

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

OBSAH

	<i>P. Krásnik: Zdravotníctvo medzi XIV. a XV. zjazdom KSC a zjazdom KSS</i>	1—3
■	PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE	
	<i>E. Čajková, J. Lisý, M. Kamenistá, A. Boháčková: Svalový torticollis novorodencov</i>	5—13
	<i>V. Mastný, P. Mastný: K problému funkční obnovy v traumatológii</i>	15—24
■	METODICKÉ PRÍSPEVKY	
	<i>J. Beran, V. Kořenská, E. Simková: Arthrogryposis multiplex congenita</i>	25—30
	<i>Z. Procházka, K. Caudt, M. Drahošová, J. Zverko, E. Rovenská: Výsledky včasnej rehabilitačnej liečby chorých po kardiochirurgických zákrokoch na Sliachi</i>	31—40
■	SÚBORNÉ REFERÁTY	
	<i>P. Krásnik: Kinezioterapia v geriatrici</i>	41—45
■	HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ	
	<i>M. Vidlák: Některé rysy soustavy rehabilitační péče v Dánskem království</i>	47—56
■	RECENZIE KNÍH	4, 14, 46, 57, 58—61
■	SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ	61—64
■	SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP	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.

Re **habilitácia**

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



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



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



Grafická úprava: M. Sirkovský



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 júni 1976



*Indexné číslo: 46 190
Registračné číslo: SÚTI 10/9*

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK IX/1976

ČÍSLO 1

PRED XV. ZJAZDOM KSČ A ZJAZDOM KSS

ZDRAVOTNÍCTVO MEDZI XIV. A XV. ZJAZDOM KSČ A ZJAZDOM KSS

Konanie XV. zjazdu Komunistickej strany Československa bolo stanovené na apríl 1976. V tomto roku oslávime aj 55. výročie vzniku Komunistickej strany. Zjazd sa bude konať rok po tom, čo sme s hrdosťou bilancovali 30 rokov, ktoré minuli od oslobodenia našej vlasti slávnou Sovietskou armádou.

Celá naša spoločnosť si je vedomá významnosti konania zjazdu a pripravuje sa angažovanosťou a kvalitnou prácou na počesť XV. zjazdu KSČ z celých svojich síl a schopností prispieť k uskutočneniu vytýčených úloh a k naplneniu perspektív ďalšieho socialistického rozvoja našej vlasti.

V súčasnej dobe je potrebné bezprostredne bilancovať, ako boli splnené závery XIV. zjazdu KSČ. Na každom úseku činnosti v našej spoločnosti bude záležať, ako bude uzavreté toto historické obdobie a ako sa pripraví nástup v r. 1976 do začiatku plnenia šiesteho päťročného plánu.

XIV. zjazd Komunistickej strany Československa v smernici pre piatu päťročnicu určil tiež hlavné smery zdravotnej politiky pre roky 1971—1975. Vychádzal pritom zo zistenia, že vývoj našej spoločnosti sa dostal už do štádia, keď sa trvalý vyvážený a všestranný vzostup životnej úrovne stal nielen dôležitým výrazom prednosti socializmu, ale aj nevyhnutnou podmienkou jej ďalšieho socialistického rozvoja. Stanovil potrebu orientovať prostriedky vynakladané na zlepšovanie životného prostredia a zdravotníctva tak, aby prispievali k rýchlejšiemu odstraňovaniu existujúcich nedostatkov. Zvýšená starostlivosť má sa venovať zlepšovaniu životných podmienok, pričom sa zvlášť zdôrazňuje zlepšovanie pracovného prostredia. Táto úloha je zameraná na príslušné orgány.

Pre rezort zdravotníctva XIV. zjazd KSC uložil úlohu vytvárať podmienky na ďalšie zlepšovanie zdravotníckej starostlivosti o obyvateľstvo, o jeho zásobovanie liečivami, stanovil pritom konkrétne úlohy na rozšírenie počtu lôžok v nemocniciach, zvýšenie počtu lekárskejších miest, ako i zvýšenie lôžkových kapacít v kúpeľných zariadeniach. Stanovil, že prírastok pracovníkov sa má využiť predovšetkým na účelné liečenie prevládajúcich ochorení, na zlepšenie prevencie a na zlepšenie a zrýchlenie ambulantnej služby. Pritom sa predpokladá, že zdravotnú starostlivosť nemožno zlepšovať a zdokonaľovať len stálym extenzívnym rozvojom, ale predovšetkým lepším a racionálnejším využívaním materiálno-technickej a vedeckovýskumnej základne, ako i zdokonaľovaním riadenia.

Tieto úlohy boli zabezpečované všetkými zložkami a na všetkých stupňoch riadenia zdravotníctva. Ku konkrétnemu rozpracovaniu úloh dopomohli uznesenia plén ÚV KSC k ekonomickým a ideologickým otázkam a na Slovensku predovšetkým uznesenie predsedníctva ÚV KSS zo dňa 14. I. 1972 ku skvalitneniu zdravotníckych služieb a zlepšenie zásobovacej situácie liekmi. Uznesenia boli konkretizované a rozpracované predovšetkým Ministerstvom zdravotníctva a všetkými ostatnými zdravotníckymi organizáciami, ako aj Ústredným výborom odborového zväzu pracovníkov zdravotníctva a ostatnými zložkami ROH.

Od XIV. zjazdu KSC a zjazdu KSS sa v Ústavoch národného zdravia a zdravotníckych zariadeniach pravidelne konajú ideologické konferencie a aktivity, na ktorých sa konfrontujú teoretické znalosti pracovníkov zdravotníctva s praxou. Konferencie sa zaoberajú takými problémami, ako sú ateistická výchova, svetonázorová výchova, morálka socialistického zdravotníctva, zaoberajú sa i problémami prijímania darov, rôznymi formami úplatkov a porušovania socialistickej zákonnosti. Ďalej aj plnením uznesení orgánov strany a vládnymi uzneseniami, naplňaním zákona o ochrane zdravia a podobne.

Vo výchove v zdravotníctve ide predovšetkým o to, aby si pracovníci zdravotníctva naďalej prehlbovali poznatky marxistickej filozofie ako vedy, ktorá sa zaoberá najvšeobecnejšími zákonmi prírody, spoločnosti a myslenia. Zásady materialistickej dialektiky sú jedine spoľahlivými teoretickými nástrojmi všetkého bádania výskumu a formulácii zákonitých výsledkov vo všetkých vedných odboroch. Poznanie zásad marxistickej dialektiky, ako všeobecných zákonov pohybu a vývinu hmotného procesu, umožňuje skúmať minulosť, správne pochopiť prebiehajúce procesy a predvídať budúcnosť. Platnosť týchto zásad sa vzťahuje i na takú ľudskú činnosť, ako je zdravotnícka práca. V súčasnej dobe si už lekári a ostatní zdravotnícki pracovníci uvedomujú, že neexistuje žiadna zvláštna samostatná lekárska či zdravotnícka dialektika, ale existuje len jedna univerzálna všeobecne platná dialektika, ktorá pomáha aj lekárovi a zdravotníkovi pri vedeckom bádani v jeho vednom odbore, ako aj pri jeho praktickej odbornej činnosti, pri ktorej aplikuje výsledky získaných vedeckých odborných vedomostí do praktickej činnosti v starostlivosti o ochranu zdravia, pri predchádzaní chorobám, v prehlbovaní telesnej zdatnosti, v rozvoji psychických schopností a vytváraní tak nového stereotypu socialistického občana.

V konkrétnom rozpracovaní záverov XIV. zjazdu KSC a zjazdu KSS sa v zdravotníckych zariadeniach úlohy orientovali na plnenie zdravotno-politickej línie, a to tak, že ich plnenie sa odrazilo v zlepšení starostlivosti,

v skrátení ich pobytu v nemocnici, skrátení doby stanovenia diagnózy a liečebnej doby. Významnú úlohu v tomto procese má rehabilitačná liečba. Preto v opatreniach zdravotníckych organizácií má svoje rozhodujúce miesto aj úloha zavádzania nových diagnostických a terapeutických metód a prostriedkov a nových postupov v rehabilitácii. Tieto úlohy si jednotlivé organizácie rozpracovali na realizáciu na vlastné podmienky.

Tak ako XIV. zjazd bol medzníkom v histórii celej našej spoločnosti, v rezorte zdravotníctva, v jeho odborných disciplínach a i v rehabilitačnej liečbe, XV. zjazd KSC a zjazd KSS je ďalší skok v rozvoji aj v odbore rehabilitačnej liečby, ktorá ako čiastkový program zdravotnopolitickej línie KSC bude rozvíjať rozsah starostlivosti o pacientov a prispievať k návratu do pracovného procesu produktívnych občanov, urýchľovať zlepšenie stavu postihnutej mládeže a udržiavať v aktívnom stave poproduktívnych občanov, prispievať k predlžovaniu veku a k radostnému, užitočnému, ako aj plodnému životu.

Dr. P. Krásnik, Bratislava

KNOCHENVERLETZUNGEN IM KnieBEREICH

2. Reizensburger Workshop zur klinischen Unfallchirurgie, 18.—21. September 1974.

Poranění kostí v oblasti kolena.

Uspořádal Caius Burri, Axel Rüter, Walter Spier. Vydal Springer-Verlag, Berlin, 1975. Strán 149, vyobrazení 71, tabulek 81, cena neuvedena.

Kniha přináší referáty, koreferáty a diskusní závěry z traumatologického symposia v září 1974 v Reizensburgu. Projednávaná tematika se týkala zlomenin distálního konce femoru, zlomenin patelly a zlomenin horní části tibie. Všechna tři temata jsou zpracována samostatně, na hlavní úvodní referát navazuje vždy několik koreferátů a diskusní závěr s metodickým doporučením. Závěry vypracovali vždy A. Rüter a C. Burri. Ostatních autorů je osmnáct.

V první tematice jsou v úvodním referátu na účelných přehledech demonstrovány příčiny zlomenin, různé typy zlomenin distální části femoru, zhodnoceny úrazové mechanismy a sdružená poranění. Další část je věnována terapii a doléčování. S porozuměním je popsána operační technika osteosyntézy i přidružených poškození kloubních vazů. Konzervativní léčba je indikována jen u poranění bez škod na kloubních plochách. Další kapitoly jsou pak věnovány výsledkům operační terapie. Výsledky jsou hodnoceny v různých časových odstupech. Zvažován je zvláště rentgenový obraz, bolestivost a použitelnost postižené končetiny. Počet hodnocených případů je u všech autorů menší než 50. Výsledky jsou srovnány do většího počtu tabulek, zpracovány obvyklým způsobem. Závěry diskuse shrnují velmi stručně obsah předchozích kapitol.

V druhém tematu je napřed připomenuta charakteristika femoropatellárního kloubu a technika snímkování a anatomické variety. V dalších kapitolách jsou zhodnoceny zlomeniny patelly z různých hledisek. Dále pak je rozvedena operační terapie s biomechanickou analýzou a stručným přehledem rehabilitace. Pozdní

výsledky jsou zvažovány stejně jako v předchozí části a doprovázeny přehlednými tabulkami. Autoři se zajímají i o řešení nepříznivých výsledků a o posouzení pracovní schopnosti. Ze 140 pacientů jich nebylo operováno 36. Konzervativně lze léčit jen podélné fraktury a případy, kde není porušen extenční aparát. Významná je kapitola o totální patellektomii. Závěr a doporučení je opět stručným shrnutím předchozích sdělení.

Poslední část knihy pojednává o zlomeninách proximálního konce tibie. První kapitola se zabývá příčinami, formami zlomenin, charakteristikou vedlejších poranění, klasifikací zlomenin, poraněním kloubních vazů, menisků, nervů a cév. V druhé kapitole této části je rozvedena operační terapie a v dalších kapitolách jsou demonstrovány jednak v textu i na přehledných tabulkách výsledky léčby nekomplikovaných i sdružených poranění. Běžnou formou jsou výsledky vyčísleny a seřazeny v přehledných tabulkách. V jednom sdělení je hodnoceno 160 operovaných případů, v dalším je k dispozici informace o 50 případech, jinde o 129 zraněných. Významný je závěr s doporučením, shrnující opět na několika stránkách obsah předchozích kapitol.

Členěním, obsahem, vyjadřovací formou, přehledným uspořádáním má kniha charakter postgraduálního kursu. V textu je dost příležitosti k stručným připomínkám pro léčebnou rehabilitaci v rozsahu, který je přiměřený významu knihy. Obrázky jsou skoro výhradně kreslené. Kniha poskytuje možnost pohotové orientace o problematice poranění v oblasti kolena. Z tohoto hlediska jsou kreslené obrázky přednosti.

Dr. Emil Eis, Praha

SVALOVÝ TORTICOLLIS NOVORODENCŮV

**E. ČAJKOVÁ, J. LISÝ, M. KAMENISTÁ,
A. BOHACSEKOVÁ**

*Rehabilitačné oddelenie Detskej fakultnej nemocnice,
Bratislava*

*Prednosta MUDr. E. Cajková
(I. Etiopatogenéza a klinika)*

Súhrn: V práci sa podáva literárny prehľad etiopatogenézy torticollis myogenes novorodencov, jeho klinická diagnostika, ktorá je preverená a doplnená vlastnými pozorovaniami na súbore 323 novorodencov, rehabilitovaných na rehabilitačnom oddelení Detskej fakultnej nemocnice v Bratislave.

Liečbou svalového torticollisu, výsledkami liečby a následkami sa zaoberá II. časť referátu.



Heslo: Torticollis — poruchy funkcie — etiopatogenéza —
diferenciálna diagnostika.

Svalový torticollis novorodencov nie je ochorenie vzácné. Na rehabilitačnom oddelení Detskej fakultnej nemocnice v Bratislave máme dispenzarizovaných viac ako 400 prípadov tohto postihnutia. Ročne rehabilitujeme 100—150 detí, z čoho je nových pacientov 50—90. [Tab. č. 1.]

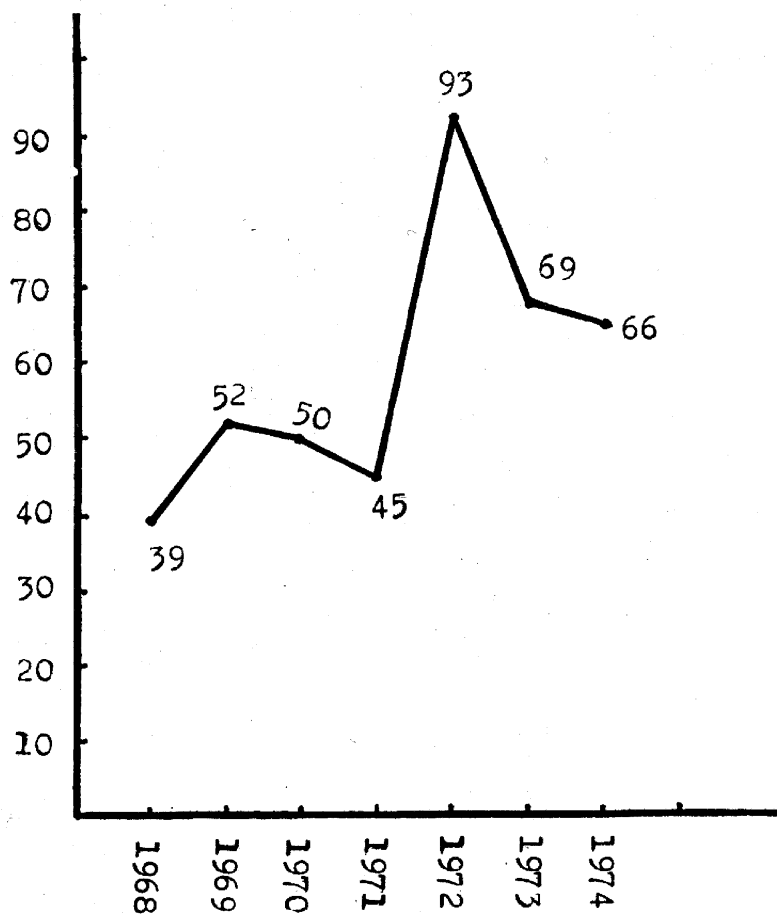
Etiológia a patogenéza ochorenia nie je dosiaľ objasnená. Je mnoho teórií o jeho vzniku. Citujeme ich podľa Z. Gaška (1970).

Traumatická teória [Strohmeyer 1883] predpokladá ruptúru m. sternocleidomastoidei pri pôrode s následným krvácaním do svalu, prípadne traumatické natiahnutie, pomliaždenie i torziu svalu.

Krogius, Héstadius, Schmidt, Sippel tvrdia, že ide o primárnu vývojovú chybu, Volkmann, že ide o ischemickú kontraktúru kývača. Mikuliczova zápalová teória a neurogénne hypotézy [Golding-Bird, Galavardin a Savey], podľa ktorých ide o primárne poškodenie centrálného nervového systému s následným útlmom vývoja kývača, boli vyvrátené histologickými i EMG nálezmi. Nejednotné sú i teórie o dedičnosti torticollis myogenes. Komplikovaný

fylogenetický vývoj m. sternocleidomastoidei z predného okraja m. trapezoidei, čo je vyjadrené i spoločnou inerváciou oboch svalov nervom accessorium, dal vznik teóriám o kongenitálnom pôvode anomálie (Aleksinski 1896, Zacepin 1960). Experimentálne v pokuse na zvierati sa vyvrátila teória arteriálnej oklúzie, krvácania do svalu, ale sa potvrdilo, že zamedzenie venózneho odtoku má za následok podobné morfológické zmeny ako svalový torticollis. Najviac zástancov majú hypotézy asymetrických polôh plodu v obmedzenom priestore matrice (Voelkr 1902), ktoré vedú k intrauterinným poruchám výživy plodu kompresiou ciev v kývači. V obmedzenom priestore matrice dochádza k nútenému, asymetrickému držaniu hlavičky, ktoré sa dá dokázať rtg vyšetrením polohy plodu pred pôrodom. Tieto mechanizmy však nevysvetľujú,

Tab. 1



prečo sa torticollis vyskytuje často u detí porodených koncom panvovým. [V literatúre v 30—60 %, v našom materiáli v 20,1 %.]

Shigeo Nagura (1956) sa pokúša vysvetliť vznik svalového torticollisu novou teóriou, podľa ktorej plod aktívnymi pohybmi končatín môže zaujať v utere asymetrickú polohu. Laterálna flexia hlavičky zistená rtg nebýva trvalým nálezom. Hlavička pri polohe koncom panvovým je uložená v klenbe matrice, teda v najpriestornejšej časti uteru a pretože predstavuje najväčšiu a najťažšiu časť plodu, skláňa sa svojou váhou na jednu alebo druhú stranu. Aktívne pohyby končatín zväčšujú pri polohe koncom panvovým pasívny úklon hlavy, ale aj umožňujú striedanie úklonu hlavy plodu na obidve strany. Týmto mechanizmom sa dá vysvetliť i obojstranné postihnutie. Poloha koncom panvovým je fyziologická do 33. týždňa tehotenstva. Plod má teda s výnimkou posledných 6—7 týždňov tehotenstva dosť voľného priestoru v maternici. Polohu koncom panvovým do 33. tehotenského týždňa možno teda považovať za jednu z príčin torticollis u detí porodených hlavičkou alebo cisárskym rezom.

Súvislosť vestibulárnych porúch s torticollis myogenes, i keď tieto poruchy často vedú k nepravidelným polohám plodu a ku polohe koncom panvovým [Přecechtěl], nie je potvrdená.

Ani jedna z uvedených hypotéz nie je jednohlasne zastávaná. Väčšina sovietskych autorov je za traumatickú etiológiu. Proti nej však svedčia histologické nálezy. Len ojedinelé sú nálezy krvácania do svalu a hemosiderínu, takže nie je možné pomocou nich vysvetliť fibróznú premenu svalu. Autori zastávajúci teóriu primárnej vývojovej chyby podopierajú svoj názor výskytom združených malformácií pri svalovom torticollise. Najviac zástancov má teória, ktorá predpokladá intrauterinnú poruchu výživy svalu. Vlastná príčina poruchy výživy kývača je laterálna flexia hlavičky plodu s protitlakom ramienka opierajúceho sa o oblasť kývača. Nevie sa, či ide o kompresiu ciev, alebo priame poškodenie svalu tlakom. Týmto mechanizmom možno vysvetliť všetky stupne a formy klinického prejavu [Imhäuser]. V písomníctve sú opísané prípady, kde ku torticollis muscularis viedli zmeny v m. scalenus anterior [Copland 1931, Koulalis 1968]. V prípade, kde po tenotómii kývača rýchle vzniká recidíva alebo sa nedarí prekorigovanie, musí sa myslieť na postihnutie m. scaleni ant., najmä ak je tento napnutý. Skupina scalenov predstavuje pokračovanie medzirebálnych svalov nad prvé rebro. Nemá teda spoločný vývojový základ s m. sternosleidomastoideus. Nemôže sa preto zúčastniť primárnej hypoplázie, ale jeho skrátenie je len sekundárne. V prípade Koulalisa však sval vykazoval zmeny izolovane.

Histologické zmeny spočívajú v substitúcii svaloviny väzivom. Svalové vlákna sú trofické, v okrajových častiach sú v nich degeneratívne zmeny, dochádza ku strate priečneho pružovania. Reye našiel hyalinnú degeneráciu iní zmeny podobné Dupuytrenovej kontraktúre. Nenašli sa zápalové zmeny ani väčšie krvácanie do svalu. Makroskopicky je postihnuté svalové tkanivo zdurené buď v celom rozsahu, alebo v niektorej časti svalu v podobe tumorčeku. Svalové tkanivo je bledé, lesklé, tvrdé, niekedy až chrupavčitej konzistencie.

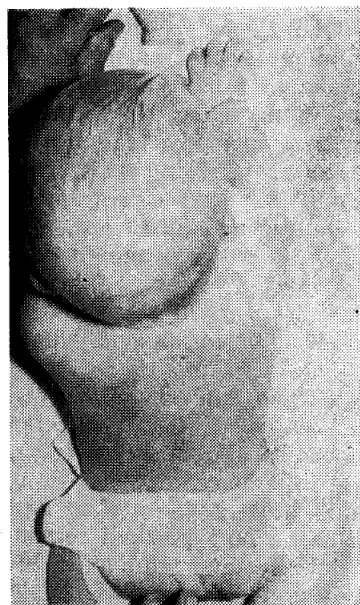
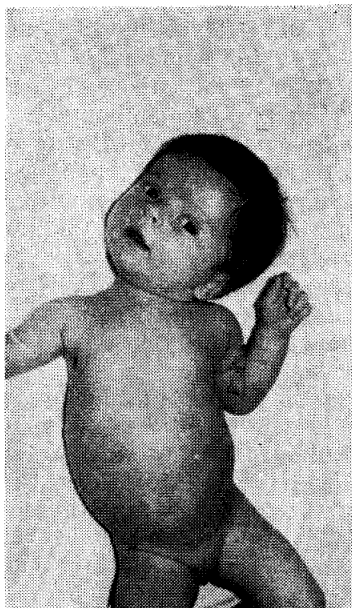
Klinický obraz torticollis myogenes

Dieťa sa buď už narodí s torticollisom, alebo sa tento vyvíja v prvých štyroch týždňoch života. Po pôrode je postihnutý sval tenší, až nehmatný. Funkcia kývača je znížená. Za ušným boltcom možno nájsť na postihnutej strane impresiu, do ktorej ako negatív zapadá ramienko. V 2. — 3. týždni sval zhrubne alebo po celej dĺžke, alebo vznikne nádorovité zdurenie rôznej veľkosti a tvaru, pohyblivé proti koži a spodine len v priečnom smere. Ak sa v tejto fáze nezačne s rehabilitačnou liečbou, začne sa sval skracovať, stáva sa menej pružným, tuhým. Progredujúce histo-patologické zmeny vedú k typickým príznakom pre torticollis.

1. Poruchy funkcie

Úklon hlavy na postihnutú stranu závisí hlavne od postihnutia klavikulárneho úponu kývača. Rotácia brady na zdravú stranu súvisí s léziou sternálneho úponu. Často prítomný záklon hlavičky na postihnutú stranu je spôsobený spolupostihnutím odstupom m. trapezoidei od okcipitálnej kosti.

2. Trofické zmeny sa v literatúre súborne nazývajú caput obstipum (scoliosis capitis et faciei) a sú nasledovné: *Hypotrofia tváre* na postihnutej strane, len zriedkavo je líčko na postihnutej strane plnšie, čo je častejším nálezmom pri torticollisoch starších detí, ktoré neboli rehabilitované. *Oploštenie záhlavia* na zdravej strane, zriedkavejšie je plagiocefalea na postihnutej strane, čo sa stáva v prípadoch, kde ide len o postihnutie odstupu h. trapezoidei.



V niektorých prípadoch nachádzame *hypotrofiu čelnej i parietálnej časti lebky* na postihnutej strane. *Ušnica* na ledovanej strane býva spravidla menšia, alebo má anomálny tvar i uloženie. *Posun osi tváre vzhľadom na os tela* ku postihnutej strane sa vyskytuje len pri neliečených torticollisoch starších detí. *Zmeny na cervikálnej a i torakálnej chrbtici* v zmysle skoliózy sú konštantne prítomné u starších nerehabilitovaných pacientov.

3. *Zmeny na m. sternocleidomastoideus*. Sval je zhrubnutý v podobe *tumorčeka* vo veľkosti hrášku až po *kroketovité zhrubnutie* celého kývača na postihnutej strane. V iných prípadoch je sval zhrubnutý v podobe *väzivového pruhu*. Väzivovatenie môže sval postihovať buď celý, niekedy však izolovane *sternálny* alebo *klavikulárny úpon*, vo veľmi zriedkavých prípadoch i *mastoideálny odstup svalu*.

4. *Kontraktúra odstupovej časti m. trapezoidei* v šijovej oblasti na postihnutej strane býva veľmi častým nálezom. *Kontralaterálny m. trapezoideus* býva obyčajne *chabejší a hypotrofický*.

Materiál

Na rehabilitačnom oddelení Detskej fakultnej nemocnice v Bratislave je *dispenzarizovaných a rehabilitovaných 414 pacientov* narodených v rokoch 1968—1974. *Štatisticky sme spracovali len pacientov narodených v rokoch*



1970—1974, pretože v predošlých rokoch neboli sledované všetky ukazovatele. Počet pacientov v týchto piatich rokoch je celkove 323. Čo sa týka pohlavia, sú častejšie postihnutí chlapci v počte 181 (56 %) ako dievčatá 142 (44 %). V našom súbore sa častejšie vyskytuje ľavostranný torticollis 182 (56,3 %) ako pravostranný 135 (43,7 %). Haike pozoroval častejšie postihnutie vpravo v 65,3 % oproti vľavo 34,7%. Príčina sa nevie, hádam by mohla súvisieť s intrauterinnou polohou plodov. Najčastejšie sa torticollis vyskytuje na jednej strane, ale sú prípady s obojstranným postihnutím, v našom súbore u 6 pacientov. Koncom panvovým sa narodilo z postihnutých detí 66 (20,1 %). To je najnižšie číslo vyskytujúce sa v písomníctve. (Ahvenainen 1/3 detí, Kastendieck 36 %, Roemer 60 %, Chander 50 %, Pokrovskaja 40 %.) Pôrodné váhy pacientov sa pohybovali od 1680 do 4400 g. Prevažovali priemerné váhy okolo 3500 g. Predčasne narodených detí je v súbore 15 (4,7 %). Zdá sa, že postihnutie nie je závislé od veľkosti pôrodnej váhy a nesúvisí ani s predčasnosťou.

Pretože prognóza ochorenia závisí od včasnej rehabilitačnej liečby, dbali sme, aby novorodenci boli posielaní na rehabilitáciu čo najskôr, už z pôrodníc, odporúčali sme informáciu pediatrov na pôrodniciach i na obvodoch. Vo veku 1 týždňa dostavili sa na prvé vyšetrenie 2 pacienti. Vo veku 2 týždňov 8 a 3 týždňov 17 detí. Najviac detí začalo s rehabilitáciou vo veku 1 mesiaca (82) a 2 mesiacov (84). S pribúdajúcimi mesiacmi klesá i počet vstupných vyšetrení. Je však poľutovaniahodné, že v mnohých prípadoch sa začína s rehabilitáciou len po prvom roku (18 detí, dokonca u 7 detí sa začalo rehabilitovať až po druhom roku a u 1 pacienta až v 3 1/2 roku.



U všetkých novorodencov nachádzali sme úklon hlavičky na postihnutú stranu s rotáciou brady na zdravú stranu. Záklon hlavy sa zistí v polohe na bruchu a súvisí s postihnutím m. trapezoidei, ktoré bolo prítomné u 80 % našich prípadov. U 16 pacientov neboli prítomné zmeny v m. sternocleidomastoideus, ale len v m. trapezoideus. Hypotrofia tváre na postihnutej strane bola prítomná v 95 % prípadov, u ostatných detí bola tvár súmerná. Len u niektorých starších detí, ktoré neboli rehabilitované, alebo kde sa s rehabilitáciou začalo neskoro, nachádzali sme hypotrofiu zdravej strany tváre. Tieto deti nie sú však v referovanom súbore. Hypotrofia lebky v čelnej a parietálnej oblasti bola nálezom zriedkavejším. Oležané záhlavie na zdravej strane bolo tiež konštantným nálezom u väčšiny detí. Len v prípadoch postihnutia izolovane m. trapezoidei sa vyskytovalo oploštenie záhlavia na súhlasnej strane.

Tumor v m. sternocleidomastoideus veľkosti hrášku, čerešne, olivy, orecha až krokotovité zhrubnutie celého svalu sme našli u 116 pacientov (36,26 %). U všetkých ostatných detí sme zistili väzivovité zhrubnutie svalu, bez nádorovitej deformácie, ktoré viedlo k jeho skráteniu a kontraktúre rôzneho stupňa od ľahších foriem až po povrazcovité pruhy. V m. trapezoideus sme tumorózne útvary nezistili ani v jednom prípade. Anomálie ušnic, ich asymetrie, najčastejšie menší ušný boltec na postihnutej strane, sme našli u 152 detí (43,9 %).

V mnohých prípadoch boli torticollisu pridružené aj iné kongenitálne anomálie, izolované i mnohopočetné. Najčastejšie sa vyskytovali malformácie dolných končatín v zmysle talipedes u 21 novorodencov. Kongenitálnu skoliózu malo 15 detí, kongenitálnu dyspláziu kox tiež 15 detí. Léziu n. facialis s izolovaným postihnutím m. quadrati labii mandibularis sme zistili u 13 detí. Ďalšie anomálie boli: hypotonický syndróm u 5 detí, strabizmus u 6, kyfóza thoraco-lumbálna u 4, Klippel-Feilov syndróm u 2, cheilognatopalatoschiza u 2, scapulae allatae u 2, paresis brachiálneho plexu u 2, anomálie HK u 2 detí. Kongenitálna ptóza viečka, pectus carinatum, kongenitálny hydrocefalus, mikrognácia, mnohopočetné hemangióny boli ďalšie anomálie, ktoré sa vyskytli po jednom prípade.

Elektromyografické vyšetrenia u pacientov s torticollis myogenes uskutočnili C. H. Hakansson a C. Mouritzen (1970) u 31 pacientov vo veku od 8 do 59 rokov. Našli miogénne zmeny v m. sternocleidomastoideus. V m. trapezoideus a v tvárových svaloch nebolo EMG zmien. My sme vyšetřili EMG u 20 detí vo veku 3 týždne až 2 mesiace. Nenašli sme EMG zmeny ani v m. sternocleidomastoideus, ani v m. trapezoideus. Pozitívne nálezy vyššie uvedených autorov súvisia pravdepodobne s progresiou patologických zmien v postihnutom svale, u starších detí a dospelých, ktorí neboli liečení v dojčenskom veku.

V diferenciálnej diagnóze treba vylúčiť spastický torticollis u detí s detskou mozgovou obrnou, ktorá sa vyskytuje často hlavne pri hemiparetických formách ochorenia. Ďalej treba odlišiť takzv. návykový alebo polohový torticollis, ktorý sa vyskytuje v podobe predilekčného, fyziologického držania hlavy novorodenca. Tento sa dá od pravého svalového torticollisu odiferencovať vyšetřením kývača a trapézového svalu, na ktorých menachádzame typické tu opísané zmeny. Podľa našich skúseností sa vyskytuje hlavne u detí s dolichocefalickou lebkou. Treba však upozorniť, že aj pri týchto „poloho-

vých“, fyziologických asymetrických držaniach hlavy treba začať s rehabilitáciou a polohovaním, lebo ak dieťa trvale alebo dlhšiu dobu zaujíma asymetrickú polohu, vedie to k podobným zmenám na tvári a záhlaví (scoliosis capitis et faciei) ako pri pravých torticollisoch. V našej ambulancii máme v pozorovaní 35 detí s návykovým torticollisom, ale nie sú zahrnuté v referovanom súbore.

Diskusia

V našom súbore 323 detí rehabilitovaných pre torticollis myogenes, okrem typických príznakov uvádzaných v literatúre, je pozoruhodný častý výskyt postihnúť m. trapezoidei (80%). Dokonca u 16 pacientov bol poškodený izolovane bez lézie kývača. Súvisí to s fylogenetickým vývojom, pri ktorom sa m. sternocleidomastoideus vyvíja z predného okraja m. trapezoidei nižších stavovcov. U vyšších stavovcov, následkom redukcie strednej časti m. trapezoidei vznikne samostatný sval. Spolupatričnosť oboch svalov je daná aj ich spoločnou inerváciou nervom akcesoriom.

V diagnostike je dôležité presné zistenie postihnúť kývača, či ide o léziu sternálneho, či klavikulárneho úponu svalu, alebo oboch súčasne, pretože rehabilitačný výkon sa musí indikovať a robiť podľa tohto zistenia. V prípade, že m. sternocleidomastoideus nie je poškodený, treba starostlivo vyšetriť šijové svaly, hlavne odstup m. trapezoidei od okcipitálnej kosti a zamerať rehabilitáciu týmto smerom. Pri indikácii operačnej liečby torticollisu je tiež dôležité, ktorý úpon svalu je postihnutý, pretože podľa toho sa má vykonať tenotómia.

V súbore je pozoruhodný i výskyt bilaterálneho torticollisu u 6 novorodencov. Hypotéza o patogeneze tohto sa uvádza v úvodných statiach.

Veľký počet združených anomálií by mohol podporovať teórie o kongenitálnom vzniku torticollis, nevylučuje však typotézy intrauteriinej poruchy výživy svalu.

Záver

V práci je podaný literárny prehľad etiopatogenezy torticollis myogenes novorodencov. Jeho klinická diagnostika je preverená a doplnená vlastnými pozorovaniami na súbore 323 novorodencov rehabilitovaných na rehabilitačnom oddelení Detskej fakultnej nemocnice v Bratislave.

Liečbou svalového torticollisu, výsledkami liečby a následkami sa zaoberá II. časť referátu.

LITERATÚRA

1. Gašek, Z. K.: K patogeneze torticollis congenita. Acta chir. Orthop. Traum. Česosllovak 37, 5, 303—309, 1970.
2. Haike, H., Wessels, D.: Spätergebnisse der Behandlung des muskulären Schiefhalses. München Med. Wschr. 110, 14, 851—854, 1968.
3. Hakansson, C. H., Mouritzen, C.: An Electromyographie Study of Torticollis Muscularis Congenita. Acta Orthop. Scan. 41, 545—550, 1970.
4. Imhäuser, G.: Is Muscular Torticollis

- a Congenital Disease? Z. Orthop. 106, 457—462, 1969.
5. Koulalis, G.: Bedeutung des Musculus scalenus anterior für die Entstehung des Schiefhalses. Z. Orthop. 105, 1, 69—74, 1968.
6. Zacepin, S. T.: Vraždonnaja myšečnaja krivošeja. Moskva, Medgiz 1960.

E. Čajkova, J. Lisý, M. Kamnistá, A. Boháčková: Myšecná křivošeja u novorozených (I. Etiopatogeneza i klinika)

Резюме

В работе дается литературный обзор этиопатогенеза мышечной кривошеи у новорожденных и ее клиническая диагностика, проверенная и дополненная собственными наблюдениями на группе 323 новорожденных, лечимых восстановительной терапией в отделении восстановительной физкультуры Детской факультеской больницы в Братиславе.

Лечением мышечной кривошеи и его результатами и последствиями занимается I часть доклада.

*E. Čajková, J. Lisý, M. Kamenistá, E. Boháčková:
MUSCLE TORTICOLLIS IN THE NEW BORN
(I. Etiopathogenesis and clinic)*

Summary

The paper brings a review of references on etiopathogenesis of torticollis myogenes in the new born, clinic and diagnosis, verified and supplemented by the authors in a group of 323 new born babies. These babies underwent rehabilitation treatment at the Paediatric Clinic of the University Hospital in Bratislava.

The treatment of muscle torticollis, results of treatment and consequences will be discussed in the second part of the paper.

*E. Čajková, J. Lisý, M. Kamenistá, E. Boháčková:
Le torticollis musculaire des nouveaux-nés
(I. Etiopatogénèse et soins cliniques)*

Résumé

Cet article donne un aperçu littéraire sur l'éthiopatogénèse du torticollis myogénèse des nouveaux-nés, son diagnostic clinique expérimenté et complété par des observations propres chez un groupe de 323 nouveaux-nés que furent réadaptés au service de la réadaptation de l'Hôpital des enfants de la Faculté à Bratislava.

Le traitement du torticollis musculaire, les résultats du traitement et les conséquences sont traités dans la deuxième partie de l'exposé.

*E. Čajková, J. Lisý, M. Kamenistá, A. Boháčková:
Muskel-Torticollis bei Neugeborenen
(I. Ätiopathogenese und Klinik)*

Zusammenfassung

In dieser Arbeit wird ein literarischer Überblick zum Problem der Ätiopathogenese der torticollis myogenes bei Neugeborenen vermittelt, dazu ihre durch eigene Beobachtungen an einer Gruppe von 323 Neugeborenen überprüft und ergänzt wurde, die an der Rehabilitationsabteilung des Fakultäts-Kinderkrankenhauses in Bratislava rehabilitiert wurden. Mit der Heilbehandlung der torticollis myogenes, den Ergebnissen der Behandlung und den Folgen befaßt sich der II. Teil des Berichtes.

S. LICHT:

STROKE AND ITS REHABILITATION

(Mozgová porážka a jej rehabilitácia)

Vydal: Waverly Press, Incorporated Baltimore, Maryland

Distribuje: Lloyd — Luke LTD London. 1975, 562 str., 111 obr.

Cena: dol. 27,00.

Kolektív autorov pod vedením prof. Lichta vydáva ako 12. zväzok edičného radu o fyzikálnej medicíne monografiu o mozgovej porážke a jej rehabilitácii. Táto monografia je obsiahla a zaoberá sa všetkými otázkami, ktoré sa týkajú centrálnej mozgovej príhody. V jednotlivých kapitolách sú riešené čiastkové problematiky, ako krátka história mozgovej porážky a jej rehabilitácie, patológia centrálnych cievnych príhod, vyšetrenie a diagnostika, liečenie akútneho ataku, farmakologické, chirurgické a ošetrovateľské problémy pacientov s centrálnou mozgovou príhodou. V ďalších kapitolách sa venuje pozornosť rehabilitačnému programu, fyzikálnej terapii, neurofyzologickej terapii, vozíčkam pre hemiplegikov, liečbe prácou, mentálnym problémom hemiplegikov, sociálnym problémom; v záverečných kapitolách sa hovorí o rehabilitačnom potenciáli a elektrických pomôckach pre hemiplegikov. Túto veľmi zaujímavú a významnú publikáciu dopĺňa slovníček odborných termínov používaných v literatúre o centrálnych cievnych príhodách v anglickom jazyku a vecný register.

Monografia je doplnená početnými obrázkami, schémami, fotografiami a tabuľkami. Každá jednotlivá kapitola na záver prináša ďalší relatívne veľmi rozsiahly zoznam literatúry k príslušnej te-

matike spracovávanej v kapitole. Zoznam autorov jednotlivých kapitol s ich odbornou kvalifikáciou je uvedený na začiatku publikácie. Kniha je tlačená na peknom papieri, text je zrozumiteľný, informatívny, ilustrácie sú inštruktívne.

Problematike centrálnych cievnych príhod venuje súčasná neurologická, internistická a rehabilitačná literatúra veľkú pozornosť. Jedným z dôvodov je ten, že počet centrálnych cievnych príhod nám sústavne stúpa a že tieto ochorenia predstavujú v určitom slova zmysle podobnú epidémiu, ako je to pri ischemickej chorobe srdca a infarkte myokardu. Je tedy veľmi vítanou skutočnosťou, že sa objavujú monograficky koncipované diela, ktoré venujú pozornosť práve tejto oblasti modernej medicíny.

Lichtova monografia o mozgovej porážke a jej rehabilitácii je prototypom takejto komplexnej dobre dokumentovanej monografie, ktorá z rôznych aspektov sa zaoberá problematikou centrálnych cievnych príhod s osobitným zreteľom na problematiku modernej rehabilitácie.

Lichtova kniha iste bude zdrojom informácií pre každého, kto v súčasnej rehabilitácii sa stretáva s chorými postihnutými hemiplégiou následkom centrálnych cievnych príhod. Knihu odporúčame.

Dr. M. Palát, Bratislava

K PROBLÉMU FUNKČNÍ OBNOVY V TRAUMATOLOGII

V. MASTNÝ, P. MASTNÝ
Rehabilitační oddělení FN, Brno Ponávka 4
Přednosta MUDr. Václav Mastný, CSc.

Souhrn. U 557 zraněných s diafyzárními zlomeninami bérce sledovali autoři vliv délky sádrové imobilizace na hybnost kloubů. Pacienty rozdělili do čtyř skupin podle délky sádrové fixace. Kontrolovali hybnost kolenního a hlezenného kloubu jednak po sádrové imobilizaci, jednak po skončené rehabilitační léčbě. Zjistili, že u skupin s delší imobilizací se projevovalo větší omezení kloubů jak po fixaci tak i po rehabilitaci. U flexe kolena, u dorzální a plantární flexe v hlezenném kloubu přibývalo omezení pohybů následkem strukturálních, rehabilitací méně ovlivnitelných zábran. U hlezenného kloubu byl tento přírůstek progresivní.

Příznivější funkční výsledky a kratší dobu rehabilitace shledali autoři u 142 pacientů, kde byla sádrová fixace zkrácena při klinicky pevné zlomenině bez ohledu na neúplnou kosolidaci podle rtg. Postup rehabilitace u této skupiny se řídil podle rtg nálezů, zaměřil se na posílení svalů, aktivní rozsah kloubů, cirkulační poruchy. Plné zatížení chůzí bylo povoleno teprve při úplném zhojení podle rtg. Během rehabilitační léčby nebylo u této vybrané skupiny komplikací

■
Heslo: Funkční obnova — dlouhodobá imobilizace — rehabilitace.

Funkční obnova je jedním z hlavních cílů rehabilitace a vyžaduje, aby rehabilitační postupy ve všech lékařských oborech se prohlubovaly a zdokonalovaly na základě nejnovějších fyziologických a klinických poznatků. Neméně důležitým úkolem je také funkčním poruchám předcházet, aby rehabilitace byla co nejkratší a nejmúspěšnější. K této funkční prevenci přispívá rehabilitace hlavně kondičními cviky, fyzikální a medikamentózní léčbou, léčbou prací a psychoterapií během hojení. Ale také odborná lékařská péče se snaží předejít komplikacím a funkčním poruchám. Jde např. o časné vstávání po operacích, o brzkou aktivaci pacientů se srdečními a cévními příhodami, o časnou mobilizaci kloubů při jejich chronickém onemocnění apod..

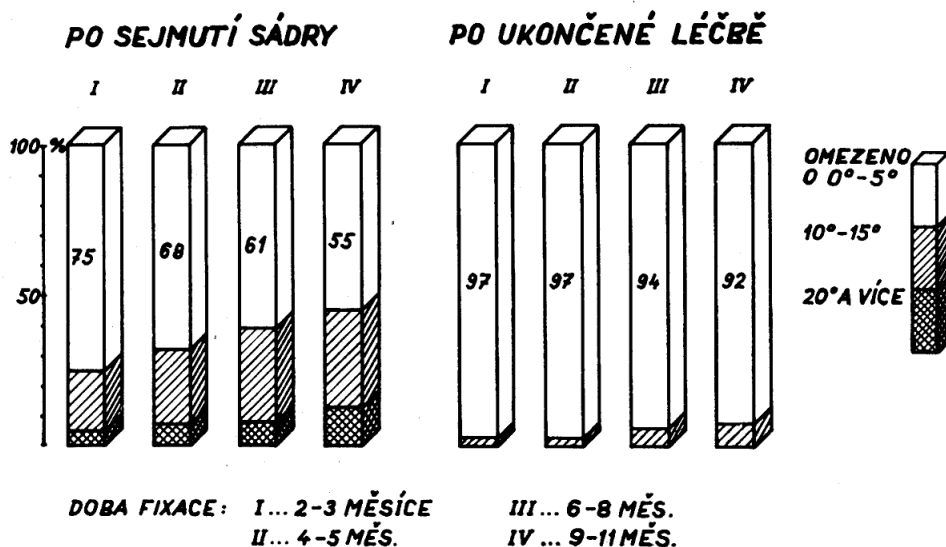
V traumatologii stále zůstává obtížným problémem omezená hybnost kloubů po dlouhodobé imobilizaci, která je příčinou tzv. zlomeninové nemoci. Protrahované zklidnění kloubů a omezená činnost svalů totiž přispívá ke kloubním degenerativním změnám, k slepení šlach, k svráštění vazů a kloubního pouzdra, k trofickým a cirkulačním poruchám, k svalovým atrofiím. Důsledkem je omezená hybnost kloubů, dlouhodobé otoky a bolest při zatížení. Zlomeninové nemoci a případně i následné invaliditě může zabránit stabilní osteosyntéza, která přihlíží k dokonalé rekonstrukci kostních úlomků a umožňuje časnou mobilizaci kloubů. Stabilní osteosyntéza je však velmi náročná na techniku a instrumentárium, má speciální indikace a zvýšené riziko oproti konzervativním metodám. Proto se ještě obecně neuplatňuje.

Vliv dlouhodobé imobilizace na hybnost kloubů i na výsledky rehabilitační léčby jsme si ověřili na souboru 557 pacientů s diafyzárními zlomeninami bérce. Všichni pozorovaní byli léčení dlouhodobou sádrovou fixací se zklidněním kolenního a hlezenného kloubu. V souboru bylo 6,3 % izolovaných zlomenin tibie, 23,6 % otevřených, 21,5 % roztržštěných, 59 % příčných, 24 % šikmých a 17 % spirálních fraktur bérce. U 27 % zraněných byla provedena osteosyntéza hřebem, dlažkou, šrouby, klíčkami nebo kombinací hřebu a klíček. Jednalo se však o nestabilní osteosyntézy, které vyžadovaly delší sádrové imobilizace. Podle doby fixace jsme pacienty rozdělili do čtyř skupin. V tabulkách 1 až 4 jsou tyto skupiny vyznačeny sloupci s římskými číslicemi. V první skupině s průměrnou dobou imobilizace 2–3 měsíce bylo 25 % zraněných. Nejpočetnější byla druhá skupina s imobilizací 4–5 měsíců a s 36 % pacientů. Ve třetí skupině byla průměrná doba zklidnění 6–8 měsíců a 27 % vyšetřovaných. V poslední skupině se 14 % zraněných byla nejdelší doba imobilizace tj. 9–11 měsíců. Po sejmutí zinkoklihoového obvazu (asi za 14 dní po skončené sádrové fixaci) jsme zjišťovali u všech vyšetřovaných rozsah pohybu v kolenním a hlezenném kloubu. Tím jsme si ověřili vliv imobilizace na hybnost těchto kloubů. Další kontrolu hybnosti uvedených kloubů jsme registrovali po skončené rehabilitaci v době, kdy pacient nastoupil zaměstnání nebo kdy již nedocházelo k podstatnému funkčnímu zlepšení. Informovali jsme se tak o účinnosti rehabilitační léčby. Závažnost omezené funkce jsme hodnotili ukazatelem, který vyjadřoval procento pacientů s minimálním omezením. Ve sloupcích jednotlivých skupin označujeme tohoto ukazatele prázdnými políčky.

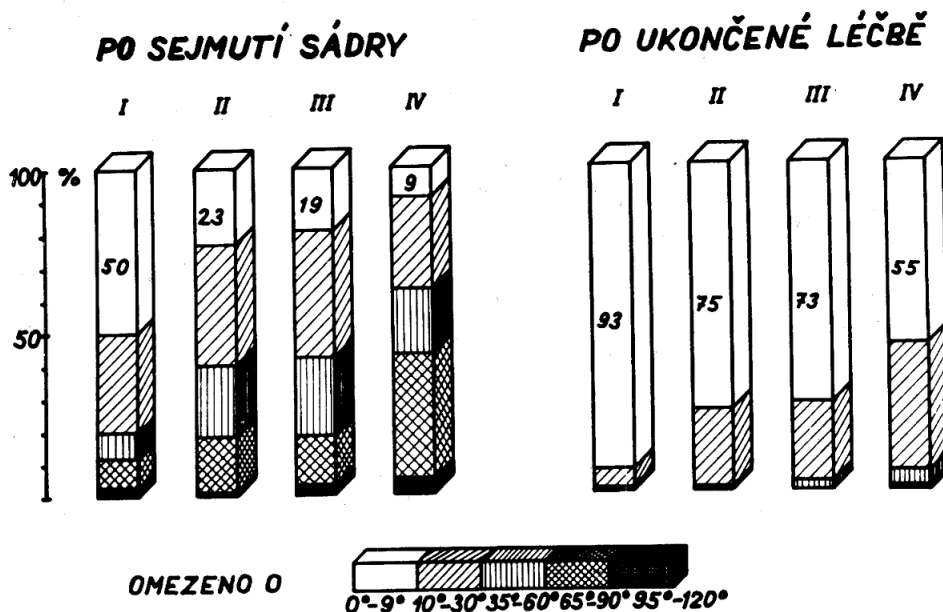
U extenze kolena znamená ukazatel omezení hybnosti do 5 stupňů. Jak je patrné z tabulky č. 1., hodnota tohoto ukazatele klesá v jednotlivých skupinách s prodlužující se imobilizací (73 %, 68 %, 61 % a 55 %). Rozdíl krajních skupin činil 20 %. Po skončené rehabilitaci se však snížil na 4 %, neboť rozdíly v jednotlivých skupinách se téměř vyrovnaly a ukazatelé vykazují vysoké hodnoty vesměs nad 90 % (97 %, 97 %, 94 %, 92 %). Dospěli jsme proto k závěru, že omezená extenze kolena vlivem protrahované imobilizace je v důsledku převážně funkčních rehabilitací dobře ovlivnitelných zábran. K tomuto dobrému efektu jistě také přispívá okolnost, že postavení kolenního kloubu v sádrovém obvazu s flexí 5–10 st. je celkem pro uvolnění extenze příznivé.

U flexe kolena značí hlavní ukazatel omezení do 10 stupňů. Z tabulky číslo 2 je patrné, že hodnoty ukazatelů pro flexi kolena v jednotlivých skupinách jsou mnohem nižší (50 %, 23 %, 19 % a 9 %) a vykazují větší zá-

Tab. 1

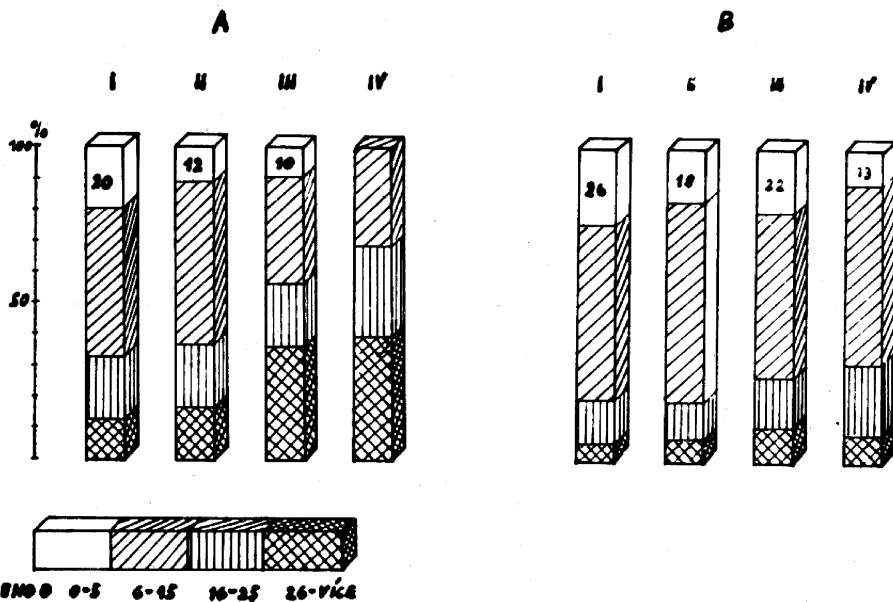


Tab. 2

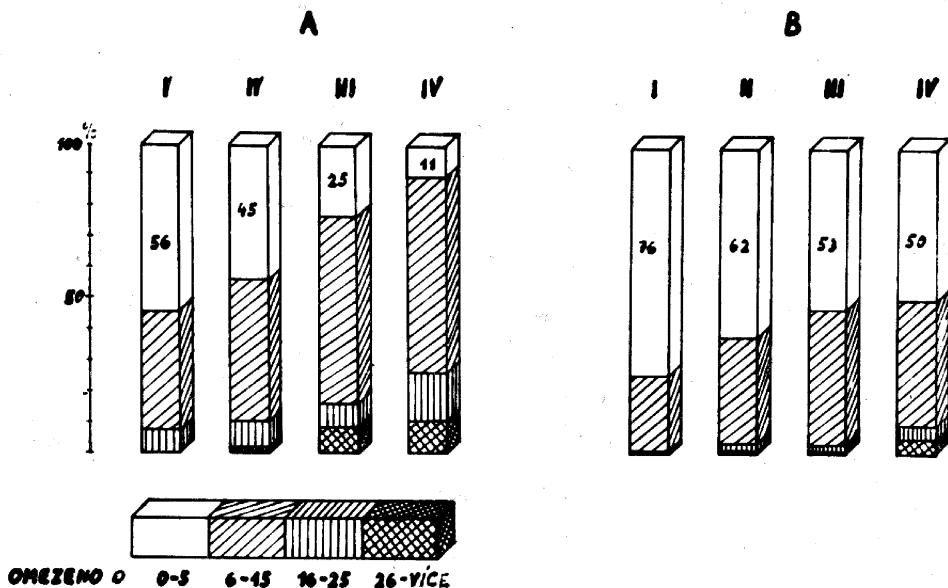


vislost na délce imobilizace oproti extenzi. Rozdíl krajních ukazatelů činí 41 %. Po skončené rehabilitaci ukazatelé vzrostli přibližně stejně ve všech skupinách o 40—50 %. Z toho vyplývá, že také efekt rehabilitace je u flexe

Tab. 3



Tab. 4



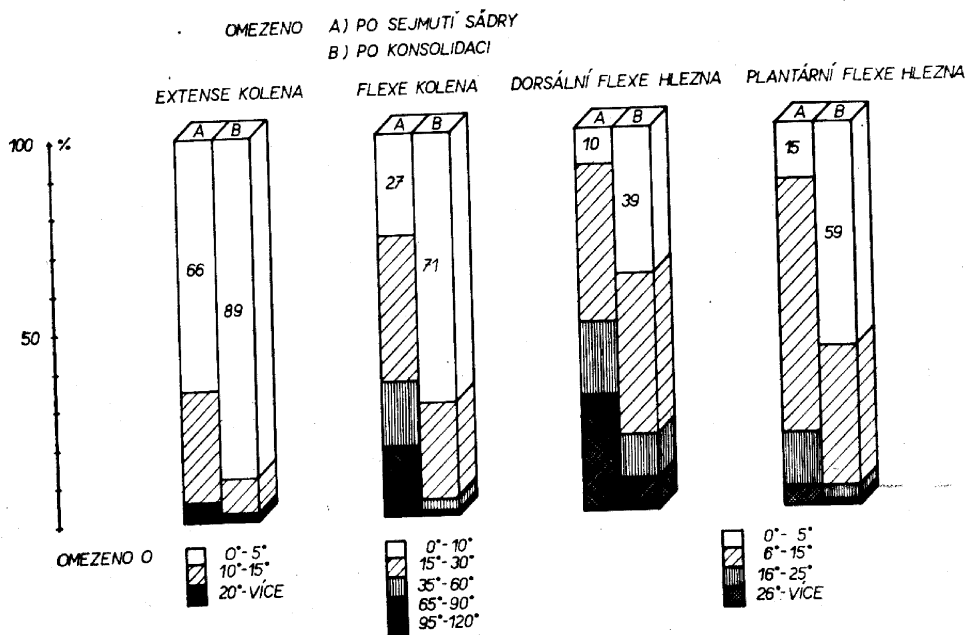
kolena závislý na délce imobilizace. Svědčí pro to i rozdíl krajních ukazatelů, který klesl z 41 % po imobilizaci jen na 38 % po skončené rehabilitaci. Omezení flexe kolena je tedy působena nejen funkčními, ale také strukturálními,

rehabilitací méně ovlivnitelnými zábranami. Přibývá jich s délkou imobilizace a zhoršují efekt rehabilitace při protrahovaném zklidnění. Velmi nízkou hodnotu ukazatelů a jejich význačnou závislost na době imobilizace jsme zjistili u dorzální a plantární flexe v horním hlezenném kloubu. (Viz tabulka č. 3) Nižší ukazatele měla dorzální flexe (20, 12, 10,0 %), vyšší plantární flexe (26, 18, 22 a 13 %). Po skončené rehabilitaci (tab. č. 4) se ukazatelé výrazně zvýšili při dorzální flexi jen v I. a II. skupině, tj. o 36 % a 33 %. Ve III. a IV. skupině byl přírůstek 3x menší (15 a 11 %). Rozdíl krajních hodnot ukazatelů byl také po rehabilitaci vyšší než po imobilizaci — vzrostl z 20 % na 45 %. Omezení dorzální flexe nohy po imobilizaci je proto působeno jak funkčními tak strukturálními rehabilitací neovlivnitelnými změnami. Oproti flexi v kolenním kloubu přibývá těchto strukturálních změn u dorzální flexe hlezna progresivně s délkou imobilizace. Proto můžeme po protrahované fixaci očekávat určité trvalé omezení dorzální flexe nohy. Pro plantární flexi je poloha nohy v sádrovém obvazu v mírné plantární flexi příznivější než pro dorzální flexi. Také svaly pro plantární flexi jsou 3x silnější než pro flexi dorzální. Proto i rehabilitace je u plantární flexe účinnější a progresse strukturálních změn litace je u plantární flexe účinnější a progresse strukturálních změn s protrahovanou imobilizací méně výrazná. Je to patrné z přírůstku ukazatelů po skončené rehabilitaci, který činil v první a druhé skupině 50 a 44 %, ve třetí a čtvrté skupině 31 a 37 %. Rozdíl krajních ukazatelů po imobilizaci 13 % se zvýšil po skončené rehabilitaci na 26 %. Pro plantární flexi v hlezenném kloubu proto lze také vyvodit závěr, že efekt rehabilitace se snižuje s délkou sádrové imobilizace progresivně v důsledku strukturálních změn, ale v menší míře než u dorzální flexe.

Pro shora uvedené závěry jsme věnovali zvláštní pozornost skupině 142 pacientů, u kterých se zkrátila sádrová imobilizace. Skončila totiž v době, kdy podle rtg byly známky endo- a periostálního svalku, linie lomu však byla ještě patrná. Při tom však byla zlomenina klinicky pevná a nebolestivá, byla proto indikována opatrná rehabilitace. Složení skupiny podle délky imobilizace bylo přibližně stejné jako u celého souboru. 17 % pacientů mělo imobilizaci 2—3 měsíce, 39 % vyšetřovaných 4—5 měsíců, 30 % bylo s imobilizací 6—8 měsíců a 14 % zraněných 9—11 měsíců. Pro menší počet vyšetřovaných jsme však skupinu posuzovali jako celek. V tabulce 5 označují sloupce A ukazatele pro hybnost kolenního a hlezenného kloubu u této vybrané skupiny po sádrové imobilizaci. Ve sloupcích B jsou totiž ukazatelé po rehabilitační léčbě v době, kdy podle rtg došlo k plné konsolidaci zlomeniny. V této době bývá normálně teprve odstraněn sádrový obvaz a počíná mobilizace fixovaných kloubů. Přírůstek ukazatelů ve sloupcích B jasně ukazuje výhodu časně mobilizace pro hybnost kloubů.

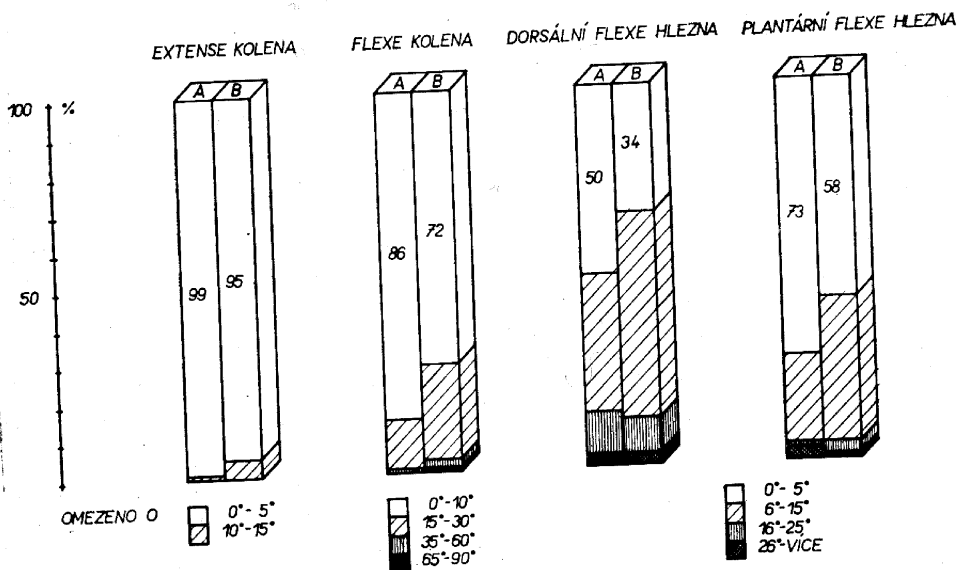
Funkční výsledek kolenního a hlezenného kloubu po skončené rehabilitaci ve vybrané skupině se zkrácenou imobilizací je patrný z ukazatelů ve sloupcích A tabulky 6. Pro srovnání jsou ve sloupcích B ukazatelé po skončené rehabilitaci u 386-ti pacientů, u kterých trvala sádrová fixace po normální dobu až do plné konsolidace podle rtg. V obou skupinách byla přibližně stejná průměrná doba imobilizace v menší neprospěch vybrané skupiny. Vybraná skupina má oproti skupině s normální fixační dobou vyššího ukazatele pro extenzi o 4 %, pro flexi kolena o 14 %, pro dorzální flexi v hlezenném kloubu o 16 % a pro plantární flexi o 15 %. U vybrané skupiny byla také kratší

Tab. 5



Tab. 6

A) ZLOMENINY PODLE RTG NEZHOJENE
B) ZLOMENINY PODLE RTG ZHOJENÉ

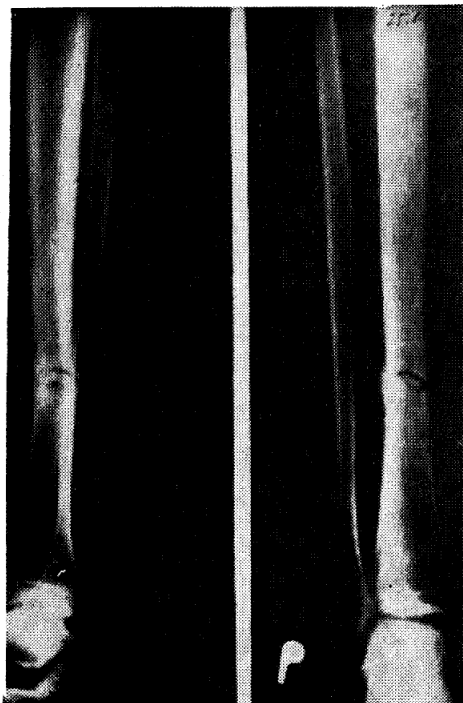


doba rehabilitace průměrně o 3 týdny, během rehabilitace se nevyskytly komplikace.

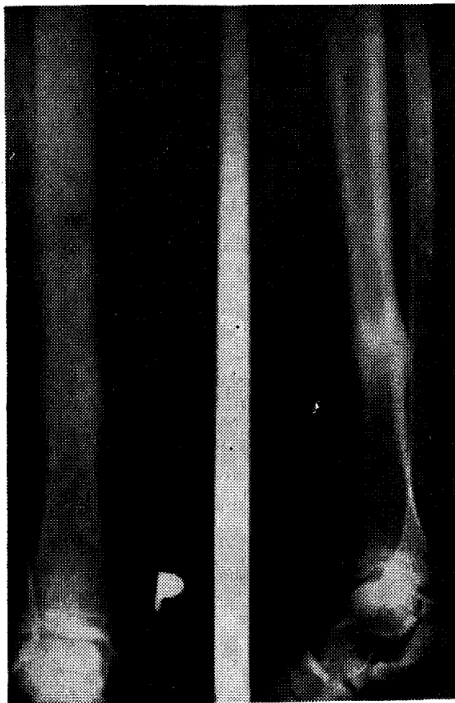
Jako příklad z vybrané skupiny uvádíme pacienta s tříštivou zlomeninou pravé tibie. Jak je patrné z obrázku č. 1, zlomenina se po 2,5 měsících představuje endo a periostálním svalkem, linie lomu je však ještě přehledná, je výrazná porosa hlezenného kloubu. Byl sundán sádrový obvaz. Klinicky byla zlomenina pevná a na tlak a ohyb nebolestivá. Kolení a hlezenný kloub byl omezen, obvod stehna byl minus 5 cm, lýtka minus 2 cm. Indikovaná rehabilitace jako u ostatních pacientů vybrané skupiny se zaměřila nejprve na posílení svalů, na aktivní pohyb v kloubech, na polohování proti otokům, chůze povolena jen s odlehčením, byly prováděny pravidelně rtg kontroly. Za další 3 měsíce (obr. 2) je zlomenina podle rtg. zhojena. V této době jsou již klouby volné, obvod stehna minus 2 cm, lýtka stejný, pacient bez potíží, může již plně zatěžovat.

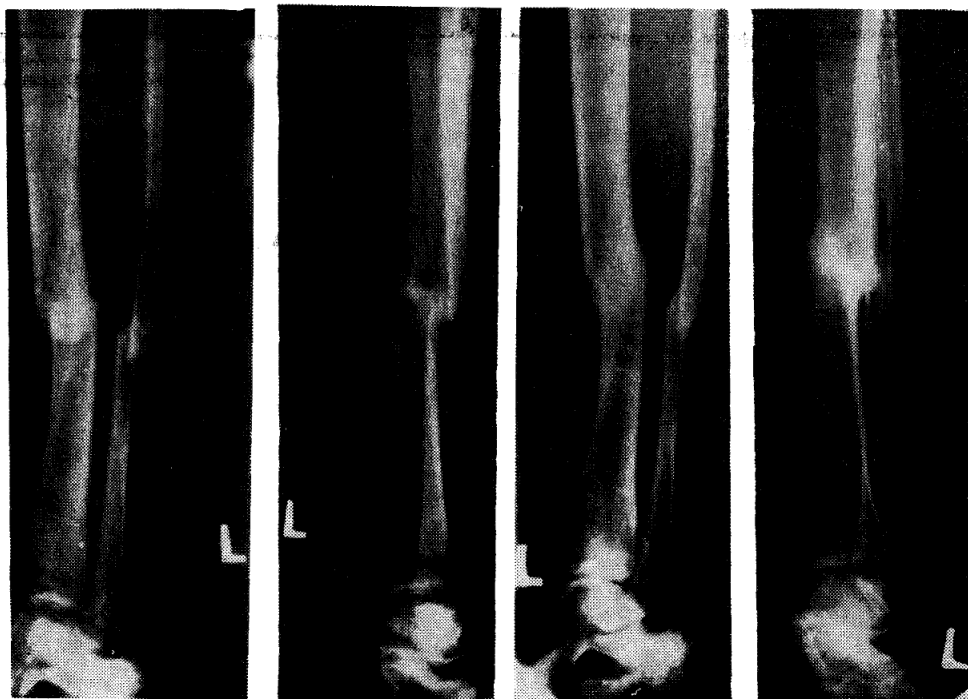
U dalšího pacienta se jednalo o tříštivou posunutou zlomeninu obou bérco- vých kostí. Po repozici byl přiložen sádrový obvaz. Byl odstraněn za 5 měsíců. Tehdy byla linie lomu ještě patrná, byla zřetelná porosa hlezenného kloubu (obr. 3a, b). Flexe v koleně byla možná do 60 st., extenze omezena o 10 st., v hlezenném kloubu dorzální flexe minus 10 st., ostatní pohyby jen nazna- čeny. Tuhý otok bérce s obvodem nad kotníky plus 4 cm. Zlomenina byla však opět klinicky pevná a nebolestivá. Rehabilitace postupovala opatrně pře- vážně s aktivními pohyby v nebolestivém rozsahu, s odporovými cviky, s ryt-

Obr. 1



Obr. 2





Obr. 3a

Obr. 3b

Obr. 4a

Obr. 4b

mickou stabilizací, častým polohováním do horizontály, chůze jen s odlehčením a s elastickým obinadlem. Za další 3 měsíce je zlomenina podle rtg zhojena (obr. 4 a, b), kolenní kloub již volný, v hlezenném omezena jen dorzální flexe o 5 st., obvod hlezna plus 1 cm, lýtka minus 1 cm, stehna minus 2 cm. Pacient může plně našlapovat, nastoupil zaměstnání.

LITERATURA

1. Čech, O., Stryhal, Fr.: Moderní osteosynthesa v traumatologii a ortopedii. Avicenum ZN, Praha 1972.
2. Lániková, V., Lánik, V.: Problémy rehabilitácie u pacientov so zlomeninami predkolena. II. Rehabilitácia, 79—86, 1969.
3. Mastný, V.: Rehabilitace zlomenin bérce. XIII, Soc. zabezpečení, 13—14, 1968.
4. Špaček, B. a kol.: Speciální chirurgie I. StZN Praha 1973.
5. 9. Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Hefte zur Unfallheilkunde, Heft 119, Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York, 1974.
6. Typovský, K. a kol.: Traumatologie pohybového ústrojí I—II. Avicenum ZN, Praha 1972.

В. Мастный, П. Мастный: К проблеме функционального восстановления в травматологии

Резюме

У 557 раненых с диафизарными переломами голени авторы занимались влиянием продолжительности гипсовой иммобилизации на подвижность суставов. Больные были разделены на 4 группы в зависимости от продолжительности гипсовой фиксации. Они контролировали подвижность коленного и таранно-пяточно-ладьевидного суставов так после гипсовой иммобилизации, как и после оконченной восстановительной терапии. Установлено, что у групп с более продолжительной иммобилизацией появлялось большее ограничение суставов так после фиксации, как и после восстановительной физкультуры. При флексии колена, при дорсальной и плантарной флексии в таранно-пяточно-ладьевидном суставе нарастало ограничение движений вследствие структурных препятствий, менее поддающихся влиянию. У таранно-пяточно-ладьевидного сустава был этот прирост прогрессивным.

Более благоприятные результаты и более короткое время восстановления обнаружили авторы у 142 больных, у которых гипсовая фиксация укорочена при клинически прочном переломе, несмотря на неполную консолидацию по рентгеновскому исследованию. Процесс восстановления осуществлялся у этой группы согласно результатам рентгеновского исследования и был направлен на укрепление мышц, на активный диапазон суставов и расстройство циркуляции. Полная загрузка ходьбой позволялась лишь после полного исцеления согласно рентгеновским снимкам. В течении восстановительной терапии не обнаружено у этой избранной группы осложнений.

V. Mastný, P. Mastný:
**THE PROBLEM OF FUNCTIONAL RESTORATION
IN TRAUMATOLOGY**

Summary

In 557 cases of injuries with diaphyseal fractures the authors have investigated the influence of the length of the period of immobilisation in plaster on the mobility of the joints. The patients were divided into four groups according to the length of the period of plaster fixation. Controlled was the mobility of the knee joint and the malleolar joint after plaster fixation on the one hand and after rehabilitation treatment on the other. In the group with a longer period of immobilization a greater limitation of movements in the joints after fixation, as well as after rehabilitation treatment was observed. In the knee flexion, dorsal and plantar flexions, in the malleolar joint limitation of movement increased by structural and by rehabilitation less affectable causes. This decreased extent of movement is progressive.

More favourable functional results and a shorter period of rehabilitation treatment were observed in a group of 142 patients where plaster fixation was shortened in clinically non-dislocated fractures without regard to incomplete consolidation according to the X-ray picture finding. In these cases the target of rehabilitation was reinforcement of muscle strength, the increase of active joint movement and adaptation of circulation disorders. Full load on extremities (walking) was allowed after total healing according to the X-ray. During the rehabilitation treatment no complications were observed in the mentioned group.

V. Mastný, P. Mastný:
Au problème du rétablissement fonctionnel en traumatologie

Résumé

Chez 557 blessés atteints de fractures diaphysaires de la jambe, les auteurs observaient l'influence de la durée de l'immobilisation en plâtre sur la mobilité de l'articulation. Ils ont réparti les patients dans quatre groupes suivant la durée

de fixation en plâtre puis vérifié la mobilité du tibia et du maléolaire d'une part, après l'immobilisation en plâtre et d'autre part, après la réadaptation. Ils ont constaté que dans les groupes ayant subi une durée d'immobilisation plus longue une réduction plus importante des articulations se manifestait aussi bien après la fixation qu'après la réadaptation. Dans la flexion du genou, la flexion dorsale et plantaire de l'articulation maléolaire la réduction de la mobilité se manifestait par les empêchements structuraux moins influencés par la réadaptation. Cet accroissement était progressif dans l'articulation maléolaire.

Des résultats fonctionnels plus favorables et une durée de réadaptation relativement plus courte furent observés par les auteurs chez 142 patients, où la fixation en plâtre fut réduite chez la fracture non disloquée sans égard à la consolidation incomplète d'après la radiographie. La méthode de réadaptation chez ce groupe était conforme aux diagnostics radiographiques, s'orientait sur la fortification des muscles, la mobilité des articulations, les troubles circulatoires. Une charge normale de la marche fut permise seulement après une guérison complète selon la radiographie. Au cours de la réadaptation aucune complication ne fut observée dans le groupe choisi.

*V. Mastný, P. Mastný:
Zum Problem der funktionalen Wiederherstellung in der
Traumatologie*

Zusammenfassung

Bei 557 Verletzten mit diaphysaren Schienbeinbrüchen beobachteten die Autoren den Einfluß der Gips-Immobilisationsdauer auf die Gelenksbeugsamkeit. Die Patienten wurden je nach der Dauer der Gips-Fixation in vier Gruppen geteilt. Die Autoren kontrollierten die Beugsamkeit des Knie- und Sprunggelenks sowohl nach der Gips-Immobilisation als auch nach Abschluß der Rehabilitationsbehandlung. Es wurde festgestellt, daß bei der Gruppen mit längerer Immobilisationsdauer größere Einschränkungen der Beugsamkeit der Gelenke zu verzeichnen waren, und zwar nach der Fixation sowie auch nach der Rehabilitation. Bei der Knieflexion, bei der dorsalen und der plantaren Flexion im Sprunggelenk mehrten sich die Beweglichkeitsbeschränkungen infolge struktureller, durch die Rehabilitation weniger beeinflussbarer Hemmungen. Beim Sprunggelenk war dieser Zuwachs progressiv.

Günstigere funktionale Ergebnisse und kürzere notwendige Rehabilitationsdauer beobachteten die Autoren bei 142 Patienten, bei denen die Gips-Fixation bei einem klinisch festen Bruch ohne Rücksicht auf eine unvollständige Konsolidation laut Rtg verkürzt wurde. Das Rehabilitationsverfahren richtete sich in dieser Gruppe nach dem Rtg-Befund, orientierte sich auf Muskelstärkung, aktive Gelenksbeugsamkeit, Zirkulationsstörungen. Volle Belastung durch den Gang wurde erst nach völliger Verheilung laut Rtg erlaubt. Während der Rehabilitationsbehandlung gab es bei dieser Sondergruppe keine Komplikationen.

ARTHROGRYPOSIS MULTIPLEX CONGENITA

(Kasuistické sdělení)

J. BERAN, V. KOŘENSKÁ, E. ŠIMKOVÁ

Dětská psychiatrická léčebna Opařany, KÚNZ České Budějovice

Ředitel léčebny prim. MUDr. Jiří Kolář

Souhrn: Podáváme zprávu o vzácnějším kloubním onemocnění dítěte. Těžká porucha hybného aparátu byla provázena značnou psychickou retardací, která ještě více zhoršovala těžkou prognózu životního osudu malé pacientky. Dlouhodobou stimulací jsme dosáhli určitého rozvoje hybnosti a ještě většího rozvoje psychických funkcí, zvláště řeči. Naším sdělením chceme poukázat na potřebu nejen intenzivní somatické péče, ale i na nutnost péče o duševní vývoj u těžce somaticky postižených dětí. Výhledově tím snížíme jejich závislost na okolí a potřebu ošetrovatelské péče.

■

Heslo: Kasuistika — klinika a prognóza — somatická a psychická péče.

Arthrogryposu čili kloubní deformity nalézáme i u jiných onemocnění, ale u tohoto jsou vrozené kloubní malformace tak nápadné, že představují největší klinický projev poruchy. Byly popsány 4 typy tohoto onemocnění: neuropatický, myopatický a ojedinělé případy zařazené do dalších dvou skupin.

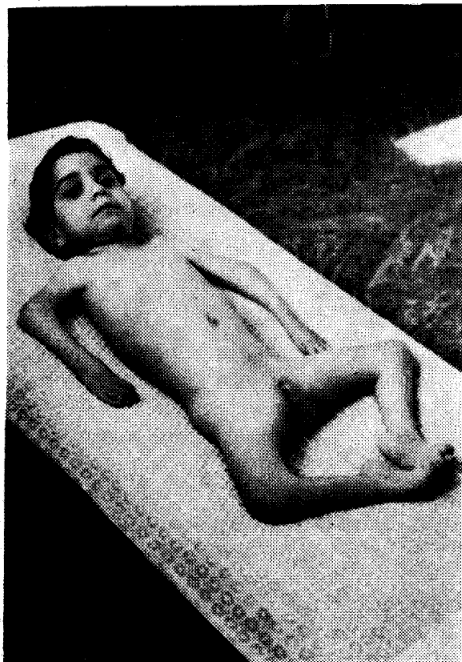
Všechny 4 typy mají několik společných znaků: jemnou kůži a podkoží, nepřítomnost kožních záhybů poblíž postižených kloubů, nevyvinuté svalstvo, klouby mají fusiformní konfiguraci, prominují na vyhublých končetinách, chrupavčitý povrch kloubů je slabý, na některých místech zcela chybí. Často je přítomna kyfoskolóza. Nejsou známky progredujícího neurologického onemocnění. Intelligence je většinou normální, ale předpokládá se, že mentální defekt se zde vyskytuje častěji než v normální populaci. U neuropatického typu jsou nejdůležitější změny na míše: nepřítomnost buněk

předních rohů míšních v lumbosakrálních segmentech, přední kořeny míšní jsou tvořeny jen ojedinělými vlákny, nebo neobsahují žádná. Také jinde v míše je počet buněk předních rohů redukován. Svalová vlákna jeví známky denervace. Od myopatického typu lze tento odlišit především pomocí EMG. Protože je postižena značná část mesenchymální tkáně, totiž vazivo chrupavky, kosti a svaly, předpokládá se, že patogenní moxa působí v časně fázi embryonálního vývoje. Dle jiných názorů je za primární v mechanismu vzniku považována porucha svalová, zatímco ostatní úchytky jsou jen výsledkem adaptace struktur. Za původce tohoto onemocnění jsou považovány viry. Myopatický typ: od narození hypotonie, nápadná svalová slabost. Za několik měsíců po narození se vyvíjejí flekční kontraktury kyčle, kolen a loktů. Svalstvo obličejové, okohybné a orofaryngeální je slabé. Hluboké reflexy svalové jsou obvykle nepřítomny. Buňky předních rohů míšních jsou normální, rychlost vedení vzruchu v nervech je normální. Svalová vlákna jsou nahrazena tukovou a vazivovou tkání. Na zbývajících svalech jsou patrné známky svalové dystrofie, tyto změny neprogredují. Přesná diagnóza je možná pomocí EMG, event. histologického vyšetření. Jsou známy případy autosomálně recesivní dědičnosti u této poruchy.

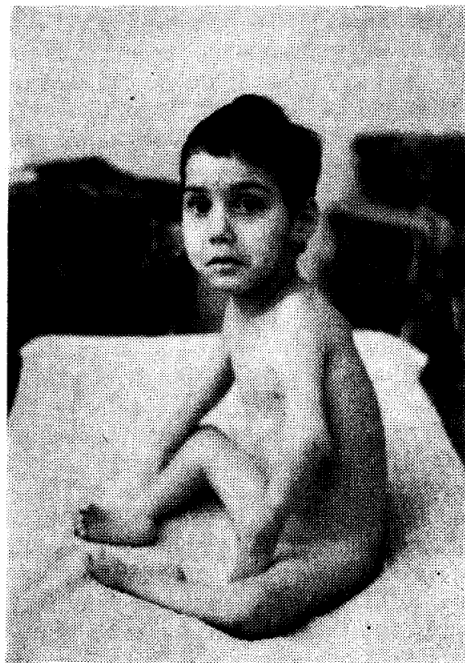
V naší léčebně je s tímto onemocněním hospitalisována od 26. 2. 1973 pacientka Z. N. narozená 23. 2. 1972. Anamnéza dle dokumentace KU: RA: vlastní otec, v době narození pacientky 20 let, svobodný, dělník; vlastní matka, v době narození pacientky 19 let, zdráva, přítěž neznáma, dělnice, vlastní rodiče spolu nežijí.

OA: dítě z 1. těhotenství, průběh normální, v 3. měsíci matka brala Acylpyrin, porod spontánní v 8. měsíci v porodnici, nedonošeno, porodní váha 2050 g, délka neudána, do 3. měsíce umístěno na nedonošeneckém oddělení, potom propuštěno matce domů, matka však o ně nepečovala. Dítě pak opět hospitalisováno na dětském oddělení krajské nemocnice s diagnózou: mnohočetné malformace DK, HK, hlavy. Hemangiomy. Otitis media bilateralis. K hospitalisaci do naší léčebny bylo doporučeno ze sociálních důvodů. 26. 2. 1973 byla 12-ti měsíční pacientka předána do naší péče z KÚ. Byla čilá euforická, ráda se chovala. Se zájmem pozorovala okolí, reagovala na zvukové podněty. Bylo možno navázat omezený kontakt. Řečovou produkce: brouká. Somaticky: dystrofické dítě s nápadně dolichocefalickou hlavou, lehký exoftalmus, typické gotické patro. Hrudník plochý, srdce a plíce bpn. Horní končetiny paretické, svalstvo atrofické, bez reflexů. Kulovité malformace loketních kloubů. Kůže a podkoží v okolí kloubů tenké a jemné. Dolní končetiny abdukovány v kyčelních kloubech, flekční kontraktury kolen. Reflexy na dolních končetinách pozitivní. Obě nohy v equinovarovním postavení. Hemangiomy v místě pupku a na levé tváři. Z našich vyšetření vybíráme: Rtg. vyšetření (dr. Kolářová): v oblasti loketních kloubů je nápadné zduření měkkých částí, metafysy humerů jsou rozšířeny a chybí růstová štěrbina. V oblasti koleních kloubů opět nápadné zduření měkkých částí. Pravostranná skolióza bederní páteře. Neurologické vyšetření (prim. dr. Loučka): Horní končetiny paretické a výrazně atrofické s maximem akrálně. Reflexy nevýbavné. Abdukce v kyčelních kloubech, flekční kontraktury kolen a nohou. Relativně uchováno svalstvo trupu. Reflexy na dolních končetinách pozitivní. Nohy v equinovarovním postavení. Ortopedické vyšetření (prim. dr. Procházka): Horní končetiny deformovány v kloubech loketních,

svalstvo atonické, flexe v loketních kloubech omezena. Dolní končetiny v maximální abdukcii v kyčelních kloubech, ve flexi v koleních kloubech, nohy v equinovarusním postavení. Mírný tonus dolních končetin. Páteř v leže na břiše a na zádech ohýbá do hyperlordózy. Obr. 1 a 2.



Obr. 1



Obr. 2

Psychologické vyšetření (prom. psych. Kořenská): při přijetí dítě určitými reakcemi odpovídalo věku 6—8 měsíců. Hodnocení bylo ztíženo postižením končetin. Psychologické hledisko podrobněji rozvedeme v další části.

Diferenciálně diagnosticky jsme vyloučili: kongenitální rigiditu (odpor při pasivních pohybech je spíše pérovitý, nejsou zde ankylozy ani deformity kloubní, duševní vývoj je skoro vždy opožděn). Cerebrohepatorenální syndrom, syndrom blefarofimosy a kongenitálních kontraktur. Dále rozvádět diferenciální diagnózu není vzhledem k našemu zaměření potřeba. V úvahu může přijít ještě řada poruch.

Náš závěr byl: Mnohočetné malformace HK a DK (arthrogryposis congenita multiplex). Psychomotorická retardace. Casus socialis. Terapie: vitaminy (E, A, D, C, B) a stimulace zaměřená na rozvoj psychických a fyzických funkcí. Literatura ještě doporučuje: glykokol, glutamovou kyselinu, insulin, prednison, intraartikulární aplikaci hyaluronidasy.

Během hospitalisace jsme se vzhledem k našim možnostem dalším zpřesněním diagnózy (stanovení typu arthrogryposy pomocí EMG a dalších vyšetření) nezabývali. Snažili jsme se spíše o zlepšení somatopsychického stavu

dítěte, ačkoliv pro optimistickou prognózu nebylo mnoho důvodů (insuficentní hybné funkce, mentální retardace, citová a podnětová deprivace). Začali jsme nejprve se stimulací psychického vývoje dítěte, o několik týdnů později také s každodenním rehabilitačním cvičením (masáže, pasivní, aktivní cvičení). Přitom vznikl mezi rehabilitační pracovníci a dítětem také potřebný pevný citový vztah. Po více než 1 roce máme možnost zhodnotit naše úsilí. Hybnost nedosáhla ještě takového rozvoje, aby bylo možno provést operativní korekci na končetinách. Přesto ale může ortoped už nyní navrhnout zhotovení speciálních protéz, které umožňují využití ramenního svalstva. Rozvoj psychiky, jeho popisu zde dále věnujeme více místa, nás však denně příjemně překvapuje. Vývoj dítěte je dokumentován řadou kontrolních psychologických vyšetření, uvádíme stručný přehled.

První měsíc po příjmu děvčátka do DPL jsme pozorovali, že dítě živě mimikou reaguje na předložené hračky, otáčí za nimi hlavičku a vydrží delší dobu pozorovat činnost sestry. Protože ruce i nohy nebyly pohyblivé, dítě nesedělo, nedrželo pevně ani hlavičku, byla navazována hra přes nepostížené břišní svaly. Na břicho dítěte byla stavěna hračka, kterou dítě shazovalo, později balancovalo zvonící hračkou tak, aby nespadla. Přitom projevovalo radost hlasitým smíchem. Po zádech se plazí opřena o hlavičku a o gluteální krajinu. Po dvou měsících byla posazována, aby se rozšířil obzor dítěte a ruce jí byly pokládány na různé hračky. Objevil se lehoučký chvějivý pohyb tří prstů a nepatrná abdukce a addukce palce. V této době, je-li ponechána o samotě, se snaží dotýkat předmětů nožkami. Ve slovním projevu dochází k socializaci monologu. V 1. roce a 3 měsících spontánně uvádí do pohybu zvukové hračky dolními končetinami. Je-li posazena, pozoruje svoje nohy a na ukázání pohybuje střídavě prsty pravé a levé nohy. Úchop je chabý — předměty spíš nabírá na prsty, pohyby paží kompenzuje vyhozením končetiny od ramena k předmětu. Hlavičku drží jistě, na žíněnce válí sudy. Projevuje strach před novými předměty. Za 1/4 roku po příjmu přemístí a podá si nohama hračku, vytáhne předměty ze sítka a pod. O měsíc později v leže se snaží vysunout kostku nad druhou. Otáčí se správně za pojmenovanými předměty. Ve věku 1 roku a 6 měsíců sedí krátkou dobu bez opory, napodobuje dospělého intonací v několikaslabičné říkance. Koncem dalšího měsíce částečně aktivně flektuje nohy. Cvičení se domáhá, při příchodu dospělých se raduje, při odchodu pláče, odmítá cvičit před cizími lidmi. Během dalšího měsíce se naučila napodobovat předřikávaná slova, zvukový projev začíná užívat ke komunikaci. Hraje si v sedě a u hry vydrží. V kontaktu je radostná. Bez známek deprivace. V této době (1 rok 7 měs.) je také překládána z ložnice do manéže v herně, aby měla možnost pozorovat hru dětí a zapojit se do společné činnosti. Za deset měsíců po příjmu se pohybuje cíleně po žíněnce koulením, hraje si pomocí ruček v sedě, v leže využívá k manipulacím nohy a ústa. Zná asi 30 smysluplných označení a přechází ke tříslabičným slovům. Čistotu dosud neudrzuje. Ve dvou letech označuje předměty, řeč užívá ke sdělení přání a začíná označovat pocity. Cvičení řeči preferuje nyní před manipulační hrou. Asi po dalších třech měsících (2 roky 3 měsíce) spojuje dvě až tři slova do věty a řeč užívá v sociální interakci. Na loutce ukáže části těla tak, že horní končetinu hodí na označované místo. Ve dvou letech a sedmi měsících pojmenovává předměty v obrázkových knížkách a označuje pocity a přání. S lehkou pomocí se posadí, jsou-li přidrž-

žovány. Hra s panenkou přechází od prosté manipulace k napodobování činnosti sestry. Ve dvou letech a osmi měsících se pohybuje po herně rychle koulením nebo prudkými kmity vsedě.

Nyní po roce a tři čtvrtě systematického rehabilitačního cvičení a vyvojové stimulace výkonu naší pacientky (je jí nyní 2 roky 9 měsíců) odpovídají při hodnocení dle Stanford-Binetovy inteligenční škály věku minimálně 2 roky a 1 měsíc. Výsledek souhlasí v podstatě s hodnocení dle Bühlerové a s vývojovou škálou Gesella. Naše počáteční domněnka, že nejde o trvalý defekt, ale o retardaci psychického vývoje, kterou jsme vyslovili tehdy pouze na základě ojedinělých reakcí děvčátka, se tedy nyní částečně potvrdila.

LITERATURA

1. Pitha, V. a kol.: Neurologie dětského věku, Praha SZdN 1963, str. 583.
2. Holmes, L. B. a kol.: Mental Retardation, New York, The Macmillan Company 1972, str. 430.

Й. Беран, В. Корженская, Е. Шимкова:

Arthrogryposis multiplex congenita

(Казуистическое сообщение, показывающее возможность сотрудничества между отдельными дисциплинами)

Резюме

Делается сообщение о редком суставном заболевании ребенка. Тяжелое расстройство двигательного аппарата сопровождалось значительной психической ретардацией, ухудшающей прогноз жизненной судьбы маленькой больной. Путем длительной стимуляции мы добились некоторого развития двигательности и еще большего развития психических функций, главным образом речи. Нашим сообщением мы хотели бы указать на потребность не только интенсивной соматической заботливости, но и на необходимость заботливости о психическом развитии соматически тяжело пораженных детей. Перспективно этим путем понизится их зависимость от окружающей среды и необходимость ухода за ними.

J. Beran, V. Kořenská, E. Šimková:

ARTHROGRYPOSIS MULTIPLEX CONGENITA

(Case report indicating the possibility of interdisciplinary collaboration)

Summary

The report deals with a rather infrequent joint disease in a child. Serious disorder of the motor system was accompanied by considerably mental retardation which was even worse for the prognosis of the small patient. By long-term stimulation a certain development of mobility and a still better development of psychic functions was achieved, specially in the ability of talking. In this paper we want to emphasize not only the necessity for intensive somatic care, but also of the care for psychic development in cases of serious somatic affection in children. Perspectively their dependance in their environment and nursig is thus decreased.

*J. Beran, V. Kořenská, E. Šimková:
Arthrogryposis multiplex congenita
(Rapport des cas démontant la possibilité d'une collabora-
tion interdisciplinaire)*

Résumé

Nous présentons un rapport sur l'affection articulaire rare de l'enfant. Le trouble grave du système moteur était accompagné de retardation psychique notable aggravant ainsi encore le pronostic de la destinée de la petite patiente. Par la stimulation à long terme on a obtenu un certain développement de la mobilité et une plus grande évolution des fonctions psychiques, notamment de la parole. Dans notre exposé nous tenons à démontrer non seulement la nécessité de soins médicaux somatiques intensifs mais aussi celle de soins nécessaires au développement de l'esprit chez les enfants somatiquement affectés de façon grave. Nous réduirons ainsi, à l'avenir, leur dépendance de l'entourage et la nécessité de soins médicaux.

*J. Beran, V. Kořenská, E. Šimková:
Arthrogryposis multiplex congenita
(Kasuistischer Bericht mit Hinweis auf mögliche interdiszi-
plinäre Zusammenarbeit)*

Zusammenfassung

Es wird ein Bericht über eine ziemlich seltene Gelenkserkrankung eines Kindes unterbreitet. Die schwere Störung des Bewegungsapparates war von einer bedeutenden psychischen Retardation begleitet, die die Prognose des Lebensgeschickes der kleinen Patientin noch verschlechterte. Durch langfristige Stimulierung wurde eine gewisse Entwicklung der Beweglichkeit und eine noch bedeutendere Entfaltung der psychischen Funktionen, besonders der Sprache erreicht. Mit diesem Bericht soll auf die Notwendigkeit nicht nur der somatischen Behandlung, sondern auch der Förderung der geistigen Entwicklung bei somatisch schwer behinderten Kindern hingewiesen werden. Perspektivisch wird auf diese Weise ihre Abhängigkeit von der Umwelt und die notwendige Pflegefürsorge verringert werden.

VÝSLEDKY VČASNEJ REHABILITAČNEJ LIEČBY CHORÝCH PO KARDIOCHIRURGICKÝCH ZÁKROKCH NA SLIAČI

Z. PROCHÁZKA, K. CAUDT, M. DRAHOŠOVÁ,
J. ZVERKO, E. ROVENSKÁ
Československé štátne kúpele Sliač,
riaditeľ MUDr. J. NOVÁK

Súhrn: Autori vyhodnotili výsledky včasnej rehabilitačnej liečby u 540 pacientov po kardiochirurgických zákrokoch, ktorí boli v rokoch 1967 až 1974 operovaní na bratislavských klinikách a priamo boli preložený do ústavu Detva na Sliači. V súbore je 218 mužov a 322 žien. U uvedených pacientov v 131 prípadoch išlo o vrodenú srdcovú chybu, u 379 pacientov o získanú reumatickú chlopňovú chybu. U 305 pacientov bola urobená komisurotómia, u 32 pacientov transplantácia umelej chlopne, u 41 homotransplantát, 9-krát išlo o perikardektómiu, 16-krát o revaskularizáciu myokardu, u 3 autotransplantát a u 131 iné plastické operácie. Pacientom bola aplikovaná komplexná rehabilitačná liečba. Výsledky sú nasledovné: Objektívne zlepšených bolo 342, subjektívne zlepšených 159, nezlepšených 25, zhoršených 12, zomreli 2.



Heslo: Kardiovaskulárne operácie — kúpeľná liečba — rehabilitácia.

Úvod

Dnes je všeobecne uznávaným faktom, že liečebná rehabilitácia je neodmysliteľným komponentom v období pooperačnej starostlivosti, najmä po kardiovaskulárnych zákrokoch. Aplikácia liečebnej rehabilitácie je odôvodnená a nutná najmä preto, lebo po úspešných chirurgických zákrokoch na kardiovaskulárnom aparáte dochádza k závažným hemodynamickým zmenám (1, 5, 12). Nové cirkulačné podmienky majú za následok hemodynamickú prestavbu, priebeh ktorej je veľmi rôzny a je závislý od operačného zákroku a od klinického priebehu v pooperačnom období. Ďalej v tomto období odznievajú zápalové reaktívne zmeny a iné komplikácie. Úspešné zvládnutie

týchto zmien má tiež veľký význam pre ďalšiu prognózu po operácii. Pre rozsah rehabilitačného programu v pooperačnom období preto musíme brať do úvahy druh operácie, hemodynamické zmeny, klinický stav a funkčnú zdatnosť pacienta. Ďalej v záujme úspešnej rehabilitácie je dôležité dodržať nadväznosť jednotlivých období a treba zabezpečovať plynulosť celého rehabilitačného programu (2, 3, 6, 7).

Preto je nutná spolupráca chirurga, internistu, balneológa i rehabilitačného pracovníka.

Metodika a materiál

Priaznivé prostredie v našich kúpeľoch so sanatórnym režimom vytvára pozitívne predpoklady na komplexné doliečovanie chorých po operačných zákrokoch. Nie menej významné je obnovenie fyzickej zdatnosti, ako i odstránenie negatívnych emočných javov, pocitu neistoty a iných patologických reflexov, ktoré často pozorujeme u pacientov po kardiochirurgických zákrokoch (9, 10, 11, 14).

V rokoch 1967 až 1974 v ústave Detva na Sliači sa liečilo 540 pacientov po kardiochirurgických zákrokoch.

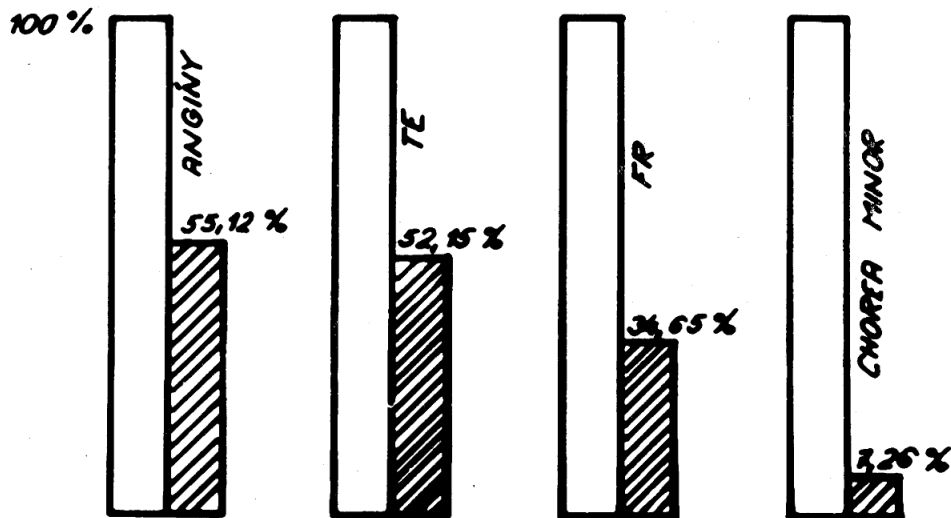
Na tabuľke 1 udávame počet liečených pacientov v jednotlivých rokoch.

Tab. 1

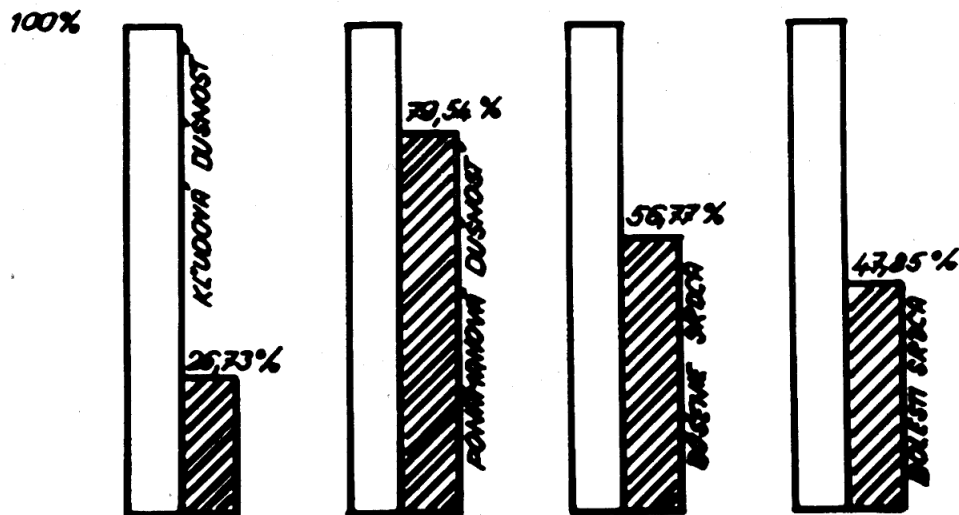
Rok	Muži	%	Ženy	%	Spolu
1967	19	47,72	20	52,28	39
1968	23	48,94	24	51,06	47
1969	18	33,33	36	66,67	54
1970	27	35,06	50	64,94	77
1971	35	47,70	51	52,30	86
1972	22	31,42	48	68,58	70
1973	43	45,74	51	54,26	94
1974	31	42,46	42	57,54	73
SPOLU:	218	40,79	322	59,21	540

Pacienti boli vyslaní na liečenie z bratislavských kliník. Z II. chirurgickej kliniky 330 pacientov, z chirurgickej kliniky ILF 195 pacientov a 15 pacientov z iných kliník. Priemerný vek našich pacientov bol 36,7 roka. Z celkového počtu 70 % pacientov nastúpilo k nám na liečenie do 40 dní po operácii a len 10 % pacientov nastúpilo po 60 dňoch pre rôzne komplikácie.

Graf 1



Graf 2

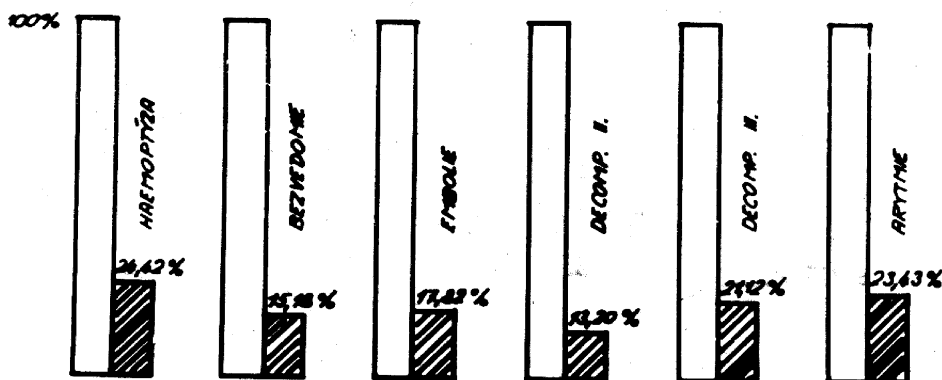


Pri nástupe na liečenie každý pacient bol podrobne vyšetrený. Na základe klinického vyšetrenia sme určili rehabilitačný program pre pacienta i komplexnú liečbu.

Na konci liečenia všetky vyšetrenia sme zopakovali. Z anamnézy a z objektívnych vyšetrení dovolíme si uviesť nasledovné údaje. Na grafe 1 sú uvedené anamnestické údaje týkajúce sa reumatického procesu, kde je zaujímavé,

že u našich pacientov klinicky manifestná reumatická horúčka bola v 34%. Na grafe 2 je uvedený výskyt subjektívnych kardiálnych ťažkostí, z ktorých dominuje ponámahová dýchavica. Na grafe 3 vidíme frekvenciu objektívnych komplikácií v predoperačnom období.

Graf 3



Formy srdcových chýb, pre ktoré pacienti boli operovaní, sú nasledovné (tab. 2). Jednotlivé operačné zákroky sú uvedené na tabuľke č. 3. U 23 pacientov išlo o operáciu pre mitrálnu restenózu. Komplikácie, ktoré sa vyskytli v pooperačnom období, udávame na tab. č. 4. Pri hodnotení ekg obrazu najväčší výskyt patologických zmien sme zistili vo forme ST úseku a inverzie vlny T, čo interpretujeme ako pooperačné subepikardiálne zápalové zmeny, obraz ktorých najviac sa upravil počas liečby (Tab. 5).

Z laboratórných vyšetrení, ktoré sú ukazovateľom pooperačných zápalových zmien, dovolíme si uviesť na tabuľke č. 6 výsledky sedimentácie erytrocytov a na tabuľke č. 7 zmenu hladiny mukoproteínov v sére. Sedimentácia erytrocytov sa normalizovala u 216 pacientov a hladina mukoproteínov u 137 pacientov.

Hodnoty vitálnej kapacity znázorňujeme na tabuľke č. 8. Ďalej sme sledovali váhu pacientov, ktorá je tiež dôležitým kritériom zlepšenia v pooperačnom období. K zvýšeniu telesnej váhy došlo (viac ako 1 kg) u 363 pacientov, u 130 pacientov váha sa nezmenila a u 47 pacientov došlo k poklesu váhy.

U pacientov sme aplikovali komplexnú terapiu, z ktorej mimoriadnu pozornosť sme venovali poskytovaniu liečebnej telesnej výchovy. Liečebnú telesnú výchovu vo forme aktívneho telocviku sme podali u 537 pacientov v troch odstupňovaných kategóriách podľa funkčnej schopnosti pacienta za sledovania lekára a rehabilitačnej sestry.

1. Pacienti cvičili náročnejšie cviky s rehabilitačnou sestrou v telocvični 30 minút a zúčastnili sa terénnych kúr.

2. Pacienti cvičili menej náročné cviky s rehabilitačnou sestrou v telocvični 30 minút a zúčastnili sa terénnych kúr.

Tab. 2

	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	Spolu	%
Vrodená chyba	11	12	9	19	24	12	22	22	131	24,26
Získaná chyba	25	31	41	54	60	56	64	48	379	70,02
Perikarditída	0	1	1	2	1	0	3	1	9	1,67
ICHS	3	1	1	1	1	2	5	2	16	3,10
[ne]	0	2	2	1	0	0	0	0	5	0,95
SPOLU:	39	47	54	77	86	70	94	73	540	100,0

Tab. 3

	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	Spolu	%
Komisurotómia	26	31	39	45	54	49	43	21	308	57,04
Umelá chlopňa	0	0	1	2	1	4	10	14	32	5,94
Homotransplantát	0	0	1	6	5	3	13	13	41	7,60
Autotransplantát	0	0	0	0	3	0	0	0	3	0,55
Perikardektómia	0	1	1	2	1	0	3	1	9	1,67
Revaskularizácia	3	1	1	1	1	2	5	2	16	2,97
Plastické operácie	10	14	11	21	21	12	20	22	131	24,25
SPOLU:	39	47	54	77	86	70	94	73	540	100,00

3. Pacienti cvičili na izbe s rehabilitačnou sestrou 30 minút podľa individuálnych schopností.

V prvej skupine cvičilo 51 pacientov od začiatku liečby. V druhej skupine 386 pacientov. V tretej skupine 100 pacientov. Počas liečby sme preraďovali pacientov z menej náročnej skupiny do skupiny náročnejších cvikov podľa funkčnej zdatnosti pacienta. U pacientov k vážnym komplikáciám bezprostredne po telesnej výchove nedošlo. U troch pacientov sme liečebnú telesnú výchovu neaplikovali.

Tab. 4

<i>Fibrill. atr.</i>	157	145
<i>Patol. Pvlva</i>	205	199
<i>Hypertrofia PK</i>	174	172
<i>Pretáženie PK</i>	145	139
<i>Hypertrofia L'K</i>	128	128
<i>Pretáženie L'K</i>	122	110
<i>Ramienkové bloky</i>	196	196
<i>Pooperačné zápal. zmeny</i>	367	257

Tab. 5

<i>Pleuritis exud</i>	118
<i>Pleuritis sicca</i>	14
<i>Decomp I.</i>	28
<i>Decomp III.</i>	61
<i>Recidíva FR</i>	3
<i>Endocarditis</i>	5
<i>Embólia</i>	8
<i>Subepicard zápal. zmeny EKG</i>	367
<i>Hepatitis serosa</i>	6
<i>Osteomyelitis sterna</i>	3
<i>Iné</i>	11

Fyzikálnu terapiu sme podali 134 pacientom. Uhlčitú terapiu sme poskytovali 66 pacientom výlučne po operácii kongenitálnych chýb, ak neboli

Tab. 6

Za 1 hodinu	Príchod		Odchod	
	Počet	%	Počet	%
Do 15	145	26,85	361	66,65
Do 30	203	37,59	121	22,41
Do 45	107	19,81	35	6,49
Nad 45	85	15,75	23	4,45

Tab. 7

	Príchod		Odchod	
	Počet	%	Počet	%
Do 4 mg %	321	59,44	458	84,81
Nad 4 mg %	219	40,56	82	15,19

Tab. 8

Zvýšená o 300 ml	203	37,59 %
Zvýšená o 600 ml	83	15,37 %
Zvýšená nad 600 ml	120	22,22 %
Nezmenená	120	22,22 %
Znížená	14	2,60 %
Spolu :	540	100,00 %

prítomné zápalové zmeny, resp. príznaky obehovej slabosti. Uvedená liečba bola doplnená diétnou a medikamentóznou terapiou.

Tab. 9

	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	SPOLU	%
obj. zlepšenie	22	29	41	71	46	35	42	56	342	63,33
subj. zlepšenie	15	15	12	5	32	29	43	8	159	29,44
nezmenený	2	3	1	0	4	4	8	3	25	4,63
zhoršený	0	0	0	1	3	2	1	5	12	2,22
zomrel	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0,38
SPOLU:	39	47	54	77	86	70	94	73	540	100,00

Výsledky

Uvedenú a u nás praktizovanú formu včasnej pooperačnej rehabilitačnej liečby považujeme za nutnú a veľmi racionálnu, lebo má nielen krátkodobé dobré výsledky, ale priaznivo ovplyvňuje i dlhodobú prognózu a pracovnú schopnosť pacienta. Výsledky liečebnej rehabilitácie na základe objektívnych i subjektívnych kritérií sú uvedené v tabuľke č. 9. U chorých z nášho súboru v 92,77 % došlo k objektívnemu resp. subjektívnemu zlepšeniu. Ku zhoršeniu klinického nálezu došlo len v 2,22 %, kde išlo o bakteriálnu endokarditídu a obehovú slabosť. Týchto pacientov sme vrátili na príslušné kardiochirurgické oddelenia.

Pacient L. Zs. exitoval v 4. deň liečby za príznakov akútneho obehového zlyhania, podľa pitevného nálezu sa zistilo odtrhnutie cípu chlopne z auto-transplantátu. Pacient J. K. exitoval v 8. deň liečby na bakteriálnu endokarditídu.

Záverom môžeme povedať, že včasná rehabilitačná liečba po kardiovaskulárnych operáciách sa osvedčila a považujeme ju za veľmi účelnú. Na túto rehabilitáciu má nadviazať pracovná a sociálna rehabilitácia doma.

Súhrn

Autori vyhodnotili výsledky včasnej liečebnej rehabilitácie u 540 pacientov po kardiochirurgických zákrokoch, ktorí boli v rokoch 1967 až 1974 operovaní na bratislavských klinikách a priamo boli preložený do ústavu Detva na Sliachi. V súbore je 218 mužov a 322 žien. U uvedených pacientov v 131 prípadoch išlo o vrodennú srdcovú chybu, u 379 pacientov o získanú reumatickú chlopňovú chybu. U 308 pacientov bola urobená komisurotómia, u 32 pacientov transplantácia umelej chlopne, u 41 homotransplantát, u 3 autotransplantát, 9-krát išlo o perikardektómiu, 16-krát o revaskularizáciu myokardu a 131 bolo iných plastických operácií. Pacientom bola aplikovaná komplexná rehabilitačná liečba. Výsledky sú nasledovné: Objektívne zlepšených bolo 342, subjektívne zlepšených 159, nezlepšených 25, zhoršených 12, zomreli 2.

LITERATÚRA

1. Fischer, S. H.: Psychological aspects of physical activity rehabilitation. Acta cardiol. Brussels, Suppl. 14, 1970, 47—52.
2. Komadel, L., Barta, E., Kokavec, M.: Fyziologické zväčšenie srdca, Bratislava, SAV, 1964, 334 s.
3. Kontowt, A., Kozlowski, S.: Fyziologická ocena fyzičskej pracovnosti boľnych mitralnym stenozom čerez dva s polovinoj goda posle komissurotomii s ispolzovaniem spirometričeskogo metoda. Cor et vasa 13, 1971, 1: 26—31.
4. Kontowt, A., Kozlowski, S.: Tolerance of capacity in patients with acquired heart diseases. Abstracts. Symposium with international participation in testing in rehabilitation in cardiovascular diseases, Bratislava, 10 th to 13 th july 1972.
5. Krutý, R., Litomerický, Š.: Rehabilitácia pri tuberkulóze a respiračných ochoreniach, Martin, Osveta, 1971, 287, s.
6. Lánik, V.: Liečebná telesná výchova a rehabilitácia, I, Martin, Osveta, 1969, 378 s.
7. Lánik, V.: Liečebná telesná výchova a rehabilitácia, II, Bratislava, Obzor, 1968, 379 s.
8. Moškov, V. N.: Liečebná telovýchova v kúpeloch a sanatóriách, Bratislava, SAVU, 1952, 249 s.
9. Navrátil, J.: Kardiochirurgie, Praha, Avicenum, 1970, 406 s.
10. Navrátil, M., Kadlec, K., Daum, S.: Patofyziologie dýchání, Praha, SZN, 1966, 335 s.
11. Palát, M.: Dýchacia gymnastika, Martin, Osveta, 1970, 235 s.
12. Pochopová, K., Medunová, V.: Rehabilitace v srdeční chirurgii. Rehabilitácia, Suppl. 3, 1971, 9—77 s.
13. Rull, V.: Rehabilitation in acquired valvular diseases. Acta cardiol. Brussels, 14, 1970, 85—97.
14. VOZ.: Vosstanovitel'naja terapija serdečnosudistych boľnych. Otčet o Seminare sozvanym Evropejskim regional'nym bjuro Vsemirnoj Organizácii zdravoochranenija, Nordvejk an — Zee, 2—7. X. 1967.

3. Прохазка, К. Цаудт, М. Драгошова, Й. Зверко, Е. Ровенская: Результаты своевременной восстановительной терапии больных после кардиохирургических вмешательств в Слиаче

Резюме

Авторы обсудили результаты своевременной восстановительной терапии у 540 больных после кардиохирургического вмешательства, которые подверглись операции в 1967 — 1974 гг. на братиславских клиниках и были прямо переведены в учреждение Девта в Слиаче. В группе 218 мужчин и 322 женщины. У исследуемых больных в 131 случае речь шла о врожденном пороке сердца, у 379 больных о приобретенном ревматическом пороке клапана. У 305 больных была проведена комиссуротомия, у 32 больных трансплантация искусственного клапана, у 41 гомотрансплантат, у 3 автотрансплантат, в 9 случаях речь шла о перикардэктомии, в 16 случаях о реваскуляризации миокарда и в 131 случае о других пластических операциях. Больным была предназначена комплексная восстановительная терапия. Результаты следующие: объективных улучшений было 342, субъективных 159, улучшения не получилось у 25 больных, ухудшение установлено у 12 больных, умерли двое.

Z. Procházka, K. Caudt, M. Drahošová,
J. Zverko, E. Rovenská:
RESULTS OF EARLY REHABILITATION TREATMENT IN
PATIENTS AFTER CARDIOSURGERY AT SPA SLIAC

Summary

The authors evaluate the results of early rehabilitation treatment in 540 patients after cardiosurgery carried out in the years between 1967 and 1974 at

clinics in Bratislava. The patients were transferred to Sanatorium Detva in Sliach. The group of patients consisted of 218 men and 322 women. In 131 the patients had congenital heart diseases, 379 patients had acquired rheumatic valvular diseases. In 305 patients commissurotomy was carried out, in 32 patients transplantation of artificial cardiac valve, in 41 cases homotransplantate, in 3 cases autotransplantate and nine patients were cases of pericardectomy. Sixteen cases were revascularisation of the myocard and in 131 cases other plastic operations.

All patients went through a complex rehabilitation treatment. The results are the following: objective improvement in 342 cases, subjective improvement in 159 cases, without improvement 25 cases, deterioration in 12 cases, 2 patients died.

*Z. Procházka, K. Caudt, M. Drahošová,
J. Zverko, E. Rovenská:
Les résultats d'un traitement de réadaptation opportun des
malades après interventions cardiochirurgicales à Sliac*

Résumé

Les auteurs on mis en valeur les résultats d'un traitement de réadaptation opportun chez 540 patients qui après avoir subi des interventions cardiochirurgicales dans la période de 1967 à 1974 dans différentes cliniques de Bratislava furent immédiatement déplacés dans la Maison de santé Detva à Sliach. Le groupe comprend 218 hommes et 322 femmes. Dans 131 cas il s'agissait d'affection cardiaque innée, chez 379 patients d'affection rhumatismale acquise de la valvule. Chez 305 malades, on a effectué une commissurotomie, chez 32 patients une transplantation de valvule artificielle, chez 41 une homotransplantation, 9 fois il s'agissait de péricardectomie, 16 fois de revascularisation du myocarde, chez 3 cas d'autotransplantation et 131 différentes opérations plastiques. Une thérapeutique complexe fut appliquée aux patients. Les résultats sont les suivants: dans 342 cas on a observé une amélioration objective, dans 159 une amélioration subjective, dans 25 cas aucune amélioration, dans 12 cas une aggravation du mal et 2 décès.

*Z. Procházka, K. Caudt, M. Drahošová,
J. Zverko, E. Rovenská:
Ergebnisse der Frührehabilitation von Patienten nach kardio-
chirurgischen Eingriffen in der Heilstätte Sliac*

Zusammenfassung

Die Autoren haben die Ergebnisse der Frührehabilitation bei 540 Patienten ausgewertet, die in der Zeit von 1967 bis 1974 in Bratislavaer Kliniken operiert und unmittelbar darauf in die Heilstätte Detva in Sliach nach kardiochirurgischen Eingriffen zur Betreuung gebracht wurden. Die beobachtete Patientengruppe setzt sich aus 218 Männern und 322 Frauen zusammen. Bei diesen Patienten handelte es sich in 131 Fällen um angeborene Herzfehler, bei 379 Patienten um erworbene rheumatische Herzklappenfehler. Bei 305 Patienten war eine Kommissurotomie vorgenommen worden, bei 32 Patienten eine Transplantation einer künstlichen Klappe, bei 41 wurde ein Homotransplantat eingeführt, 9-mal handelte es sich um eine Perikardektomie, 16-mal um eine Revaskularisation des Myokards, bei 3 Fällen um ein Autotransplantat und bei 131 Fällen um andere plastische Operationen. Bei den Patienten wurde eine komplexe Rehabilitationsbehandlung angewandt. Folgende Ergebnisse wurden verzeichnet: objektive Besserung in 342 Fällen, subjektive Besserung in 159 Fällen, keine Besserung in 25 Fällen, Verschlechterung in 12 Fällen, gestorben sind zwei Patienten.

KINEZIOTERAPIA V GERIATRII

P. KRÁSNÍK

*Štátne sanatórium v Bratislave,
riaditeľ doc. MUDr. M. Gajdoš, CSc.*

Vývoj spoločnosti za posledné desaťročia priniesol rad významných zmien do života ľudí. Medzi najvýznamnejšie javy patrí predĺženie priemerného ľudského veku, ktorý stúpa takrečeno z roka na rok. Tento jav prináša vážne problémy tým, že aj počet starých ľudí stúpa s priemerom predlžovania veku.

Problém starých ľudí je celosvetovým problémom, o čom svedčí aj tá skutočnosť, že touto otázkou sa zaoberalo aj plenárne zasadnutie Organizácie spoločnosti národov v roku 1973. Svetová zdravotnícka organizácia v Európskej regionálnej úradovni venuje tiež veľkú pozornosť starým ľuďom a zostavila pracovnú skupinu, ktorá sa zaoberá rehabilitáciou chronických a geriatrických pacientov.

Pracovná skupina Európskej regionálnej úradovne SZO pre rehabilitáciu chronických a geriatrických pacientov po zasadnutí vo Florencii a v Kodani vydala krátku správu a stanovisko k danej problematike:

- považuje za potrebné včas robiť diagnostiku chorôb, ktoré môžu vyvolať dlhodobú invaliditu;
- odporúča analyzovať príčiny vzniku choroby a určiť nevyhnutnosť a potrebnosť medicínskej pomoci;
- zdôrazňuje potrebu riešiť v ústavoch a nemocniciach len nevyhnutné prípady;
- u starších vekových skupín je pomoc v ústavoch potrebná len u nevelkej časti obyvateľstva (3—5 %);
- poukazuje na veľké možnosti zabránenia zvyšovania invalidity a potom závislosti preventívnou činnosťou komplexným prístupom k rehabilitácii a činnosťou zdravotníctva s cieľom vrátiť starého človeka k jeho bežnému životu;
- problémy starých nemôže riešiť zdravotníctvo samo, ale v spolupráci s ostat-

nými sociálnymi, kultúrnymi, politickými a ekonomickými zložkami spoločnosti.

Závery pracovnej skupiny SZO sú všeobecným zhrnutím veľkého množstva informácií získaných z viacerých pracovísk, ktoré sa zaoberajú problémami starých ľudí v súvislosti s prejavmi staroby, predčasným starnutím, chorobami, profylaxiou a prevenciou.

Veľká časť autorov, vedeckých pracovníkov a lekárov z praxe považuje za reálne možnosti predĺženia ľudského veku podporovať aktívnu cieľavedomou pohyblivosťou pacientov s náležitou veku a zdravotnému stavu upravenou životosprávou, správnu výživou a režimom dňa.

Za najväčšieho činiteľa starnutia organizmu považuje väčšina autorov nedostatok okysličovania, ktoré môže začať aj predčasne už v mladom veku. K týmto príčinám môžeme počítať dýchanie detí ústami, adenoidy, chronické streptokokové infekcie, tuberkulózu, reumatizmus a pod.

Pozornosť je zameraná na štúdium rozvoja hypoxie v staršom veku a porovnávanie pri starnutí so zmenami u ľudí v podmienkach výškovej vysokohorskej hypoxie. V starobe sa prejavuje nedostatočná schopnosť organizmu adaptovať sa na hypoxiu, na zmeny obehových a dýchacích funkcií a znižovania nešpecifickej odolnosti. Prevencia starnutia sa vidí v úprave mechanizmov adaptácie a rezistencie na hypoxiu pestovaním primeranej pohybovej aktivity a vysokohorskou aklimatizáciou.

Biologické funkcie sú u človeka podmieňované aj sociálno-ekonomickými a fyzikálno-chemickými faktormi životného prostredia. V niektorých geografických zónach sa vyskytuje viac dlhožijúcich ľudí ako v iných; výška okolo 1000 m nad morom sa ukazuje najoptimálnejšia.

Vplyv prostredia a genetické faktory sa javia ako naprogramované zmeny, ale závislé aj od podmienok života ako teplota, radiácia, výživa, užívanie liekov a pod. V prevažujúcej dlhovekosti žien sa poukazuje na ešte nedostatočne ovariálne funkcie a ich mechanizmus v činnosti ovariálnych buniek v súvislosti s vplyvom na dlhovekosť.

V otázke súčasných predstáv podstaty starnutia má význam aj makromolekulárna problematika a zmeny v nukleových kyselinách a bielkovinách.

Štúdium kolagénu ukázalo na zmeny jeho štruktúry, chemickej reaktivity, rozpustnosti v rezistencii voči enzýmom a v zníženej elasticite u starých ľudí.

Klinické pozorovania a laboratórne sledovanie hemokoagulácie a procesov na cievach, študované v závislosti od veku, ukázali, že od 50. roku sa narušuje dynamická rovnováha v hemokoagulačných systémoch a klesá agregabilita trombocytov. U prípadov predčasného starnutia sa pozorujú degeneratívne ochorenia, choroby srdcovocievneho systému, obličiek, zisťuje sa cukrovka a pod. Pri týchto procesoch zisťujú sa zreteľné straty a znížená kvalita okysličovania a funkcia kompletného dýchacieho aparátu.

Viaceri autori zisťujú, že lipidné škvrny vznikajú na stenách ciev u mladých aj do 20 rokov na miestach, ktoré sú najčastejším výskytom sklerotických zmien u dospelých a starých.

Na potrebu úpravy životosprávy v zmysle obmedzovania tukov v mäse poukazujú sovietski autori s podmienkou dodržiavať špeciálnu diétu s prísnyim obmedzením cholesterotvornej potravy, a to v prípadoch, keď sa prejavujú už prvé príznaky aterosklerózy, pri náklonnosti k tlakovým reakciám pri bo-

lestiach pri srdci, pri zvýšenej cholesterolemii, pri rodinnej dispozícii k ateroskleróze a hypertónii, pri náklonnosti k tlstnutiu, pri reumatizme a cukrovke. Do rámca poznatkov o starnutí patria aj patofyziologické procesy tvorby aterotrombóz s etiológiou faktorov ako: hyperlipémia vrodené, metabolická, dietetická, ďalej endokrinná diskrázia ako diabetes mellitus, hypertenzia, dedičnosť, fajčenie, tučnota, chronický stres, nedostatok fyzickej aktivity, koagulačná nerovnováha, zvláštnosti cievneho riečišťa, toxické činitele a chronické starnutie — čas ako taký.

Otázka starnutia organizmu v súvislosti so zníženým okysličovaním v tkanivách je v priamej závislosti so zmenami a funkciou na srdcovocievnom systéme. Za typické prejavy starnutia na srdcovocievnom aparáte sa považuje zvyšovanie systolického tlaku, pokles venózneho tlaku, zmenšenie celkového objemu krvi, zmenšenie cirkulačného objemu, predĺženie obehovej doby, zmeny acidobázickej rovnováhy, pokles intenzity tkaninového dýchania v srdcovom svale, stupňovanie glykolózy a glykogenolýzy, pokles aktivity mytochondrií v srdcovom svale. S vekom klesá a zároveň sa znižuje obsah energetických substrátov.

Pri starnutí sa zvyšuje citlivosť metabolických funkcií myokardu na adrenalín, noradrenalín a tyroxín.

Nedostatočná fyzická aktivita určitých vrstiev obyvateľstva je mnohými autormi považovaná za príčinu rozvoja artériosklerózy.

Porovnávanie mikroskopickej skladby srdcových vlákien a kapilár, ich vzájomný pomer u divoko žijúcich zvierat s domácimi, ukázal, že väčší pomer kapilár ku vláknam je u divoko žijúcich zvierat. Ukázalo sa, že tieto pomery sú ovplyvňované telesnou aktivitou, resp. stupňom hypoxie ňou provokovanej. Z tohto pre koncepciu rehabilitácie v geroprofylaxii sú významné tie zistenia, podľa ktorých výhodnejšia štruktúra myokardu sa získava telesným zafažením a to tým výraznejšie, čím skôr sa so záťažou začína.

Doterajšie skúsenosti so zavádzaním pohybovej aktivity ako liečby u starých a prestarnutých ukázali plnú opodstatnenosť tejto metódy.

Sledovanie zdravotného stavu a porovnanie dĺžky života u športovcov profesionálov s občanmi, ktorí nešportujú, ukázalo, že podstatne dlhšieho veku sa dožívajú športovci ako nešportovci.

Ľudia, ktorí sa dožívajú dlhého veku, sú spravidla dobrí chodci. Pravidelné cvičenia u starých ľudí môže čiastočne nahrádzať aj kúpeľná kúra. Aj mladí ľudia po pohybe v horách sa vracajú domov hladní, vagotonickí s bradykardiou. Cvičenia prispôbené povahe starších ľudí majú pre ich život podstatný význam, pretože takto predchádzajú hypoxémii a chronickým ťažkostiam dýchacích ústrojov. Pritom sú z organizmu odstraňované produkty neúplného okysličovania, ktoré zanechávajú mukoidné zdurené v intíme ciev a umožňujú ukladanie lypoidov, ktorých dôsledok je rozvíjanie príznakov aterosklerózy. Správne uskutočňovanie aktívneho pracovného režimu doplnovaného gymnastikou a športom umocňuje význam kyslíka, okysličovanie všetkých orgánov a zabraňuje tak rozvíjaniu aterosklerózy.

Výrazný rozdiel vo výskyte a stupni aterosklerózy sa zisťuje porovnávaním skupín starých ľudí, ktorí športujú, s tými, ktorí nikdy necvičili a nešportovali. Aj v neskorom veku systematicky vykonávaná telesná výchova má priaznivý vplyv na nervovú činnosť, hlavne na mozgovú kôru. Pôsobí

na dynamiku nervových procesov v kôre veľkého mozgu, zvyšuje regulačnú schopnosť a tým robí organizmus schopnejším správne reagovať na škodlivé činitele prostredia, takže znižuje chorobnosť a predlžuje život.

Dosiaľ ešte stále málo lekárov doceňuje význam liečebnej telesnej výchovy a športu v neskoršom veku, dokonca sa domnievajú, že cvičením sa organizmus opotrebuje. Je však úplne jasné, že včasné zamedzenie postupujúcej chronickej hypoxie, nedostatočnej funkcie čriev a žalúdka, atrofia svalstva a postupujúca artérioskleróza majú na predĺženie života veľký význam.

Funkčné možnosti starých ľudí vyžadujú primerané a adekvátne dávkovanie liečebného pohybu. Dôležité je pri cvičení zachovať mierne teplo a postupne, ako sa v priebehu tréningu zlepšuje činnosť nervových regulátorov a funkciu orgánov, treba zvyšovať aj zaťažovanie. Liečebný telesný pohyb, telesná výchova a šport v starom veku majú snáď ešte väčší význam ako u mladých ľudí, pretože môžu zabrániť rozvíjaniu určitých patologických stavov, udržať pracovnú schopnosť a predĺžiť život. Pritom starých ľudí nemožno zaťažovať telesnou námahou až do vyčerpania. Vrchol zaťaženia musí byť dosiahnutý pred únavou.

Liečebná telesná výchova je rozhodujúcim činiteľom ovplyvňujúcim fyzickú výkonnosť i proces uzdravovania v pokročilom veku u hospitalizovaných pacientov. S liečebným pohybom treba začať už u ležiacich pacientov na posteli a postupne podľa úpravy stavu v sede a potom v polohe stojacej a chodiacej. Po mobilizácii pacienta treba prísť k celkovej ďalšej rehabilitácii a s prípravou pacienta na domáce úkony s postupnou prípravou na spätné zaradenie do prostredia, v ktorom pacient žil pred ústavnom liečbou.

Najväčšie skúsenosti s pohybovou liečbou pacientov staršieho veku, ktorí boli liečení v kúpeľných zariadeniach, majú sovietski lekári. Podľa ich skúseností je veľmi dôležité rozdelenie pacientov podľa vekových skupín, a to na základe biofyziológických zvláštností starnúceho organizmu s prihliadnutím na stav ochranných a adaptačných síl, funkcionálnych možností organizmu a na odchýlku od procesu starnutia primeraného veku spolu s prekonanými chorobami a zmenami obvyklého spôsobu života.

Úspešný priebeh kinezioterapie je v ZSSR zabezpečovaný všetkými prostriedkami, ako je lekársko-metodická a psychoterapeutická konzultácia na úpravu stereotypu a individuálneho režimu, zabezpečovanie pravidelnej fyzickej aktivity, otužovanie organizmu, pobyt na čerstvom vzduchu, vytváranie optimistickej a tvorivej nálady, relaxácia, psychotonické autocvičenia, systematické nacvičovanie individuálnej rannej rozcvičky, vštepovanie hygienických návykov a zavedenie telocviku ako nevyhnutnej súčasť života. Takýto prístup k starším pacientom so zavádzaním liečby pohybom je účelný pre pacientov, ktorí sú prijatí na liečenie do nemocníc alebo liečebných ústavných zariadení.

Pre starších a starých občanov, ktorých zdravotný stav nevyžaduje ústavný pobyt, sa ukazuje veľmi účelné konkrétne rozpracovanie telesných cvičení pre jednotlivé vekové skupiny podľa stupňa telesnej zdatnosti s primeranou dĺžkou trvania cvičenia.

Odporúčajú sa cvičenia v pomalšom tempe bez veľkých zmien polohy hlavy a bez väčších silových cvikov, obmedzujú sa rýchlostné cvičenia, pripúšťa sa primeraný vytrvalostný výkon. Okrem cvičení odporúča sa turistika, rekreačné vesľovanie, cyklistika, plávanie, niektoré menej náročné lyžiarske

túry a pod. Neodporúča sa používať maximálne silové cvičenia, náhle zmeny polohy tela, zavádzanie pretekania, najmä rýchlostné preteky.

Lekárska prehliadka sa zameriava obvykle na sledovanie stavu ciev, srdca, pľúc a kĺbov. Meria sa krvný tlak, zisťuje sa cholesterol v krvi, vyšetruje sa očné pozadie.

Telesná výchova starých osôb má byť pravidelná a primerane intenzívna, jej intenzita sa riadi zdravotným a funkčným stavom cvičenia — zvýšená lekárska starostlivosť je tu tiež potrebná.

Cvičením starých osôb u nás by sa mali zaoberať jednotné telovýchovné organizácie, závodné výbory ROH, Československý Červený kríž, socialistický zväz mládeže a aj ďalšie organizácie — ako Zväzarm, útvary civilnej obrany, organizácie Slovenského zväzu žien a pod.

Súhrn

Pribúdanie obyvateľstva na svete prináša problém relatívneho a absolútneho stúpania počtu starých ľudí aj u nás. Tejto otázke sa venuje aj Svetová zdravotnícka organizácia. Problémom starých ľudí sa zaoberajú mnohé inštitúcie politické, hospodárske, sociálne a zdravotnícke. Zdravotníctvu, vedec-kým pracovníkom a lekárom pripadá úloha riešiť otázku predčasného star-nutia, predchádzania chorôb, staroby a udržiavania starých ľudí v stave ich veku primeranom.

Práca poukazuje na niektoré doteraz známe poznatky v súvislosti so star-nutím organizmu a na výsledky výskumov a pozorovaní, ktoré sa dosiahli u starých ľudí zlepšovaním okysličovania a prekrvovania organizmu predovšetkým pohybom aktivitou, zavádzaním liečebného telocviku, pestovaním telesnej výchovy, športu, turistiky a pod.

Liečebnú telesnú výchovu treba začať u starých pacientov, ktorí boli pri-jatí na liečenie do ústavných zariadení hneď po ich prijatí, a to na lôžku lež-mo, v sede, v stoji, za chôdze a postupnou rehabilitáciou až k schopnosti návratu do pôvodného prostredia a spôsobu života.

U starých ľudí sa odporúča zavádzať liečebnú telesnú výchovu podľa jed-notlivých skupín vybraných podľa veku, zdravotného a funkčného stavu jed-notlivcov pod lekárskou kontrolou a odborným dozorom.

V ústavných zariadeniach zdravotníckych a v zariadeniach sociálneho za-bezpečenia treba naďalej liečbu pohybom prehľbovať a rozširovať. U ostat-ných starých ľudí je potrebné prenášať organizovanie liečebného pohybu a telesnej výchovy na ďalšie spoločenské zložky a organizácie.

W. SANDRITTER, C. THOMAS:

MAKROPATOLOGIE

(Makropatológia)

Vydalo: F. K. Schattauer Verlag GmbH Medizin und Naturwissenschaften, Stuttgart, 1975, 3. opravené a rozšírené vydanie, 365 strán, 680 obrázkov, z toho 639 viacfarebných, 14 tabuliek, cena DM 98.—. ISMN 3-7945-0436-4

W. H. HAUSS, W. OBERWITTLER:

V našom časopise sme referovali o Sandritterovej všeobecnej patológii. Prof. Sandritter, ktorý nedávno v mladom veku zomrel, pripravil v spolupráci s prof. Thomasom v 3. vydaní učebnicu a atlas makropatológie, určenú ako učebnicu pre medikov a lekárov. Okrem nemeckého vydania vyšla makropatológia v angličtine, francúzštine, v taliančine, v japončine a v španielčine. Už tá skutočnosť, že táto monografia vyšla prakticky v šiestich svetových jazykoch, svedčí o jej kvalitách. Učebnica je rozdelená na jednotlivé kapitoly. Vo všeobecnej časti sa hovorí o kritériách na stanovenie nálezu, o protokolárnom spracovaní a všeobecných pravidlách pre sekciu. Špeciálna časť venuje pozornosť z hľadiska formálnej patológie jednotlivým systémom ľudského tela, ich patologicckoanatomickým zmenám s poukazom na niektoré klinické aspekty uvedených patologicckoanatomických zmien. Celkom v 19 kapitolách sú rozobrané a prekrásne dokumentované nálezy chorobných zmien jednotlivých systémov. Učebnica je doplnená ďalším písomníctvom podľa

jednotlivých kapitol a vecným registrom.

Azda najkrajšou súčasťou tejto učebnice je prekrásna fotografická dokumentácia, zväčša farebná. Potrebné schémy, event. ďalšie fotografie, napr. koronarogram, dopĺňujú jednotlivé kapitoly. Text jednotlivých kapitol je skôr úsporný, no zato vyčerpávajúci a poukazujúci na základné i detailné informácie jednotlivých nálezov. Učebnica sa ľahko číta, rôzne typy písma v jednotlivých kapitolách predstavujú systém pre učenie a štúdium.

Učebnice patologickej anatómie sú obyčajne veľmi rozsiahlymi dielami, ktoré čitateľa skôr odradia ako získajú. Makropatológia prof. Sandrittera a Thomasa v každom prípade získa čitateľa pre jasnosť, prehľadnosť, informovanosť a dokumentovanosť faktov. Každý poslucháč medicíny a podľa môjho názoru každý lekár, ktorý má záujem o chorobu ako patologicky prebiehajúci dej, prijme iste túto učebnicu ako jedno zo základných diel do svojej knižnice.

Dr. M. Palát, Bratislava

NĚKTERÉ RYSY SOUSTAVY REHABILITAČNÍ PĚČE V DÁNSKÉM KRÁLOVSTVÍ

M. VIDLÁK,

Výzkumný ústav práce a soc. věci, Praha

Uzavřené série statí o soustavách rehabilitační péče v zahraničí

V číslech 2, 3 a 4/74 již vyšly statí o soustavách rehabilitační péče v Polské lidové republice, ve Svazu sovětských socialistických republik a ve Velké Británii; v r. 1975 uveřejněné články o soustavách rehabilitační péče v Německé demokratické republice, Německé spolkové republice je doplňují a stať o některých rysech rehabilitační péče v Dánském království pak uzavírá tento přehled o systémech rehabilitační péče v některých socialistických a jiných státech.

Grafy

Obdobně jako při pojednávání o soustavě rehabilitační péče ve Velké Británii, Německé spolkové republice nebudeme se zabývat jen jednotlivými jejími rysy a institucemi, ale půjde nám především o přehled *celkový* a zejména o některé poznatky, které by

bylo nutno uvážit při dobudování soustavy rehabilitační péče u nás.

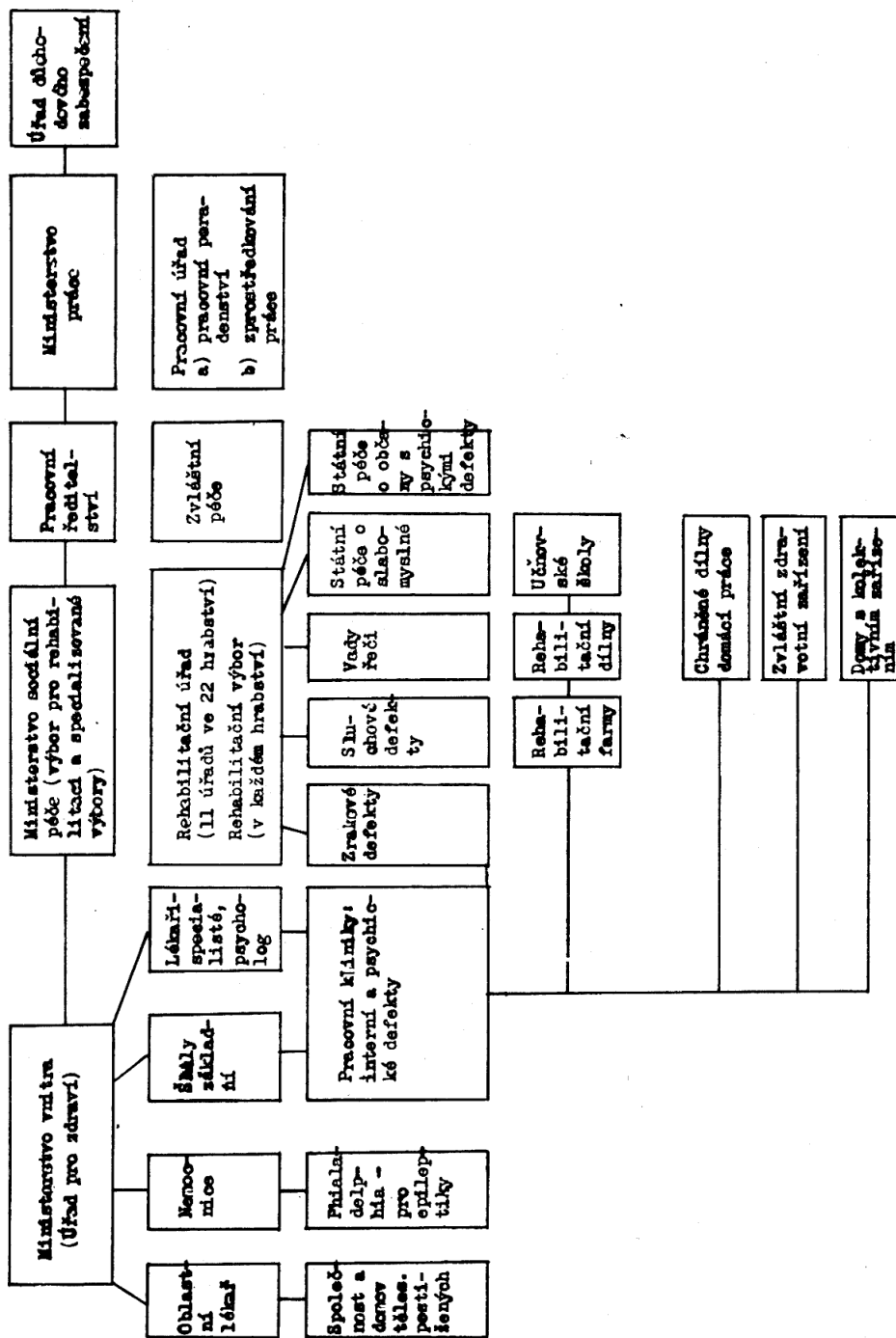
Pro stručnost a přehlednost vysvětlíme problematiku nejlépe tak, že popíšeme grafy znázorňující soustavu rehabilitační péče v Dánském království:

1. Soustava poradenství a rehabilitační péče v Dánském království.
2. Detaily základní soustavy rehabilitační péče a poradenství (rehabilitační úřad — Dánské království).

Otevřená soustava a její další typické rysy

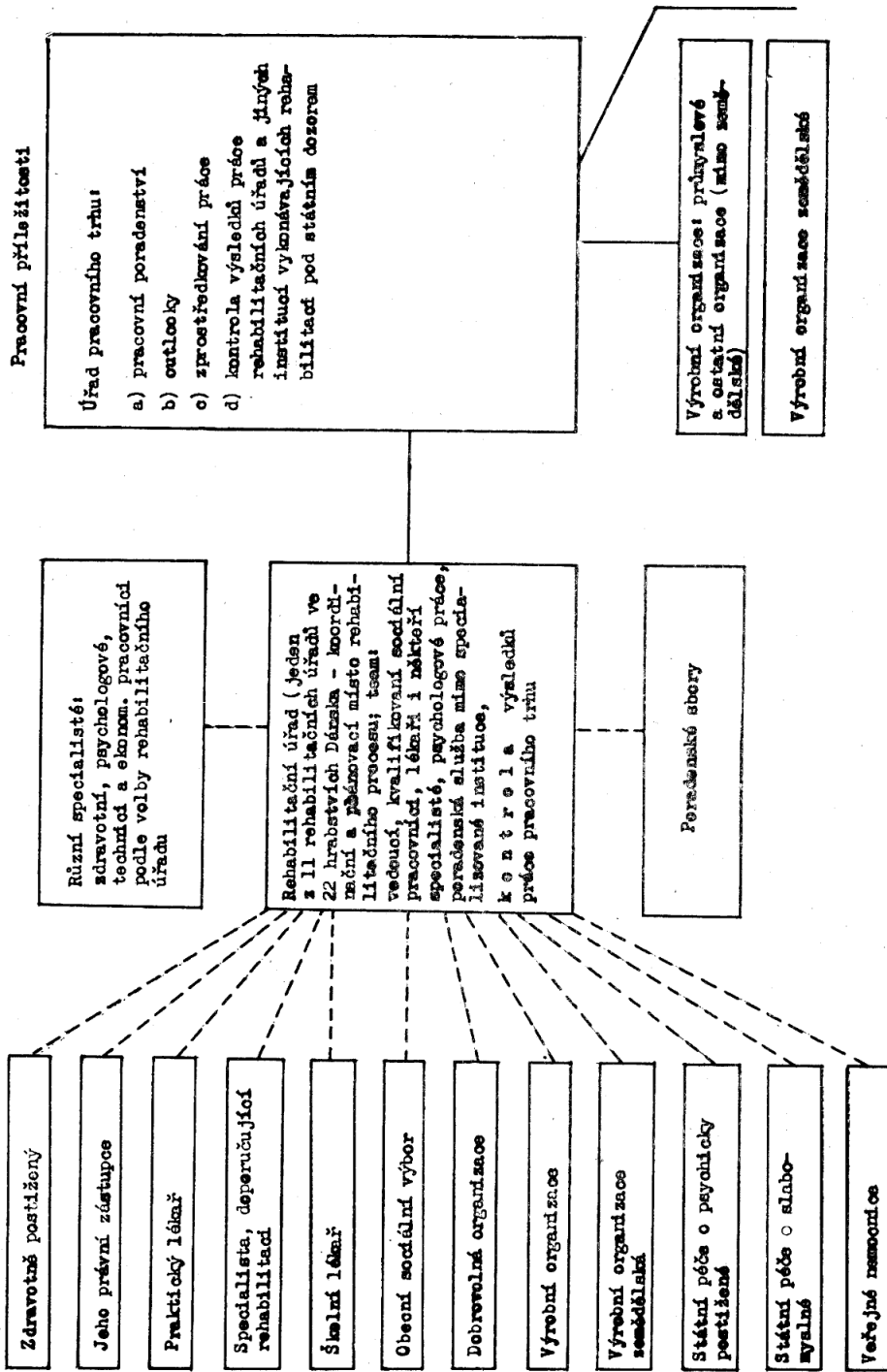
Z prvního a zejména druhého grafu je zřejmé, že dánská rehabilitační péče představuje do velké míry otevřený systém. Ve shora citovaných státech jsme již viděli, že britská soustava představuje řetěz institucí, které obstarávají samy veškeré služby rehabilitační péče pro osoby postižené různými defekty. Soustava je uzavřena vnějším vlivům a nemá se (až na vý-

1. Soustava poradenství rehabilitační péče v Dánském království



2. Detail základní soustavy rehabilitační péče a poradenství (rehabilitační úřad - Dánské království)

Zdroje pracovních sil



jimky) obracet na služby odborníků „zvenku“. Všechny služby jsou tak poskytovány uvnitř této univerzální soustavy, která pak nemá potíže s kombinovanými defekty a se spory o kompetenci příslušného specializovaného odvětví rehabilitační péče, jako je tomu v Německé spolkové republice. Systém její rehabilitační péče je totiž také soustavou uzavřenou, avšak tak, že jednotliví nositelé sociálního pojištění poskytují rehabilitační péči pouze svým pojištěncům v odvětvích specializovaných například tak, že důchodové pojištění se zabývá především rehabilitační péčí o občany postižené vnitřními chorobami, úrazové pojištění poskytuje rehabilitační služby při následcích úrazu atd. Dánská rehabilitační péče je naopak otevřeným systémem, neboť služby jsou „nakupovány“ státními orgány rehabilitační péče zvenčí od různých odborníků a institucí specializovaných na péči o osoby postižené určitými defekty. Toto otevřené řešení umožňuje do jisté míry řešit obtížnou otázku vnějších vztahů rehabilitačního systému. Může také přispívat ke zvýšení kvality a hospodárnosti rehabilitační péče. Dánský vývoj však ukazuje, že i v případě, kdy rehabilitační péče je prováděna odborníky na dánské odborné a mravní úrovni, může nakupování služeb i při dobrém personálním vybavení vést ke „strejčkování“. To zase jenom upevňuje nesooudnost a nevhodnost územního rozložení odborníků i institucí. Tyto nevýhody jsou spojeny i s tím, že rehabilitační péče se nakonec může omezovat jen na lehčí případy s vyloženou nadějí na úspěch, nevyžadující dlouhodobé pokusy a ověřování výsledků testování a jiných vyšetřovacích metod v dlouhodobém procesu. Proto byla důsledná otevřenost dánského systému (jehož začátky sahají až do roku 1872) nakonec opuštěna právě zři-

zváním četných pracovních klinik, z nichž prvá byla založena teprve v r. 1957.

Pracovní klinika

Tvoří v uvedené dánské soustavě jednu z důležitých institucí, na níž zpravidla pracuje team složený z lékařů rehabilitační péče, psychologů práce, ergonomů a sociologů, kteří mají zejména během léčebné rehabilitace (zejména léčby prací) a s ní spojené pracovní rehabilitace stanovit pomocí objektivních metod pracovní schopnosti rehabilitantovy a vytvořit podklady pro pracovní poradenství, které má doporučit vhodné pracovní umístění za běžných pracovních podmínek a za společensky přijatelné mzdy. Pracovní klinika není zpravidla specializována na určité defekty. Má tak nahradit členitý systém ústavů s různou psychofyzickou zátěží pro rehabilitanty a vytvářet pozvolný přechod mezi léčebnou a pracovní rehabilitací. Dánská pracovní klinika představuje tak v podstatě pokus řešit problematiku nikoliv v několika ústavech, jako ve Velké Británii, ale jedním ústavem s příslušnými odděleními provádějícími různé fáze rehabilitační péče. Proto nejsou také dosud ustáleny nejen pracovní teamy a pracovní náplň jednotlivých pracovních klinik, ale i jejich vztahy k ostatním článkům rehabilitační péče, s nimiž se setkáváme na 1. grafu. K nim patří zejména rehabilitační úřad.

Rehabilitační úřad

tvoří jádro celé soustavy v tom smyslu, že představuje jediné organizační místo, na které se obracejí všechny osoby a instituce zapojené do rehabilitačního procesu. Vedoucím u rehabilitačního úřadu je vyhrazeno rozhodnutí o započetí rehabilitačního

procesu, poskytování věcných a finančních dávek během rehabilitace o jejím zaměření, přenesení a zabezpečení příslušným doporučením (pracovní rekomandací) nebo návrhem na zabezpečení občana důchodem.

Vedoucí učiní ovšem takové rozhodnutí spolu se zástupcem pracovního úřadu a zvláštní (přibližně u nás doplňkové) péče, která však řeší například i otázky protetické a důchodového pojištění. Opírá se přitom o názory stálých pracovníků rehabilitačního úřadu, k nimž mimo vedoucího patří mnohdy lékař rehabilitační péče, psycholog práce, rehabilitační sociální pracovníci. Spolupracuje přitom s rehabilitačními výbory, které pracují v každém z 22 dánských hrabství. Výbor se skládá ze zástupců rehabilitačních úřadů, odborových organizací a svazů zaměstnavatelů, nemocnic, rehabilitačních zařízení i organizací invalidů.

Rehabilitační úřad působí tak v dánské soustavě rovněž jako jediné plánovací a koordinační místo, jehož hlavním úkolem je opatřit informace pro plánování a koordinaci rehabilitační péče. Přitom však ji neprovádí a nezodpovídá za provádění žádné její součásti, ale nakupuje podstatné části služeb u institucí, o nichž se ještě dále stručně zmíníme. Při ukončení rehabilitačního procesu podle individuálních rehabilitačních plánů spolupracuje pak zejména s úřadem práce.

Úřad práce

Dánští odborníci rehabilitační péče se snaží zachovat dosavadní úspěšnou úpravu mezi rehabilitací a pracovním úřadem, který sice není podle dánského pojetí součástí soustavy rehabilitační péče, avšak provádí dvě významné funkce v regulaci pracovního trhu; v prvé příslušné oddělení toho-

to úřadu vypracovává ve svěřené oblasti výhledy pracovních příležitostí (outlooky), které udržuje v aktuálním stavu a spolupracuje při tvorbě bilance pracovních příležitostí a šil; v druhé funkci zprostředkuje pracovní umístění v jednotlivých podnicích. Úřad práce musí mít proto přehled o provozních podmínkách na jednotlivých pracovištích, neboť podle dánského pojetí může být za rehabilitovaného považován pouze ten občan, který je schopen pracovat za běžných provozních podmínek bez podstatných úprav pracovního procesu a pracoviště za společensky přijatelnou mzdu. Ty osoby, které mohou pracovat jen za zcela mimořádných podmínek, které je třeba chránit ve chráněných dílnách, nejsou považovány totiž za rehabilitované, avšak za invalidy, jimž je vyplácen invalidní důchod podle určitých kritérií tak, aby byla uhrazena ztráta na jeho výdělečné schopnosti, určená úrovní mzdových a platových požitků na pracovním trhu. Tím odpadají do určité míry potíže spojené s přechodem z práce do invalidity a s konkurencí mzdových požitků a důchodu. Invalidní důchod v plné míře je pak poskytován, jestliže ztráta výdělečné schopnosti činí dvě třetiny a případně i více.

Specializovaná odvětví rehabilitační péče

Pracovní úřad poskytuje všeobecné informace o pracovních příležitostech a zprostředkuje práce na podkladě výsledků práce pracovních klinik a rehabilitačních úřadů, které rovněž nejsou specializovány na jednotlivé defekty nebo jejich skupiny. Takto specializované však je samo provádění rehabilitační péče. Strukturu specializovaných odvětví dánské rehabilitační péče popíšeme tak, aby vynikly její typické rysy a poznatky potřeb-

né pro dobudování soustavy rehabilitační péče tak, jak jsme uvedli v úvodu této rozsahem obmezené stati.

V Dánsku je rehabilitační péče pojímána v nejširším slova smyslu; zahrnuje nejen léčebnou rehabilitaci včetně léčby prací v běžném slova smyslu, ale i výcvik osob bezmocných, k sebeobsluze invalidů, k výkonu prací v domácnosti, řešení otázek protetických včetně úprav bytu a jejich zařízení, pracovní a sociální rehabilitaci (provádějí například péči o toxikomany, potrestané a jiné osoby sociálně deintegrované), zvláštní péči zajišťující věcné a finanční dávky během rehabilitačního procesu.

Podnět k řešení otázky, zda má být zahájena rehabilitační péče, může dát kdokoli, bez jakýchkoliv formálních předchozích podmínek a není na navrhovatel, aby předkládal jakékoli podklady, ale na rehabilitačním úřadu (na nějž se zpravidla obrací), aby si opatřil všechny potřebné náležitosti. Jde přitom o to, aby rehabilitace byla zahájena co nejdříve tím, že se podle povahy defektu ujme postiženého příslušná instituce. Nejdůležitější a z našeho hlediska nejzajímavější instituce můžeme popsat takto:

- a) Ústavy pro pacienty s ortopedickými a pohybovými defekty, kteří vyžadují dlouhodobé péče. Tato zvláštní zařízení například v Hornbacku a v Haldu jsou spojena s dětskými domovy, internáty, učňovskými školami, rehabilitačními a domácími dílnami pro mládež i dospělé.
- b) *Filadelfia*. Je soukromnou státně uznanou a pod státním dozorem pracující společností, která provozuje ústav specializovaný na trvalou péči o epileptiky.
- c) *Rehabilitační dílny* se zabývají péčí o osoby, které mají potíže s způsobením se běžnému pracovní-

mu tempu v běžných pracovních podmínkách, například po dlouhém onemocnění, nebo se musí přizpůsobit strukturálním změnám v dánské ekonomice a vyděleném technickém rozvoji.

- d) *Rehabilitační farmy*. Zabývají se pracovní rehabilitací osob s neurologickými a psychickými defekty, které pak pracují v živočišné výrobě (chov perliček a dobytka) se značnou poptávkou po výrobcích takových zemědělských farem. Na rehabilitační farmě v Elleslettesardu pracují epileptici a osoby s těžkými defekty pohybového aparátu, kteří vykonávají zejména administrativu. Rehabilitační doba je asi 6 měsíců, případně rok i déle. Po jejím ukončení nastupují rehabilitanti do zemědělských podniků a zahradnictví za běžných pracovních podmínek. Rehabilitaci se zaměřením na zemědělství je v Dánském království věnována zvláštní pozornost pro charakter národního hospodářství. Měli bychom jí však věnovat pozornost i u nás, neboť nesmíme při dobudování soustavy rehabilitační péče u nás zapomínat, že také zemědělství skýtá různé možnosti pro rehabilitační péči, která přece nemůže být omezoována jen na průmysl a obchod, dopravu a služby.

e) *Učňovské školy*

Jak jsme již uvedli, dánské pojetí je na jedné straně co nejširší, na druhé straně však je zdůrazňováno, že rehabilitační péče má být orientována na osoby, kde je skutečně naděje na úspěšný výsledek, kdy rehabilitant je schopen pracovat za běžných provozních podmínek a ostatním má být raději poskytnuto zabezpečení z důchodkového pojištění. Proto je věnována největší pozornost rehabilitaci

mládeže. Jako příklad lze uvést učňovskou školu pro tělesně postiženou mládež. Během krátkodobého pobytu rehabilitantů má škola ověřit předpoklady tělesně postižené mládeže pro plnění plánu výroby. Škola má záměrně malý počet učňů, kteří pracují pod vedením mistra s vysokou kvalifikací. Učební doba v oboru elektroniky je čtyřletá; vždy po šesti týdnech je teoretická výuka učňů na vysoké škole, která má dát učňům vyšší než běžnou kvalifikaci a vychovat z nich vysoce kvalifikované odborníky, po nichž vždy bude poptávka i v konkurenci se zdravými občany, například ve výrobě radarových lodních zařízení. Dalšími příklady takových škol učňovských je škola pro jemné mechaniky, hodináře atd. Pracovní náplň všech těchto učňovských škol je tedy řízena zásadou: dlouhodobý rehabilitační výukový proces omezeného počtu svěřenců, pod vedením vynikajících odborníků, v oborech vyžadujících vysokou kvalifikaci.

f) *Chráněné dílny a domácí práce*

Otevřený dánský systém s nakupovanými službami přispěl k tomu, že Dánsko má poměrně malý počet chráněných dílen s chráněných pracovišť. Posláním chráněných dílen a pracovišť je podle dánského názoru poskytnout určitým občanům „náhradní zaměstnání“, kterým se rozumí pracovní uplatnění ve speciálních zařízeních, které poskytují dlouhodobé pracovní uplatnění lidem, kteří nemohou pracovat za normálních podmínek na pracovním trhu a jejichž pracovní schopnost nemůže být podstatně zlepšena rehabilitací ani jiným vhodným opatřením, které by jim umožnilo pracovat v dohledné době za normálních podmínek za mzdu, která je společensky přijatelná. „Mzda“ ve chráněných dílnách slouží jako prostředek sociál-

ní adaptace. Chráněné dílny nemají žádné monopolní postavení, zaručený program, a jsou vystaveny konkurenci domácí a zahraniční. Chráněny jsou však zcela mimořádné pracovní podmínky, například to, že dílny jsou vybavovány znovu nejmodernějším zařízením a dosavadní zařízení odpisováno neobvykle vysokými sazbami a vyřazováno dříve než v běžných provozech.

g) *Domy s kolektivním zařízením*

Při popisu pojetí rehabilitační péče jsme viděli, že její součástí je i bytová péče, vytvářející pro invalidy takové možnosti, aby vhodně orientovanou pracovní činností bylo zabráněno zhoršování psychického a celkového zdravotního stavu. Takovou činnost mohou vyvíjet ve vlastní domácnosti (s případnými technickými úpravami) nebo v domech s kolektivním zařízením například v Kodani. Služby, jejichž obstarávání by působilo invalidním obyvatelům takového domu obtíže, se obstarávají kolektivně. To platí například i o jídle, které si však mohou vařit v kuchyňských koutech, případně vybavených zvláštním technickým zařízením, v jednotlivých bytových jednotkách kolektivního domu, který nemá z těchto důvodů jednotný bytový řád. Obyvatelé mohou vyvíjet i pracovní činnosti (například pletení koberec, zhotovování hraček, studium jazyků atd.). Do společné místnosti mohou být vyvázeni a věnovat se zábavě i pacienti bezmocní s nejtěžšími stavy po poliomyelitidě, kdy péče o ně vyžaduje mimořádných nákladů; přesto je tato péče vynakládána, neboť rehabilitační péče v Dánsku má sice být poskytována pouze v případech se zdůvodněním nadějí, ale přesto nemá být chápána jen z hlediska ekonomického jako forma mezi vynaloženými náklady a dosaženými výnosy.

*Ekonomické a finanční otázky
a některé právní otázky*

Rehabilitační péče je prováděna družstevními organizacemi a soukromými společnostmi pod státním dozorem. Péče o osoby s defekty mentálními a psychickými je však zcela financována státem, který jí věnuje značné prostředky. Péče o tyto občany je také upravena zvláštním zákonem; může být prováděna i proti přání rodičů dětí a dospělých osob, pokud jsou nebezpečné sobě a okolí. Takové osoby mohou vyvíjet pracovní činnost například ve chráněných dílnách; ekonomickým a finančním otázkám chráněných dílen je věnována velká pozornost. Nasvědčuje tomu například práce B. Andersena, který konstrukcí matematických modelů a jejich propočtem řeší tyto obtížné otázky. Ekonomické a finanční problematice rehabilitační péče dosud nevyřešené i jenom po stránce teoretické, je věnováno i velké mezinárodně organizované úsilí. Například výzkum prováděný B. Andersenem probíhal v OECD (Organization for Economic Cooperation and Development). Tato organizace byla ustanovena podle konvence podepsané v Paříži 1960; sdružuje Rakousko, Belgie, Kanadu, Francii, Německou spolkovou republiku, Řecko, Island, Irsko, Portugalsko, Španělsko, Švýcarsko, Turecko, Velkou Británii, Spojené státy americké, Švédsko, Norsko a Dánsko. Výzkum ekonomických a finančních otázek rehabilitační péče je prováděn v rámci výzkumu zaměstnanosti zvláštních skupin obyvatelstva, k nimž jsou počítány ženy, osoby přestárlé a invalidní. Stejná pozornost ekonomickým otázkám rehabilitační péče je věnová-

na, zvláště v poslední době, i v SSSR, ostatních státech východní Evropy i v ČSSR. To dokazuje i zaměření výzkumného úkolu, který se zabývá vyjádřením ekonomického přínosu pracovní rehabilitace pro národní hospodářství, na jehož řešení se již pracuje na pražském pracovišti Československého výzkumného ústavu práce a sociálních věcí.

Souhrn

Článek uzavírá serii statí o systémech rehabilitační péče v zahraničí, ve Svazu sovětských socialistických republik, Polské lidové republice, Německé demokratické republice, ve Velké Británii, Německé spolkové republice, v Dánském království, uveřejňovaných postupně v tomto časopise. Typické rysy rehabilitační péče v Dánském království jsou opět podány při popisu grafů celostátního systému, který na rozdíl od předchozích soustav rehabilitační péče v západní Evropě, představuje „otevřený“ systém s nakupovanými službami. Ve statí jsou kriticky zváženy výhody a nevýhody dánského řešení a zejména uvedeny důvody, proč byl „otevřený“ systém opuštěn a je postupně nahrazován „uzavřeným“ systémem, který si, pokud možno, obstarává všechny služby sám. Zevrubněji jsou probírána některá speciální řešení dánského řešení problematiky rehabilitační péče, která jsou přínosem z hlediska světového i do budování soustavy rehabilitační péče u nás, jako například zařízení péče o epileptiky, státní péče o občany s psychickými defekty, rehabilitační zemědělské farmy, domovy s kolektivním zařízením a řešení ekonomických otázek chráněných dílen.

М. Видлак: Некоторые черты восстановительной заботливости в Королевстве Дании

Резюме

Статьей заключается серия статей о системах восстановительной заботливости за границей, в Советском Союзе, в Польской народной республике, в Германской демократической республике, в Великобритании, Федеративной республике Германии и в Дании, публикуемых в настоящем журнале. Характерные черты восстановительной заботливости в Дании также даются в форме описания графиков общегосударственной системы, которая, в отличие от предыдущих систем восстановительной заботливости в западной Европе, представляет «открытую» систему с покупным обслуживанием. В статье критически взвешиваются преимущества и недостатки датского решения. В частности, приводятся причины заброшения «открытой» системы и постепенного замещения ее «замкнутой» системой, которая, по возможности, обеспечивает все-службы сама. Более подробно разбираются некоторые специальные случаи датской системы решения проблематики восстановительной заботливости, которая является вкладом с мировой точки зрения и завершения построения системы восстановительной заботливости у нас, как например учреждение заботливости об эпилептиках, государственная забота о гражданах с психическими дефектами, сельскохозяйственные фермы с восстановительной терапией, дома с коллективным оборудованием и решение экономических вопросов защищаемых мастерских.

M. Vidlák:

SOME FEATURES OF REHABILITATION CARE IN DENMARK

Summary

The contribution completes a series of articles about the systems of rehabilitation care in various countries; in the Soviet Union, in the Polish People's Republic, in the German Democratic Republic, in Great Britain, in the German Federal Republic, in Denmark which were successively published in this journal. The typical features of rehabilitation care in Denmark are presented again in description of graphs in the national system, which in contrast to the preceding system of rehabilitation care of Western Europe represent a so called „open system“ with piled services. In the article the advantages and disadvantages of the Danish solution of the problem are considered, specially as why the „open system“ was abandoned, gradually supplemented by the „closed system“ which, — as far as possible, is getting all services by themselves. Globally some special solutions of the Danish system of rehabilitation care are discussed which are a contribution on the world scale and with respect to further building up of rehabilitation in our country as e. g. in the cases of epileptics, in a national care for persons with mental defects, rehabilitation centres on farms, homes with collective economic structures and protected work shops.

M. Vidlák:

Quelques traits des traitements de réadaptation au Royaume du Danemark

Résumé

Cet article termine une série d'exposés s'occupant des systèmes de traitements de réadaptation à l'étranger, notamment dans l'Union des républiques socialistes soviétiques, la République populaire polonaise, la République démocratique allemande, la Grande-Bretagne, la République fédérale allemande et au Royaume du Danemark, publiés successivement dans notre revue. Les traits typiques de ces traitements de la réadaptation pratiqués dans le Royaume du Danemark sont à nouveau donnés dans la description des graphiques du système national qui

se distingue des systèmes des traitements de réadaptation précédents de l'Europe occidentale par un système „ouvert“ des services. Dans le chapitre sont considérés de façon critique les avantages et désavantages de la solution danoise et en particulier mentionnées les raisons pour lesquelles fut abandonné le système en détail sont examinées certaines solutions spéciales des la solution danoise de la „ouvert“ et remplacé au fur et à mesure par un système „fermé“ qui, selon les possibilités, se procure tous les services par ses propres moyens. Beaucoup plus problématique des traitements de réadaptation qui sont un apport du point de vue mondial et de celui de l'édification du système des traitements de réadaptation chez nous, comme par exemple, l'organisation des soins donnés aux épileptiques, les soins nationaux voués aux citoyens affectés de troubles psychiques, la réadaptation dans les fermes agricoles, dans les institutions collectives et la solution des problèmes économique des ateliers protégés.

M. Vidlák:

Einige Eigenheiten der Rehabilitationsfürsorge im Königreich Dänemark

Zusammenfassung

Dieser Artikel steht am Ende einer Artikelreihe über die Systeme der Rehabilitationsfürsorge im Ausland, und zwar in der UdSSR, in der Volksrepublik Polen, in der DDR, in Großbritannien, in der Bundesrepublik Deutschland und im Königreich Dänemark, die nacheinander in dieser Zeitschrift erschien. Die typischen Eigenheiten der Rehabilitationsfürsorge im Königreich Dänemark sind ebenfalls anhand von Diagrammen über das gesamtstaatliche System dargelegt, das im Unterschied zu den früher beschriebenen Systemen der Rehabilitationsfürsorge in Westeuropa ein „offenes“ System mit käuflichen Dienstleistungen darstellt. Im Artikel werden die Vorzüge und Nachteile der dänischen Lösung kritisch gewertet, insbesondere werden die Argumente ins Treffen geführt, weswegen das „offene“ System fallengelassen und schrittweise durch ein „geschlossenes“ System ersetzt wurde, das sich möglichst alle Dienstleistungen selbst besorgt. Eingehender werden einige spezielle Regelungen innerhalb des dänischen Lösungsform der Problematik der Rehabilitationsfürsorge behandelt, die in Anbetracht der Situation in aller Welt und der Vervollkommnung der Rehabilitationsfürsorge in der ČSSR einen Fortschritt darstellen, wie z.B. Einrichtungen für Epileptiker, staatliche Fürsorge für Bürger mit psychischen Defekten, Rehabilitationsfarmen in der Landwirtschaft, Heime mit kollektiven Einrichtungen sowie die Lösung der ökonomischen Probleme geschützter Rehabilitationswerkstätten.

RECENZIA KNIHY

PHYSIOTERAPIE

(Fyzioterapia)

2. úplne prepracované vydanie. Vydal: Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1975 328 strán, 239 obr., 8 tabuliek, DM 23.—. ISBN 3-13-413202-8.

V druhom vydaní vychádza v stuttgartskom vydavateľstve Georga Thiemeho

Voglerova Fyzioterapia, ktorú pre toto vydanie pripravil prof. Camrath. Prvé

vydanie vyšlo v roku 1974. Knižka vreckového formátu vo flexibilnom obale prináša základný prehľad fyziatrických metód používaných v súčasnej medicíne. Prvá časť venuje pozornosť všeobecnému učeniu o základných funkciách, druhá časť rozoberá v jednotlivých kapitolách jednotlivé fyziatrické metodiky, ako je helioterapia, hydroterapia, masáž, a jej rôzne typy, liečebnú telesnú výchovu a jej špeciálne metódy a konečne elektroterapiu. Vecný register ukončuje túto príručku, ktorá slúži na rýchlu orientáciu vo fyziatrických metódach. Početné obrázky, pekné schémy a niekoľko tabuliek dopĺňujú text.

Fyzikálna terapia alebo fyzioterapia predstavujú určitú súčasť modernej re-

habilitácie, kde použitím fyzikálnych prostriedkov dopĺňujeme základné rehabilitačné programy. I keď metódy fyzikálnej terapie nie sú v súčasnosti metódami základnými, predsa len tvoria určitú oblasť, ktorá má svoj veľký význam nielen pre rehabilitáciu, ale aj pre celý rad ďalších medicínskych odborov.

Voglerova príručka slúži na rýchlu orientáciu. Prináša prakticky všetky bežné metódy fyzikálnej terapie a dostatočným spôsobom ich prezentuje. Poukazuje na tú oblasť terapeutických možností, ktoré v súčasnej medicíne zaujímajú významné postavenie.

Dr. M. Palát, Bratislava

Ch. Lichtenthaler:

GESCHICHTE DER MEDIZIN.

Bd. I, II. (Dějiny lékařství, díl I, II.)

Vydal Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln-Lövenich 1974, stran 736, obr. 44, cena neudaná, ISBN 3-7691-00263.

Prof. Lichtenthaler, rozený Švýcar, pôsobí v súčasnosti jako historik lékařství na universitách v Hamburgu a v Lausanne, napsal učebnici, určenou posluchačům medicíny, lékařům i historikům a tuto učebnici dějin lékařství vydal v roku 1974 ve dvou dílech Deutscher Ärzte-Verlag v Kolíně.

První díl je věnovaný historii lékařství v antice a středověku, druhý díl pojednává o novověku, současnosti a futurologii. V jednotlivých kapitolách obou dílů věnuje autor pozornost nejdůležitějším událostem ve vývoji lékařství od dob primitivně-magického lékařství, archaické medicíny velkých říší, hippokratické epoše lékařství, helenistického období, postavě Galena, období arabské medicíny, křesťanskému období středověku, humanismu a medicíně, problematice medicínského renesance a konečně období moderní medicíny.

Učebnice je rozdělena celkem do dvaceti kapitol, představující jednotlivé přednášky na univerzitě. Je zakončená přehledem dalšího písemnictví, seznamem ilustrací, rejstříkem jmenným i věcným. Kniha je vytištěna na krídovém papíře s krásnými ilustracemi, dokumentujícími pojednáváné otázky v jednotlivých kapitolách. Text knihy je jasný, informující a dávající podnět k

zamyšlení i pro moderně myslícího lékaře.

Medicina podobně jako každá další oblasť vědy je charakterizována celou řadou objevů, jmen a poznatků. Autor poukazuje na vývoj lékařství od nejstarších dob až po současnou dobu s kritickým pohledem na jednotlivá období.

V současné literatuře není mnoho děl podobného významu, jako je tato učebnice dějin lékařství od prof. Lichtenthalera. Většinou dějiny lékařství se zabývají faktografií jednotlivých poznatků a biografii jednotlivých osobností. Prof. Lichtenthaler přistupuje k posuzování jednotlivých historických období komplexně a hledá vzájemné souvislosti mezi faktem, osobností a dobou, ve které došlo k objevení faktů příslušnou osobností.

Tímto způsobem kriticky může posoudit tak veliké postavy v historii lékařství, jako byl Hippokrates, Galen, Magendi, Harvey anebo Virchow.

Učebnice dějin lékařství z pera prof. Lichtenthalera je dílem, které v současné literatuře německy hovořící oblasti představuje jedno ze základních děl tohoto druhu. Je informující, syntetizující, kritické a poučné.

Dr. M. Palát, Bratislava

G. CHAPCHAL:

THE ARTHRODESIS IN THE RESTORATION OF WORKING ABILITY

(Artródeza pri obnove pracovnej schopnosti)

Vyd. Georg Thieme Publishers, Stuttgart, 1975. Publikácia obsahuje 233 str.

Publikácia je súhrnom prác prednesených na 6. medzinárodnom sympóziu topických problémov v Lucerne vo Švajčiarsku roku 1974, ktoré sa uskutočnilo pod záštitou švajčiarskeho Poistovacieho ústavu a Švajčiarskej ortopedickej spoločnosti. Sympózia sa zúčastnili ortopédi 21 krajín. Československo reprezentuje prednáška prof. Červeňanského a spolupracovníkov o artródeze koxy.

Názov sympózia a publikácie — Artródeza pri obnove pracovnej schopnosti — ukazuje na zámer, ktorý mali organizátori na mysli: ukázať artródezu ako jednu z cenných operatívnych metód pre navrátenie pacienta do pracovného a zárobkového procesu. Úlohou lekára je nielen odstrániť alebo zmenšiť bolesti pacienta a umožniť mu viac-menej normálny život, ale pomôcť mu pri riešení jeho sociálnych problémov. Zdôraznenie sociálneho hľadiska spolu so zohľadnením zamestnania má význam pri indikácii artródezy, výbere vhodnej metódy spevnenia kĺbu a pri určení správneho postavenia spevnenej končatiny, ktoré je definitívne a musí byť starostlivo uvážené.

Autori zámerne vybrali túto tému, aby vzbudili záujem ortopédov o artródezu v čase, keď sa už zdalo, že tieto budú postupne nahradené totálnymi artroplastikami. Arthroplastiky sú vhodné skôr pre starších pacientov so sedavým zamestnaním alebo v špeciálnych prípadoch (Bechterevova choroba). Naproti tomu artródeza je indikovaná u mladších pacientov pre obnovenie schopnosti vykonávať ťažkú fyzickú prácu. Artródeza predstavuje v určitom zmysle zákrak lokálne „deštruktívny“, ale keď berieme do úvahy celého pacienta a jeho pracovnú schopnosť, môžeme ju považovať za zákrak „rekonštrukčný“.

Prvá časť knihy je venovaná všeobecným problémom artródezy. Z troch základných atribútov funkcie kĺbu (bolesť, hybnosť a stabilita) je pre pacienta najdôležitejším príznakom bolesť, ktorá ho privedie k lekárovi; obmedzenie hybnosti je menej dôležité. Instabilita kĺbu je jednou z indikácií na artródezu, pri ktorej obetujeme pohyb, získame stabilitu a pacienta väčšinou zbavíme aj bolesti.

Kĺby končatiny predstavujú článkovanú refaz a tvoria funkčnú jednotku, kde porucha jedného článku postihuje susedné kĺby. Pri indikácii dézy musíme preto brať do úvahy stav susedných kĺbov a tiež kĺbov kontralaterálnej končatiny, ktoré po operácii kompenzujú stratu funkcie a budú viac namáhané. Čím su kĺby bližšie k sebe, tým je kompenzácia lepšia. Pri poškodení susedného kĺbu je déza problematická.

V ďalšej časti publikácie sú práce venované problematike dézy jednotlivých kĺbov. Dézu ramenného kĺku indikujeme pomerne zriedka (pri parézach plexus brachialis, comminut. a luxačných zlomeninách hlavice a pod.). Odporúča sa fixácia skrutkami, (ev. s použitím štepov), spikou alebo AO dlahami bez spiky. Lakeť sa najmenej dézuje zo všetkých kĺbov, pretože aj vo výhodnej polohe predstavuje pevný lakeť značný handicap pre pacienta. Artródeza zápästia sa indikuje pri deštrukcii kĺbu pri PAP, artróze, ev. nádorovom postihnutí. V minulosti sa déza robila pomocou štepov, v súčasnosti najčastejšie AO dlahou a kompresiou. Pevné a nebolestivé zápästie zlepšuje funkciu ruky a prstov. Déza kĺbov palca a prstov je indikovaná pri deštrukcii a instabilite. Indikuje sa pri MCP kĺbu palca a PIP (ev. DIP) kĺbov prstov. MCP kĺby 2.—5. prstu sa nikdy nedézuju. Na fixáciu sa používajú

Kirschnerove drôty alebo ľahové skrutky.

Indikácie na artrodézu bedrového kĺbu sa zúžili vďaka úspechu osteotómii a totálnych artroprotéz. Déza je vhodná hlavne pri ťažkých koxartrózach u mladých, fyzicky pracujúcich, v niektorých prípadoch paralytickej koxy a chronickej artritídy. Kontraindikácie: hlavne PAP, postihnutie L-S chrbtice a kolena ipso-laterálne. Väčšina autorov odporúča dézu s osteotómiou panvy a fixáciou krížovou dlahou podľa AO, ale používajú sa ešte takmer všetky známe spôsoby (okrem AO metódy všetky vyžadujú imobilizáciu v sadrovej spike). Kolenný kĺb sa spevňuje menej často, pretože kompenzácia susednými kĺbmi je nedostatočná. Používajú sa kompresívne metódy podľa Charnleyho a novšie pomocou dvoch primodelovaných AO dláh, čo sa osvedčilo aj pri neuropatických artropatiách. Pri nádorovom postihnutí sa robí resekcia, náhrada štepom a fixácia AO dlahami (Juvara, Blauth). Déza talokru-rálneho kĺbu je indikovaná hlavne po trieštivých zlomeninách (výnimočne primárne). Väčšina autorov odporúča modifikácie Charnleyho kompresívnej metódy, menej často sa odporúčajú klasické metódy. Na korekciu kongenitálnych deformít nohy, na stabilizáciu neurologických deformít a pri ťažkých artrózach indikujú autori dézu subtalárnu, ev. tri-plexdézou, niekedy v kombinácii s talokru-lárnou dézou ako tzv. pantalárnu dé-

zu. U detí je vhodná len extraartikulárna déza (Grice), ktorá nenarušuje rast kostí tarzu.

Posledná časť publikácie je venovaná chrbtici. Pri degeneratívnych ochoreniach intervertebrálnych diskov cervikálnej chrbtice väčšina autorov odporúča prednú spondylodézu, pri traumatickom postihnutí skôr zadnú dézu a fixáciu drôtenými slučkami. V oblasti hrudnej chrbtice má predná spondylodéza výhody pri liečbe niektorých patologických stavov (tbc spondylitis, nádory). Pri skoliózach sa používa prevažne zadná spondylodéza podľa Hubbsa, v súčasnosti väčšinou po korekcii podľa Harringtona. V lumbálnej oblasti chrbtice časť autorov odporúča po operácii disku zadnú spondylodézu podľa Boswortha na zlepšenie výsledkov. Pri operácii spondylolistézy, tbc spondylitídy a posttraumatickom syndróme je výhodnejšia predná spondylodéza buď cestou transdominálnou (segment L 5 — S 1) alebo retroperitoneálnou (segmenty L 2 — S 1). Pri déze lumbosakrálnej spondylolistézy sa dosiahli dobré výsledky aj dorzolaterálnou cestou.

Sympóziom aj publikácia splnili svoj účel a ukázali, že aj v dobe totálnych kĺbných protéz ostáva artrodéza pri správnej indikácii, vhodnej technike operácie a dobrej rehabilitácie a reedukácii vhodnou metódou na obnovenie pracovnej schopnosti pacientov v najproduktívnejšom veku.

Dr. J. Látal, Bratislava

L. A. VENGER:

VNÍMÁNÍ A UČENÍ V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

SPN, n. p. Praha 1975, preklad Libuše Blatná

Z ruského originálu: L. A. Venger — *Vosprijatije i obučenie, doškolnyj vozrast*

Izdatelstvo Prosvetščenije, Moskva 1969

počet strán 317, ilustrácií 21, tabuliek 7

Autor recenzovanej publikácie je žiak A. N. Leontjeva, P. J. Gašperina a A. V. Zaporožca. Ako starší vedecký pracovník Institutu doškolného vospitaniija Akademii pedagogičeskich nauk ZSSR v Moskve, vedie výskum psychického vývinu detí vo veku 0—7 rokov. Prednáša psychológiu dieťaťa na moskovskom štátnom pedagogickom inštitúte V. I. Lenina a na psychologickej fakulte moskovskej univerzity.

Vo svojej knihe, za ktorú v roku 1970 získal cenu APN ZSSR, usiloval sa zovšeobecniť a prehodnotiť výsledky

vlastných výskumov, prác svojich spolupracovníkov, iných sovietskych psychológov a napokon aj mnohých zahraničných odborníkov, pracujúcich v okruhu problematiky psychológie dieťaťa.

Dielo je rozdelené do piatich obsažných kapitol, v ktorých sa autor podrobne zameriava na:

- I. Vývin vnímania ako predmet psychologického výskumu,
- II. Percepčné úkony,
- III. Formovanie percepčných úkonov,
- IV. Vývin vnímania v ontogenéze,

V. Vývin vnímania a senzorickej výchova.

Každá z kapitol sa člení na ďalšie časti, v ktorých sa rozvádza problematika riešenia základných teoretických otázok percepčnej činnosti a jej formovania, vývin vnímania v ontogenéze a percepčné učenie.

Pri riešení zložitých otázok genézy vnímania vychádza z marxistickej tézy o primárnosti materiálnej, praktickej činnosti pred procesmi myslenia. Kriticky zhodnocuje niektoré cudzie, najmä asocianistické, behavioristické a geštalistické teórie vnímania. Vo svojej koncepcii vývinu percepčnej činnosti sa sice zhoduje s niektorými Piagetovými názormi, avšak upozorňuje aj na jeho nedostatky. Piaget neodpovedá na základnú otázku, ako vzniká a vyvíja sa odrážanie vlastností predmetov, ktoré sa uskutočňuje prostredníctvom vnímania. Koncepcia genézy vnímania L. A. Vengera zdôrazňuje špeciálnu podmienenosť aj jej vplyv na duševný vývin, ktorý je výsledkom zretia a výsledkom skúsenosti dieťaťa. Priebeh vývinu vnímania nemožno oddeľovať od jeho celkového psychického vývinu, od jeho správania a činnosti a práve tak ho nemožno odtrhnúť ani od procesu učenia. Pri skúmaní vývinu percepcie treba preto vychádzať z konkrétnych životných podmienok a z činnosti dieťaťa.

Výsledky Vengerových bádání v tejto oblasti charakterizujú aj zmeny — stupne a úrovne percepčného vývinu a poukazujú na zákonitosti prechodu z jednej úrovne na druhú.

Hlavná úloha Vengerovej práce je objasňovanie percepčného vývinu dieťaťa, štruktúry jeho percepčnej činnosti, zákonitosti vývinu jej funkcií a poukazovanie na jej osobitné črty v rozličných ontogenetických obdobiach. Všetky percepčné činnosti vznikajú v ontogenéze na základe osvojenia takých druhov praktickej činnosti, ktoré sú nevyhnutné pre orientáciu a reguláciu. Orientačná činnosť vychádza z praktickej činnosti ako výsledok osobitnej transformácie. Prechod od praktickej činnosti s predmetmi k percepčnej činnosti pokladá autor za proces interiorizácie (zvnútorňenia). Pri formovaní prebiehajúcej percepčnej činnosti poukazuje na špecifickú úlohu reči — slova, ktoré ako súčasť spoločenskej skúsenosti dáva vnímaniu zmysel, umožňuje zovšeobecňovanie a abstrakciu. Toto hľadisko uplatňuje aj vo svojich výskumoch vývinu vnímania dieťaťa, v rámci ktorých zistil rad podstatných zmien, vznikajúcich pri osvojení názvov predmetov a ich vlastností.

Závercnú kapitolu knihy venoval au-

tor analýze základných systémov senzorickeho učenia detí predškolskeho veku. Objasňuje svoje názory na problém rozvoja senzorickej schopnosti. Vnímanie dieťaťa sa mení a zdokonaľuje podľa toho, ako si dieťa osvojuje percepčné činnosti a ich systémy. Z výsledkov svojich výskumov uzatvára, že priebeh osvojovania nových percepčných činností sa mení vekom. Zdokonaľovanie percepcie je determinované zvonku a priebehu v štádiách — preto jej vývin kvalifikuje autor ako proces. Keď vymedzuje a charakterizuje vekové obdobia, určenie vekových stupňov percepčného vývinu, pripisuje im teoretický, najmä však praktický význam. Vidí v ňom predovšetkým možnosť racionálnej výchovy percepcie, ktorá sa doposiaľ robila v. m. živelne. Kriticky opisuje a hodnotí najznámejšie výskumy percepčného učenia, Fröblove, Montessoriovej a Decrolyho, i sovietske systémy, používané doposiaľ vo výchovnej praxi predškolských zariadení. Svoje úvahy uzatvára požiadavkou, aby sa pri konštruovaní systému didaktických hier a zamestnávania detí systematicky využívali psychologické poznatky o zákonitostiach vývinu percepcie a aby obsah a metódy senzorickej výchovy boli rozpracované ako celok. Takýmto postupom možno didaktické materiály konštruovať tak, aby riešili časť všeobecnejších úloh.

Autor sa nazdáva, že hlavný nedostatok v súčasnom období je práve v nedostatočne zjednotenom programe senzorickej výchovy, ktorý by obsahoval a spájal všetky druhy a úrovne percepčných činností, ktoré sa majú využívať ako úlohy v rozličných etapách vývinu dieťaťa od narodenia do 6. roku. Za najdôležitejšie pokladá vypracovanie diagnostiky percepčného vývinu, lebo takýmto spôsobom možno spoľahlivo vyhodnotiť výsledky senzorickej výchovy.

Z autorovho pohľadu je u detí dôležité aj utváranie špeciálnych senzorickej schopnosti; v súčasnom období možno totiž vidieť všeobecný vzostup ich zmyslovej kultúry.

V knihe sa autor usiloval objasniť základné problémy vývinu a formovania percepčnej činnosti i jej niektoré zákonitosti. Dielo je svojim teoretickým zameraním cenným prínosom k problematike teórie vnímania a vôbec k vedeckej psychologicko-pedagogickej literatúre predškolskeho veku. Pre odborníkov, psychológov a pedagógov zaoberajúcich sa výskumami tohto vývinového obdobia je cenným podnetom k hlbšiemu prenikaniu do základov vývinu percepčnej činnosti dieťaťa — problematiky osobitne aktuálnej predovšetkým v súčasnej výchovnej praxi kolektívnych detských za-

riadení typu detských jasíeľ a materskej školy.

Osobitne je práca cenná mimoriadne obsiahlymi literárnymi prameňmi sovietskych i cudzích autorov, ktorých autor uvádza 416.

Cena viazaného výtlačku Kčs 32.—.

Dr. M. Horáková, Bratislava

SPRÁVY

Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ

KONGRES SPOLOČNOSTI PRE REHABILITÁCIU V NDR — DRAŽDANY, 8.—10. OKTÓBRA 1975

V dňoch 8.—10. októbra 1975 konal sa v Draždanoch v Nemeckej demokratickej republike národný kongres rehabilitačnej spoločnosti v NDR. Pracovné zasadnutia kongresu boli rozdelené do dvoch sekcií. Program na 8. októbra 1975 usporiadala a pripravila sekcia sociálnej rehabilitácie s tematikou jej odboru. 9. októbra 1975 sekcia pracovnej rehabilitácie sa venovala otázkam pracovnej rehabilitácie. Okrem oficiálneho programu realizovali sa diskusie po skupinách, ktoré sa tvorili pre jednotlivé základné tematiky. Ako pracovný podklad rokovania v skupinách tvorili hlavné referáty, ktoré odozneli v pléne.

Prvý deň kongresu po otváracom prejave priniesol referáty dr. Gareisovej — tento referát v zastúpení predniesol Weise — o vývoji rehabilitácie ako súčasť sociálne-politického programu VIII. kongresu strany a vývoj do roku 1980. Ďalšie referáty rozoberali úlohy slobodných nemeckých odborov pri začleňovaní poškodených (Rösel), rehabilitáciu v práci zdravotníckeho výboru ľudového parlamentu NDR (Brückner). Záver tohto rokovania zhrnul Presber, predseda Spoločnosti pre rehabilitáciu v NDR a súčasne otvoril diskusiu, ktorá v popoludňajších hodinách prebiehala v jednotlivých skupinách.

Druhý deň kongresu venoval pozornosť pracovnej rehabilitácii. Za predsedníctva Ulbrichtovej v jednotlivých referátoch sa hovorilo o čiastkových otáz-

kach rôznych povolani a rôzneho zaradenia u poškodených ľudí. Jednotlivé otázky sa týkali medicínskeho zabezpečenia priebehu profesionálneho výškolenia v rehabilitačných zariadeniach (Rostová), špecifického sociálneho zabezpečenia ako súčasť rehabilitačného plánu pacientov nepohyblivých (Wolf), problémov vysokoškolského a odborného štúdia pre fyzicky poškodených (Ode) a pod. Rovnako v popoludňajších hodinách tohto dňa formou skupinovej diskusie detailne sa prebrali jednotlivé problematiky.

Kongres Spoločnosti pre rehabilitáciu v NDR riešil aktuálnu problematiku celospoločenského významu a poukázal na skutočnosť, že komplexná rehabilitácia nie je záležitosťou iba zdravotníckeho rezortu, takže práve komplexnosť rehabilitačnej starostlivosti musí byť zabezpečená účasťou ostatných činiteľov spoločenských organizácií a pod.

Na tomto významnom kongrese sa zúčastnilo asi 200 účastníkov z Nemeckej demokratickej republiky. ČSSR bola zastúpená Ing. Brázdilom z Prahy a dr. Palátom z Bratislavy. Poľsko reprezentovala početná 10-členná delegácia na čele s nestorom poľskej ortopedie a rehabilitácie prof. Degom z Poznane.

Celý kongres mal dobrý priebeh, pracovnú atmosféru a poukázal na niektoré súčasné moderné aspekty rehabilitačného procesu.

Dr. M. Palát, Bratislava

Súčasný demografický vývoj u nás signalizuje starnutie populácie a pribúdanie vrstiev obyvateľstva nad 60 rokov. Tento vývoj prináša celý rad problémov charakteru medicínskeho, sociálneho i ekonomického, čo bolo podnetom pre uskutočnenie vedeckého podujatia o problematike starostlivosti o osoby vyššieho veku. Slovenská gerontologická spoločnosť bola poverená organizáciou Sympózia s medzinárodnou účasťou o prevencii v geriatricii.

Na sympóziu sa zúčastnili poprední pracovníci v gerontológii a geriatricii a známi odborníci z celého sveta, ktorí tu mali hodnotné prejavy. Popri nich tu odznel celý rad prednášok našich popredných pracovníkov v gerontológii a geriatricii. Obzvlášť vysoko si vážime účasť odborníkov z našich menších zdravotníckych zariadení, ktorí odprednášali na Sympóziu celý rad hodnotných prednášok.

Ústrednou témou Sympózia bola prevencia v geriatricii. Ukázalo sa, že táto tematika v súčasnosti zaujíma pracovníkov v klinickej gerontológii tak isto ako výskumníkov na celom svete, čoho dôkazom je účasť na Sympóziu z 20 štátov.

Komplexnosť prerokovanej problematiky, akou je prevencia v geriatricii, bola zvýraznená záštitou nad Sympóziom, ktorú s mimoriadnym porozumením prevzali prof. MUDr. E. Matejíček, DrSc. a prof. MUDr. J. Prokopec, CSc., ministri zdravotníctva SSR a ČSR, M. Štancel, D. Krocšányi a Dr. E. Hamerník, ministri práce a sociálnych vecí ČSSR, SSR a ČSR a prof. MUDr. T. R. Niederland, DrSc., predseda Slovenskej lekárskej spoločnosti. Predsedom Sympózia bol MUDr. E. Gressner, predseda Československej gerontologickej spoločnosti a generálnym sekretárom MUDr. Š. Litomeřický, CSc.

V slávnostnom otvorení Sympózia odznel prejav prof. MUDr. E. Matejíčka, DrSc., ministra zdravotníctva SSR, ktorý poukázal na demografický vývoj u nás a narastanie významu gerontológie a geriatricie v našich pomeroch.

Úvodné prednášky Sympózia sa zaoberali perspektívami prevencie v geriatricii, teória prevencie socialistického zdravotníctva, významom gerontologického výskumu pre geriatriciu a klinickými aspektami prevencie. Zvýšený rešpekt života je základom prístupu k problémom človeka tretej generácie. K týmto aspektom prevencie v geriatricii pristupuje lekár, biológ, psychológ, sociológ, rehabilitácia

ako aj politik. Prevenciu možno uskutočňovať širokou interdisciplinárnou kooperáciou medicínskych a paramedicínskych odborov a angažovaním celej spoločnosti. V súčasnej etape dostáva preventívna medicína mimoriadny perspektívny význam. Prevencia je reálna snaha pri narastaní počtu osôb vyššieho veku. Preventívne myslenie je charakteristickým znakom progresívneho myslenia lekárskeho. Základ prevencie je v tom, že zdravie a chorobu možno ovplyvniť. Človek v priemyselne vyspelých krajinách sa dožíva vyššieho veku. Dôležité je nie iba, dokedy človek žije, ale aj ako žije. Udržať zdravie až do vysokého veku je dôležité nie iba z hľadiska jedinca, ale aj z hľadiska spoločnosti. Ukazuje sa, že najväčším úspechom gerontológie a geriatricie je pri predlžovaní života i predlžovanie fyzickej a mentálnej aktivity a práceschopného obdobia života. Úlohou gerontológie a geriatricie je aktívna prevencia predčasného starnutia, prevencia chorobnosti v staršom veku, prevencia osamelosti a izolácie, prevencia bezvládnosti a odkázanosti.

Ukázalo sa, že prejavy starnutia sú realizované prostredím, sociálnym priestorom, kde človek žije a pracuje, s ktorým tvorí jednotný systém. Celý súbor prednášok sa zaoberal vplyvom ekologických a sociálnych faktorov na priebeh starnutia.

V súčasných koncepciách geriatrických programov mnohých štátov sa stále viac zdôrazňuje preventívne hľadisko, screening signálov ochorení v štádiu, keď zmeny sú ešte reverzibilné, čo je často ešte v dospelosti alebo v mladosti. V týchto programoch dôležitú úlohu hrá psychohygiena. Veľký význam má objektívne zhodnotenie funkčného stavu a zdravotno-sociálnej dysfunkcie v geriatricii, na základe čoho sa realizujú preventívne opatrenia. S prevenciou vývoja nepriaznivého stavu je tesne spojená problematika bývania, zásadné riešenie sociálnych problémov, príprava osôb na dôchodkový vek, zdravotnovýchovné pôsobenie na obyvateľstvo dávno pred dosiahnutím geriatrického veku. Sympóziom ukázalo na možnosť dostať pod kontrolu mnohé z týchto faktorov, čo sa dokumentovalo konkrétnymi výsledkami. Ukázalo sa, že predčasné starnutie je podmienené okrem faktorov genetických i vplyvmi sociálnymi, psychologickými a pod., ktoré možno modifikovať.

Klinické aspekty primárnej a sekundárnej prevencie ukázali, že väčšina

ochoreni chronického a degeneratívneho charakteru sa objavuje už v dospelosti, nenápadne progreduje a svojimi príznakmi sa plne rozvinie až v starobe. Sú bremenom staroby a znepríjemňujú život. V mnohých prednáškach sa zdôraznila dôležitosť prevencie ako sústavy opatrení aplikovaných po celý život jedinca a na všetkých úrovniach ako záruka udržania dobrého mentálneho a fyzického stavu v tvorivej aktivite až do vysokého veku. Z prednášok jednoznačne vyplynulo nie iba pasívne prijímať faktor predlžovania života, ale aktívne vytvárať podmienky pre čínorodé naplnenie predlženého života. Adaptačné schopnosti organizmu vekom klesajú a organizmus je zraniteľnejší rizikovými faktormi prostredia. Treba identifikovať rizikové faktory, eliminovať ich, čo značne prispieje k udržaniu optimálneho stavu v neskoršom veku.

Ako jeden z dôležitých faktorov prevencie sa ukazuje biologicky správna výživa svojou skladbou i kalorickou hodnotou. Opomenutie zásad správnej výživy má za následok celý rad porúch a chorobných stavov, ktoré nie sú zriedkavé v geriatricii.

Rozvoj techniky ponúka nové vyšetrovacie metódy i pre geriatriciu, ktoré umožňujú včasnú a spoľahlivejšiu diagnostiku a úspešnú liečbu. Týka sa to najmä vyšetrenia GIT-u, kardiorespiračného systému, funkcie orgánov dýchania, obličiek, včasné vyhľadávanie nádorov prsníkov. Ďalej sa rozoberala problematika preventívnej geriatrickej chirurgie, cholecystektómii vo vyššom veku a pod.

Analyzovali sa okolnosti dlhovekosti z hľadiska zvláštností demografického vývoja, klimaticko-geografických a genetických pohľadov. Ide o dlhovekých ľudí fyziologicky starnúcich. U týchto sa nepozoruje výrazný pokles funkčných možností organizmu. Dlhovekí ľudia sa vyznačujú veľkým pracovným potenciálom, dobrou generatívnou funkciou, zachovávaním režimu práce, odpočinku, a stravovania, dobrými kontaktmi s okolím a odporom proti sociálnej izolácii.

Na Sympóziu odoznel celý rad prednášok z oblasti rôznych klinických odborov o vplyve zmien spôsobených vekom z hľadiska ochoreni interných, psychiatrických, neurologických, urogenitálnych, o možnostiach ich prevencie, liečby, rehabilitácie a pod.

Ukázalo sa, že taký častý syndróm imobilizácie v geriatricii, ktorý je problémom medicínskym, sociálnym, ale i ekonomickým, správnou prevenciou a rehabilitáciou možno v mnohých prípadoch priaznivo ovplyvniť. Rehabilitácia sa ukazuje ako mocný preventívny fak-

tor pri poruchách mobility, vo výcviku náhradných alebo nových funkcií za stratené aj u geriatrických pacientov.

V okruhu experimentálnej gerontológie sa poukázalo na hľadanie ciest predlžovania života, na problémy súvisiace s adaptačno-regulačnou teóriou starnutia, genetické a imunologické problémy starnutia a ukázali sa zmeny v súčasnej problematike výskumu tejto oblasti.

Zdôraznilo sa, že najfyziologickejším prostredím pre život starého človeka je rodina, prostredie, kde má neustále kontakty s rodinou, priateľmi, čo je prevenciou depresie a izolovanosti. Rozvoj komplexu sociálne-zdravotnej starostlivosti slúži na to, aby starý človek mohol čo najdlhšie zotrvať doma v rodine. Preto je hlavne dôležité budovanie ambulantne-poliklinických zariadení s teamom pracovníkov: lekári, sociálny pracovník, zdravotné sestry, rehabilitačný pracovník, diétna sestra a pod. Ide o stredisko, kde by sa poskytovali všetky potrebné služby starým ľuďom z hľadiska ochrany zdravia. Je nutné postupne riešiť problémy gerohygieny, integráciu starých občanov do socialistickej spoločnosti, vytvárať pre nich pracovné možnosti, zapojiť ich do spoločenského života.

V priebehu Sympózia sa uskutočnili hodnotné spoločensko-odborné podujatia. Delegáti socialistických krajín na čele s delegáciou ZSSR sa zúčastnili pri kladení kytic na Slavine z príležitosti 30. výročia oslobodenia ČSSR slávnou Sovietskou armádou. Reprezentantov jednotlivých delegácií za Ministerstvo zdravotníctva SSR prijala s. dr. R. Vrábellová, námestníčka ministra zdravotníctva SSR a s. D. Krocšányi, minister práce a sociálnych vecí SSR. Ministerstvo práce a sociálnych vecí SSR inštalovalo v prednáškovej hale počas Sympózia výstavku o rastúcej starostlivosti socialistickej spoločnosti o starých spoluobčanov. Na paneloch veľmi vkusne inštalovaných náorne, farebnými grafmi a fotodokumentáciou sa informovalo o demografickom vývoji u nás, o raste dôchodcov, o komplexnej sociálnej starostlivosti, skvalitňovaní bývania, stravovania a rozvoji domovov a klubov dôchodcov a pod. Reprezentanti delegácií sa oboznámili s organizáciou a úrovňou starostlivosti návästevou domova a klubu dôchodcov, čo umožnilo Ministerstvo práce a sociálnych vecí a účastníci sa o úrovni s uznaním vyslovili. Časť účastníkov sa oboznámila s organizáciou a prácou Ústavu tbc a respiračných ochoreni a s klinikou geriatricie ILF, čo umožnil s porozumením a ochotou doc. MUDr. K. Virsik, DrSc., riadiť.

Sympóziu umožnilo výmenu vedec-

kých poznatkov pracovníkov v gerontológii a geriatricii rôznych profesií z 20 štátov rôznych svetadielov, umožnilo konfrontovať úroveň gerontológie a geriatricie v ČSSR a ponúklo možnosť prezentovať vlastné výsledky práce mnohých našich pracovníkov.

Dr. S. Litomerický, Bratislava

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

V dňoch 25., 26. novembra a 3. decembra 1975 prebiehali na Ústave pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave záverečné skúšky pomaturitného špecializačného štúdia na úseku práce liečebná telesná výchova. Z počtu 19 prihlásených sa na skúšku dostavilo 16 poslucháčok a úspešne absolvovalo 13 poslucháčok, a to:

Tatiana Alexíková, OÚNZ Stará Ľubovňa,

Mária Borská, Čs. štátne kúpele Turčianske Teplice,

Mária Greňová, OÚNZ Žilina,
Darina Kostrábová, FNSP Košice,

Jela Krnová, NsP Brezno,
Helena Kurčová, NsP Šaľa,
Edita Miklášová, NsP Piešťany,
Božena Petrášová, OÚNZ Čadca,
Luba Rybáriková, KÚNZ Banská Bystrica,

Viera Rusinová, OÚNZ Poprad,
Zdena Špaleková, NsP Galanta,
Valéria Urbanská, OÚNZ Stará Ľubovňa,

Mária Valachovičová, NsP Lip.
M. Bartovicová, Bratislava

OZNAM

Československá neurologická spoločnosť Československej lekárskej spoločnosti J. E. Purkyňu usporiada v Bratislave v dňoch 19.—23. X. 1976 **VII. neurologický kongres s medzinárodnou účasťou a satelitné sympóziu o neurochémií.**

Predseda kongresu: Akad. prof. J. Černáček, DrSc.

Hlavná téma kongresu: Akútne stavy v klinickej a experimentálnej neurológii.
1. Cerebrovaskulárne ochorenia

2. Úrazy mozgu
3. Mozgová smrť
4. Nádory mozgu
5. Zápalové ochorenia (akútne stavy)
 - a) Patofyziologické aspekty
 - b) Biochemické aspekty
 - c) Elektrofyzikologické aspekty
 - d) Röntgenologické aspekty
 - e) Klinické aspekty
 - f) Intenzívna starostlivosť
6. Iné akútne stavy v neurológii.
Sympóziu o neurochémií.

Sekretariát kongresu: Slovenská lekárska spoločnosť, kongresové oddelenie Mickiewiczova 18/I, Bratislava.