance on the usual track and the individual section of this track is a good control factor for the condition of the patient and the influence of the rehabilitation programme on the total state of fitness.

J. Šimíček, A. Káňa: Expériences avec entraînement d'endurance modifié des patients affectés de maladie coronaire

Résumé

L'entraînement d'endurance modifié des patients affectés de maladie coronaire est une forme favorable et efficace de la réadaptation thérapeutique chez les malades, deux mois après que l'attaque coronaire a été vaincue. Il conduit à une condition générale supérieure et une retraite des douleurs de l'angine de poitrine et de la disturbance neurotique.

Une mesure périodique du temps nécessaire à l'achèvement du circuit stable de terrain et de différents domaines est un indice de de contrôle favorable de la condition actuelle et de l'influence du programme de réadaptation sur le niveau général de santé.

J. Šimíček, A. Káňa: Erfahrungen mit einem modifizierten Ausdauertraining bei Patienten mit koronaren Erkrankungen

Zusammenfassung

Das modifizierte Ausdauertraining ist bei dafür geeigneten Patienten ab zwei Monaten nach Eintritt der koronaren Attacke eine entsprechende und wirksame Form der Rehabilitationsbehandlung. Es führt zur Besserung der allgemeinen Tüchtigkeit und zum Rückgang der anginösen und der durch diese bedingten neurotischen Beschwerden.

Die periodische Messung der zum Absolvieren eines festgelegten Terrainkreises und seiner einzelnen Etappen nötigen Zeit ergibt gute Kontroll-Kennziffern bezüglich der momentanen Kondition sowie der Wirkung des Rehabilitationsprogramms auf das Gesamtniveau der Tüchtigkeit.

Adresa autora: J. Š., 1. interní oddělení KÚNZ, Syllabova 19, Ostrava 3.

ZÁSADY ÚČELNÉ ELEKTROSTIMULACE

J. STRAUB

*III. interní výzkumná základna
(přednosta: MUDr. Z. Modr, CSc.),
institutu klinické a experimentální medicíny
(ředitel: prof. MUDr. P. Málek, DrSc.),
Budějovická 800, Praha 4, Krč.*

V r. 1969 jsme uveřejnili v tomto časopise pojednání o elektrostimulaci u periferních pares se zaměřením na elektroterapii pares n. facialis. Vzhledem k tomu, že selektivní elektrostimulace pomocí progresivních impulsů je velmi cennou metodou a mnohá naše pracoviště jsou již vybavena dokonalými stimulatory, rozšiřujeme naše předešlé sdělení a upozorňujeme na některé nové poznatky z metodiky zevních elektrických stimulací.

V léčení periferních pares je vždy základním předpokladem odstranit maximálně poruchy hybnosti. Navozovat pohyb v denervované oblasti je možné jen správnou metodikou zevních stimulací.^{1 2} Zevní podnět k vyvolání motorické odpovědi musí mít určitou dobu trvání a určitou rychlost nástupu. Podnět krátce trvajícím musí mít vyšší intenzitu než podnět trvajícím déle. Závislost mezi intenzitou a časem podnětu není lineární, ale řídí se podle zákonitosti I/t křivek. Hodnoty získané elektrodiagnostickým vyšetřením určují přesně trvání a délku impulsu, vhodného pro vlastní selektivní stimulaci.

K účelnému zainteresování svalových skupin do akce je nutné znát jejich prahy dráždivosti. Takto navozeným pohybem se jednak stimulují vlastní procesy trofické v postižených nervosvalových jednotkách a stimulací propriocepce v těchto oblastech navozují se i další fyziologické děje příznivé pro re-inervaci.

Měření úrovní nervosvalové dráždivosti provádí se metodou určování Hoorweg-Weisových křivek (I/t křivky), které vystihují závislost prahové odpovědi na přesně určený impuls. K vyšetření je potřebný generátor tvarovaných impulsů. Dnes jsou k dispozici Stimulátor Prema I, Galvanostim, TUR RS2, RS8, RS9, Neuroton Siemens 510, 624 a v dohledné době budou na náš trh dodány další.³

Elektrodiagnostické vyšetření provádíme monopolární metodou. Plocha dráždicí elektrody se řídí podle velikosti vyšetřovaného svalu a pohybuje se od 2 do 12 cm². Indiferentní elektroda je umístěna na zdravé končetině a její

plocha je asi 120 cm². Elektrody jsou kryty rouškou, která musí být dostatečně navlhčena fyziologickým roztokem nebo vodou. Použití anodového a katodového ochranného roztoku není nutné, vzhledem ke krátkému trvání používaných impulsů a nízké proudové dávky. Není tedy nebezpečí poškození kůže. Svalovou odpověď hodnotíme palpačně, pouze odpověď mimického svalstva hodnotíme zrakem. Je nutné si uvědomit, že takto zjišťovaná kvalita svalové odpovědi na krátký pravoúhlý a progresivní impuls je zcela jiná než kvalita svalové odpovědi na dlouhý progresivní impuls. Hodnotíme tedy skutečně jen prahovou odpověď svalu na různé délky impulsů a ne stejnou kvalitu celé další svalové kontrakce pro různě dlouhé impulsy. Jako dráždící elektrodu používáme katodu, pouze při stimulaci mimického svalstva a n. VII. dráždíme anodou pro lepší technické hodnocení. Pomocí dráždící elektrody aplikujeme na motorický bod vyšetřovaného svalu pravidelný sled impulsů, s délkou pauzy mezi jednotlivými impulsy 2—3 sec. Nejprve aplikujeme pravoúhlé impulsy, s délkou impulsů 0,1, 1, 10, 20, 30, 50, 100, 200, 400, 1000 ms. Stupňujeme intenzitu proudu tak, abychom zachytili prahovou amplitudu impulsu, potřebnou k minimální odpovědi svalu. Obdobně provádíme vyšetření pro progresivní impulsy. Získané výsledky zaznamenáváme na semilogaritmický papír. Firmou TuR doporučené předtisky bilogaritmických formulářů nejsou vhodné pro špatnou možnost řádného vyhodnocení zakřivení a strmosti křivek.

Při všech dalších vyšetřeních i vlastní terapii je bezpodmínečně nutné zachovat stejný metodický postup jako při původním vyšetření. Musíme dbát i na to, že po různých fyzikálních zákrocích (na př. galvanisace, UZ, DD proudy a pod.) nastávají v organismu změny, které by výsledek měření podstatně ovlivnily^{4 5 6} a proto po nich, zpravidla několik hodin, nemůže být vyšetření prováděno. Větší fyzická zátěž také značně ovlivňuje poměry dráždivosti (na př. jízda pacienta do střediska na kole).⁷ V neposlední řadě jsou to farmaka, která mohou nervosvalovou dráždivost a akomodaci do značné míry ovlivnit.⁸ Změny nemusí být vždy signifikantní, přesto je nutno s nimi počítat.⁹

Každý léčebný postup je svým způsobem i ověřením dříve zjišťovaných práhů. Jestliže sval přestane reagovat na příslušné stanovené hodnoty, nebo na ně reaguje nepřiměřeně, je vhodné provést kompletní nové vyšetření.

Jak jsme mohli ukázat v dřívějších pracích¹⁰, kompletní I/t křivky pro pravoúhlé impulsy dovolují rozlišení stavu úrovně nervosvalové dráždivosti v jednotlivých etážích. Úroveň testovanou krátkými impulsy lze považovat za ukazatel dráždivosti nervu, zatím co úroveň testovanou delšími impulsy lze považovat za ukazatel dráždivosti svalových vláken. Bylo možné prokázat, že změny, které se odehrávají v úrovni dráždivosti testované krátkými impulsy a velmi krátkými — délka impulsů 0,05—05 ms, souvisí úzce se změnami rychlosti vedení v periferním motoneuronu, zjišťovanou např. stimulační elektromyografií. Změny, které se naopak odehrávají v oblasti testované dlouhými impulsy (100—1000 ms), souvisí úzce se stavem svalových vláken. I/t křivky získané testováním impulsy progresivními nás informují o dalších jevech, protože v této křivce se odráží i nervosvalová akomodace.

Právě na těchto různých etážích a při poruchách akomodace může při hojení nebo při zhoršování paresy docházet ke změnám. Proto je nutno si uvědomit, že ne každý stav poruchy nervosvalové dráždivosti je vhodný pro elektrickou selektivní stimulaci progresivními impulsy, takže nikdy možné dát obecný předpis. Tam, kde akomodační část I/t křivky pro progresivní im-

pulsy není výrazně pod prahem dráždivosti nepostiženého svalu, je stimulace kontraindikována. Aktivovali bychom totiž současně skupiny zdravých motorických jednotek, a to nadprahovým podnětem, jako u dříve prováděné tzv. bodové galvanisaci¹¹, což vede k synkinesám, přetahování a pod.

Kromě takto určených selektivních stimulací, pokusili jsme se také o kombinaci vlastního pohybu a zevní elektrické stimulace, jak bylo zavedeno Raušerem. Úroveň dráždivosti kontrahovaného svalu je jiná, než svalu relaxovaného. Je-li sval schopen alespoň částečného stahu, mění se různě úrovně dráždivosti kontrahovaných vláken a částí, které nejsou schopny se aktivovat. Tohoto úkazu pokusili jsme se využít v tom smyslu, že na stahující se sval aplikujeme podnět podprahové hodnoty. Zevní stimulace probíhá tak při aktivním volním stažení a aplikovaný podnět slouží jako dopomoc pro ty skupiny vláken, které nemají vlastní reakci na vnitřní podnět. Přitom ovšem je nutné pohybovat se v hodnotách, které nepřesáhnou práh dráždivosti skupiny zdravých vláken. Tento postup se klinicky osvědčil při hojících se periferních paresách.

Domníváme se, že neurofyzilogický přístup k zevní stimulační elektroterapii je jedinou možnou cestou, jak objasnit dobré klinické výsledky a současně vysvětlit některé nevhodné aplikace s jejich klinickými nezdary.

Řadě nezdarů nebo i poškození je možné předejít, známe-li podmínky pro správné provádění zevních elektrických stimulací, které jsou prakticky jednou z mála metod, kterou můžeme aplikovat jako navozenou pohybovou léčbu u těchto onemocnění. Takto je možné zpomalit rozvoj denervační atrofie natolik, že po regeneraci nervových vláken je sval opět schopen převzít svoji funkci.

LITERATURA

1. Janda, V., Poláková, Z., Věle, F.: Funkce pohybového systému. Praha SZdN — 1966.
2. Rodríguez, A. H., Skolnik, E. M., Electrodiagnostic-therapeutic modalities in nerve paralysis. Ann. Otol. (St. Louis), 63, 1954: 1015.
3. Ipser, J.: Přístroje pro galvanickou a stimulační léčbu. Služba zdravotníkům 12, 1971, 2: 71—74.
4. Raušer, V.: Význam změn v nervosvalovém systému po procedurách fyzikální terapie. Fys. věst. 48—3—1970: 102—104.
5. Kredba, J., Raušer, V.: Vliv galvanisace na funkční stav periferního motoneuronu. Fys. věst. 48—3—1970: 105—111.
6. Kredba, J., Raušer, V.: Změny nervosvalové dráždivosti po aplikaci DD proudů. Fys. věst. 49—5—1971: 198—202.
7. Řeháček, J., Raušer, V.; Slavík, M., Straub, J., Šikýřová, E.: Die Bestimmung der Leistungsfähigkeit der ČSSR-Friedensfahrt-Mannschaft. Med. u.Sport XII (1972), H. 8.
8. Řeháček, J.: Myorelaxancia v imobilizaci. Acta Chir.ortop.Traum. čech., 39, 1972: 117—121, č. 2.
9. Kredba, J., Straub, J.: Elektrophysiologische und thermometrische Studie über Wirkung von Rubriment Öl. Mat. Med.Nordm. 24, 1972.
10. Raušer, V.: Objective examination of neuromuscular excitability. Europa Medicophysica.
11. Ipser, J., Přerovský, K.: Fysiatrie. Praha SZdN — 1972.

Й. Страуб: Принципы целесообразной электростимуляции

Выводы

В деле лечения периферических парезов основным предположением всегда является устранение в максимальной мере расстройства подвижности. Движение в денервированной области можно вызывать лишь путем правильной методики внешних стимуляций.

Внешний импульс для вызвания моторного ответа должен длиться определенное время и иметь определенную скорость наступления. Кратковременный импульс должен обладать высшей интенсивностью, чем более длительный импульс. Зависимость между интенсивностью и временем импульса не линейная. Она руководствуется закономерностью $1/t$ кривых. Значения, полученные электродиагностическим исследованием точно определяют длительность и интенсивность импульса, пригодного для собственной селективной стимуляции.

Измерение уровня нервно-мышечной раздражимости осуществляется методом определения кривых Hoorweg-Weis'a ($1/t$ кривых), которые выражают зависимость порогового ответа на точно определенный импульс. Для исследования необходим генератор формируемых импульсов. В настоящее время имеются в нашем распоряжении Стимулятор Према I, Гальваностим, ТУР RS2, RS8, RS9, Неуротом Сименс 510, 624 и в скором времени придут на наш рынок и другие.

J. Straub: Principles of Applied Electrostimulation

Summary

In the treatment of peripheral paresis the removal of disorders of mobility in principle conditions. To induce movement in denervated areas is only possible by correct methods of outside stimulation.

An outside stimulation to induce motoric response must be of certain duration and acceleration. A short stimulation must be of greater intensity and a stimulation of longer persistence. The dependence between the intensity and period of duration is not linear, but is dependent on the regularity of the $1/t$ waves. The values recorded by electrodiagnostic examination exactly determine the duration of stimulation suitable for the selective stimulation.

The measuring of the level of the nerve-muscle stimulation is carried out by Hoorweg's method of determination: by the Weis waves ($1/t$ waves), which show the dependence of limit response to exactly determined impulse. For the examination a generator of shaped impulses is necessary. Now available are Stimulator Prema I, Galvanostim, TUR RS2, RS8, RS9, Neuroton Siemens 510, 624, and others will be available shortly.

J. Straub: Les principes de l'électrostimulation efficace

Résumé

Dans la thérapeutique des parésies périphériques, une des conditions principales est toujours l'élimination au maximum des troubles de mouvement. Il est possible de relouer la mobilité dans les tissus dénervées par une méthodologie exacte des stimulations extérieures.

L'impulsion extérieure pour la provocation des réponses motoriques doit avoir une certaine durée et une certaine vitesse de mise en route. L'impulsion de courte durée doit avoir une intensité supérieure à celle d'une durée plus longue. La relation entre l'intensité et le temps des impulsions n'est pas linéaire, mais elle se guide selon les conformités des courbes $1/t$. Les valeurs obtenues par l'examen électrodiagnostic déterminent exactement la période et la durée de l'impulsion conforme à la stimulation sélective propre. La mesure du niveau de l'excitation des systèmes nerveux et musculaire est effectuée par la méthode de détermination de courbes $1/t$ Hoorweg/Weis qui détermine la relation de la réponse limite sur l'impulsion déterminées de façon exacte. Pour cet examen, un générateur d'impulsions formées est nécessaire. Actuellement, on a à la disposition le Stimulateur Prema I, Galvanostim, TUR RS2, RS8, RS9,

Neuroton Siemens 510, 624 et d'autres seront fournis sur notre marché dans un proche avenir.

J. Straub: Prinzipien der zweckdienlichen Elektrostimulation

Zusammenfassung

Die maximale Beseitigung der Bewegungsstörung ist immer wichtigste Voraussetzung der erfolgreichen Behandlung von peripheren Paresen. Im entnervten Bereich kann nur durch die Anwendung einer entsprechenden Methodik äußerer Stimulationen Bewegung angeregt werden.

Der äußere Reiz zur Anregung motorischer Reaktionen muß eine gewisse Dauer und eine bestimmte Einsatzgeschwindigkeit haben. Ein Reiz von kurzer Dauer muß von größerer Intensität sein als ein länger wirkender Reiz. Das Wechselverhältnis von Intensität und Dauer des Reizes verläuft nicht linear, sondern richtet sich nach der Gesetzmäßigkeit der I/t-Kurven. Die mit Hilfe elektrodiagnostischer Untersuchung gewonnenen Werte bestimmen genau die für die eigentliche selektive Stimulation geeignete Dauer und Intensität des Impulses.

Die Messung des Niveaus der neuromuskulären Reizbarkeit erfolgt durch die Methode der Bestimmung der Hoorweg—Weis—Kurven (I/t-Kurven), die das Verhältnis der Schwellenreaktion zu einem genau bestimmten Impuls ausdrücken. Für die Untersuchung ist ein Generator geformter Impuls erforderlich. Zur Zeit sind folgende zur Verfügung: Stimulator Prema I, Galvanostim, TUR RS2, RS8, RS9, Neuroton Siemens 510, 624 und in absehbarer Zeit sollen weitere in den Handel kommen.

TRNAVSKÝ K., VYKYDAL M.:

FARMAKOTERAPIE REVMAICKÝCH CHOROB.

Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p., Praha 1973, stran 188, obr. 30, vydanie 1., cena Kčs 17,50.

Na knižnom trhu sa zjavilo malé dielko z pera dvoch popredných československých reumatológov MUDr. Trnavského z Piešťan a prof. MUDr. Vykydala z Olomouca. Je venovaná farmakoterapii reumatických chorôb. Po úvodnej kapitole, ktorá prináša objasnenie pojmu antireumatík a historického prehľadu vývoja týchto významných liekov, hovorí sa ďalej o skúšaní a hodnotení terapeutickéj účinnosti týchto liečiv. Jednotlivé kapitoly postupne sa venujú derivátom kyseliny acetylosalicyllovej, derivátom pyrazolidínu, indometacínu, antranilátom, nesteroidným antireumatikom, tkanivovým extraktom, antimalarikom, chryzoterapii, cytostatikom; v ďalšom sa pojednáva o medikamentóznej liečbe dny, hormonálnej terapii, intraartikulárnej liečbe a ataraktikoch a centrálnych myorelaxanciách. Posledná kapitola nazvaná ako dodatok, prináša aktuálny prehľad nových liečiv, ktoré dopĺňujú jednotlivé kapitoly knihy a ktoré sa dostali do terapie reumatických chorôb v poslednej dobe.

Knih je aktuálna — záplava liečiv, ktoré sú na farmaceutickom trhu, je obrovská, takže je problémom optimálne sa orientovať a účelne rozhodovať pri terapii, predovšetkým farmakoterapii jednotlivých chorobných stavoch tak ako ich prináša denná prax. Je preto zásluhou oboch autorov, skúsených klinických reumatológov, že pripravili pre informáciu čes. lekára tento prehľad. Dlhá výrobná lehotá prípravy tejto publikácie si vyžiadala doplnky uvedené v dodatku. Zásluhou vydavateľstva je, že takto operatívne reagovalo na potreby terénu, kde sa žiada informácia.

Knih sa dobre číta. Prednosťou je, že za každou kapitolou je poukaz na ďalšiu literatúru, takže lekár, ktorý sa chce bližšie informovať o určitých skupinách antireumatík, dostáva k dispozícii výber svetovej literatúry. Knihu odporúčame pre jej aktuálnosť, množstvo informácií a účelnosť.

Dr. M. Palát, Bratislava

DECHOVÁ GYMNASTIKA.

Vydaly Čs. st. lázně Luhačovice, text J. Zichová, kresby V. Frdrichová, odpovědný vedoucí dr. J. Zapletal, náklad 5000 výtisků, str. 269, cena neuvedena.

Záplava bibliografických údajů se váže k velmi užitečné a názorné pomůcce, kterou vydalo Ředitelství st. lázní v Luhačovicích. Publikace je určena pacientům lázní, kteří absolvovali lázeňskou léčbu pro nespécifické onemocnění dýchacích cest a jimž je doporučeno, aby i doma pokračovali v dechovém cvičení. Kniha obsahuje tři soubory dechových cvičení. V předmluvě jsou pacienti obeznámeni s tím, jak mají podle knihy cvičit. Zvláště zdůřil je grafické zpracování publikace. Nešetří se na obrázcích a tím se stává ná-

vod velmi srozumitelný. Autorka ilustrací měla šťastný nápad, že barevně odlišila jednotlivé fáze cviků: modrá — základní postavení, červená — vdech, oranžová — mezifáze vdechu, černá — výdech, šedá — mezifáze výdechu.

Publikace prošla odborným recenzním řízením (Máček, Palát) a bude jistě hledanou pomůckou pro ty, kteří opouštějí lázně s vědomím, že na nádraží péče o zdraví nesmí končit.

Dr. P. Štěpánek, Mariánské Lázně.

METODIKA LÉČEBNÉ TĚLESNÉ VÝCHOVY U VŘEDOVÉ CHOROBY ŽALUDKU A DVANÁCTNÍKU PŘI ÚSTAVNÍM LÉČENÍ

J. HROMÁDKOVĀ

*IV. interní klinika, KŮNZ, FN I., Praha
Přednosta: prof. MUDr. M. Fučík*

Úvod

Vředové onemocnění je nejčastějším onemocněním trávicího ústrojí. Předpokládá se, že při něm mimo jiné jde o poruchu vztahů mezi mozkovou kůrou, nižším ústředím, vnitřními orgány, o vegetativní poruchu za účasti stresových činitelů.

Protože je to onemocnění vleklé, kdy se střídá období klidu bez bolestí s obdobím zhoršení a bolestí, dlouho se doporučoval nemocným klid na lůžku nejen v období akutního zhoršení, ale i v období, kdy je nemocný bez bolestí.

Dodržování klidu na lůžku v období bolestí, považujeme ovšem za jedno z nejdůležitějších opatření samozřejmě ve spojitosti s dietou, klidem duševním a správnou medikamentosní léčbou.

Období akutního zhoršení je různě dlouhé někdy 2—3 dny, někdy týden. Pak se bolest u případů nekomplikovaných uklidní.

Jestliže nemocný zůstane i nadále v běžném klidu na lůžku, trpí tím samozřejmě všechno svalstvo, ale zejména břišní stěna, k jejímuž šetření má nemocný sklon již z vědomí, že stůně či stonal s břichem. Následkem je pak ochabnutí stěny, pokles útrob a z toho plynoucí nové potíže.

Metodika

Začínáme už po uplynutí akutního stádia, tj. asi v druhém týdnu choroby, s léčebnou tělesnou výchovou ve formě dechových cvičení na lůžku. Učíme nemocného správně dýchat a podle možností zařazujeme do dýchacího procesu bránici, tedy tzv. abdominální, brániční dýchání. Samozřejmě v případě, že se bolest nezvětšuje.

Ke cvičení dechovému přidáváme jednoduché pohyby horními i dolními končetinami, samozřejmě na lůžku.

V tomto začátku cvičení postupujeme u každého nemocného individuálně. Délka cvičení se řídí stavem nemocného a dbáme pocitů subjektivních i objektivního nálezu.

Při výrazných potížích nemocného po cvičení námahu snižujeme, po případě

vyřazujeme dočasně z léčené tělesné výchovy. Někdy provádíme pouze reflexní masáž (Th 7 — Th 10).

Takto cvičíme denně 2—3 dny. Jestliže je nemocný bez bolestí, postupně zvyšujeme zátěž a necvičíme již pouze v lehu, ale také v lehu na boku, podporu klečmo na lůžku a stojí. Polohu v sedu nezařazujeme u všech nemocných, protože mnozí ji ne zcela dobře snášejí.

Délka cvičení se prodlužuje, jestliže jsme na začátku cvičili 5 min., prodlužujeme na 10—15 minut. Tuto délku cvičení dodržujeme do konce týdne.

Tři týdny je doba, kterou průměrně zůstává nemocný v nemocničním ošetřování. V té době zátěž zvyšujeme a prodlužujeme délku cvičení na 25—30 min.

Neustále si všímáme a zaznamenáváme subjektivní pocity i objektivní nálezy u nemocného. Jedinou jednoduchou funkční zkouškou, kterou je možno dělat, je měření pulsu.

Jestliže na začátku cvičíme individuálně, koncem druhého a třetího týdne cvičíme skupinově.

Náplní těchto cvičení jsou dechová cvičení, gymnastická cvičení horních i dolních končetin, cviky na posílení mezilopatkového, zádového svalstva, svalstva břišního šikmého i přímého, brániční dýchání a relaxace.

Sledujeme fyziologickou křivku zatížení, kdy největší zátěž je ve střední části, začátek je na rozcvičení a závěr na zklidnění nemocného.

Jméno: SALÁTEK Vladimír		Věk: 48 r.	
Začátek hospitalisace: 9. 3. 1973		Dg: Ulsus b. duodenum	
	Zač. LTV	Po 14 dnech	Před odchodem
1. Výška	171 cm		
2. Váha	68,20 kg	68 kg	68 kg
3. <i>Psychický stav:</i>			
Deprese	ne		ne
Neklid	ne		ne
Zklidnění	ano		ano
Strach z fyz. únavy	ne		ne
4. <i>Fyzický stav:</i>			
Únava v klidu	ne		ne
Únava po zátěži	ano	ne	ne
Ochablost svalstva	ne		ne
Síla svalová: Mm. abd.	3; 3	4; 4	4; 4
5. <i>Potíže:</i>			
Bolest	ne		ne
Zácpa	ne		ne
Průjem	ne		ne
Tlak v žaludku	po jídle při hladu	po jídle	po jídle
Chuť k jídlu	na suchá jídla	ano	ano
6. <i>Komplikace:</i>			
Perforace	ne		ne
Krvácení	ne		ne
7. Odchod domů:	29. března 1973		

Příklad metodické řady cviků pro cvičení třetího týdne

Úvod

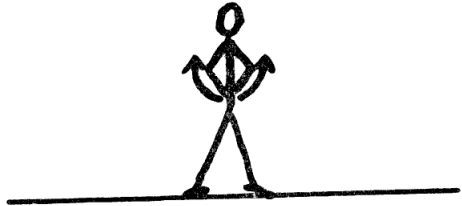
1. stoj roznožný

- a) upažit, nádech nosem
- b) připažit, výdech ústy



2. stoj roznožný

- a) obě horní končetiny v bok, kroužení trupem vpravo, vlevo



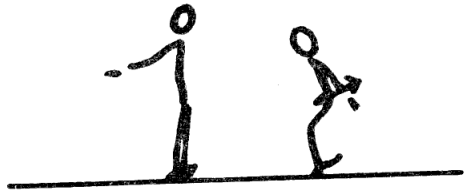
3. stoj roznožný

- a) obě horní končetiny připaženy, úklon k pravému i levému kolenu



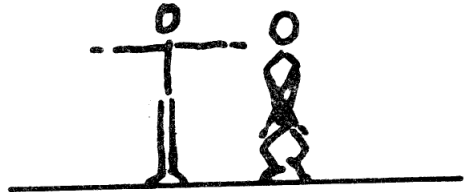
4. stoj spojný

- a) předpažovat a zapažovat s hmitem v podřepu



5. stoj spojný

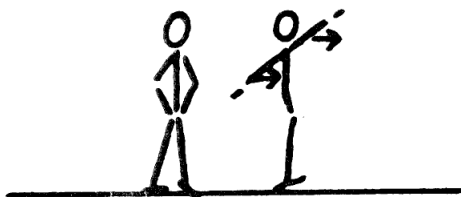
- a) upažovat a překřížovat s hmitem v podřepu



6. stoj spojný

- a) pochod na místě, vysoké zvedání kolien





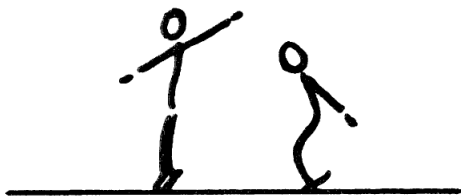
7. *stoj roznožný*

- a) obě horní končetiny v bok, pravou HK upažit a zapažit současně s otočením trupu k pravé HK
- b) totéž levou HK



8. *stoj roznožný*

- a) upažit, kroužení pánví vpravo
- b) totéž vlevo



9. *stoj spojný*

- a) výpon, upažit — nádech
- b) podřep, zapažit — výdech



10. *stoj roznožný*

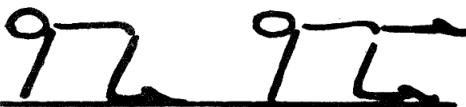
- a) záda opřít o stěnu, vzpažit — nádech
- b) předklon, předpažit a uvolnit obě paže — výdech



Hlavní část

1. *podpor klečmo*

- a) brániční dýchání



2. *podpor klečmo*

- a) skrčit přednožmo pravou, zanožit
- b) totéž levou

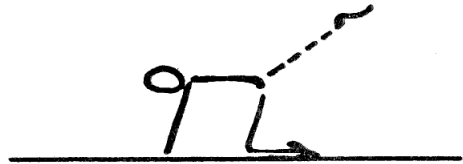
3. *podpor klečmo*

- a) sed na paty
- b) zpět do podporu klečmo



4. *podpor klečmo*

- a) střídavé unožování pravé a levé



5. *podpor klečmo*

- a) „kočičí hřbet“



6. *podpor klečmo*

- a) vzpor stojmo
- b) zpět do vzporu klečmo



7. *podpor klečmo*

- a) brániční dýchání spojené s prohnutím bederní páteře



Závěr

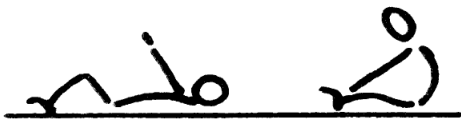
1. *leh vzadu (na zádech)*

- a) pokrčit obě DK, brániční dýchání

2. *leh vzadu*

- a) pokrčit obě DK předpažit, prsty obou HK se dotknou kolen a zvednout hlavu, lopatky od podložky
- b) zpět do lehu





3. *leh vzadu*

- a) upažit, kolena obou DK přitáhnout k břichu
- b) přetáčet vpravo a vlevo



4. *leh vzadu*

- a) přednožit pravou DK, přinožit
- b) totéž levou DK



5. *leh vzadu*

- a) přednožit pravou DK, hmitat v přednožení, přinožit
- b) totéž levou DK



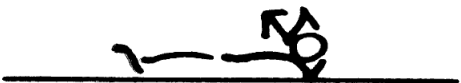
6. *cvik ... leh vzadu*

- a) stejná poloha jako u předcházejícího cviku, DK opisuje kruh nad podložkou
- b) střídá se pravá a levá DK



7. *leh vzadu*

- a) DK nataženy, HK pokrčeny, ruce v týl, pokus o sed s dýcháním



8. *leh vzadu*

- a) pokrčit obě DK, brániční dýchání

9. *leh vzadu*

- a) obě DK pokrčeny, zvedání pánve nad podložku



10. *leh na pravém boku*

- a) pravá HK pokrčena pod hlavou, levá HK se přidržuje před trupem okraje lůžka, přednožit, zanožit levou DK



11. *leh na levém boku*

- a) totéž, stejný pohyb opačnou DK



12. *leh na pravém boku*

- a) pokrčené obě HK i DK se dotýkají
b) vzpažení a protažení obou HK i DK



13. *leh na pravém boku*

- a) stejná poloha jako u cviku č. 10, obě DK pokrčeny
b) brániční dýchání



14. *leh na pravém boku*

- a) relaxace, volné dýchání



Závěr

Jedná se o metodiku LTV u vředové choroby, jak ji provádíme na IV. interní klinice v Praze.

Vedle popisu metodiky se také snažíme tuto metodiku zdůvodnit. Problém zůstává stanovení zátěže u nemocného a vůbec objektivní hodnocení. Přesto naše zkušenosti u 70 nemocných podepřené dokumentací potvrzují, že náš postup nemocnému prospívá.

LITERATURA

1. Lukl P.: Vnitřní lékařství. SZdn 1971.
2. Lánik a kol.: Liečebná telesná výchova a rehabilitácia II. Obzor 1968.
3. Pokroky v rehabilitácii. SZdN 1968.

Й. Громádková: Методика лечебной физкультуры при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки при стационарном лечении

Выводы

Речь идет о методике лечебной физкультуры при язвенной болезни желудка, как она производится на IV интерной клинике в Праге.

Наряду с описанием методики мы стремимся и обосновать ее. Проблемой остается определение нагрузки больного и вообще объективное обсуждение. Несмотря на то наш опыт у 70 больных, подкрепленный документацией подтверждает, что наш метод полезен для больного.

J. Hromádková: Methodics of Exercise Therapy in Ulcerous Diseases of the Stomach and Duodenum During Hospital Treatment

Summary

Discussed are methods of exercise therapy in patients with ulcerous diseases as applied at the 4th Medical Clinic in Praha. Next to the description of methodics its motivation is mentioned. There remains the problem of determination of the amount of load to be applied in the patient and general objective evaluation. Experience with exercise therapy in 70 patients based on documentation confirms the favourable influence of medical rehabilitation.

J. Hromádková: La méthodologie de la kinésithérapie dans les maladies ulcéreuses de l'estomac et du duodénum pendant la thérapeutique clinique

Résumé

Il s'agit de la méthodologie de kinésithérapie dans les maladies ulcéreuses telle qu'elle a été appliquée à la 4^e clinique pour les maladies internes à Prague.

On s'efforce, au côté de la description de la méthodologie, de motiver cette dernière. Il reste à déterminer l'effort physique chez le patient et l'évaluation objective, en général. Malgré tout, les expériences effectuées sur les malades, soutenues par une documentation, confirment que notre méthode est profitable au malade.

J. Hromádková: Methodik der Heilgymnastik bei Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren während der Spitalpflege

Zusammenfassung

Der Artikel handelt von der Methodik der Heilgymnastik bei Geschwürartigen Erkrankungen, wie sie an der IV. internen Klinik in Prag zur Anwendung gelangt.

Neben der Beschreibung der Methodik wird auch versucht, eine Begründung der Methodik darzulegen. Ungelöst ist noch die Frage der Festsetzung der Belastung des Patienten und die objektive Wertung schlechthin. Trotzdem beweisen die Erfahrungen mit 70 Patienten, die dokumentarisch belegt sind, daß die dargelegte Vorgangsweise den Patienten hilft.

WUNDERLI J.:

BIOLOGIE ČLOVĚKA (Úvod)

Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství Praha 1973, str. 140/28, obr. 30, na příloze 13, cena Kčs 14,50.

Nakladatelství S. Karger AG vydalo v roce 1970 v Basileji drobnou publikaci o biologii člověka. Pražské nakladatelství Avicenum vydává v roce 1973 překlad tohoto drobného dílka, zabývajícího se v jednotlivých kapitolách některými základními otázkami biologie člověka. Knížečka je vyceměně jen přehledem o jednotlivých kapitolách lidské somatologie a lidské fyziologie. Z pražského vydání nevyplývá, komu je určena. Kapitoly nejsou vyčerpávající, představují jakýsi úvod, ne příliš rozsáhlý, jen informativní. Knížka je ukončená věcným rejstříkem a obrazovými přílohami, které doplňují anatomický-

mi obrazy jednotlivé otázky, probírané v knize.

Při pečlivém čtení této publikace narazíme na některé chyby, které vznikly pravděpodobně při překladu do češtiny, menisky vyjadřujeme v češtině jako destičky a ne kotoučky, jak je uvedené na str. 24 a dalekozrakost je hypermetropie a ne hyperopie, jak je uvedené na str. 108. Jistě by bylo potřebné věnovat právě českému vyjádření větší pečlivost.

Wunderliho knížka je malým přehledem biologických otázek o člověku, je informativní a hodí se spíše pro širokou veřejnost.

Dr. M. Palát, Bratislava

PELIKÁN V. a kolektiv:

PATOLOGICKÁ FYSIOLOGIE JATER

Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství Praha 1973, str. 312, obr. 91, cena Kčs 48,50.

V řadě prací „Patologická fyziologie“ vychází ve zdravotnickém nakladatelství Avicenum v Praze v tomto roce kolektivní práce autorů pod vedením prof. dr. Pelikána „Patologická fyziologie jater“.

V 17 kapitolách po předmluvě, poukávající na důležitost celé této problematiky a na cíl, který publikace sleduje, jednotliví autoři pojednávají o dílčích úsečích patofyziologie jater. Hovoří se o ultrastruktuře jaterní buňky, o obecné patologii jaterních onemocnění, o metabolismu a játrech, o insuficienci jater, o metabolismu bilirubinu, o autoimunitě u jaterních onemocnění, o akutní virové hepatitidě, o chronické hepatitidě, o jaterní cirhose a jaterní encefalopatii, o ascitu a portální hypertenzi, o žloutence, o cholestase, o lékovém a toxickém poškození jater, o alkoholu a játrech, o stopových prvcích a játrech a o hematologických a koagulačních změnách u jaterních onemocněních. Monograficky zpracovaná učebnice je ukončená věcným rejstříkem. Jednotlivé kapitoly jsou v závěrečné doplněné přehledem literatury, sloužící k dalšímu podrobnějšímu studiu uvedených kapitol patologické fyziologie jater.

Problematice jaterních chorob věnuje se stále velká pozornost, či už jde o aspekty klinické, fyziologické anebo patologické. Je proto nutno uvítat tuto monografii z pera mnoha našich předních odborníků z oblasti hepatologie vedených prof. Peli-

kánem z Olomouce. V naší československé literatuře se nevyskytuje mnoho publikací zabývajících se problematikou jater a jejich onemocnění. Pelikánova monografie určitým způsobem vyplňuje proto mezeru, která existuje v našem odborném písemnictví — je koncipovaná moderně, řeší dílčí problémy ze současných aspektů a věnuje pozornost klíčovým otázkám moderní hepatologie. Podobně jako každá taková kolektivní publikace je zatížená i tato patologická fyziologie jater určitými ne však významnými nedostatky, vyplývajícími právě z účasti mnohých autorů na jejím vypracování. Větším nedostatkem ovšem je, že rukopis odevzdaný do tisku v roce 1971 najde své knižní vyjádření teprve za dva roky — a v oboru jako je moderní hepatologie dva roky znamenají mnoho při současném prudkém rozvoji poznatků a záplavě informací. Toto je patrné i na seznamu literatury v závěru jednotlivých kapitol.

Přes to však je nutné konstatovat, že československá hepatologická literatura je právě touto monografií obohacena. Třeba si je jen přát, aby další vydání — a o tom vůbec nepochybují, co v relativně krátké době bude potřebné — přineslo poznatky up to date. Kniha po technické stránce je dobře vybavená, obrázky jsou ilustrativní, tabulky přehledné.

Dr. M. Palát, Bratislava

LTV U DĚTSKÝCH HEMOFILIKŮ

J. ŠTEFANOVÁ, O. HRODEK, J. RYŠÁNKOVÁ

*Oddělení tělovýchovného lékařství a rehabilitace
FN Motol*

Vedoucí prof. MUDr. M. Máček, CSc.

Hemofilie je vrozené krvácivé onemocnění s charakteristickými projevy a zvláštním typem dědičnosti. Příčinou hemofilie je geneticky podmíněná neschopnost organismu vytvářet bílkovinné složky potřebné pro normální průběh I. fáze krevního srážení. Rozlišujeme klasickou hemofilii či hemofilii A z nedostatku antihemofilického globulinu, (faktoru VIII) hemofilii B z nedostatku faktoru IX a tzv. hemofilii C z nedostatku koagulačního faktoru XI. Většina hemofiliků patří do skupiny A (80 %). Daleko vzácnější je hemofilie B (15 %) a ještě méně je hemofiliků C (méně než 5 %). Hemofilie A a B mají dědičnost vázanou na mužské pohlaví. Onemocní téměř výhradně jen mužští členové rodin, zatím co chorobu přenášejí matky, které samy nemají klinické projevy krvácení. Jeden nemocný hemofilii připadá asi na 20 000 obyvatel. Dědičnost hemofilie C se liší od předchozích typů. Onemocnění postihuje muže i ženy, přenašeči jsou ženy a pravděpodobně i muži.

Klinický obraz

Hlavním znakem onemocnění hemofilii A a B je těžký sklon ke krvácení na různých místech těla a do různých orgánů již při nepatrných traumatech. K těžkému krvácení může dojít již po porodu nebo při prořezávání zubů, hlavně však při prvních pokusech o chůzi a při drobných poraněních. Nejčastějším a tedy charakteristickým projevem hemofilického krvácení jsou opakované výrony do kloubů, krvácení do podkoží a do svalů. Většina hemofiliků trpí prvními výrony do kloubů již v prvních letech života. U dětí jsou nejčastěji postiženy klouby kolenní, dále loketní, hlezenné, méně často klouby zápěstní, vzácně klouby ramenní, kyčelní a klouby meziobratlové.

Mezi obvyklá krvácení u hemofiliků patří dále krvácení z nosu, úst, patra, rtů, krvácení do ledvin. Méně obvyklé je krvácení do stěny břišní, do retroperitoneálního prostoru, krvácení ze sliznice žaludeční a střevní. Nejvážnějším nebezpečím pro hemofilika je krvácení do mozku, míchy nebo mozkomíšních plen.

Hemofilie C představuje relativně mírnou, hemofilii podobnou chorobu. Nemocní mají zřídka spontánní krvácení, téměř nikdy nekrvácení do kloubů.

Avšak stejně jako hemofilici A a B mohou mít těžké krvácení po traumatech nebo chirurgickém zákroku, ať již po velké operaci nebo menším výkonu, jako je extrace zubu.

Indikace LTV se vztahují především na postižení pohybového aparátu.

Prudké krvácení při hemofilii, postihující pohybové ústrojí, lze rozdělit do dvou skupin:

1. Prudké a velké krvácení do svalů, sledované, někdy i rychle nastupující časnou ischemií, která popřípadě přímo poruší nervy. Takovým typickým krvácením je krvácení do m. gastrocnemius, které může být příčinou ekvinózní deformity a dále krvácení do m. iliacus, které způsobuje kompresi n. Femoralis. Jindy jde o krvácení do m. psoas a do flexorů předloktí, které mohou vést k následnému vývinu ischemické Volkmannovy kontraktury. Nemocný má obvykle velké bolesti, a proto vyhledá většinou lékaře závčas.

2. Krvácení do oblasti kloubů je nejčastěji krvácením intraartikulárním. Toto krvácení nemusí zpočátku nemocného příliš bolet, následuje vždy hned obranný svalový spasmus, a tak nemocný nejednou nevyhledá ani lékaře. Nemocný pak popřípadě zatěžuje postižený kloub, který teprve v dalším průběhu začíná stále více bolet. Zvětšuje se zduření, vyvíjí se bolestivá kontraktura, kůže nad kloubem je teplejší, posléze hybnost končetiny pro bolest je nemožná. Akutní ataka trvá několik dní, resorpce krve je obvykle neúplná. Po dalším větším krvácení do téhož kloubu je postižení kloubu provázeno týdny až měsíce trvajícím zduřením. Ve velmi pokročilém stadiu již dochází k těžkým změnám kostním, svrštění kloubního pouzdra, těžkým deformitám a kontrakturám, subluxacím až ankylosám s průvodními svalovými atrofiemi. Trvale zduřený kloub [tzv. hemofilický kloub] s deformitami, kontrakturami a svalovými atrofiemi je konečný výsledek opakovaných atak krvácení. Ačkoliv neohrožují přímo na životě, nemocného velmi handicapují postupnou invalidisací a narušují jeho harmonický růst, emoční vývoj, ale i duševní vývoj. Normální docházka do školy, je namnoze velmi svízelná. Vzácnými komplikacemi na kloubech a skeletu jsou fraktury kostní [nejčastěji dolní třetina femoru], hnisavé záněty kloubů se zánětem kosti, krvácení pod chrupavčitou částí kosti s tlakovou nekrosou okolní kosti nebo krvácení přímo do kosti (kost rozrušuje a připomíná na první pohled na rentgenovém snímku nádor kostní).

Trvalé poškození kloubů při hemofilii vzniká po opakovaném krvácení, jestliže nemocný není při akutním krvácení do kloubů a jejich okolí, svalů popřípadě kmenů nebo kosti včas a správně celkově i místně léčen. Ještě před 20 lety jenom velmi málo hemofiliků dosáhlo věku 20 let. Nyní se dožívají věku vyššího. Přitom jsou stále ohroženi opětovným krvácením do kloubů a jejich okolí. Vznikají hemofilické atropatie. Postižené klouby vykazují zevní deformity, omezení hybnosti a často bolí. Může být přítomno trvalé flekční postavení kloubu až flekční kontraktura, vážně ohrožující schopnost pohybu. K tomu pak se přidružují chabost, vychudnutí svalstva postižené končetiny, zvyšující vnímavost k dalším traumatům a krvácením. Hemofilické atropatie nejsou nevyhnutelné. Lze jim předejít; svůj význam má prevence úrazů vůbec, kdy instruujeme rodiče dítěte, aby je chránili před poraněním. Velký význam má správná léčba akutního krvácení a systematická trvalá rehabilitace.

Léčba akutního krvácení sestává ze dvou rovnocenných složek: místní léčby a celkové interní léčby substituční transfusními přípravky.

Na prvním místě místní léčby je především nejrychlejší, znehybnění postiženého kloubu a lokální ošetření studenými obklady event. kompresí elastickým obinadlem.

Léčebná rehabilitace je součástí místní léčby od prvního výronu do pohybového ústrojí. Při sestavování programu léčebné rehabilitace jsme si vědomi, že při krvácení do kloubu je postižen vždy celý kloubní aparát a pro značnou bolestivost reflektorický spasmus zasahuje i další nejbližší klouby. Např. při postižení kolenního kloubu, který je současně deformován prosáknutím v měkkých částech vazech, kůži, podkoží, se reflexní spasmus projevuje analgetickým postavením v kyčelním i hlezenném kloubu.

Předkládáme zde postup léčebné rehabilitace u nejběžnějšího krvácení pohybového ústrojí u dětí — krvácení do kolenního kloubu.

Začínáme už v průběhu akutního stadia při přísném znehybnění (immobilizaci) postiženého kloubu.

I. Stadium

1. Stále se velmi pečlivě přikládají ledové obklady přes kolenní kloub a současně se opatrně upravuje polohování postižené končetiny, aby nedocházelo k vychylování do patol. poloh. Končetina je v obranné flexi od kyčelního kloubu, koleno padá lehce do zevní rotace, hlezenný kloub do plantární flexe. Při déletrvajícím otoku a velké bolestivosti se polohy později velmi těžko napravují. Při bolestivosti v kloubu, kdy se přikládají na koleno ledové obklady, podkládáme *koleno polštářkem* s pískem a polohujeme i zapřením hlezenný kloub.

Při menším otoku se končetina podkládá a fixuje nejlépe ve snímatelných dlahách sádrových i jiných umělých, tvarovaných. V domácím ošetření, při převozu do zdravotnických zařízení se mohou použít dlahy nafukovací snadno dosažitelné. V žádném případě však není vhodný celkový sádrový obvaz, při němž nelze hodnotit aspektem růst hematonu ani se uvarovat tlakových postižení cévních a nervových. *Snímatelné dlahy* se přikládají na delší dobu, později se doba zkracuje.

2. Po 3—4 dnech začínáme s uvolňováním, a to masáží. Je to jemná odčerpávající masáž od kolenního kloubu a uvolňující masáž šlach v podkolení a ihned na to navazují izometrické stahy.

U poškození kolenního kloubu jsou to zejména izometrické stahy svalu čtyřhlavého (kvadricepsu), které provádí pacient několikrát denně.

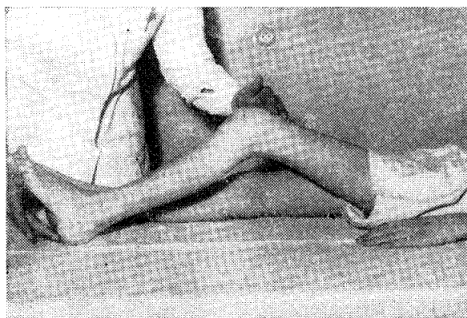
II. Stadium

Toto II. stadium, je stadium intenzivní rehabilitační péče — začínáme s pacientem téměř imobilním, ležícím, kterého převádíme do ambul. péče jako chodícího.

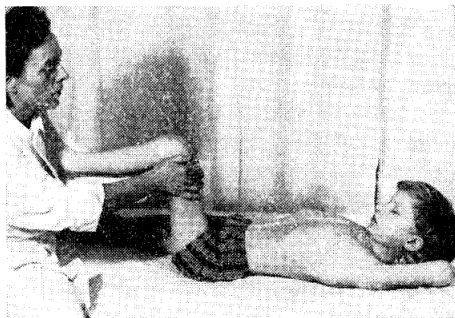
Otoků ubývá, bolest se utiňuje — pohyblivost postiženého místa je v malém rozsahu, následkem změn v postižených svalech v podkoží a v kloubu. Nežli zvolíme další rehabilitační postup a techniku rozcvičování, musíme si znovu ověřit rozsah postižení i možnost komplikací.

1. Začínáme pomalým a velmi opatrným protahováním zkrácených svalů. Užíváme pohybů pomalých, plynulých pasivních pohybů vedených aktivními pohyby s dopomocí a z počátku s fixací ve směru prováděného pohybu. (Viz obr. č. 1, 2.) Tyto vedené pohyby stupňujeme později i proti mírnému odporu. Při rozsahu pohyblivosti stále z počátku kontrolujeme bolestivost. Pohyb nesmí vyvolat bolestivost v kloubu. Rozsah pohybů srovnáme při procvičování s rozsahem pohybů zdravé končetiny. Při větších kontrakturách nutno použít při cvičení k uvolnění dopomoc polopasivním vytahováním do extenze. Méně už se užívá jednoduchých extenzí, manžetových i jiných, které aplikujeme krátkodobě, tak jak to pacient snese s mírnou zátěží 1/2 kg až 1 1/2 kg podle sval. síly. Při aplikaci extenzí je dobré konzultovat s chirurgicko-ortopedickým oddělením.

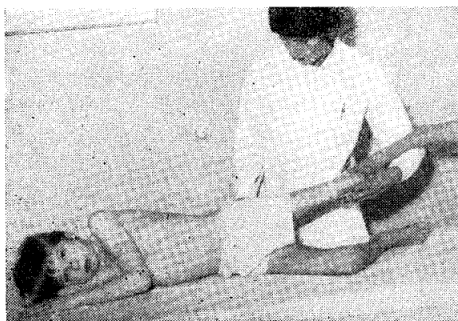
Na počátku každé cvičební jednotky začínáme důkladným protahováním extenzorů kolena i kyčle při současném uvolňování flexorů. Dále procvičujeme adduktory, abduktory i rotátory kyčelního kloubu. Po rozcvičení pracujeme na posilování svalů i cvičením proti odporu — rytmická stabilizace (Viz obr. 3). Posilujeme svaly stehenní zejména sval čtyřhlavý (kvadriceps), dále svalstvo lýtkové i svaly klenby nožní. Protože připravujeme ležícího pacienta k vertikalizaci (stojí a chůzi), přidáváme cviky pro posílení oslabených svalů trupu. Posilujeme svalstvo břišní (zvedání se z lehu do sedu), svalstvo zádové, svalstvo hýžďové, podle svalového testu — viz V. Janda „Vyšetření hybnosti“. Nezapomínáme, jak u všech ležících pacientů na statická i dynamická dechová cvičení.



Obr. č. 1.



Obr. č. 3



Obr. č. 2

1. Vedený aktivní pohyb se stimulací a jemnou dopomocí k protažení flexorů kolena.

2. Vedený aktivní pohyb do zanožení při fixaci pánve, pro protažení extenzoru kyčle.

3. Fixace postižené končetiny při rytmické stabilizaci střídavého zapínání flexorů a extenzorů s povelom — „odtlač — povol“.

Po posazování a cvičích v sedu pacienta stavíme z počátku na krátkou dobu s důkladnou bandáží kolena s odlehčením (opora, berle). Ve stoji zkoušíme opatrně přešlapování, přenášení váhy, chůzi na místě a sledujeme rozsah pohybů a držení pánve. Po třech dnech stavění začínáme s nácvikem chůze (4dobé—2dobé). Chůzi bez opory zkoušíme individuálně podle stavu svalové síly, rozsahu pohyblivosti, s ohledem dovolené zátěže podpůrného aparátu. S předškolními dětmi postupujeme pomalu, koleno bandážujeme déle. Doporučují se i chránící obvazy molitanové vložky, které se přikládají na kolenní kloub jako prevence úrazu. V tomto stadiu přechází pacient do ambulantní péče.

III. Stadium

Je stadium relativně dobrého stavu pohybového aparátu a cvičení je zaměřené na udržování a zlepšení kloubní pohyblivosti k jistějšímu pohybu v prostoru. Doporučujeme cvičit různé druhy chůze (dopředu, dozadu, stranou, skřížmo, přešlapování, podřepy apod.). Pacient dostává sestavu cviků k domácímu cvičení. Soustavným cvičením se udržuje a zlepšuje funkce postiženého kloubu a celého držení těla a pacient se pohybuje jistěji v prostoru.

Z fyzikální léčby se doporučuje někdy cvičení v bazénu a vířivá lázeň indifferenční teploty.

Z kontrolních měření můžeme měřit rozsah kloubní pohyblivosti, oslabené svalstvo testovat podle klasického svalového testu, později můžeme užít i testů orientačních k vyšetření hybnosti.

Při propouštění pacienta do ambulantní léčby podle průběhu onemocnění po 3—6 týdnech i déle je nutno instruovat rodiče, jak má dítě cvičit a zároveň je seznámit s kontraindikací pohybů a sportů, které vedou k úrazovosti a tím i k recidivě choroby.

Příklad cviků domácího cvičení u hemofiliků při postižení kolenního kloubu

Leh na zádech, kolena pokrčena přednožmo skrčmo, paže volně podél těla — nebo upažmo skrčmo. Kolébání pánví — při vdechu uvolnit břišní lis a pánev dopředu, při výdechu stáhnout břišní lis, tlačit pánev a záda k podložce.

V téže poloze zvedání se do polosedu s předpažováním, cvik podle svalového testu rovně i šikmo vpravo i vlevo vpřič. V téže poloze při vdechu a uvolnění břišní stěny kolena do abdukce při výdechu a stahu břišní stěny kolena do abdukce při výdechu a stahu břišní stěny pomalu kolena přitahovat do abdukce.

Leh na zádech, zdravá noha pokrčena, postižená protažení, paže volně podél těla. Zvedat přednožmo protaženou DK pomalu proti její vlastní váze a pomalu klásti zpět. Páteř naléhá plně na podložku, břicho oploštělé.

Leh na boku, obě končetiny přednožmo skrčmo, paže naléhající strany upažmo skrčmo, ruka pod hlavou, druhá paže leží volně na boku. Postiženou DK protahovat z flexe do extenze (horní volná končetina) a protaženou DK obloukem zanožovat a přednožovat při extenzi v kýčelním kloubu.

Leh na břiše, nohy mírně protažené, paže upažmo skrčmo, složené pod če-

lem. Stahování dolních žeber, břicha a svalů sedacích při výdechu při současném protažení páteře — vdech uvolnit.

V téže poloze ze zánožmo skrčmo při stahu břišních a sedacích svalů protahovat dolní končetinu přes koleno až ke kotníku (DK střídáme). V téže poloze — nohy roznožené. Úklony trupu v pravo i v levo. Snažíme se, aby úklon vycházel z bederní části páteře při staženém zadečku. Cviky střídáme.

Rovný sed na židli se vzpřímenou páteří s podepřenou pánví od DK, jedna noha mírně přednožena, paže volně podél těla. Pomalu rovně vstávat do stoje při podsazeném zadečku a oploštělé břišní stěně a pomalu se posazovat zpět stejným způsobem.

Stoj roznožný, paže podél těla, přenášení váhy vpravo i vlevo až do výponu, boky zůstávají v horizontální rovině, břicho oploštělé.

Podřepy a dřepy: podřepy a dřepy děláme pomalu, s počátku s oporou u stěny nebo u žebřiny.

Dále nacvičujeme různé druhy chůze a překračování: dopředu, dozadu po patách, po špičkách, do výponu, s vysokým přednožováním a podobně.

LITERATURA

1. Bousels, J., Chaigneau, H.: L'auto-rééducation. Association Française des Hémo-philés 1969.
2. Hrodek, O., Tošovský, V.: Akutní krváčení do kloubů při hemofilii. Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologicae Czechoslovaca 39. 1. 1972.
3. Hrodek, O., Heřmanský F., Štěpánková, H., Mlejnková, M.: Ke klinice a diagnostice hemofilii. Čas. lék. čís. 96 1967, 7: 203—205.
4. Janda, V.: Vyšetřování hybnosti I. Avicenum, zdrav. nakladatelství, 1972.
5. Lewit, K.: Manipulační léčba u periferních kloubů (přednášky — kurs).
6. Nováková, M., Hrodek, O.: Psychologické aspekty v komplexní péči o děti nemocné hemofilii. Čes. Pediatrie., 22, 1967, 9: 800—803.
7. Typovský, K., a kolektiv: Traumatologie pohybového ústrojí I. Avicenum, Zdrav. nakladatelství 1972.

Й. Стефанова, О. Хродек, Й. Рижанкова: Лечебная физкультура у детей больных гемофилией

Выводы

Авторы передают опыт реабилитационной заботливости у детей больных гемофилией. Показания для лечебной физкультуры относятся прежде всего к поражению двигательного аппарата после кровотечения в мышцы и суставы. Процесс лечебной физкультуры обработан у самого общего типа поражения и продолжается во время выздоравливания. Лечебная физкультура ориентируется на занятие положения, релаксацию, натягивание сокращенных мышц и укрепление пораженных групп мышц для поддержания диапазона суставной подвижности. Систематическое осуществление лечебной физкультуры даже в относительно хорошем состоянии превентивно снижает количество несчастных случаев при обыкновенных движениях и тем самым и возникновение осложнений.

J. Štefanová, O. Hrodek, J. Ryšánková: Exercise Therapy in Young Hemophilic Patients

Summary

The authors present their experience with medical rehabilitation in young hemophilic patients. Indications for exercise therapy refer specially to the afflicted motor system after haemorrhage into muscles and joints. The course of exercise therapy is elaborated as applied in the most current types of affliction in children in the knee joint. Exercise therapy can be started already in subacute conditions and can be carried on during convalescence. Exercises include positioning, relaxation, extension of muscles and reinforcement of the afflicted muscle groups in order to maintain mobility of joints. Systematic application of exercise therapy also in, relatively good conditions preventively decreases injuries during movement and the occurrence of complications.

J. Štefanová, O. Hrodek, J. Ryšánková: La kinésithérapie chez les jeunes hémophiles

Résumé

Les auteurs transmettent leurs expériences obtenues dans les soins de réadaptation chez les jeunes hémophiles. Les indications de kinésithérapie se rapportent avant tout aux troubles du système moteur après hémorragie dans les muscles et les articulations. Le procédé de kinésithérapie est élaboré chez le type le plus courant de troubles infantiles dans l'articulation du genou. La kinésithérapie débute déjà dans le stade subaigu et continue dans la convalescence. La kinésithérapie s'oriente sur la position, la relaxation, l'allongement des muscles raccourcis et le réconfort des groupes de muscles affectés pour le maintien de la capacité de la mobilité articulaire. Une kinésithérapie systématique même dans un état de santé relativement bon, réduit préventivement les accidents dans la mobilité courante et donc ainsi l'origine des complications.

J. Štefanová, O. Hrodek, J. Ryšánková: Heilgymnastik bei Hämophilie-Patienten im Kindesalter

Zusammenfassung

Die Autoren vermitteln Erfahrungen mit der Rehabilitationsbehandlung von Hämophilie-Patienten im Kindesalter. Die Heilgymnastik-Indikationen sind vor allem auf die nach Blutungen in Muskeln und Gelenke geschädigten Teile des Lokomotionsapparates bezogen. Das Heilgymnastikverfahren ist im Hinblick auf das Kniegelenk als dem bei Kindern am häufigsten geschädigten Teil bezogen. Das Heilgymnastikverfahren beginnt schon im subakuten Stadium und wird in der Rekonvaleszenzphase fortgesetzt. Die Heilgymnastik ist auf Lagenwechsel, Lockerung, Dehnung verkürzter Muskel und Stärkung geschädigter Muskelgruppen zwecks Aufrechterhaltung der Bewegungsspanne des Gelenks ausgerichtet. Systematische Ausübung der Heilgymnastik auch bei verhältnismäßig gutem Zustand verringert vorbeugend die Unfallhäufigkeit bei alltäglichen Bewegungen und infolgedessen auch die Gefahr von Komplikationen.

**KOTÁSEK A. A KOLEKTÍV:
PORODNICTVÍ**

Avicenum, Praha 1972, 428 strán, cena 46,— Kčs.

Po slovenskej kolektívnej učebnici Fyziologické pôrodnictvo, ktoré je venované nielen poslucháčom medicíny ale aj pre atestačné účely a ako príručka pre odborných lekárov, dostáva sa na trh česká učebnica výhradne pre študujúcich lekárstvo. Kolektív autorov, vychádzajúc zo známej tradície českých učebníc Jerieho, Klauza, Trapla a Vojtu, si vytýčil za cieľ napísať stručnú, pre vysokoškolské štúdium vhodnú učebnicu, ktorej vlastnosti by sa dali zhrnúť takto: Podávať len potrebnú látku s najnovšími poznatkami. Preto sú vynechané hypotézy, prekonané klinické znaky a vyšetrovacie spôsoby a včlenené sú modernejšie metódy. Inštruktívnosť a didaktickú cenu docieľujú zjednodušujúcim rozdelením látky. Podľa dôležitosti sú vymenované zásady diagnostiky, prevencie a liečby. Obrázkov 160. Prevencia prevyšuje nad liečbou rozsahom i dôrazom. Autori vychádzajú z potrieb a z úrovne nášho zdravotníctva a z vývojového trendu nášho odboru, ktorý má v socialistickom zdravotníctve veľmi dobré výsledky. Preto podávajú látku z aspektu pokročilej úrovne obyvateľstva, uvádzajú naše demografické ukazovatele a sociálno-organizačné opatrenia. Našli tu uplatnenie novšie definície (až na predčasný pôrod), preverené číselné údaje, ktorými kniha nie je preťažená. K prednostiam knihy možno počítať: Pri oplodnení sú už zmienky o cytogenetických poznatkoch, s účelnou stručnosťou sú opísané tehotenské zmeny

ženského organizmu, životospráva tehotnej ženy, názorný je opis lekárskeho vedenia pôrodu. Považujem za prednosť knihy, že petitom sa opisuje pôrod v domácnosti, zariadenie pôrodnického oddelenia, základné požiadavky dokumentácie atď. Nezvyklé je zaradenie fyziológie pohlavného ústrojenstva aj s opisom klimaxu a staroby, lebo to patrí do učebnice gynekológie. Aj stať o anatómii rodidiel by mohla byť stručnejšia, len s prihliadnutím na pôrodnické potreby. Z didaktického stanoviska by bolo bývalo osožné v kapitolách o implantácii a nidácii, o vývoji plodu, o placentárnom a fetálnom krvnom obehu dať farebné perovky. Typograficky nedokonalé sú obrázky 46, 35, nevýrazný je rozdiel v nákrese hlbokého uloženia placenty a placenta praevia marginalis (obr. 111). Chýba opis imunologických testov na dôkaz tehotenstva. Prenatálna ochrana materstva by mohla byť obširnejšia. Krátka pasáž o gymnastike mohla byť doplnená aspoň v základných cvikoch nákresemí cvikov. Kniha je relatívne lacná; to umožnil aj menej kvalitný papier a vynechanie farebných obrázkov. Táto kniha, ktorú napísal prof. Kotásek a kolektív autorov, spolu so slovenskou Gynekológiou a pôrodnictvom, ktoré vyjde v ďalších dieloch, zapíňa medzeru, ktorá vznikla po vysokoškolských učebniciach Trapla [1955] a Klauza [1961].

Dr. A. Bárdoš, Bratislava

DIADYNAMICKÉ (BERNARDOVY) PROUDY

J. KREDBA

*odd. fyziatrie, rehabilitace a revmatologie Ústřední vojenské nemocnice, Praha
Vedoucí MUDr. J. Chalupa*

Diadynamické proudy zavedl do elektroterapie P. D. Bernard (1929), od něhož také pochází rovněž název této nízkofrekventní terapie. Podle Bernarda představuje diadynamický proud kombinaci galvanizace a nízkofrekvenční stimulace.

Ve své podstatě je diadynamický proud proudem diodovým, vzniká usměrněním běžného střídavého proudu ze sítě sinusového průběhu o 50 c/vt a to jednocestně a dvoucestně, a jeho usměrněné komponenty jsou kombinovány. K léčebnému použití jsou dány tyto základní druhy proudu (obr. 1):

1. Monofasé fixe (MF)

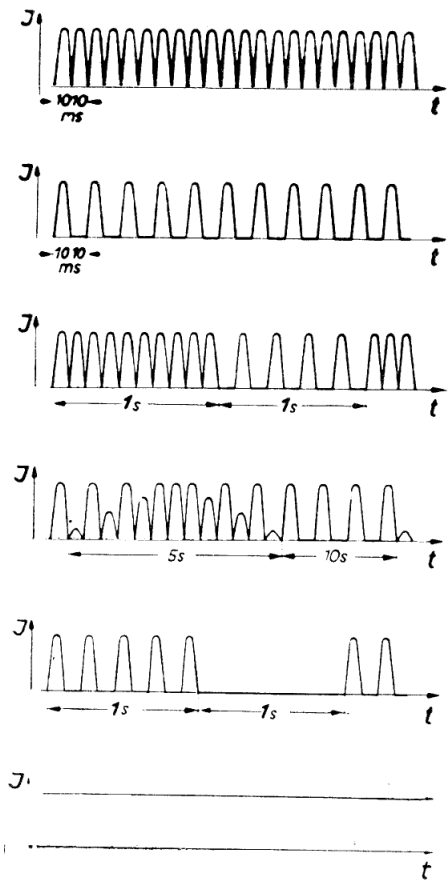
Jednocestně usměrněný sinusový proud ze sítě o 50c/vt, kde je usměrněna stejnosměrná půlvlna sinusového průběhu, takže vzniká impuls o trvání 10 ms a pauze 10 ms. Při jednocestném usměrnění je tedy výsledná komponenta frekvence 50 c/vt.

Při aplikaci MF vzniká pocit ztlačení, svírání a vibrace. Již při nižší intenzitě mohou nastat kontrakce, analgetický účinek proudů je méně výrazný, ale déle trvá. Vodivost kůže se tolik nezvětšuje jako u DF a účinek proudu je více dynamogenetický (facilitační) na rozdíl od DF.

2. Diphasé fixe (DF)

Při tomto druhu proudu se sudá (opačná půlvlna) neodřezává, ale obrací ve směru liché půlvlny, takže vzniká proud o frekvenci 100 c/vt. Při aplikaci DF rychle klesá kožní odpor a roste proud, což nemocný nevnímá následkem tlumivého účinku na citlivost. Vzniká pocit chvění, brnění a ztrácení kontaktu s elektrodou. Při vysoké intenzitě nastává tetanizace kosterního svalstva, která však není bolestivá. Účinek této kvality proudu je spíše inhibiční. Vodivost kůže se zvyšuje.

Obr. 1.: Základní typy diadynamických proudů (shora—dolů): DF, MF, CP, LP, RS, Galvan. (Podle Koeppena 1966)



3. Courte période (CP)

Proud modulovaný v krátkých periodách vzniká pravidelným střídáním MF a DF. Celá perioda trvá 2 vt, při čemž MF trvá 9/vt a DF 11/10 vt. CP má v obou periodách dynamogenetický účinek.

4. Longue période (LP)

Celá perioda trvá 12—16 vt a oba druhy proudu MF a DF jsou zastoupeny nerovnoměrně, zhruba 1 : 2 ve prospěch DF.

Účinek tohoto proudu je spíše inhibiční, i když složka dynamogenetická není potlačena.

5. Rhythme syncope (RS)

Při tomto druhu proudu se zapíná MF po dobu 1 vt, pak následuje 1 vt pauza. Je určen pro svalovou gymnastiku.

6. Monofasé modulé (MM)

Je to galvanický proud, na který je superponován pulsační proud o 50 c/vt. Obdobně je tomu u tzv. Courant continu faiblement ondulé (CCFO), kde na galvanický proud nasedá pulsuující proud o frekvenci 100 c/vt.

Obadva proudy lze označit jako galvan + MF a galvan + DF.

Přístroje, které jsou u nás používány k léčbě, jsou různé provenience (Francie, NSR, Polsko, SSSR, — viz obr. 2, 3, 4). Měli jsme možnost pracovat téměř na všech přístrojích, vlastní klinickou studií jsme provedli na přístroji Diadynamic fy La Physiotechnic, model K 08. Na všech uvedených přístrojích lze získat popsané proudové kvality, parametry se jen nepatrně liší. Sovětský přístroj kromě uvedených parametrů používá rovněž k léčbě pozvolného (exponenciálního) nástupu jednotlivých komponent, což jest výhodné při léčbě periferních obrn a spastických stavů.

Přenos elektrické energie na pacienta je zprostředkován párem elektrod, které jsou v podstatě trojího druhu (obr. 5):

- a) velké obdélníkovité elektrody podložené pěnovou gumou nebo porézní tkaninou určené pro aplikaci nad vnitřní orgány nebo velké klouby či větší kožní plochy, nebo jako indiferentní elektrody,
- b) střední kulaté elektrody o průměru 6 cm s držadlem,
- c) malé kulaté elektrody o prům. 3 cm s držadlem. Obě elektrody (b, c) jsou podloženy vrstvou umělé pěnové hmoty.

Poměrně nejčastěji se používá kulatých elektrod, které se přikládají tak, že ošetřované místo leží buď mezi elektrodami, nebo pod jednou z nich.

Intenzitu proudu je třeba volit tak, aby nemocný pociťoval aplikaci léčby příjemně. Proud je třeba korigovat podle stavu adaptace. Začíná se zprvu intenzitou do 1 mA za pocitu brnění a chvění, pak lze proud zesílit. Při LP prochází v období DF dvojnásobná intenzita ve srovnání s MF a proto je třeba nemocného seznámit s pocity při různých kvalitách proudu.

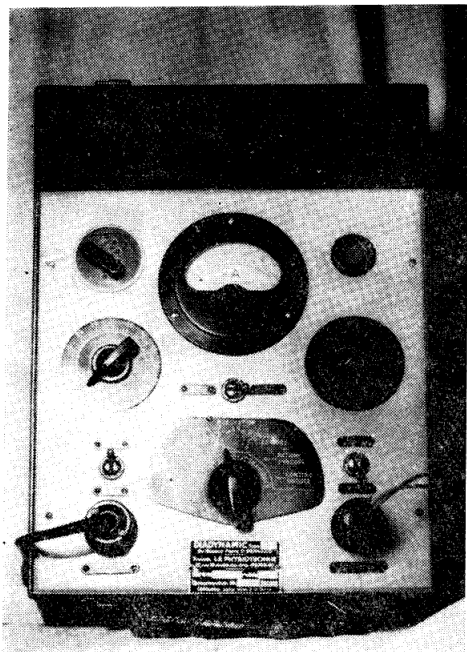
Doba aplikace na jedno pole nemá přesahovat 5 min., můžeme však aplikovat léčbu na několik bolestivých míst při zkracování doby léčby na 2—3 min. Počet léčeb nemá přesáhnout 10 sezení a je možno provádět léčbu i několikrát denně. Po skončení sezení je třeba vykonat pauzu po dobu týdne a pak léčbu opakovat. Polaritu během aplikace není třeba měnit, dojde-li však ke změně polarity, nastávají děje v souvislosti se změnou dráždivosti ve smyslu an- a katelektrotonu. Při volbě proudu uvádí Bernard, že je vhodné začít s DF nebo CP po dobu 30 vt., vytvořit tak adaptaci na vodivost a citlivost a pak přejít na aplikaci LP. Podle našich zkušeností i zkušeností jiných autorů toto však není podmínkou.

Indikace

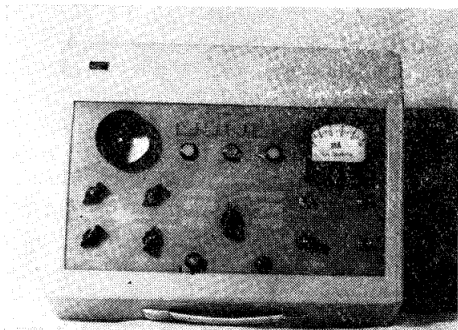
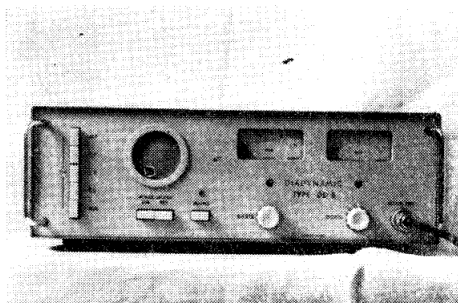
Podle zkušeností Bernarda (1950), Zinna (1956), Steinbacha (1961), i našich zkušeností jsou stanoveny tyto indikace pro léčbu diadynamickými proudy:

1. Onemocnění traumatologického původu:

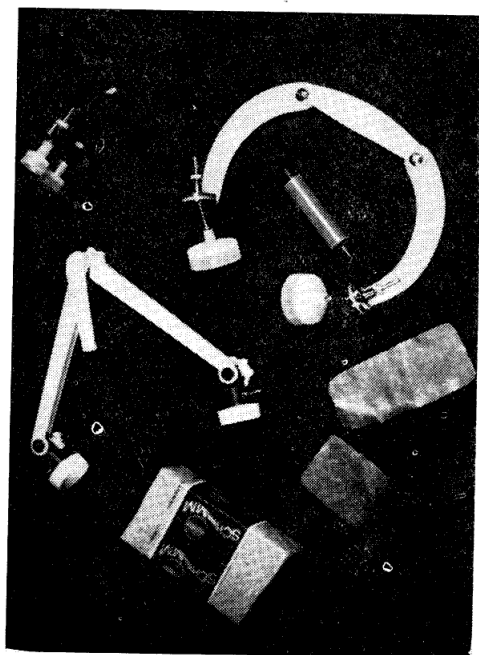
kontuze, distorse, hematomy, otoky kloubů poúrazového původu, stavy po luxacích, kdy bolestivost a otok snižují funkci, poúrazové myalgie.



Obr. 2



Obr. 3 a 4



Obr. 5

Obr. 2.: Diadynamic La Physiotechnie K 08, Francie

Obr. 3.: Diadynamic typ DD5, Polsko

Obr. 4.: Diadynamic, SSSR

Obr. 5.: Typy elektrod

2. Onemocnění revmatologického nebo neurologického původu:

lumbago, ischialgia, cervikobrach, syndrom, neuritis při herpes zoster, neuralgia trigeminu, syndrom bolestivého ramene, myalgie, arthrosy, epicondylitis, atrofie z nečinnosti.

3. Onemocnění interního původu:

Raynaudova choroba, arterioskleróza s periferní symptomatologií, acrocyanóza, verikosní komplex. U těchto indikací nejde o léčbu základních onemocnění, ale o ovlivnění spastické komponenty. Dále je doporučována aplikace u obštipací atonického typu.

4. Kožní onemocnění:

Stav po popáleninách, kongelacích, hypertrofické keloidní jizvy.

U jednotlivých indikací jsou doporučovány tyto proudové kvality:

- a) bolestivost: DF, CP,
- b) periferní oběh: DF,
- c) resorbce: CP, LP,
- d) svalová gymnastika: RS, MM.

V praxi jsou doporučovány tyto proudové kvality a elektrody: Kontuse, distorse, stavy po luxacích: DF, CP, LP (střední a velké elektrody).

Myalgie: DF, CP, LP (střední a velké elektrody)

Svalové atrofie: RS, MM (malé nebo střední elektrody)

Epicondylitis: CP, LP (malé nebo střední elektrody)

Arthrosy: CP, LP (střední nebo velké elektrody)

Lumbago: DF, CP, LP (střední nebo velké elektrody umístěné paravertebrálně v několika polích)

Ischialgie: DF, CP, LP (střední nebo velké elektrody umístěné paravertebrálně nebo v průběhu nervu)

Neuralgia: CP, LP (malé elektrody umístěné v místě bolesti)

Herpes zoster: CP (malé elektrody umístěné z obou stran od erupce)

Stavy po kongelacích, popáleninách a varikosní vředy: CP (střední nebo velké elektrody)

Keloidní jizvy: LP (střední nebo velké elektrody a protražovaná doba aplikace 6—10 min.)

Poruchy periferního prokrvení: DF, CP, LP (velké elektrody umístěné transregionálně)

Migréna: DF (střední elektrody umístěné na ganglion cervicale oboustranně a na art. temporalis superf.)

Obštipace: LP (velké elektrody umístěné v průběhu tračnicku)

Kontraindikací léčby jsou všechna hnisavá onemocnění kůže, podkoží, tromboflebitis, apendicitis. Rovněž nemají být diadynamické proudy aplikovány na krajinu srdeční pro možnost vzniku fibrilací.

Fyziologický vyklad účinků diadynamických proudů

Mechanismus účinku diadynamických proudů je velmi složitý a není dosud ve všech podrobnostech jasný. Na základě experimentálních údajů a praktických zkušeností lze shrnout dosavadní vědomosti o mechanismu působení a vytvořit si představu, která by byla součástí pracovní hypotézy pro další léčebné postupy.

Experimentálním výzkumem účinků nízkofrekventní terapie a speciálně dynamických proudů se zabývala řada autorů Bernard (1929, 1950), Albrecht (1952), Kern (1955), Zinn (1956), Steinbach (1961), Lullies (1961), Kacourek (1963, Kolman a Kredba 1964), Kredba a Raušer (1971) a další.

Experimentální elektrofyziologické práce a zkušenosti kliniků ukazují, že střídavý proud diodového průběhu se superponovanou galvanickou složkou, k jejímu proudový integrál není nulový, nýbrž má polarizační potenciál, má pravděpodobně tyto fyziologické účinky:

- a) ovlivňuje prahovou dráždivost ve smyslu zvýšení prahu pro bolest, tj. snižuje až potlačuje vnímání bolestivých počitků,
- b) vyznačuje se přímou vasomotorickou aktivitou vedoucí k resorbci edému a tvorbě látek histaminového původu,
- c) působí svalovou elektrogymnastikou na zvýšený tonus ve smyslu detonace,
- d) vytváří an- a katelektrotonus,
- e) ovlivňuje centripetální spoje a zpětnovazební nervosvalové mechanismy na všech úrovních pomocí frekvenční modulace impulsů.

V pořadí účinků diadynamických proudů stojí potlačování vnímání bolestivých počitků. Otázka potlačení bolesti není jednoduchá, neboť bolest je složitý fenomen. Čistě povrchová bolest ze speciálních kožních receptorů je vedena relativně rychlými vlákny typu A delta, hluboká tupá bolest pomocí holými vlákny typu C. Úvědomění bolesti dochází převodem impulsů do CNS a jejich integrací na úrovni podkorových a korových center. Do mechanismu přenosu bolestivých počitků lze tedy teoreticky zasáhnout na všech úrovních aferentních drah a tím zabránit vzniku ev. převodu a rozvoji bolestivých vjemů např. anestetiky, narkotiky, chirurgicky a pod. (Lullies, 1961).

Fyziologicky lze dosáhnout vlivem elektrického proudu na převodních systémech potlačení nebo kleštění příslušných facilitačních nebo inhibičních impulsů. Elektrický proud působí buď přímo na vzrušivé struktury nebo nepřímo podráždění sousedních aferentů, které překrývají původní podráždění. (Verdeckungseffekt)

Na přímém a nepřímém účinku diadynamických proudů se podílejí v podstatě dvě složky:

- a) stejnosměrná (lépe řečeno galvanická) složka, neboť jak bylo řečeno, proudový integrál není nulový. (Zinn, 1956)
- b) pulsační, diodová složka o stejnosměrných půlvinách sinusového průběhu o frekv. 50 c/vt, nebo 100 c/vt.

Stálý galvanický proud působí ve tkáních změnu permeability, polarizační úkazy, vnitřní pohyb mikrostruktur, elektrochemické změny, elektrotonus, regenerační změny, mění odpor tkání a uskutečňuje převod chemických látek. (Ipser, 1972)

Pulsační složka se účastní na změnách časové sumace impulsů ve smyslu frekvenční modulace hlavně v místech, kde vzniká potenciál, jak elektrotonický, tak akční.

Tímto místem je vzrušivá membrána tvořící rozhraní dvou prostředí zpravidla vnitřního a zevního povrchu, blány buněčné, příp. i jiných struktur.

Působíme-li na vzrušivou membránu galvanickým proudem, vzniká pod katodou podráždění. Proud depolarizuje membránu, nátriové ionty proudí během podráždění směrem koncentračního gradientu do nitra buňky a nabíjejí opač-

ně kapacitu membrány. Zevní strana membrány se stává negativní oproti vnitřní straně. Při dosažení prahu stoupá permeabilita explozivně a vzniká akční potenciál. Výše klidového potenciálu je asi 70–90 mV, vznik akčního potenciálu předpokládá pokles o 40 mV. Diference potenciálu mezi místem klidu a podráždění má za následek tok proudu, který depolarizuje místo klidu až k prahové hodnotě a tím se šíří podráždění bez dekrementu.

Anodový proud působí na membránu opačně. Vzniká hypopolarizace, která je-li dostatečně vysoká, brání vzniku akčního potenciálu a tím i dalším podrážděním.

Diadynamický proud tedy může teoreticky zasahovat na místě uvedených potenciálových změn, a to jak excitačně, tak i inhibičně a pulsační komponenta kromě toho může s úspěchem ovlivnit časovou sumaci impulsů na dostupných převodech. Je však nepravděpodobná možnost blokády vedení impulsů na příslušných axonech, neboť myelinová pochva působí značně izolačně.

Klinické pozorování

Přímé působení DD proudů na svalová vlákna vede k intenzivní kontrakci a dekontrakci svalových skupin pod příslušnými elektrodami. Tato svalová gymnastika působí značnou detonizaci až relaxaci svalů, které byly podrážděny bolestivými nebo jinými podněty z okolí nebo z vyšších center. Toto uvolnění hypertonu je někdy velmi překvapující a nelze ho zcela beze zbytku vysvětlit pouze útlumem bolesti, neboť se dostavuje i tam, kde k úplnému potlačení bolesti nedošlo. Při uvolnění kontrahovaných svalů se uplatňuje zejména střídání proudových kvalit MF a DF v krátké i dlouhé periodě, při kterém se mění strmost a výška impulsů. Změna frekvence ovlivňuje práh dráždivosti v oblasti dvou frekvenčních rozsahů pro příslušné receptury (Zinn, 1956). Monodovy práce ukazují, že zvýšení prahu dráždivosti se během aplikace stává specifickým pro určitou frekvenci nebo pro frekvenci něco málo se lišící.

Když se prahové intenzity dosahuje pomaleji, má potenciál čas se řestituovat na původní hodnotu pomocí energetické výměny látkové (tento jev nazval Bernard akomodací).

Nelze také vyloučit vliv DD proudů na propriocepci či gama systém. Řada autorů (Albrecht 1952, Kern 1955, Lullies 1961, Steinbach 1961) předpokládá fenomen tzv. zastření nebo překrývání (Verdeckungseffekt) bolesti vlivem podráždění receptorů pro tlak a vibraci. Impulsy vzniklé při tomto podráždění působí prostorovou i časovou sumaci potenciálových změn na převodech nejruznější úrovně a tím zastření původních bolestivých počítků. Jak již bylo uvedeno, podílí se na potlačení bolesti přímé působení DD proudů zvýšením prahu pro bolestivé počítky vlivem anelektrotonu.

Velkou roli v účinku diadynamických proudů hraje pravděpodobně přímé nebo nepřímé působení na vegetativní systém ve smyslu potlačení sympatiotonie a zvýšení vagotonie (Steinbach 1961). Působení na cévní složku se vysvětluje uvolňováním histaminu v místě aplikace proudu.

Konec konců je nutno připustit i vliv psychický, neboť nemocný je překvapen promptním účinkem, který potlačuje a nebo i odstraní bolest během aplikace nebo bezprostředně po ní. Pokusili jsme se ověřit si vliv DD proudů na nervosvalový aparát a jeho dráždivost (Kredba, Raušer 1971). Experiment byl

proveden na skupině zdravých osob a bylo použito některých elektrofyziologických vyšetřovacích metod jako stanovení I/t křivky, EMg a proměření rychlosti vedení motorických vláken periferních končetinových nervů a v některých případech byly sledovány reflexní odpovědi H a T.

Nativní EMG neukázal po aplikaci DD proudů žádné změny v interferenci ani rychlost vedení motorickými vlákny končetinových nervů nebyla ovlivněna. Rovněž tak latence a morfologie H a T reflexu nebyly po aplikaci změněny. I/t křivky vyšetřovaných svalů ukázaly změny v úrovni dráždivosti v nejkratších časech pro pravoúhlé a exponentiální impulsy, což by mohlo svědčit pro ovlivnění terminálních nervových vláken.

To ovšem nevylučuje poznatky Vilnera [1963], který našel změny v rytmu křivky u patologicky změněných svalů různé etiologie. Promptní vliv na svalovou hypertonií ve smyslu detonizace u patologických stavů — tak jak je znám klinicky — není tedy zřejmě v přímém působení na postižené svaly nebo případně na periferní motoneuron, ale je spíše v nepřímém působení na některé receptory a v aferentní signalizaci zpětnovazebním mechanismem do vyšších center. Tento výklad podporuje i názor Kacnelsona a Markova [1963] o vlivu diadynamických proudů na potlačení intenzity parabiostického procesu v nervových centrech a potlačení algické dominanty.

Naše klinické zkušenosti s léčbou diadynamickými proudy jsme zhodnotili u 309 nemocných léčených v období [1958—1960] a výsledky publikovali [Kredba, Kolman 1964]. Z výsledků vyplynulo, že téměř u 80 % nemocných došlo k úplnému nebo částečnému zlepšení stavu. Nejlepší afekt léčby jsme měli u stavů pouhazových (kontuse, distorse, myalgie), u revmatologických afekcí (lumbago, artrosy) a u stavů neurologických (neuralgie, ischialgie).

Další mnohaleté zkušenosti u několika tisíc nemocných nám toto potvrzují a dovolují vyslovit závěr, že diadynamické proudy znamenají obohacení elektroléčby.

Souhrn

Souborně by podán výklad účinků diadynamických proudů. Byly uvedeny typy přístrojů, popsány proudové kvality a elektrody. Byly stanoveny indikace a kontraindikace k léčebnému použití diadynamických proudů a dán fyziologický výklad mechanismu jejich účinků. Na závěr byla uvedena klinická pozorování a vlastní klinické zkušenosti.

LITERATURA

1. Albrecht, J.: 1952 (cit. Zinn 1956).
2. Bernard, P. D.: Thèse, Lyon 1929, chap. V.
3. Bernard, P. D.: La thérapie diadynamique. Edition Naim Paris, 1950.
4. Ipser, J., Přerovský, K.: Fysiatrie, Avicenum, Praha, 1972.
5. Kacnelson, G. B.: Diadynamoterapia epikondylita plexa. Vop. Kurort. Fisioter., 28, 1963: 318—325.
6. Kern, E.: 1955 (cit. Zinn 1956).
7. Kolman, J., Kredba, J.: Mechanismus účinku diadynamických (Bernardových) proudů. Fysiat. Věst., 42, 1964: 7—22.
8. Kredba, J., Kolman, J.: Naše zkušenosti s nízkofrekvenční elektroterapií Bernardovými proudy., Fysiat. Věst. 42, 1964: 11—16.
9. Kredba, J., Raušer, V.: Změny nervo-

- svalové dráždivosti po aplikaci diadynamických proudů. Fysiat. Věst. 49, 1971: 198—202.
10. Lullies, H.: Elektrophysiologische Voraussetzungen der Elektrodiagnostik un Elektrotherapie. Elektromedizin, 6, 1961: 87—92.
11. Markov, D. A., Grenader, A. B., Vilner, B. J.: Lečenie bolevych syndromov to-kami Bernarda. Klin. Med. (Moskva), 41, 1963: 86—91.
12. Monod, A. A.: Thèse, Genf, 1951.
13. Steinbach, M.: Die Behandlung mit Bernardschen Stroemen. Kritische Ueberpruefung eines elektro-therapeutischen Verfahrens. Elektromedizin, 6, 1961: 7—29.
14. Zinn, W.: Die Niederfrequenztherapie mit den Strömen Bernards (Diadynamic bzw. Ionomodulator]. Arch.Phys. Ther. [Lpz], 8, 8, 1956: 1—27.

Й. Кратба: Диадинамические токи (токи Бернарда)

Выводы

Дано совокупное изложение действия диадинамических токов. Приведены типы приборов, описаны качества тока и электроды. Были установлены показания и противопоказания для терапевтического применения диадинамических токов и дано физиологическое изложение механизма их действия.

В заключение приведены клинические наблюдения и собственный клинический опыт.

J. Kredba: Diadynamic (Bernard's) Currents

Summary

The author presents in his paper the affect of diadynamic currents. Mentioned are the types of equipment, the quality of current and electrode. Determiend were the indications and counterindications for the therapeutical application of diadynamic currents and the physiological mechanism of effects explained.

In conclusion clinical observations and clinical experiences are presented.

J. Kredba: Courants diadynamiques de Bernard

Résumé

Une description générale a été donnée sur les effets des courants diadynamiques. Les nouveaux types d'appareils ont été mentionnés ainsi que les qualités des courants et les électrodes. Les indications et contre-indications ont été déterminées pour l'application thérapeutique des courants diadynamiques et une explication physiologique du mécanisme de leurs effets a été présentée.

En conclusion, des observations cliniques ainsi que des expériences propres ont été présentées.

J. Kredba: Diadynamische Ströme (Bernard-Ströme)

Zusammenfassung

Der Artikel enthält eine umfassende Darlegung der Auswirkungen diadynamischer Ströme. Er bringt eine Übersicht der Apparattypen, eine Beschreibung der Stromqualität und der Elektroden. Die Darlegung der Indikationen und Kontraindikationen der therapeutischen Anwendung diadynamischer Ströme sind von der physiologischen Erklärung des Mechanismus ihres Wirkens gefolgt.

Abschließend werden klinische Beobachtungen und eigene klinische Erfahrungen dargelegt.

Adresa autora: MUDr. J. K., Ústřední voj. nemocnice, Praha 6.

TICHÁČEK B.:

PERSTERIL.

Vydalo Avicenum, zdravotnícké nakladateľství, Praha 1972, 72 strán, cena brož. výtlačku Kčs 8,50.

Autor v prehľadnej monografii o kyselíne peroctovej, vyrábanej u nás pod názvom PERSTERIL, podal súborný prehľad doterajších teoretických poznatkov a praktického použitia tejto novej látky so silným dezinfekčným, baktericídnym, sporocídnym a antimykotickým účinkom. Práve pre tieto cenné antimikrobiálne vlastnosti nadobudla kyselina peroctová veľmi dôležité použitie ako dezinfekčný prostriedok v rôznych typoch zdravotníckych zariadení, najmä na chirurgických oddeleniach (sterilizácia predmetov, boxov, operačných sál), na infekčných oddeleniach, pri predchádzaní nozokomiálnym nákazám a pod.

Celá publikácia je rozdelená na tri časti: I. Chemická časť, kde sú uvedené všeobecné fyzikálne a chemické vlastnosti kyseliny peroctovej a bezpečnostné opatrenia pri práci s roztokmi tejto kyseliny. V II. časti sa autor zaoberá dezinfekčnými a sterilizačnými vlastnosťami kyseliny peroctovej. V tejto časti sa tiež uvádza, že táto kyselina má inaktivačný účinok aj na vírusy, čo má dôležitý význam pre jej širšie použitie v praxi. III. kapitola publikácie je vlastne prehľadná tabuľka, v ktorej sú uvedené možnosti použitia PERSTERILU v dezinfekcii v humánnej a veterinárnej medicíne, ako aj v potravinárskom priemysle. Práve táto tabuľka veľmi konkrétne a názorne ukazuje, ktoré druhy

zdravotníckeho materiálu a ktoré nemocničné priestory možno kyselinou peroctovou dezinfikovať, resp. sterilizovať, akým spôsobom a akou koncentráciou roztoku treba dezinfekciu vykonať, i s uvedením potrebnej doby expozície.

Napriek nevelkému rozsahu publikácia cituje 105 prác domácich a zahraničných autorov, čo je však len výber z oveľa väčšieho počtu existujúcich správ o použití kyseliny peroctovej. Prednosťou publikácie je aj to, že autor do nej zahrnul nielen výsledky teoretických a praktických prác a výskumu z iných pracovísk, ale uviedol v nej aj výsledky vlastného niekoľkoročného výskumu o vlastnostiach a praktickom použití kyseliny peroctovej ako dezinfekčného prostriedku.

Publikácia PERSTERIL by nemala chýbať ani na jednom pracovisku, ktoré používa k dezinfekcii kyselinu peroctovú, resp., ktoré chce predchádzať vzniku nozokomiálnych nákaz. Obsah tejto publikácie by mali dobre poznať i z hľadiska správnej dezinfekcie, i z hľadiska bezpečnosti pri práci všetky kategórie zdravotníckych pracovníkov, ktorí sa denne dostávajú do kontaktu s kyselinou peroctovou a s predmetmi, dezinfikovanými touto účinnou antimikrobiálnou látkou.

Dr. Š. Kišoň, Bratislava

DOC. MUDr. ZBYNĚK PÍŠA, CSC. PÄTĎESIATROČNÝ



S prekvapujúcou skutočnosťou konštatujeme, že podľa kalendára sa dožíva doc. MUDr. Zbyněk Píša, CSC., dňom 3. februára 1974 päťdesiatych rokov. Rodák z Plzne, promoval v roku 1950 na Karlovej univerzite v Prahe. Po promócií nastupuje ako sekundárny lekár na internú kliniku Lekárskej fakulty v Plzni. V rokoch 1952 až 1955 pod vedením akademika prof. Webera v Ústave chorôb obehu krvného absolvuje vedeckú aspirantúru, ktorú skončil dizertačnou kandidátskou prácou o „Mechanických a elektrických zmenách v srdcovom svale po uzávere vencovitej tepny“. Osobnosť akademika Webera, pracovné prostredie pražského Ústavu chorôb obehu krvného, iste určili lekársku i vedeckú dráhu dr. Píšu. V roku 1964 habituje prácou o „Etiológii patogenéze a terapii šoku pri infarkte myokardu“ na Pediatrickej fakulte Karlovej univerzity v Prahe.

V rokoch 1964 až 1972 vykonáva funkciu vedúceho oddelenia chronických chorôb Európskej centrálnej Svetovej zdravotníckej organizácie v Kodani. Tu využíva doc. Píša vedľa širokých medicínskych odborných znalostí svoje vysoko rozvinuté organizačné schopnosti. Pod jeho vedením je uvedený do života dlhodobý program Svetovej zdravotníckej organizácie v Európe, boj proti kardiovaskulárnym chorobám. Táto oblasť taká závažná z hľadiska národného zdravia i z hľadiska medzinárodnej spolupráce našla v doc. Píšovi regulačnú, integrujúcu i syntetizujúcu osobnosť a je

veľkou zásluhou doc. Píšu, že dnes vidíme v tejto oblasti prvé hmatateľné výsledky tejto dlhodobej práce.

V roku 1972 je poverený doc. Píša ako pracovník Inštitútu klinickej a experimentálnej medicíny v Prahe vedením „Skupiny programu kontroly kardiovaskulárných ochorení“ pri Ministerstve zdravotníctva Českej socialistickej republiky. A opäť sa prejavuje typická črta práce doc. Píšu — uvedie okamžite celú akciu do obehu.

V lete roku 1973 vracia sa opäť do Kodane, aby viedol oddelenie chronických chorôb Európskej centrálnej Svetovej zdravotníckej organizácie a pokračoval v realizácii jeho programu v oblasti kardiovaskulárných chorôb. Vedľa týchto pracovných funkcií má doc. Píša celý rad ďalších funkcií. Je členom výboru Českej a Československej kardiologickej spoločnosti, je členom redakčnej rady časopisu „Cor et Vasa“, je členom Vedeckej rady Výskumného ústavu balneologického.

Kto pozná doc. Píšu, váži si nielen jeho hlboké odborné znalosti znásobené bohatými skúsenosťami predovšetkým na poli boja proti kardiovaskulárnym chorobám v medzinárodnom meradle, váži si tiež jeho organizačné schopnosti a ľahkosť, s akou nachádza adekvátnu organizačnú štruktúru pre riešenie niekedy veľmi zložitých problémov. Je predovšetkým zásluhou doc. Píšu, že Svetová zdravotnícka organizácia uviedla do života taký zložitý projekt, ako bol dlhodobý program boja proti kardiovaskulárnym chorobám. Chceli by sme byť hrdí, že to bol práve doc. Píša, ktorý tento projekt koncipoval a realizoval.

Päťdesiatiny dovoľujú len malé zastavenie, sú len medzníkom v ďalšej ceste. Veríme, že táto ďalšia cesta doc. dr. Píšu bude práve taká úspešná ako jeho cesta doposiaľ, že bude práve taká bohatá ako uplynulé obdobie, dosiahne cieľ, ktorý bude slúžiť modernej medicíne v boji proti chronickým chorobám kardiovaskulárneho aparátu.

Milý Zbyňku, dovoľ mi, aby som Ti záželal pri príležitosti životného jubilea v mene veľkého množstva Tvojich priateľov na Slovensku mnoho ďalších úspechov, sily a spokojnosti. Ad multos annos.

Dr. M. Palát, Bratislava

BAUMGARTNER H.:

REHABILITÁCIA PRI CHRONICKEJ PROGRESÍVNEJ POLYARTRITÍDE

Die Rehabilitation bei progredient chronischer Polyarthritis.
Europa Medicophysica, 8, 1972, 1—2: 39—42.

Cieľom terapie pri PCP je boj proti bolesti, supresia zápalu, správne udržanie funkcie postihnutých kĺbov, odvrátenie ich chybného postavenia. Terapiu možno diferencovať ako všeobecne roborujúcu a špecificky medikamentóznou-analgeticko-antiflogistickú, v ktorej bázu tvorí aurotioterapia a antimalariká.

Doplňkom liečby sú fyzikálne terapeutické prostriedky a aj chirurgicko-ortopedické zákroky. Nemožno však vôbec separovať toto liečenie od prostriedkov rehabilitačných. K týmto patrí správne uloženie pacienta pre prevenciu kontraktúr ev. anakyloz.

Ďalším takýmto všeobecne nešpecifickým prostriedkom, ktorý má výraz v rehabilitačnej práci, je krvná transfúzia, a to pri poklese Hb na 60 % (9,5 gr.). Rehabilitačný význam má taktiež sukcesívne znižovanie kortinoidov až do jeho úplného eliminovania substituovaním ACTH. in]. Taktiež nemožno v rámci komplexnej terapie eliminovať fyzikálne aplikácie: studené obklady pri akútne zápalových relapsoch, vlažné obklady znižujú ranné zmeravenie kĺbov a sú premedikáciou pohybovej liečby.

U každého pacienta s PCP musia sa aspoň raz denne rozcvičiť všetky kĺby v celom rozsahu. Pri tom zvýšená pozornosť sa musí venovať svalom atroficky insuficientným: spočiatku aktívne pohyby asistované, neskôr izometrické, a konečne resistované aktívne cvičenia. Ako odpor môže sa použiť váha periférneho konca končatiny, minimálny odpor cvičiteľa alebo iné zariadenia z arzenálu LTV: lopty, vrecúška s pieskom, činky atď. Pri tom vždy využívať komplexné pohyby, ktoré sú potrebné v dennom živote, ako je česanie, jedenie, čistenie zubov, pranie, vstávanie a ukladanie do postele, sadanie, chôdza po schodoch. Mnohokrát treba aplikovať korekčné dlahy (ulnárna deviácia prstov) alebo chirurgicko-ortopedická intervencia.

Pokračovaním LTV k zosilneniu mobilizácie kĺbov je adekvátna ergoterapia.

Zriedka možno pacienta s PCP zaradiť do úplného pracovného procesu a preto sa musí dosiahnuť, aby nebol upútaný na posteľ a mohol sa po izbe voľne pohybovať. A v tejto fáze sa musí venovať pozornosť horným končatinám, aby mohol použiť barle alebo iné pomôcky pre chôdzu. Preto už v posteli treba mobilizovať kĺby prstov a zapästia na vhodne upravenom tkacom stave, na ktorom môže byť adaptované zariadenie pre činnosť dolných končatín. Ak je pacient už mobilný, tak na oddelení liečby prácou opäť na tkacom stave veľmi úspešne trénuje činnosť prstov, zápästia, lakťa, pletenca ramenného. Pri adaptovaní končatín na chôdzu začať s výcvikom chôdze na francúzskych barlách, najprv po rovine. Neskoršie na naklonenej rovine a schodoch. Vtedy sa demonštrujú najmarkantnejšie nevýhody flekčnej kontraktúry kolena a bedra.

Mnohokrát však je efekt len čiastočný a preto k zlepšeniu funkcie kĺbov treba aplikovať pomocné prostriedky — a djuvatiká. Sem patria: dobré ortopedické vložky a upravené topánky, podporné aparáty pri deformovaných kolenných kĺboch, špeciálne upravená jedna z palíc (vo forme polovičného schodu) pre chôdzu na schodoch, zvýšené sedadlo na stoličkách a taktiež sedadlo na toalete. A ešte je väčší počet takýchto adjuvatík nutný pre horné končatiny: držadlo pre zubnú kefku, hrebeň, obuvák, držadlo na obliekanie pančúch alebo na čistenie v domácnosti. Znížená úchopová sila ruky a prstov nedovoľuje pevne držať drobné predmety pre trvalé funkčné zmeny, a preto je nutné vybaviť oddelenie liečby prácou kompletne zariadenou kuchyňou, kde by sa testovala individuálne schopnosť, hlavne úchopová, ruky, aby podľa toho sa mohlo prispôsobiť patričné kuchynské zariadenie a to preto, aby ženy doma neboli odkázané na pomoc ďalšej osoby. Takto sa jedine môžu funkcionálne kompenzovať anatomicke poruchy a môže sa takto upevňovať výkonnosť postihnutého.

Dr. P. Škodáček, Piešťany

TYPOVSKÝ K. A KOLEKTÍV:

TRAUMATOLOGIE POHYBOVÉHO ÚSTROJÍ

Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství Praha.

Po pomerne krátkom časovom odstupe sa u nás zjavuje druhé monografické die- lo z úrazovej chirurgie.

V dvoch zväzkoch na viac než 1000 str- nách Typovský a spoluautori podrobne pre- jedávajú traumatizmy končatín a ich pletencov, ako aj úrazy chrbtice a skele- tu hrudníka. Neobmedzujú sa len na po- škodenia kostí a zhybov, ale aj na lézie mäkkých tkanív. Pozoruhodné je, že pri každej kapitole uvádzajú aj rehabilitačný program. Tým čitateľ získa komplexný po- hľad na problematiku.

V záverečnej časti II. dielu sú state o posudkovej službe, práceschopnosti, mož- nostiach preškolenia atď., ktoré sú dobrou pomôckou aj pre tých, ktorí nepracujú priamo v odbore traumatológie.

Odborníci zvlášť uvítajú veľmi podrobný prehľad domácej i zahraničnej literatúry. Dielu sa dajú vyčítať menšie nedostat- ky.

Na rozdiel od dobrých kresieb sú re-

produkcie rtg snímok zväčša nekvalitné, čo znižuje inštruktívnosť. Žiadalo by sa viac fotografickej dokumentácie.

V kapitolách terapeutických postupov, či už konzervatívnych alebo operačných, autori často nezaujímajú dost kritické sta- novisko k niektorým zastaralým a dnes už neodporúčaným metodikám. V diele ta- kéhoto rozsahu by tiež mohli byť popísa- né a dokumentované aj najosvedčenejšie operačné prístupy a postupy, lebo menej skúsený chirurg či traumatológ nenájde v našej literatúre súborné dielo s týmto za- meraním.

Nedostatočne uvedená praktická apliká- cia metodiky AO je pochopiteľná, lebo v čase, keď kniha vznikala, neboli skúsenos- ti u nás ešte dost rozsiahle.

Napriek týmto drobným nedostatkom je Typovského monografia pozoruhodné die- lo, ktoré podstatne obohacuje našu pomer- ne chudobnú traumatologickú literatúru.

Dr. P. Novák, Bratislava

TOŠOVSKÝ V., STRYHAL Fr. A SPOLUPRACOVNÍCI:

DĚTSKÁ CHIRURGIE

Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p., Praha. Pr- vé vydanie 1967, preklad do slovenčiny 1969 (nakladateľstvo Osveta, Martin), druhé prepracované a doplnené vydanie 1973, 420 strán, 161 obrázkov, nákladom 6000 výtlačkov. Cena 28,50 Kčs.

Kniha vyplňuje medzeru v edícii učeb- níc pre zdravotnícke školy a svojím roz- siahom poskytuje učebnú látku pre všetky odbory, i keď je určená pre odbor det- ských sestier.

Jej prvá hlavná časť je všeobecná chi- rurgia, ktorá po krátkom úvode o deji- nách chirurgie preberá najprv povinnosti sestry pri práci na detskom chirurgickom oddelení a všeobecné zásady prvej pomo- ci. V kapitole poranení sa zaoberá rana-

mi, popáleninami, poleptaniami a omrznu- tím. V tejto kapitole autori preberajú aj zásady transplantácie kože. Poranieniam kostí a kĺbov je venovaná samostatná ka- pitola, v ktorej sa preberajú všeobecné poznatky o zlomeninách a o spôsobe ich liečby. Dve krátke kapitoly sú venované resuscitácii a rozpoznaníu a liečeníu šoko- vých stavov. Ďalšie, dostatočne rozsiahle kapitoly sú venované zápalom, antiseipse a aseipse a anestézii. Do jednej spoločnej

krátkej kapitoly sú zahrnuté nádory a vrodené chyby. Transfúzií krvi a infúzií náhradných roztokov sa venuje ďalšia rozsiahla kapitola. Zbytok všeobecnej časti zaberajú state o predoperačnej a pooperačnej sesterskej starostlivosti a krátky odsek o práci sestry na operačnom sále a na ambulancii.

Posledná kapitola všeobecnej časti je o rehabilitácii. Na šestnástich stranách autori podávajú v prehľade hlavné rehabilitačné metódy. Zdôrazňujú, že liečba prácou sa u detí uplatňuje vo forme hry, ktorá má aj výchovný význam. Táto časť preberá ďalej zásady facilitačnej liečby a techniky liečebného plazenia. V druhom oddiele sa preberajú formy kinezioterapie, pre presné porozumenie pojmu autori uvádzajú aj ostatné názvy: liečebná telesná výchova, liečebný telocvik, liečebná gymnastika, liečba pohybom. Ďalej sú metódy fyzikálnej terapie, do ktorej autori zahr-

ňujú liečbu vodou a teplom, elektroliečbu, liečbu svetlom a masáž.

V druhej hlavnej časti, v odseku špeciálnej chirurgie sa podrobne preberajú ochorenia jednotlivých orgánov a to jednak podľa anatomických celkov (hlava, krk, hrudník, brucho) a jednak podľa systémov (urogenitálny systém, pohybové ústrojenstvo).

Na konci knihy je podrobný vecný register.

Dielo ako celok je písané moderným štýlom a zrozumiteľnou rečou. Čitateľ ľahko porozumie študovanej látke. Kniha ho zaujme. Texty sú doplnené výbornými fotografiami, zrozumiteľnými rtg snímkami a inštruktívnymi kresbami. Jednotlivé časti detskej chirurgie sú riešené ucelene. Zvlášť cenné sú kapitoly, ktoré sa zaoberajú prácou sestry na jednotlivých úsekoch detského chirurgického oddelenia.

Dr. E. Pekarovič, Bratislava

LÁB J.:

ZÁSADY PROVÁDENÍ A HODNOCENÍ SPORTOVNÍCH SOUŤEŽÍ TĚLESNĚ POSTIŽENÉ MLÁDEŽE PŘEHLED VYŠETROVACÍCH METODIK V REHABILITAČNÍM PROCESU

Vyšlo ako Sborník výskumných a študijných prác čís. 39 a čís. 45 vo Výskumnom ústave sociálneho zabezpečenia v Prahe, 1970 a 1971. Účelová publikácia, cena neudaná.

Výskumný ústav sociálneho zabezpečenia vydal v roku 1970 a v roku 1971 dva zborníky z pera dr. Lába, ktoré majú úzky vzťah k oblasti rehabilitácie. V prvom zborníku, ktorý má 104 strán, poukazuje sa na problematiku telesnej výchovy, jej význam a ciele, prostriedky a druhý upozorňuje na jej význam pre telesne postihnutých. Telesná výchova je nedeliteľnou súčasťou kultúry každého moderného človeka, hrá veľkú úlohu aj u ľudí telesne postihnutých. Je pochopiteľné, že telesne postihnutí, ktorí sa zúčastňujú športových súťaží, vo svojich výkonoch musia byť odlišne hodnotení. Je zásluhou dr. Lába, že podáva v tejto publikácii klasifikačný návrh na roztriedenie postihnutej populácie do skupín podľa typu postihnutia a pre každý takýto typ navrhuje adekvátnu disciplínu. V tomto tkvie jadro Lábovej publikácie a jeho príspevok pre oblasť rehabilitácie, kde telesná výchova a športové hry hrajú veľkú, nielen emotívnu úlohu v celom živote postihnutého.

Druhá Lábova publikácia, ktorá obsahuje 158 strán, je venovaná problematike vy-

šetrovacích metód v rehabilitačnom procese. V jednotlivých kapitolách sa hovorí o klasifikácii vyšetrovacích metód a o spôsobe hodnotenia, o prehľade vyšetrovacích metodík v rehabilitačnom procese a špeciálnych vyšetrovacích metódach v pracovnej rehabilitácii. Láb aj v tejto publikácii konfrontuje svoje názory s názormi ostatných autorov. Bohatý písomníctvo na záver je toho dôkazom. Objektívne hodnotenie fyziologických aj pracovných funkcií stáva sa neoddeliteľnou súčasťou celkového vyšetrovania osôb so zmenenou pracovnou schopnosťou. Je preto dôležité s touto problematikou sa zoznamiť a jednotlivé metódy uviesť do života.

Dr. Láb, pracovník Výskumného ústavu sociálneho zabezpečenia, sa uvedenou problematikou zaoberá dlhé roky. Obidve jeho publikácie, ktoré vyšli ako zborníky uvedeného Výskumného ústavu, prispievajú značnou mierou do pokladnice poznatkov v oblasti rehabilitácie a je potrebné si želať, aby našli širokú publicitu.

Dr. M. Palát, Bratislava

Monografia sa zaoberá veľmi aktuálnou otázkou chronického zlyhania obličiek. Terapia tohto štádia chorôb obličiek prešla v posledných desaťročiach nesmiernym vývojom, s ktorým nemožno porovnávať iné medicínske odbory. Pacienti, ktorí predtým v tomto štádiu nevyhnutne zomierali, dnes, vďaka intermitentnej dialyzácii, prípadne transplantácii obličiek žijú a vo veľkom percente sa vracajú do aktívneho života.

Podmienkou dobrých výsledkov je jednak podstatne lepší konzervatívny režim, jednak technické vybavenie, ktoré je dnes k dispozícii.

Autori sa v prvej časti monografie zaoberajú problémami patogenézy, metabolizmu a klinického obrazu. V tejto časti sa predkladajú veľmi moderné metabolické podklady a zozbieraná široká literatúra je reprezentatívna. Ťažisko knihy však spočíva v popise a rozbere hemodialyzačnej liečby. Podobne sa preberajú typy prístrojov, cievok, fyzikálne zákony, dialyzancie, ekonomické ukazovatele a podobne. No navyše autori rozoberajú aj klinické problémy: Kedy a koho dialyzovať, ako pacienta pripraviť, ako mu upraviť diétu, rehabilitačný a liečebný režim. Ďalej sa venujú psychologickým problémom pacienta, ako aj najčastejším komplikáciám. Menovite sa podrobne zaoberajú problémom vírusovej hepatitídy.

Na tomto mieste treba veľmi vyzdvihnúť problém rehabilitácie pacienta v užšom aj širšom slova zmysle. Autori predkladajú vlastné kritériá a výsledky sledovania hemodynamiky pacientov postupne rehabilitovaných dialyzačnou liečbou. Tieto

kritériá predstavujú možnosť objektivizácie a tak vyhodnotenia výsledkov liečby. Keďže táto otázka sa v súčasnej dobe dostáva do centra pozornosti, je pochopiteľné, že uvedená metodológia a autormi získané výsledky budú predstavovať určitú referenčnú hodnotu pre iné pracoviská, ktoré sa budú tiež musieť touto otázkou v budúcnosti zaoberať. A táto objektivizácia je nutná, keďže náš charakter sociálneho zabezpečenia nevytvára pohnútky pre pacienta, aby sa po zlepšení stavu vracal späť do aktívneho života. Na druhej strane samotné ekonomické stimulácie, ktoré nútia pacientov v štátoch s iným typom zdravotníctva vrátiť sa nazad do života, nemožno akceptovať, pretože sa tak často deje na úkor ohrozenia stavu pacienta.

Záverčnou kapitolou je perspektíva hemodialyzačnej liečby, v ktorej autori jednoznačne dokazujú, že je to liečebná metóda, ktorú naše zdravotníctvo volilo, že je správna a ekonomicky zdôvodniteľná, nehovoriac o morálnych, etických a politických dôvodoch jej rozvoja.

Na náš knižný trh sa dostáva v tejto monografii veľmi cenná, vedecky vysoko hodnotná príručka, ktorá zaplní veľkú medzeru nášho písomníctva. Bude dihodobou pomôckou tým, ktorí v tejto problematike pracujú a informačným zdrojom pre tých, ktorí sa chcú o tomto probléme informovať. Zvlášť by som chcel vyzdvihnúť veľmi dobrý, zrozumiteľný štýl; kniha je napísaná miestami až reportážne strhujúcim spôsobom, hoci sa zaoberá exkluzívnym a vysoko odborným problémom.

R. Dzurík, Bratislava

M. SVOBODA:

ZÁKLADY TECHNIKY VYŠETŘOVÁNÍ RENTGENEM

Avicenum, zdravotnické nakladatelství n. p., Praha 1973, strán
581, 261 obrázkov, 57 tabuliek, cena 40,— Kčs.

Technický rozvoj v posledných rokoch znamená pokrok aj v rádiodiagnostike, ktorá zavedením nových vyšetřovacích metód prispieva k spresneniu diagnózy vo väčšine medicínskych odborov. Zložitá technika sa však môže uplatniť len vtedy, keď je dobre vyškolený a spoľahlivý personál stredných zdravotníckych pracovníkov, ktorý v podstatnej miere rozhoduje o kvalite rtg vyšetřenia. Predpokladom však je vhodná literatúra, ktorá by rádiologického laboranta informovala o naj-

novších poznatkoch technického i medicínskeho charakteru v tomto odbore. V našej literatúre máme niekoľko prác venovaných tejto problematike. Technický rozmach a výroba výkonných prístrojov s rýchlou sériografiou a röntgenovou kinematografiou si však vyžadujú z času na čas prehodnotenie literatúry a jej doplnenie o najnovšie poznatky. Nová publikácia primára Svobodu túto požiadavku spĺňa v plnom rozsahu, pretože skytá ucelený obraz o terajšom stave rádiologickej tech-

niky a jej možnostiach. Príručka, v ktorej autor využíva dlhoročnú prax v rádiodiagnostike, bola schválená aj ako učebný text pre stredné zdravotnícke školy — odbor rádiologických laborantov v ČSR a koncepcie nadväzuje na priekopnícku prácu vo výuke rádiologických laborantov, ktorú začal primár Slanina.

Všeobecná časť (strana 19—175) oboznamuje so základnými pojmami a názvoslovím, s históriou rádiodiagnostiky hlavne vo vzťahu so zavádzaním jednotlivých vyšetrovacích metód v chronologickom sledení. Uvedené sú základy a vlastnosti rtg žiarenia, zásady a význam dozimetrie, zákony centrálnej projekcie a faktory ovplyvňujúce kvalitu rtg obrazu. V stati o röntgenových prístrojoch autor oboznamuje čitateľa o funkcií jednotlivých častí, konštrukcii a druhoch rtg prístrojov od najjednoduchších jednopulzových po najjednoduchšie dvanásťpulzové. V tejto časti sa čitateľ dozvie aj o postupe pri práci s rtg prístrojom. Zoznámí sa s najčastejšími jeho poruchami a ich rozpoznávaním (uvedené sú v tabuľke). Ďalej sa tu autor zaoberá zdrojmi rtg žiarenia, clonami, narádmi pre rtg diagnostiku, zosilňovačom rtg obrazu, druhmi zosilňovacích fólií. Na záver všeobecnej časti sa podrobnejšie rozoberá röntgenový filmový materiál a jeho spracovanie v tmavej komore. Osobitný zreteľ kladie na správnu manipuláciu, aby sa zabránilo chybám pred jeho spracovaním i počas spracovania. Túto časť ukončuje pojednaním o pozitívnych a negatívnych kontrastných látkach a ich použití pri jednotlivých metódach.

Druhá špeciálna časť je podstatne obšiahlejšia (strana 177—552). Zahrňuje stať o organizácii prevádzky rádiodiagnostického oddelenia, príprave pacienta na vyšetrenie a jeho postup. Osobitný zreteľ a primeraný priestor sa venuje najdôležitejším a najčastejšie používaným projekciám (pri vyšetrení skeletu i vnútorných orgánov). Popis projekcií je upravený tak, že laborant je oboznámený s prípravou, technickými podrobnosťami, poučí sa o vý-

bere prístroja, röntgenky, ohniska, kovej vzdialenosti, o použití vhodných fólií a clón. Pri každej praxi sa ďalej uvádza uloženie pacienta, ukladanie kazety, centrovanie, hodnoty mAs. Ak spracovanie filmov vyžadujúci špeciálny postup, je to osobitne zdôraznené práve tak ako aj najčastejšie chyby a ich príčiny pri danej projekcii. Rysy projekcií i röntgenogramov sú názorné. V ďalších kapitolách špeciálne sa hovorí o skiaskopii klasifikácii i pomocou zosilňovača, o využívaní röntgenovej televízie, o skiagrafii, o faktoroch, ktoré majú vplyv na kvalitu obrazu. Uvedené sú tiež všetky špeciálne metódy, pozitívne i negatívne kontrastnými látkami v rozsahu, ktorý sa vyžaduje od rádiologického laboranta. Špeciálnu časť tvoria aj kapitoly pojednávajúce o ochrane pri vyšetrení a vyšetrovaných pred röntgenovým žiarením, uvádzajú sa dôvody, prečo sú tieto opatrenia nutné, a tabuľárne sú uvedené priemerné somatické dávky žiarenia pri vyšetrení jednotlivých častí tela. Stredné gonádové dávky pri rôznych druhoch rtg vyšetrenia. V krátkosti je uvedená zmienka o ochrane pred poškodením elektrickým prúdom, o náhlých príhodách pri práci s rtg prístrojmi v podmienkach pracovísk vznikajúcich v súvislosti s podávaním kontrastných látok. Nakoniec je uvedená zmienka aj o zákonných ustanoveniach platných pre prevádzku röntgenodiagnostických pracovísk.

Svobodova posledná publikácia oboznamuje čitateľa našu odbornú literatúru o veľmi cennú príručku, ktorá znesie aj najprísnejšie kritériá. Úprava a dokumentácia sú bádavne a prakticky veľmi hodnotné. V každom prípade, je však veľká škoda, že publikácia takej kvality vinou tlačiarne je znehodnotená nevytlačeními viacerých strán textu. V exemplári, ktorý som mal k dispozícii na recenziu, chýbajú strany 306, 307, 310, 311, 314, 315, 318 a 319. Je smutné, keď nakladateľstvo dá do obehu takéto exempláre. Samotná publikácia svojím obsahom, koncepciou a úrovňou splní poslanie a iste bude zdrojom poznatkov našim laborantom.

Dr. L. Krajčovič, Bratislava

SCHRÖDER R., SÜDHOF H.:

HODNOCENÍ EKG V PRAXI

Vydalo Avicenum, Praha 1973

R. Schröder a H. Südhof vo svojej rozsiahlej knihe — „Hodnotenie EKG v praxi“ (107 strán a obrázková príloha) si zvolili náročný a medzi príručkami o elektrokardiografii menej obvyklý spôsob spracovania. Vychádzali z jednotlivých tvarových odchýlok od normy elektrokardiografického záznamu, k čomu pripojili vo forme prehľadných tabuliek pat-

ričné elektrokardiografické syndrómy, ich výskyt, hlavné a vedľajšie diagnostické znaky a úsporné, výstižné poznámky. Starostlivé usporiadanie veľkého množstva údajov, pri zachovaní prehľadnosti je najväčšou prednosťou diela, z hľadiska požiadaviek praxe.

Autori sa systematicky a podrobne zaoberajú interpretáciou odchýlok od normy

vlny P, PQ-intervalu, Q-vlny, QRS-komplexu, ST-segmentu, T-vlny, U-vlny a QT-intervalu. Údaje zhromaždené najmä v tejto časti sú veľmi cenné pre praktickú diferenciálnu diagnostiku zmien, ktoré je možné odčítať z EKG krivky. Nepostrádateľné schematické obrázky a grafy vhodne dopĺňajú texty uvádzajúce jednotlivé diferenciálne diagnostické tabuľky.

V kapitole „poruchy rytmu“ sa autori pridržiavajú vyššie uvedeného princípu a uvádzajú najčastejšie sa v praxi vyskytujúce arytmie. Typické EKG-obrazy jednotlivých arytmií sú začlenené priamo do tabuliek. Pre rýchlu, spoľahlivú orientáciu lekára v praxi je táto kapitola rozsahom i obsahom postačujúca.

V záverečných kapitolách o niektorých dôležitých elektrokardiografických syndró-

moch, hlavne v kapitole o infarkte myokardu a hypertrofii komôr, sa autorom nepodarilo zostaviť údaje takou prehľadnou formou, ako v predchádzajúcich kapitolách.

Ku knihe je pripojená vyberateľná obrázková príloha, ktorá je vlastne malým EKG atlasom s kvalitnými reprodukciami EKG záznamov spomínaných v texte.

Svojou formou i obsahom kniha dostatočne vyzbrojuje lekára, aby zvládol diferenciálne diagnostické problémy v bežnej EKG praxi. Z tohto hľadiska dielo zapĺňa citlivú medzeru v našej kardiologickej literatúre, a preto jeho opätovné vydanie po dvoch rokoch možno pokladať za záslužný čin.

Dr. F. Krutý, Bratislava

LOMÍČEK M.:

IDIOPATICKÁ SKOLIÓZA

*Vydalo zdravotnícké nakladateľstvo — Avicenum v Prahe 1973.
Strán 82 a 38 obrázkových listov.*

Monografia sa opiera o viac než 15-ročné skúsenosti s liečbou skolióz na špeciálnej ambulancii I. ortopedickej kliniky Karlovej univerzity v Prahe, ktorá eviduje je vyše 1200 pacientov.

Podkladom pre publikáciu je spracovanie údajov v chorobopisoch 415 pacientov s idiopatickou skoliózou a podrobný rozbor záznamov u 346 chorých, ktoré autor spracováva štatisticky na dobrej úrovni.

Publikácia má úvod a jedenásť kapitol, z ktorých štyri sa venujú problémom rozdelenia skolióz, charakteristike ideopatickej skoliózy ako nozologickej jednotky, etiopatogenéze, klinike a klasifikácii skolióz.

V ďalších troch kapitolách uvádza autor všetky liečebné ciele a možnosti skolióz a na podklade analýzy a štatistického spracovania hodnotí výsledky jednotlivých liečebných postupov, používaných na I. ortopedickej klinike a na iných pracoviskách.

V poslednej časti publikácie zhŕňa autor poznatky a výsledky, a využíva ich na riešenie jednej z najzávažnejších otázok, otázky stavby a odhadu prognózy.

Práca končí záverom a rozsiahlym súpisom literatúry (197 prameňov).

Osobitne treba vyzdvihnúť obrazovú prílohu, v ktorej sú schémy, fotografie rtg snímok vybraných kazuistik, zobrazenie niektorých liečebných postupov a rtg dokumentácia výsledkov chirurgickej i konzervatívnej liečby.

Obsahove sa autor dotýka všetkých základných problémov skoliózy. Analyzuje údaje o výskyte, ktorý určuje tromi per-

centami z populácie. Prídŕža sa etiologickej klasifikácie a skoliózy rozdeľuje na skoliózu známej a neznámej etiológie (idiopatické). Idiopatických je v materiáli jeho pracoviska 72,7 %, čo sa zhoduje s inými serióznymi údajmi.

Idiopatická skolióza je aj u autora sumárny pojem, zahrňujúci rad obrazov a syndrémov, dodnes ešte bližšie a jednoznačne nedefinovaných. Idiopatické skoliózy delí podľa Jamesa na infantilné, juvenilné a adolescentné. Najčastejšia je dextroconvexná hrudná krivka.

Podrobne rozoberá starý problém etiopatogenézy, cituje jednotlivé doterajšie koncepcie a hypotézy a uvádza výsledky vlastných výskumov, ktorými sa snažil v spolupráci s neurologickou klinikou UK v Prahe získať odpoveď na otázku, aký význam má EKG analýza priamej a reflexnej dráždivosti spinálnych motoneuronov a v spolupráci s II. očnou klinikou UK v Prahe si vytvoril stanovisko k vyšetreniu komorového uhla a gonioskopickým nálezom.

Výsledky výskumov ukázali, že u idiopatických skolióz možno predpokladať vývoj zmien na motorických nervoch: pravdepodobne u nich dochádza k reedukácii alfa-motorických vlákien, kým gama vlákna zostávajú nedotknuté. Zmeny komorového uhla závisia od farby očí. Oči so svetlými dúhovkami majú ho veľmi variabilný, preto nie je možné uzatvárať zo zmien komorového uhla na vývoj progresie a prognózu skoliotického zakrivenia.

V závere kapitoly uvádza autor vlastnú predstavu o etiopatogenéze skoliózy: určité poruchy metabolizmu, postihujúce len

niektoré biochemické reakcie sú dlho latentné, podprahové. V období rastovej akcelerácie sa manifestujú, znižia pevnosť a možnosť podporných tkanív a tým môžu na mieste so statickým preťažením vytvárať predpoklady pre vznik a vývoj štruktúrálnej deformity. Z definície presvitá vplyv moderných názorov, no zdá sa, že autor nedoceňuje dostatočne geneticky podmienené poruchy vývoja a plázie stavcov a ich vzťah k silovým a tiažovým vplyvom, pôsobiacim na chrbticu.

Klinický opis skolióz je trochu prISTRučný a zanedbáva podrobnejšiu analýzu funkcie torakopelvinných svalových stabilizátorov, analýzu funkcie torakoskapulárneho svalstva, zhodnotenie akčných vzorcov posturálnych svalov a iné aspekty.

Významné je autorovo rozlišovanie funkčnej a štruktúrálnej zložky skoliotického zakrivenia, ktoré má veľký význam pre rozhodovanie o voľbe vhodných procedúr, najmä konzervatívnej liečby.

Liečebné postupy rozdeľuje autor na konzervatívne a na operatívne. Opis konzervatívnych metód prezrádza, že ho koncipoval operatívne orientovaný ortopéd: je stručný, až neprípustne všeobecný, príliš sa spoliehajúci na „skúsenosti cvičiteľa“. Podrobnejšie hovorí o korzetoch a prihovára sa za Milwaukee typ, ktorému však vytýka nepriaznivý účinok na vývoj chrupu.

Veľmi podrobný je prehľad operatívnych metód liečby na svaloch, na rebrách a na samotnej chrbtici. Zhrňuje údaje o výsledkoch a komplikáciách. Záver nie je veľmi

pozvbudivý: väčšina autorov udáva pomerne malý korekčný zisk a dost vysoké percento komplikácií (pakľby a zlomeniny štiepov).

Jadro publikácie tvorí kapitola, v ktorej autor hodnotí účinnosť jednotlivých typov liečby.

Konzervatívnu liečbu pritom delí na bazálnu (ambulantne aplikované minimum) a na intenzívnu, ktorú vykonávajú špecializované ústavy. Z výsledkov autorových prieskumov vyplýva, že ambulánna liečba má svoje oprávnenie a pri progresii krivky má pacient prejsť intenzívnu konzervatívnu liečbou, ktorá má dobré výsledky (18 % zlepšenia, 66 % stabilizácia stavu, len v 15,7 % bez účinku na progresiu). Z konštatovania vyplýva požiadavka zriadenia špecializovaných ústavov a špeciálnych škôl pre skoliotikov.

Podrobne sa rozvädza operatívna liečba, používaná na I. ortopedickej klinike v Prahe. Výsledky operatívnej liečby: až v 50 % veľmi dobré výsledky, 43 % stabilizovaných stavov. Mortalita je malá, takže operatívna liečba má svoje miesto v prevencii progresie krivky aj v snahách o jej čiastočnú úpravu alebo aspoň o jej stabilizáciu.

V závere publikácie autor stanovuje indikácie k operatívnej výkone a končí problémom stavby prognózy, pri ktorej sa kriticky stavia k Harringtonovmu faktoru.

Boj proti skoliózam je problémom liečebným, aj zdravotnícko-organizačným. Na tomto poli nás čaká veľký kus práce.

Dr. V. Lánik, Bratislava

FREY R., HALMÁGYI M., NOLTE H.:

DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE NERVENBLOCKADEN

[Diagnostické a terapeutické nervové blokády]

Vydal Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York 1973, str. 68, cena neudaná, ISBN 3-540-06145-2.

V edici „Anesthesiologie a resuscitace“ vydáva nakladateľství Springer-Verlag v Berlíně-Heidelbergu a New Yorku v roce 1973 drobnou publikaci, věnovanou problematice nervových blokády. Jde v podstatě o přednášky Symposia o lokální terapii bolestí, které se konalo v Mohuči v říjnu 1971.

V souboru přednášek pojednal Nolte o diagnostických, prognostických a terapeutických blokády, Baar o somatických blokády, Nolte o vegetativních blokády, Gerbershagen o terapeutické spinální a peridurální anestezii. Další přednášky byly věnované 10 letým zkušenostem s terapií blokády (Lundskog, Baar a Ahlgren), vyšetřením při terapeutické lokální anestezii (Gross), organizaci oddělení regionální terapie bolestí, jeho personálnímu

a technickému vybavení (Baar, Ahlgren a Lundskog). Závěrečná část této drobné ale velmi zajímavé publikace je věnovaná diskusi k přednáškám a krátkému souhrnu v anglickém jazyku.

Knížka má být určitým impulsem, sloužícím snaze vybudovat oddělení pro terapii bolestí, vycházejze z konceptu „Pain Clinic“. Poukazuje velmi vhodně na všechny možnosti boje proti bolesti a algickým symptomům hlavně při chronických onemocněních. Z tohoto aspektu není určená jen odborníkům v anestezii, ale všem lékařům, kteří se stýkají s chronicky se objevujícími bolestmi, i když každý anesteziolog velmi rád sáhne právě po podobné stručné, ale obsahově bohaté, jasné a dobře dokumentované knížce.

Publikace doplňuje velmi vhodně řadu publikací, které vyšly v uvedené edici nakladatelství Springer-Verlag, Nakladatel-

ství věnovalo také této publikaci velkou pozornost.

Dr. M. Palát, Bratislava

KALTENBACH M., LICHTLEN P., FRIESINGER G. C.:

CORONARY HEART DISEASE. 2nd INTERNATIONAL SYMPOSIUM AT FRANKFURT 1972

(Koronární srdeční choroba, 2. mezinárodní symposium ve Frankfurtě 1972)

Georg Thieme Verlag Stuttgart 1973, 329 stran, 189 obr., 61 tab., cena DM 69,—.

V roce 1970 konalo se ve Frankfurtě mezinárodní symposium o koronární srdeční chorobě. Celé jednání tohoto symposia bylo publikované jako proceedings v roce 1971 nakladatelstvím Georg Thieme Verlag ve Stuttgartě (recenzi o této publikaci jsme uveřejnili v Rehabilitaci 6, 1973, str. 166). V roce 1973 připravilo stejné nakladatelství Georg Thieme Verlag ve Stuttgartě opět formou velmi pěkné publikace jednání a přednášky 2. mezinárodního symposia o koronární srdeční chorobě, které se také konalo ve Frankfurtě, a to v roce 1972 a které tematicky navazovalo na uvedené 1. symposium o koronární srdeční chorobě.

Po úvodním seznamu účastníků tohoto mezinárodního symposia, publikace v 7 částech přináší jednotlivé práce, přednesené v rámci jednotlivých tematických celků tohoto symposia. V prvé části jsou práce věnované účinku nitroglycerinu v řadě sdělení experimentálního a klinického charakteru. Cílem zde bylo seznámit účastníky se současným stavem znalostí mechanismu účinku nitribů a nitrátů. Druhá část pojednává o koronární arteriografii a ventrikulografii. Koronární arteriografie, která se stala v poslední době standardní vyšetřovací metodikou mnohých kardiovaskulárních center, je prováděna v součastnosti používáním transbrachiální a transfemorální cesty zavádění katetrů. Hovoří se zde o indikacích koronární angiokardiografie a o možných komplikacích této vyšetřovací metody.

Třetí část této významné publikace věnuje pozornost průběhu koronární choroby hodnocené na základě koronární angiografie. Hovoří se zde o prognostickém významu této vyšetřovací metody, o katalamnestických pozorováních průběhu koronární choroby po koronární arteriografii. Ve 4. části, kde předmětem jednání byla levá komora při koronární chorobě, bylo poukázáno na levokomorovou dynamiku při akutní ischemii u psů, na myokardiální kontrakci a hemodynamiku před, počas a po koronární oklusi u vepřů, na relaxaci levé komory u nemocných s koronární chorobou a na rychlost proudu krevního a akceleraci při indukované an-

gině pectoris. 5. část je věnována měření levokomorového volumu z kontrastních angiogramů gama-kamerou. 6. kapitola přináší práce o chirurgickém léčení při koronární chorobě — jde především o revascularizační techniku a dále o techniku resekcí aneurysmat levé komory. Jsou zde diskutované klinické aspekty levokomorových aneurysmat, otázky resekcce aneurysmat, akinetických areí a infarktových zon při koronární srdeční chorobě. Některé práce se věnují funkci levé komory a levokomorové dynamice před a po provedeném chirurgickém zákroku. Zajímavá je práce o předběžných výsledcích chirurgické léčby akutního infarktu myokardu. Poslední 7. část je věnována chirurgii koronárních arterií. Je poukázáno na evidentní úspěch tohoto způsobu léčby u anginy pectoris. Referuje se o výsledcích aortokoronárních bypassů a Vinebergovy operace, některé práce věnují pozornost intraoperativní angiokardiografii a intraoperativnímu měření průtoku aortokoronárním bypassem. Zajímavá je práce o závažném elektrokardiogramu, tlaku v plicním řečišti při cvičení po chirurgickém výkonu u koronární srdeční choroby.

Každá kapitola, která přináší dílčí práce k diskutované problematice, je ukončena záznamem diskuse, která se rozvinula mezi účastníky symposia po přednesení jednotlivých prací a sdělení. Přináší mnoho podnětů, poukazuje na četné problémy. Věcný rejstřík zakončuje tuto publikaci.

Publikace o koronární srdeční chorobě, přinášející jednotlivé práce 2. mezinárodního symposia ve Frankfurtu v roce 1972, je značně rozsáhlá. 329 stran s početnými ilustracemi, potřebnými jako dokumentace k projednávané problematice, dobře redakčně zpracovaných přináší skutečně stav znalostí up tu date. U podobných publikací je to nutné — jednak jsou aktuální, jednak jsou široce informativní.

Proceedings z 2. mezinárodního symposia o koronární srdeční chorobě přináší každému, kdo se zabývá problematikou ischemické choroby srdce, mnoho cenného — jsou druhem publikace, kterou vřele doporučujeme ke studiu.

Dr. M. Palát, Bratislava

Publikácia má 112 strán, v prílohe 8 strán pekných farebných mikrofotografií; bohatý zoznam literatúry, kde na viacerých miestach cituje československých autorov.

Kniha má okrem úvodu a záveru tri hlavné časti: náhrada kostných defektov kovovými implantátmi, náhrada a hojenie kostných defektov kostnými transplantátmi a derivátmi, vlastné experimentálne vyšetrenia.

Autori si postavili tri základné otázky, na ktoré podávajú v publikácii odpoveď:

1. Ovplyvňuje stabilná osteosyntéza vhojovanie konzervovaných kortikálnych transplantátov v defektoch diafýz bez perióstu?

2. Sú po odstránení všetkých mäkkých častí transplantátu rozdiely pri vhojovaní čerstvých auto- a homotransplantátov, ev. konzervovaných homotransplantátov?

3. Je v týchto podmienkach výhodnejšie používať homotransplantáty z kostnej banky ako kovové implantáty?

V prvej hlavnej časti popisujú autori reakciu kostného tkaniva na kovové implantáty, koróziu kovového materiálu, toxicitu a klinické použitie kovových implantátov v dnešnej dobe. Keďže pri náhradách veľkých defektov dlhých kostí kovovými implantátmi [okrem kĺbných koncov, kde sa kovové náhrady vo veľkej väčšine prípadov osvedčili] je 15—20 % neúspechov, nedoporučujú tieto zákroky.

Druhá hlavná časť o hojení a náhrade kostných defektov kostnými transplantátmi a derivátmi je rozdelená na päť dôležitých kapitol. V prvej podávajú históriu použitia kostných transplantátov [podrobne rozvádzajú najmä experimentálne a klinické poznatky z posledných 15 rokov], v druhej hojenie defektov kortikálnymi štepami, v štvrtej kombinovanými štepami a v poslednej kapitole kostnými derivátmi.

Uvádzajú biomechanické podmienky prihojenia spongiózných, kortikálnych a zmiešaných transplantátov rôzneho pôvodu, [auto-, homo- a heterotransplantáty]. Zdôrazňujú význam stabilnej fixácie transplantátov, čím sa darí prekryť aj väčšie defekty diafýz. Odporúčajú najmä na hornej končatine použitie spongiózných štepov a stabilnej osteosyntézy, ktorá vedie k najlepším výsledkom.

Autori spomínajú aj rôzne konzervačné spôsoby a kostné deriváty, ktoré sa však veľmi neosvedčili. Na konci tejto kapito-

ly rozvádzajú klinické skúsenosti s rôznymi druhmi kostných transplantátov na hornej aj dolnej končatine.

V kapitole o vlastných výsledkoch uvádzajú výsledky pokusov na 100 baranoch, z ktorých dlhodobe sledovali po kostných transplantáciách 85 jedincov. Experimentálne odoberali v sterilných podmienkach časť metatarzov (diafýzu), ktorú potom použili ako auto- a homotransplantát, resp. ich konzervovali rôznymi spôsobmi. Transplantáty boli zbravené perióstu a endostu. Výsledky kontrolovali röntgenologicky, histologicky, fluorescenčnou mikroskopiou. Po 10 dňoch ešte nezistili röntgenologicky príznaky vhojovania, ale makroskopicky boli transplantáty väzivove pevne spojené; boli už príznaky vaskularizácie transplantátov z mäkkých častí. Osteocyty v transplantáte boli v tomto období všetky vitálne. Po 20 dňoch zistili malú periostálnu apozíciu proximálne, osteocyty subperiostálne odumierali, osteoblastická aktivita bola len u príjemcu. To platí najmä pre homotransplantáty, keďže v autotransplantátoch aj v tomto období boli všetky osteocyty vitálne. Až do 60. dňa pokračuje bohatá vaskularizácia z periférie. Na transplantátoch, kde nebola priložená kovová fixačná platnička, bolo najmä periostálne hojenie, tam kde bola platnička endostálne. Prirastanie macerovaných, dezantigenizovaných kostných transplantátov bolo podstatne pomalšie. Medzi čerstvým auto- a homotransplantátom boli po 60 dňoch len minimálne rozdiely pri vhojovaní. Nestabilne fixované transplantáty boli postupne rezorbované, zostali len sequestrom. Histologicky sa autotransplantáty úplne a ideálne vhojili. Po 120 dňoch došlo k prestavbe línie osteotómie pri všetkých transplantátoch, po 240 dňoch došlo ku kostnej regenerácii transplantátov.

V záverečnej časti autori na základe vlastných experimentálnych a klinických skúseností odporúčajú tieto spôsoby náhrady kostných defektov:

Na náhradu kostných defektov kĺbných koncov femoru a humeru poslúžia kovové implantáty.

Autotransplantáty spongiózy sa môžu použiť na výplň defektov v metafyzárnej oblasti pri zachovaní kĺbných koncov a diafýze, ak je možnosť stabilnej fixácie.

Na náhradu veľkých defektov diafýz sa môžu výhodne použiť kortiko-spongiózne transplantáty v kombinácii so stabilnou

osteosyntézou. Při stabilnej osteosyntéze sa v experimente najrychlejšie vhojovali autotransplantáty, potom čerstvé mrazené homotransplantáty. Pri čerstvých nezmrazených homotransplantátoch došlo po 20 dňoch k imúnnym reakciám, a preto sa oneskorila revaskularizácia a kostná regenerácia. Macerované homotransplantáty sa revaskularizovali, ale nedošlo ku kost-

nej regenerácii a po 300 dňoch sa takýto transplantát úplne rezorboval.

Publikácia dáva cenné základné aj nové informácie o problematike vhojovania kostných transplantátov a o náhradách kostných defektov. Odporúčam ortopédom, chirurgom, traumatológom a rehabilitačným pracovníkom.

Dr. F. Makai, Bratislava

PLZÁK M.:

POZNÁNÍ A LÉČBA PORUCH MANŽELSKÉHO SOUŽITÍ

Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství Praha 1973, str. 248, obr. 1, cena Kčs 21,—.

Plzákovy knihy jsou známé v Československu — mnohé z nich mají přívlastek bestseller. Poslední publikace z péra dr. Plzáka z pražské Psychiatrické kliniky, kterou vydalo Avicenum v roku 1973, je jiná, i když jejím tématem je stejná problematika — problematika manželských poruch.

Uvedená monografie se dělí na dvě části — část obecnou a část speciální, při čemž v první části se pozornost věnuje dynamice manželského soužití a typologii manželského soužití, v druhé části pak poruchám soužití partnerů buď v manželství nebo mimo manželství. Věcný register doplňuje publikaci, v úvodě sa hovoří o cílech publikace.

Knihy je určena nejen lékařům-psychiatrům, ale i pedagogům, psychologům a právníkům, kteří na různé úrovni se setkávají především s patologickými výsledky manželství. Oproti jiným Plzákovým publikacím je přísně vědecká, neslouží, nebo nemá sloužit široké veřejnosti.

Dílo se dobře čte, svědčí o tom, že autor má dostatečné zkušenosti s diskutovanou problematikou, má talent vybrat všechno podstatné a má velmi dobrou literární erudici. Knihu velmi doporučujeme. Je aktuální a informující.

Dr. M. Palát, Bratislava

SCHREIBER V.:

PATOFYIOLOGIE ŽLÁZ S VNITŘNÍ SEKRECI

Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství Praha 1973, 2. přepracované vydání, str. 292, obr. 75, cena Kčs 45,50.

Po rychlém rozebrání 1. vydání „Patofyziologie žláz s vnitřní sekrecí“, připravilo nakladatelství Avicenum v Praze do tisku druhé přepracované vydání z péra prof. dr. V. Schreibera, pracovníka Laboratoře pro endokrinologii a metabolismus III. interní kliniky, kterou vede akademik Charvát. Už tato skutečnost doporučuje tuto monografii, věnovanou problematice patofyziologie žláz s vnitřní sekrecí. V 16 kapitolách — některé z nich proti 1. vydání jsou úplně přepracované, věnuje autor pozornost jednotlivým žlázám s vnitřní sekrecí. Úvodní kapitoly jsou věnované obecné endokrinologii a neuroendokrinním vztahům, závěrečná 16. kapitola hovoří o účasti hormonů v regulaci metabolismu. Kapitola 17. byla z původního 1. vydání vpuštěná, její původní obsah byl přiřazen k jiným kapitolám. Registrák zakončuje tuto monografii, vycházející v řadě prací z patologické fyziologie.

Není naším úkolem podrobně se zabývat touto monograficky zpracovanou, moderně koncipovanou a současně poznatky přinášející publikací, která se důstojným způsobem řadí mezi ostatní monografie uvedené řady prací z patologické fyziologie — udělají to jiní a lepší. Je však naší povinností upozornit na tuto publikaci, která je dokladem, že i v našem písemnictví se objevují knížky, informující na současně úrovni vědy a přinášející vhodným způsobem velmi složitou materií ke čtenáři. Přáli bychom si jen, aby po této knize sáhl i lékař, nezabývající se speciálními otázkami moderní endokrinologie, ale sledující dění na poli medicíny vůbec. Kniha se dobře čte, uvedené písemnictví za každou kapitolu orientuje na další podrobnosti.

Knihu doporučujeme. Je moderní, informující, a v každém případě přínášá mnoho potřebného a důležitého pro poznání každého lékaře. *Dr. M. Palát, Bratislava*

Pôvodcom autogénneho tréningu, t. j. „výcviku ku samovoľnému“, je berlínsky lekár J. H. Schultz, ktorý ho založil v rokoch 1908—12. Autorka ho osobne poznala a po dosiahnutí lekárskeho diplomu sa venovala prehĺbeniu jeho metódy. Vo svojej rozsiahlej individuálnej praxi a skupinových kurzoch a seminároch vyučila až na 20 000 ľudí v autogénnom tréningu a r. 1960 bola aj vyznamenaná štátnou cenou, pomenovanou podľa slávneho nemeckého lekára Hufelanda.

Autogénny tréning (AT) vychádza z poznatku, že duševné stavy ovplyvňujú funkciu telesných orgánov; rozčúlenie urýchľuje činnosť srdca, prekvapenie zaráža dych; zármutok, starosť, silné streasy spôsobujú zažívacie ťažkosti, žalúdočné vredy a pod. Preto by sa nedal duševnými stavmi ovplyvňovať organizmus aj v priaznivom smere? Zistilo sa tiež, že niektoré osoby sú schopné autohypnózu uviesť sa do stavu duševného kľudu a v ňom ukladať si určité úlohy. AT sa zakladá práve na tomto samoovplyvňovaní, na autosugescii. AT sa zavše nazýva aj jógu Západu, s ktorou má spoločné zahĺbenie sa do vlastného ja, ale bez telesných cvičení východnej jógy. AT lepšie vyhovuje mentalite Európana; má iba niekoľko jednoduchých cvikov, vykonávaných po sediačky alebo ležiačky.

Tieto cviky spolu so sústredeným prenášaním príslušných príkazných formulí sa

aplikujú podľa druhu ťažkostí, ktoré má pacient, a sledujú privedenie pocitu kľudu, tepla, únavy resp. spánku, prípadne reguláciu pulzu, dýchania alebo vegetatívnej nervovej sústavy, žalúdka, čriev, pečene, žľáz a iných žliaz vnútornej sekrécie.

Autorka uvádza zo svojej bohatej praxe konkrétne prípady úspešnej liečby pomocou AT. Vyhľadávajú ju väčšinou ľudia bez výrazných chorobných symptónov, s normálnym EKG, röntgenovými snímkami, rozborom krvi atď., bez nálezu, a predsa trpiaci rôznymi neurózami, depresiami, komplexmi, zábrami, prepracovanosťou, nespavosťou, t. j. neduhmi, ktorými postihuje moderných „požieračov tabletiiek“ terajšia doba s jej šíleným životným tempom, technikou, ustavičným zhomom, neriešenými konfliktnými situáciami v súkromnom, rodinnom živote i na pracovisku. Osobitnou a početnou skupinou jej pacientov boli osoby posadnuté uvedomelým či podvedomým strachom. Prvým krokom k prekonaniu tejto fixnej idey je odhaliť, uvedomiť si príčinu tejto úzkosti, trémy, ktorá niekedy väzí v minulých zážitkoch, prípadne aj z detstva.

Autorka hovorí výslovne: Koncentratívne sebauvoľnenie, prepojenie sa na kľud a zotavenie, nájsť východisko zo strachu a lepšie spať — to sú ciele autogénneho tréningu, ktoré môže každý dosiahnuť.

M. Belajová, Bratislava

WAGNER-FISCHER A. M.:

ÄRZTLICHER RAT FÜR HALBSEITENGELÄHMTE

[Lékařská rada pro ochrnuté na polovici těla]

Vydal Georg Thieme-Verlag Stuttgart 1973, str. 129, obr. 103, cena 12,80 DM, ISBN 3-13-465 801-1.

Drobná knížka doc. Wagner-Fischerové, ktorou pripravilo do tisku nakladateľstvá Georg Thieme-Verlag ve Stuttgartě v roku 1973, je určená predovšetkým nemocným ochrnutým na jednu polovicu tela a ďalej jejich rodinným príslušníkom s cieľom poskytnúť nemocnému všetky dostupné rehabilitačné opatrenia v jeho domácom prostredí. Ide vlastne o jakosi abecedu nemocného. Kniha je rozdelená na mnoho kapitol, každá z týchto kapitol sa zaoberá dôležitými otázkami, týkajúcimi sa nejeden reedukácie motorických funkcií, ale i otázkami pomůcek, umožňujúcimi nemocnému základnú každodennú úkony, otázkami cestovania a zotavenia, otázkami reči postihovaných, atď. Po-

četná dokumentace formou kreseb, obrázků a fotografií značně zvyšuje celou úroveň této knížky, která najde jistě oblibu a zájem těch, kterým je určená.

Úvod k této knížce napsal prof. Jochheim, vedoucí lékař Rehabilitačního centra na kolínské universitě, který je v současnosti prezidentem International Society for the Disabled (ISRD).

Problematika rehabilitační péče u nemocných po centrální mozkové příhodě s následnou hemiparesou je jednou z nejdůležitějších oblastí každé zdravotní péče. Postižený nemocný, odkázaný více méně sám na sebe nebo na svoje okolí, velmi často trpí právě nedostatkem rehabilitač-

ni péče. Wagner-Fischerové kniha přináší a poukazuje na všechny možnosti, která takový nemocný a nebo jeho okolí může využít, použít, realizovat s cílem zachovat chorobou postiženou funkci, eventuálně ji zlepšit. Je to skutečně jen racionální rehabilitační péče, prováděná v rodině či prostředí takto postiženého člověka, která při důsledném provádění může přinést velmi překvapující výsledky.

Knížka o lékařských radách pro posti-

žené ochrnutím na polovici těla vkusně vypracovaná stuttgartským nakladatelstvím Georg-Thieme Verlag jistě bude vítána všemi, kteří její rady potřebují a kteří je mohou a hlavně chtějí využít. Je typem publikace pro širokou veřejnost, poukazující lehkým srozumitelným způsobem i na medicínské otázky, ne vždy jednoduché k pochopení.

Dr. M. Palát, Bratislava

ARNIM O. von:

PHYSIKALISCHE THERAPIE IN DER PRAXIS

(Fyzikální terapie v praxi)

Vyd. G. Fischer Verlag, Stuttgart, 1970, vyd. 1, str. 109, formát 19 x 12 cm, v plátně vázáno, cena DM 6,55.

Většina tzv. velkých fyziatrií soustřeďuje pozornost na jednotlivé metody léčby, které se ve fyziatrii užívají, zabývá se zevrubně fyzikální stránkou věci, fyziologickým působením a případně možnostmi zásahu do chorobného procesu. Otázka volby jednotlivých fyziotrických úkonů v různých situacích bývá většinou až příliš stručná, někdy chybí. Lékař, který stojí před určitým terapeutickým problémem, nemá před sebou spektrum metod, které přicházejí v úvahu, postrádá směrnice pro jejich výběr, nedoveďe se informovat ani přibližně o jejich různé léčebné hodnotě ale ani o jejich náročnosti. Není proto divu, že vlastní fyzioterapie vyjde posléze zkrátka a trpí zejména na jednotvárnost, nevyvaldávavost, nedostatek invence. Knížka profesora Arnima není vlastně učebnicí fyziatrie — a proto se snad snáze zbavila tradičního roucha. Není to učebnice fyziatrie — to konečně je zřejmé již z dat, uvedených v nadpise (109 str. formátu 12 x 19 cm). Je to protějšek kapsesní příručky K. Zielkeho Taschenbuch für krankengymnastische Verordnungen z roku 1969, o které jsme v Rehabilitácii svého času referovali. Probírá postupně

jednotlivé choroby a u každé hodnotí možnosti využití fyzikálních metod. Zpravidla následují po sobě: elektroléčba, teplotéčba a světlotéčba, masáže různého druhu, léčebná tělovýchova. Zdaleka neuvažuje čistě lokálně. Končí všeobecnými pokyny, které jsou jakýmsi shrnutím a zhodnocením, ale i upozorněním na možné chyby. Vlastní provedení jednotlivých léčebných úkonů je shrnuto na několika málo stranách na konci knížky. Nestačí jako návod k provedení, je určeno pro všeobecnou informaci a předpokládá, že úkony provede školená síla. Snad by se bylo vyplatilo, kdyby autor knihu aspoň o několik stran rozšířil a seznámil čtenáře s tím, jak má přesně jednotlivé výkony předepisovat, případně jak má kontrolovat provádění a konečně jak má hodnotit účinnost metody a její úspěch u nemocného.

Knihla ovšem není určena pro odborníka ve fyziatrii. Má sloužit lékařům s všeobecnou praxí, jejichž znalosti fyzikálních metod léčby jsou malé ve srovnání se znalostmi farmakoterapie. Nepochybují, že v tomto okruhu pracovníků by mohla kniha prof. Arnima vykonat velmi dobrou práci.

Dr. P. Štěpánek, Bratislava

MARŠÁLEK J.:

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA ŽENSKÝCH CHOROB

Avicenum, Praha, 1973.

Maršálkove monografie patria v našom odbore k najlepším, preto vyšli neraz v novom vydaní. Aj jeho Diferenciální diagnostika ženských chorob vychádza teraz v druhom vydaní, v ktorom stať o cytodagnostike napísal doc. Nyklíček a kapitola o ženskej kvapavke a o tromboembolickej chorobe doc. Martinčík. Otvorene

priznávam, že túto knihu nepovažujem za takú vydarenú, ako predošlé.

Na zdôvodnenie svojich výhrad uvádzam tieto argumenty. Význam anamnézy je rozhodne aj z diferenciálne diagnostického hľadiska väčší a bohatší, ako sa mu v tejto knihe dostáva. Prečo je zaradená do tohto diela len gynekologická cytodia-

gnostika? Veď aj iné vyšetrovacie spôsoby majú veľmi veľký význam v rozlišovaní jednotlivých afekcií na ženskom genitále a okolitých orgánoch alebo celkových ochoreniach. Bola by bývala veľmi osožná kapitola o hodnote a prednostiach jednotlivých vyšetrovacích metód pre diferenciálnu diagnostiku. Poruchy menštruačného krvácania by mali tvoriť jeden celok. Prečo autor pojednáva o niektorých poruchách až po iných odchodných kapitolách (dysmenorea, krvácanie z rodidiel)? Kým pri krvácaniach správne venuje dost dôležitosť odhaleniu malignómov rôznej lokalizácie, pomerne málo prínosu prinášajú stránky o menštruačných krvácaniach. Význam koagulopatií by si vyžadoval modernejší opis. Osobitné spracovanie kvapky sa vymyká z organického celku, akým sú výtoky. Spracovanie celej kapitoly v jednom komplexe by bolo hádam

správnejšie. Kniha o diferenciálnej diagnostike by nemusela pripomínať prognostické a preventívne hľadiská v takom rozsahu. Zdá sa mi, že pri novom vydaní nebral sa dostatočný zreteľ na najnovšiu literatúru, nie v klinickom, ale laboratórnom vyšetrovaní.

V každom lekárskom odbore je spracovanie diferenciálnej diagnostiky náročné a ťažké. V gynekológii jestvuje málo podobných príručiek, preto je Maršalková kniha potrebná. Chváľitebné je zaradenie takých kapitol ako Miazgové uzliny, Tromboembolická choroba, Choroby prsníkov, Frigidita, anorgazmus, atď. V knihe sa ďalej nachádzajú mnohé tabuľky, rozdelenia, schémy, ktoré sú originálne a mnohé z nich veľmi dobre pomáhajú objasniť diferenciálne diagnostické problémy v gynekológii.

Dr. A. Bárdoš, Bratislava

KORSAK A., GIEYSZTOR T.:

NEBOJME SE ASTMY

RADY NEMOCNÝM

Vydalo Avicenum, zdravotnícke nakladateľstvo, Praha 1973, strán 90, cena Kčs 7,—.

V preklade Anetty Balajkovej dostáva sa do rúk našich čitateľov-astmatikov zaujímavá vedecko-populárna publikácia poľských autorov.

Prístupnou, populárnou a vtipnou formou popisujú vysvetľovanie dýchacích ťažkostí od dávnej minulosti po súčasne, všeobecne platné zákonitosti dýchania.

V prvej časti dr. Korsak vysvetľuje fyziológiu dýchania, vývoj a základy alergie. Dost rozsiahla je stať o alergénoch, ktoré môžu vyvolávať astmatické záchvaty i iné prejavy alergie. Autor sa dotýka aj dedičnosti alergie, uvádza preventívne opatrenia pre alergických rodičov, dáva im rady, ako chrániť deti pred astmou i zachádzať s detskými astmatikmi. Vysvetľuje význam spolupráce pacienta s lekárom, význam vzájomnej dôvery, škodlivosť nekontrolovanéj samoliečby, ako aj liečenia viacerými lekármi súčasne, čo zapríčiní často trvalé škody na zdraví pacienta. Dotýka sa aj psychogénnej astmy a neurózy astmatikov, zdôrazňuje nutnosť sebaovládania a rozvahy pacienta i jeho najbližších.

V druhej časti dr. Gieysztor populárnym spôsobom opisuje vznik a priebeh astmatického záchvatu, ako sa mu pacient mô-

že vyhnúť, i ako sa má chovať pri záchvate, aby čo najmenej trpel. Podrobne popisuje spôsob dýchania pri záchvate využitím pomocných dýchacích svalov i za pomoci druhej osoby, s ilustráciou dýchacích cvikov.

Hlavnú časť tejto kapitoly venuje liečebnému telocviku, uvádza i vlastné skúsenosti. Zdôrazňuje význam stálej liečebnej telovýchovy astmatika od detstva, vysvetľuje jej vliv na organizmus, odvodňuje zásahy pohybovej liečby osobitne pre deti a dospelých. Podrobne popisuje pohybové prostriedky, druhy športu a jednotlivé cviky, i ich účel. Hlavné dýchacie cviky podrobne ilustruje.

V tretej časti zasa dr. Korsak stručne uvádza v piatich bodoch prikázania pre astmatika, v ktorých je vlastne zhrnutý obsah celej príručky.

Prílišná rozsiahlosť a opakovanie niektorých faktov je na škodu publikácie, ale i tak určite svojím sugestívnym názvom, vyčerpávacím obsahom, vtipnou formou podania dnešných poznatkov o astme i dobrými radami zaujme postihnutých a ich najbližších a pomôže mnohým zmierniť utrpenie.

Dr. A. Zvarová, Bratislava

SYMPÓZIUM O ENCEPHABOLE

Dňa 10. októbra 1973 konalo sa v Prahe sympóziium o prípravku Encephabol, ktoré usporiadala firma MERCK prostredníctvom agentúry „made in publicity“.

Na programe tohto sympózia boli práce o prípravku Encephabol, ktorý v súčasnosti predstavuje obohatenie terapie najmä v oblasti niektorých mozgových afekcií. Úvodná prednáška Dolceho sa zaoberala neurofyziologickými aspektami účinku Encephabolu v pokusoch na zvieratách. Dr. Dolce hovoril podrobne o pyrithioxínu, ktorý je účinnou látkou Encephabolu a ktorý bol experimentálne vyvinutý a vyskúšaný v laboratóriách firmy MERCK. Účinnok tejto látky spočíva jednak v aktivácii kortikálneho a subkortikálneho elektroencefalogramu vo zmysle zvýšenia vigilancie a ďalej v zmenách dráždivosti limbického systému.

V ďalšej práci Benešová hovorila o farmakológii a vplyvu pyrithioxínu na stavu postnatálnej malnutricie, jeho vplyvu na chovanie a učenie u kryš. Na základe experimentálnych výsledkov dobre dokumentovaných objavuje sa v palete pre indikácie Encephabolu nové indikačné pole — postnatálna malnutricia.

Po týchto dvoch teoreticky zameraných referátoch jednotliví klinickí pracovníci predložili svoje výsledky klinických sledovaní chorých po aplikácii Encephabolu. Kuncová z Prahy hovorila o podávaní Encephabolu u detí s mozgovou dysfunkciou. Peřová o efekte tejto liečby u detí s poškodením centrálného nervového systému. Dr. Benko predložil prácu z vlastnými skúsenosťami pri liečbe detí v detskej neurológii. Ressler predložil výsledky štúdie u detí s afatickým syndrómom a s detskou mozgovou obrnou.

Hanzal predložil klinickú prácu a výsledky sledovania efektov podávania Encephabolu u dospelých a konštatoval, že najlepší efekt je u chorých s traumatickou léziou mozgu. Mišurec predložil dobre dokumentovanú prácu o vplyve pyrithoxínu na elektroencefalogram. Na rovnakú tému hovoril aj dr. Hynek. Dr. Hraško-vec rozobral celý škálu terapeutických efektov u chorých so psychiatrickými indikáciami.

Veľmi peknú správu predložil dr. Trojan a dr. Machovcová, ktorí podávali Encephabol u chorých s ischemickou chorobou srdca vyššieho veku.

Sympóziium o Encephabole bolo ukončené diskusiou k jednotlivým referátom a premietnutím filmu o deťoch s mozgovým poškodením.

Dr. Pokorný, riaditeľ vedeckých laboratórií fy MERCK, ktorý otvoril jednanie sympózia, ho tiež záverečným prejavom ukončil.

Cieľom sympózia bolo konfrontovať výsledky podávania Encephabolu na našich pracoviskách, jeho posúdenie a odporúčanie k obohateniu terapeutických možností. Encephabol — pyrithoxín, predstavuje moderné neurodynamikum, ktoré zvyšuje vlgilanciu aktiváciou kortikálnych a subkortikálnych štruktúr, ekonomizuje metabolismus mozgového tkaniva a tým napomáha odstraňovať mozgovú insuficienciu. Väčšina indikačných oblastí, kde sa Encephabol používa, predstavujú oblasti súčasnej rehabilitácie. Ako mnohé referáty tohto sympózia jednoznačne potvrdili, Encephabol je jednou z možností komplexnej terapie, kde aj rehabilitácia hrá veľmi významnú úlohu. Zdá sa, že Encephabol bude dobrým medikamentóznym doplnkom v rehabilitácii následkov poškodenia centrálného nervového systému predovšetkým traumatických alebo inej etiológie.

Dr. M. Palát, Bratislava

OZNÁMENIE

Slovenská gerontologická spoločnosť spolu so Spolkami lekárov Stredoslovenského kraja usporiadajú v dňoch 30.—31. mája 1974 v Martine pracovnú schôdzu v rámci osláv 30. výročia SNP. Tematikou pracovnej schôdze je problematika klinickej gerontológie. Sekretárom je prim. MUDr. J. Neuwirth, 036 01 Martin, Fakultná nemocnica.

V dňoch 12. a 13. októbra 1973 usporiadala Maďarská rehabilitačná spoločnosť národný kongres, ktorý sa konal v Budapešti v budove Maďarskej obchodnej komory.

Na kongres pozvali ako hostí delegácie zo socialistických krajín, z ktorých prišli: z NDR dr. Klinger a dr. Seidlová (obaja z Berlína), z PER dr. Trampezynsky a dr. Szezepansky [z Warszawy] a z ČSSR dr. Lánik a dr. Wolfová [z Bratislavy a z Moravskej Ostravy].

Československú a poľskú delegáciu ubytovali v hlavnej budove ORFI [Országos reumatológiai és fizikoterápiai intézet] na ulici Frankel Leó.

Kongres mal dve plenárne zasadnutia (otváracie a záverečné) a okrem toho zasadalo v osobitných priestoroch osem komisií. A to:

- Komisia pohybových ústrojov,
- komisia psychiatrická,
- komisia internistická,
- komisia onkologická,
- komisia zmyslovo postihnutých,
- komisia pracovnej rehabilitácie,
- komisia podnikovej rehabilitácie,
- komisia liečebnej pedagogiky a sociálnej rehabilitácie.

Plenárne zasadanie v prvý deň kongresu otvoril úvodným referátom dr. Mosalygó Dénes, vedúci liečebno-preventívneho odboru MZ a predseda Maďarskej rehabilitačnej spoločnosti. Vo svojom referáte podal prehľad o súčasnej situácii v zabezpečení rehabilitačnej starostlivosti v MER a rozobral hlavné úlohy, ktoré treba aktuálne a výhľadovo v rehabilitačnej starostlivosti splniť. Pritom kládol dôraz na potrebu rozvíjať sieť rehabilitačných oddelení v rámci nemocníc, na vyškoľenie dostatočného počtu rehabilitačných pracovníkov, a najmä na potrebu zapojiť do rehabilitačnej starostlivosti všetky inštitúcie, masové organizácie a veľké výrobné podniky. Podkladom pre rozvinutie koordinovanej spolupráce je niekoľko vládných uznesení, ktoré treba dôsledne plniť a realizovať.

Zástupca Ministerstva práce dr. József Rózsa hovoril o realizácii vládneho uznesenia, podľa ktorého sa podniky majú zapojiť do rehabilitácie svojich postihnutých pracovníkov. Zdôraznil, že pracovnú rehabilitáciu treba zabezpečiť predovšetkým premiestnením postihnutého pracovníka na iné miesto v rámci jeho materského podniku, pričom treba voliť nové pracovné zaradenie tak, aby bolo na tej istej ekonomickej úrovni a v tom istom pracovnom odbore. Je nesprávne postihnutého pracovníka preradať hneď do iného podniku,

alebo prekladať na miesto, na ktorom doštane nižší plat a ktoré je na kvalifikáciu menej náročné.

Osoby so zmenenou pracovnou schopnosťou sú cenným zdrojom pracovných síl, treba ich len pracovne reintegrovať, na takúto reintegráciu pripraviť a uvažovať aj o potrebných úpravách pracovného prostredia a výrobných nástrojoch a zariadení. Náklady, ktoré sa vynaložia na prípravu pracovníka na nové pracovné zaradenie, sa rýchle vrátia. Tak, ako sa zvyšuje dopyt po odborných kádriach, tak sa zvyšuje aj záujem o rehabilitáciu postihnutých. Rehabilitační starostlivosť majú jednotne viesť, koordinovať a kontrolovať nadriadené orgány.

Dr. Völgyi Lajos [z Ministerstva zdravotníctva] poukázal na potrebu zabezpečiť rehabilitáciu aj pre postihnutých po skončení povinnej školskej dochádzky, ďalej pre starších pracovníkov a dôchodcov. V existujúcom sociálnom stredisku pre zabezpečenie osôb so zmeneným zdravotným stavom zabezpečujú rehabilitáciu pre celý rad postihnutých. Ich prácu by však značne uľahčila jednotná vyhláška koordinačného výboru, ktorý by bol zostavený z predstaviteľov jednotlivých inštitúcií a organizácií a ktorý by mal konzultačnú a usmerňovaciu funkciu s hlavnou úlohou vytvoriť jednotný rehabilitačný systém pre invalidov.

Za veľmi významné považujem vystúpenie dr. György Rajza, zástupcu Maďarskej odborovej organizácie. Poukázal na to, že rozhodnutím vlády bola vytvorená báza pre vnútropodnikovú rehabilitáciu. Rozhodnutie vlády sa však realizuje len v niektorých veľkých závodoch a rehabilitácia neprenikla do menších závodov, samostatných podnikov a pod.

Odborové hnutie má vo svojom pracovnom programe ochranu životného prostredia, podporuje všetky snahy vytvoriť optimálne životné a pracovné podmienky. Všetmožno bude podporovať rehabilitáciu, považuje však za potrebné zistiť, koľko by bolo postihnutých a koľkých možno rehabilitovať. Odborové zväzy majú za úlohu distribúciu rehabilitačných pomôcok, na ktoré sa vynakladá veľa finančných prostriedkov. Chýbajú však ostatné zložky rehabilitácie a ich koordinované a jednotné uplatnenie.

Po plenárnom zasadnutí nasledovalo zasadanie jednotlivých komisií, v rámci ktorých sa prednášatelia dotkli prakticky všetkých rehabilitačných problémov, vo všetkých oblastiach rehabilitácie.

Na základe diskusie sa potom v jednotlivých sekciah prerokoval záver a odporúčanie pre rehabilitačnú spoločnosť.

V sobotu po premietaní zdravotne výchovných filmov nasledovali prednášky zahraničných hostí, ktorí oboznámili prítomných s niektorými organizačnými problémami v NDR, PER a ČSSR.

V tomto bloku som predniesol referát o organizácii včasnej depistáže detí s počiatočnými formami skoliózy, poďakoval sa za Federálny výbor Československej rehabilitačnej spoločnosti za vrelé prijatie

a zdôraznil význam výmeny názorov zástupcov rehabilitačných spoločností pre rozvinutie socialistického modelu organizácie rehabilitačnej starostlivosti.

Nasledovalo plenárne zasadanie, v prvej časti ktorého podali zpravu vedúci jednotlivých komisií a v druhej časti zhrnul požiadavky predseda Maďarskej rehabilitačnej spoločnosti dr. Mosalygó. Týmto sa kongres skončil.

Dr. V. Lánik, Bratislava

VEDECKÁ PRACOVNÁ SCHÔDZA SLOV. REHAB. SPOLOČNOSTI VO VEĽKÝCH LEVÁROCH

Dňa 19. X. 1973 usporiadala Slovenská rehabilitačná spoločnosť v spolupráci so Slovenskou psychiatrickou spoločnosťou vedeckú pracovnú schôdzku v psychiatrickej liečebni vo Veľkých Levároch. Na schôdzke sa zišlo do 150 účastníkov z oboch spoločností. Účasť všetkých členov výboru psychiatrickej spoločnosti na čele s jej predsedom prof. MUDr. E. Guensbergerom svedčí o veľkom význame, ktorý Slovenská psychiatrická spoločnosť prikladá rehabilitácii.

Úlohou schôdzky bolo umožniť vzájomnú výmenu názorov na obsah a spôsob organizácie rehabilitácie duševne chorých a dospieť k určitým uzáverom a odporúčaniam, ktoré by boli podkladom pre ďalší rozvoj rehabilitácie.

Prednášky, neobyčajne bohaté a miestami vzrušená diskusia vyústili do záverov, ktoré sa po schválení výboru oboch spoločností predostrú príslušným poradcom odborných MZ.

Z á v e r y

1. Rehabilitačná starostlivosť o duševne postihnutých sa týka veľkého počtu občanov, čiže má veľký psychosociálny a sociálne ekonomický význam.
2. S rehabilitáciou treba začať zavčasu, a to už od útleho detského veku (už pred tretím rokom života) alebo hneď od vzniku duševnej poruchy.
3. Na vykonávanie rehabilitačnej starostlivosti treba vytvoriť inštitucionálne podmienky najmä zriaďovaním fyziatricko-rehabilitačných oddelení v rámci psychiatrických liečební.
4. Podmienkou úspešnej organizácie je úspešná spolupráca medzi odborným lekárom psychiatrom a odborným lekárom fyziatricko-rehabilitačného oddelenia. Pri tejto spolupráci treba nájsť vhodné spôsoby na indikáciu a koordináciu rehabilitačných opatrení, metód a prostriedkov. Treba vypracovať

konkrétny spôsob transféru záverov psychiatrického vyšetrenia do plánovania a programu práce rehabilitačného tímu.

5. Odborní lekári pre fyziatriu, balneológiu a liečebnú rehabilitáciu podobne ako aj rehabilitační pracovníci majú byť pri špecializačnej príprave oveľa hlbšie oboznámení so zásadami a spôsobmi rehabilitácie duševne postihnutých.
 6. Liečebná rehabilitácia je zabezpečovaná už na klinikách a celom rade oddelení. Treba ju ešte viac rozvinúť v psychiatrických liečebniach. Závažným zostáva však problém resocializácie duševne postihnutých, ich sociálnej a pracovnej readaptácie a najmä ich reintegrácie do pracovného prostredia a do práce. Od základu treba vybudovať hlavne s Ministerstvom práce a sociálnych vecí pracovnú rehabilitáciu s úzkou nadväznosťou na konkrétne výrobné podniky.
 7. Ako veľmi významná sa ukázala potreba bojovať proti predsudkom voči duševne postihnutým pracovníkom, a to aj po ich vyľčení. V rámci ROH a zdravotníckej výchovy treba propagovať myšlienku, že za určitých podmienok môžu byť a majú byť duševne postihnutí zaradení do spoločnosti a do pracovného procesu.
 8. Diskusia ukázala, že treba vytvoriť modely účasti fyziatricko-rehabilitačných oddelení ÚNZ a psychiatricko-liečebných zariadení na rehabilitáciu duševne postihnutých.
- Súhrnne možno konštatovať, že pracovná schôdzka bola úspešná a splnila očakávanie, ktoré na ňu obe spoločnosti kládli. Závery schôdzky ako aj odporúčania pre MZ sú ďalším krokom v rozvoji rehabilitačnej starostlivosti.

Dr. V. Lánik, Bratislava

2nd INTERNATIONAL SEMINAR ON REHABILITATION MEDICINE

V Halle/Saale v Nemeckej demokratickej republike sa v dňoch 15.—20. X. 1973 konal za účasti popredných odborníkov v rehabilitácii z 29 krajín Európy, Afriky, Ameriky a Austrálie 2. medzinárodný seminár rehabilitačného lekárstva za predsedníctva dr. Gudmunda Harlema z Nórska, prezidenta Lekárskej komisie ISRD (International Society for Rehabilitation of the Disabled). Program a celý rámec tohto významného medzinárodného podujatia pripravil prof. Renker z Nemeckej demokratickej republiky, spoluosporiadateľom bola Spoločnosť pre rehabilitáciu v Nemeckej demokratickej republike.

Seminár mal vyslovene pracovný charakter. Utvorilo sa päť pracovných skupín, ktoré sa formou diskusií venovali riešeniu čiastkových otázok programu o rehabilitácii chronicky chorých. Boli utvorené tieto pracovné skupiny rokujúce o:

1. rehabilitácii chorých s kardiovaskulárnymi chorobami;
2. rehabilitácii chorých s postihnutím pohybového aparátu (s aspektami reumatologickými a neurologickými);
3. rehabilitácii chorých s tumormi;
4. rehabilitácii chorých s diabetes mellitus;
5. psychickom vývoji u chronicky chorých.

Okrem týchto pracovných skupín, na prácu ktorých sa kládol základný dôraz, odzneli v rámci plenárnych zasadání všetkých účastníkov seminára prednášky, venované čiastkovým aspektom problematiky, diskutované v jednotlivých pracovných skupinách, pričom diskusie v týchto pracovných skupinách pokračovali podľa vopred určeného dotazníka tak, aby sa vyriešili všetky závažné problémy diskutovaného tematického celku. Plenárne zasadania venovali pozornosť týmto otázkam:

1. použitiu jednotlivých aktivizujúcich foriem v rámci modernej rehabilitácie;
2. rehabilitácii namiesto renty;
3. možnosti použitia adekvátnych foriem liečebnej rehabilitácie vzhľadom na vek.

V týchto plenárnych zasadaniach jednotliví odborníci z rôznych štátov v celom ráde prednášok vyjadrili svoje názory, skúsenosti a stanoviská k uvedeným základným otázkam.

Posledný deň rokovania sa venoval vo forme plenárneho zasadania správam jednotlivých pracovných skupín, diskusiám k týmto správam a odporúčaniam ako ďalší podklad realizácie týchto stanovísk v jednotlivých štátoch.

2. medzinárodný seminár rehabilitačného

ho lekárstva venovaný problematike rehabilitácie chronicky chorých vo svojom komplexe, tematicky rokoval o závažných problémoch nielen modernej rehabilitačnej starostlivosti, ale i o problémoch majúcej význam pre celú oblasť lekárstva a sociálnej starostlivosti. Chronické choroby, ktoré vykazujú stále vzostupný trend výskytu, podmienený nielen lepšou diagnostikou, ale i lepšou terapiou a následnou zníženou úmrtnosťou, stávajú sa v súčasnej medicíne jednou z cieľových úloh. Moderná rehabilitačná starostlivosť reprezentovaná predovšetkým použitím najrôznejších aktivizujúcich metód veľmi účelne zasahuje a môže zasahovať do vývoja chronických chorôb. Oblasť liečebnej, sociálnej, psychologickkej a pracovnej rehabilitácie v určitých fázach splyva s opatreniami takzvanej sekundárnej prevencie, rozpracovanej predovšetkým na úseku chronických chorôb kardiovaskulárneho ústrojenstva. Je pravda, že vcelku sme len na začiatku tejto významnej cesty v starostlivosti o chronicky chorého človeka. Je však tiež pravda, že na určitých úsekoch sa dosiahli nie príliš nevýznamné úspechy. Modelom je tu ischemická choroba srdca a špeciálne infarkt myokardu, ako zdôraznila pracovná skupina, zaoberajúca sa diskusiou o rehabilitácii chronických chorôb kardiovaskulárneho systému, kde sa v súčasnosti vypracovali na medzinárodnej úrovni, predovšetkým prostredníctvom Svetovej zdravotníckej organizácie, všeobecne uznávané odporúčania — a tieto odporúčania sa tiež v celom ráde štátov realizujú v praxi. Je potrebné si len priať, aby podobné úspechy sa dosiahli aj v ostatných oblastiach medicíny chronicky chorých, kde v súčasnosti sa niekde iba začína, inde sa formulujú základné pravidlá, predovšetkým v oblasti aktivizujúcich metódik.

Základné riešenie závažných otázok, bohatá diskusia predovšetkým v pracovných skupinách a konkrétne odporúčania sú plody zasadania 2. medzinárodného seminára rehabilitačného lekárstva v Halle/Saale. Organizácia kongresu bola veľmi dobrá, spojená s návštevou niektorých pracovísk, ktoré sa zaoberajú rehabilitáciou chronicky chorých (Rernburg, Aken). Účasť námestníčky ministra zdravotníctva Nemeckej demokratickej republiky v deň otvorenia tohto seminára zvýrazňuje jeho význam. Možno si len priať, aby podobných podujatí, akým bol 2. medzinárodný seminár rehabilitačnej medicíny, bolo viac a mali taký istý úspech ako tento seminár.

Dr. M. Palát, Bratislava

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

V dňoch 22.—28. novembra 1973 prebiehali na Ústave pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotných pracovníkov v Bratislave na katedre rehabilitačných pracovníkov záverečné skúšky pomaturitného špecializačného štúdia na úseku *liečebná telesná výchova*.

Pri záverečných skúškach úspešne prospeli:

Štefánia Adamovová, OÚNZ Žilina
Eva Antalová, OÚNZ Lipt. Mikuláš
Ján Baka, OÚNZ Svidník
Zuzana Brndiarová, NsP akad. L. Dé-
rera, Bratislava
Anna Galová, NsP Šahy
Ludmila Horváthová, OÚNZ Trnava
Edita Chlapíková, OÚNZ Žilina
Klaudia Kalináková, OÚNZ Rožňava
Ján Kažimír, NsP Snina
Gizela Kolevová, Fakultná nemocnica,
Bratislava
Mária Kollárová, FN Košice
Anna Krišková, OÚNZ Svidník
Mária Kriveková, ZÚNZ Nočné sanató-
rium, Sklené Teplice
Lucia Mráziková, NsP Nové Mesto nad
Váhom
Olga Nůžková, OÚNZ Zvolen
Alžbeta Oremusová, Fakultná nemocni-
ca, Bratislava
Štefánia Šostáková, OÚNZ Žilina
Anna Sakáčová, FN Košice
Irena Vojteková, NsP akad. L. Dé-
rera, Bratislava
Anna Žilková, NsP Myjava

J. Maršálková, Bratislava

V Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně probíhaly záverečné zkoušky pomaturitního specializačního studia rehabilitačních pracovníků v úseku práce léčebná tělesná výchova ve třech termínech. První termín v době od 1. 10. do 4. 10. 1973, druhý v době od 5. 11. do 8. 11. 1973 a třetí v době od 19. 11. do 21. 11. 1973. K záverečným zkouškám se přihlásilo celkem 71 kandidátů. Úspěšně studium zakončilo zkouškou 43 kandidátů:

Olga Čermáková, nem. Motol, Praha
Věra Dámová, OÚNZ Uherské Hradiště
Anežka Divišová, NsP Jaroměř
Stanislava Drobíková, RO Praha 1

Olga Dubová, nemocnice Bulovka, Praha 8

Jana Dušková, OÚNZ Strakonice
Miroslava Dutkovičová, MÚNZ Ostrava
Pavla Gottwaldová, FN Brno
Jana Hájková, FN Praha 10
Miluše Jandourková, NsP Ústí nad Orlicí
Magdalena Jílková, Thomayerova nemoc-
nice, Praha 4

Eva Juráková, KÚNZ Brno
Jana Knetlová, OÚNZ Strakonice
Stanislava Kolečková, OÚNZ Praha 10
Daniela Košíková, OÚNZ Praha 7
Adolf Kouba, OÚNZ Praha 5
Ludmila Malinová, NsP Vsetín
Božena Marešová, ZÚNZ UP Příbram
Marie Matušková, Ústřední vojenská ne-
mocnice Praha

Jitka Nádvorníková, KÚNZ Praha 1
Pavla Nováková, FN Olomouc
Marie Pastyříková, FDN Brno
Marie Pavlíková, NsP Starý Bohumín
Marta Pejšová, Vojenský lázeňský ústav,
Teplice v Čechách
Marta Pergerová, OÚNZ Jindřichův Hra-
dec

Věra Pešková, OÚNZ Ústí nad Orlicí
Alena Petříčková, OÚNZ Louny
Jitka Pospíšilová, FN Brno
Lenka Příhonská, OÚNZ Hodonín
Věra Rozsypalová, MěNsP Ostrava 1
Jarmila Sejbalová, KÚNZ Praha 1
Marcela Sekyrová, FN Praha 2
Jitka Spálenková, OÚNZ Svitavy
Hana Stonová, FN Praha 2
Eva Šestáková, KÚNZ Brno
Anna Šimánková, OÚNZ České Budějo-
vice

Vlasta Šindlerová, Psychiatrická léčeb-
na Šternberk

Libuše Urbanová, KÚNZ Brno
Alexandra Valičová, OÚNZ Brno, venkov
Ivana Vašíčková, FN Praha 2
Libuše Wágnerová, NsP Krnov
Marta Vávrová, OÚNZ Benešov
Eva Zídková, Gottwaldova dětská léčeb-
na Luže-Košumberk

B. Chlubnová, Brno

Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně, katedra rehabilitačních pracovníků, uspořádá ve 2. pololetí školního roku 1973/74 následující školící akce:

Kursy:

Kurs pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova, 1. rok studia, 1. běh.

Určení: pro rehabilitační pracovníky zařazené do pomaturitního specializačního studia k 1. 9. 1973 pod přímým vedením Ústavu.

Místo konání: Brno.

Termín: 3. 2.—8. 2. 1974.

Náplň: Obtížnější úseky náplně pomaturitního specializačního studia.

Kurs pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova, 1. rok st., 2. běh.

Určení: pro rehabilitační pracovníky zařazené do pomaturitního specializačního studia k 1. 9. 1973 pod přímým vedením Ústavu.

Místo konání: Brno.

Termín: 10. 2.—15. 2. 1974.

Náplň: Obtížnější úseky náplně pomaturitního specializačního studia.

Cyklický kurs pro vedoucí rehabilitační pracovníky, I. cyklus, 3. běh.

Určení: Pro vedoucí rehabilitační pracovníky rehabilitačních oddělení NsP II. a III. typu, lázeňských a odborných rehabilitačních ústavů, kteří dosud školením neprošli.

Místo konání: Brno.

Termín: 26. 5. 1974 — 31. 5. 1974.

Náplň: Úloha vedoucího rehabilitačního pracovníka na rehabilitačním oddělení. Aktuální otázky.

Tematický kurs v léčbě prací, celostátní.

Určení: Pro rehabilitační pracovníky pracující na tomto úseku práce, kteří absolvovali kurs ve školním roce 1971/72 a pro účastníky PSS v úseku práce léčba prací.

Místo konání: Chuchelná.

Termín: 3. 3.—8. 3. 1974.

Náplň: Metodika práce s papírem a dřevem.

Tematický kurs v úseku práce ortopedická protetika, celostátní.

Určení: Pro ortopedické techniky protetických oddělení NsP III. typu.

Místo konání: Chuchelná.

Termín: 2. 6.—14. 6. 1974.

Náplň: Přístroje v ortopedické protetice. Základní rozdělení, základní druhy materiálů zpracovávaných při výrobě přístrojů. Principy stavby přístrojů. Používání a údržba přístrojů atd.

Školící místa:

Školící místo v metodických postupech při rehabilitaci ruky.

Určení: Pro rehabilitační pracovníky, kteří v uvedené problematice pracují.

Místo konání: Brno.

Doba trvání: 2 týdny.

Náplň: Metodiky léčebné tělesné výchovy při rehabilitaci ruky po poraněních, popáleninách, plastických operacích atd.

Školící místo ve facilitačních technikách dětského věku, celostátní.

Určení: Pro rehabilitační pracovníky, přednostně pro absolventy pediatrických kursů v Praze nebo Košumberku.

Místo konání: Praha.

Doba trvání: 4 týdny.

Náplň: Teoretické i praktické zvládnutí facilitačních technik dle Vojty.

Školící místo v léčbě prací, celostátní.

Určení: Pro rehabilitační pracovníky, pracující na tomto úseku, kteří byli zařazení do pomaturitního spec. studia k 1. 9. 1972.

Místo konání: Chuchelná.

Doba trvání: 1 týden.

Náplň: Obtížnější úseky náplně pomaturitního spec. studia.

Školící místo v léčebné tělesné výchově v psychiatrických zařízeních, celostátní.

Určení: Pro rehabilitační pracovníky, pracující v psychiatrických zařízeních v úseku práce léčebná tělesná výchova.

Místo konání: Brno.

Doba trvání: 2 týdny.

Náplň: Možnosti využití LTV v psychiatrických zařízeních.

B. Chlubnová, Brno