

Re

1979

habilitácia

1

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

OBSAH

	<i>M. Palát: Kardiovaskulárny program a rehabilitace . . .</i>	1
■	PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE	
	<i>A. Tesařová: Hodnocení dynamiky lidského těla</i>	3
■	METODICKÉ PRÍSPEVKY	
	<i>H. Marčíková: Metodika nácviku Kabatovy facilitační techniky</i>	13
	<i>H. Suchá: Vliv časně pooperační intenzivní rehabilitační péče na výskyt tromboembolických komplikací</i>	39
■	SÚBORNÉ REFERÁTY	
	<i>A. Tichý: Metody hodnocení výsledků léčby nemocných trpících koxartrózou</i>	43
■	RECENZIE KNÍH	12, 38, 42, 51, 52, 53, 54—59
■	SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ	60, 61, 62
■	SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP	63

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

This publications is included in the abstracting and indexing coverage of the Bio Sciences 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 35, 893 36 Bratislava



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



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

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



Grafická úprava: Melánia Gajdošová



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 35, 893 36 Bratislava*



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

Re

habilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE**ROČNÍK XII/1979****ČÍSLO 1****EDITORIAL ...****KARDIOVASKULÁRNÍ PROGRAM A REHABILITACE**

Epidemický výskyt kardiovaskulárních chorob, především prudce stoupající morbidita a mortalita na koronární chorobu, vedl k formulování zásad kardiovaskulárního programu. Kardiovaskulární program, který se stal programem celospolečenským, má za cíl, prostřednictvím celé řady opatření, péči, především zdravotních, snížit výskyt kardiovaskulárních onemocnění, hlavně koronární choroby; dále zajistit vedle včasné diagnostiky racionální terapii těchto chorob a konečně důsledně realizovat v praxi především preventivní a dále sekundárně preventivní opatření v boji proti kardiovaskulárním chorobám, hlavně však v boji proti koronární chorobě a její komplikaci — infarktu myokardu.

Moderní rehabilitace hraje pochopitelně v rámci kardiovaskulárního programu svoji přesně definovanou a koncipovanou úlohu. Jednotlivé prostředky rehabilitace, v první řadě pohybová léčba jsou praktickým vyjádřením rehabilitačních opatření.

Zamyslíme-li se však více nad cílem a prostředky kardiovaskulárního programu, potom vidíme, že rehabilitace má trochu větší prostor v realizaci tohoto programu, než jak to vyplývá z její praktické aplikace při současném pohledu na problematiku koronární choroby. Dnes platí, že koronární choroba je multifaktoriální onemocnění, podmíněné tak zvanými rizikovými faktory, při čemž vedle vlivu vnějších rizikových faktorů uplatňují se v patogenese koronární choroby i určité vnitřní faktory, dané jak genetickým vybavením, tak i přítomností jiných poruch a onemocnění. Komplex rizikových faktorů, určitá konstelace poruch regulačních dějů s následnou poruchou vnitřního prostředí, vedoucích k známým klinickým obrazům — a tyto obrazy můžeme zařadit mezi tak zvané vnitřní rizikové faktory — tvoří současný patogenetický názor na koronární chorobu, její vznik a její komplikace.

Rizikové faktory můžeme za určitých okolností z života člověka eliminovat — týká se to především vnějších rizikových faktorů; jiné faktory můžeme neutralizovat — týká se to v první řadě některých vnitřních rizikových faktorů,

některé rizikové faktory však jsou za současných možností nepostižitelné — tyto musíme jen evidovat a sledovat.

Základní disciplinou, která se zabývá racionálním bojem proti rizikovým faktorům, je sekundární prevence u už přítomné koronární choroby a primární prevence tam, kde člověk je ohrožen koronární chorobou, kde však nejsou přítomné žádné známky tohoto onemocnění.

Rehabilitace, resp. její prostředky však už i v této fázi boje proti koronární chorobě mají svoje místo. Uvažme jen, že některé prostředky primární, sekundární prevence a prostředky rehabilitace jsou totožné. Jestliže rehabilitační lékařství má svoje dnes už pevné místo v oblasti klinických lékařských disciplin a jako jedna z těchto lékařských disciplin slouží rehabilitace i v komplexní terapii koronární choroby a jejích následků, potom stejně prostředky, kterých používá rehabilitace v komplexních léčebných programech, slouží i jako součást programů sekundárně preventivních a primárně preventivních. Zde ovšem nehovoříme o rehabilitaci, protože ta je klinickou disciplinou, ale spíše o regeneraci jako souboru fyziologických opatření pro udržení fyzického a duševního zdraví. Regenerace jistě není samostatným vědním oborem: její metody však představují velmi významnou oblast fyziologie člověka a jejich podstata je prakticky totožná s metodami, kterých používá současná rehabilitační medicína. Modelem budiž tělesná aktivita. Či se definitivně prokáže, že tělesná aktivita snižuje zvýšené hodnoty cholesterolu a hodnoty lipidů v krvi anebo či tělesná aktivita vede k novotvorbě kapiolár myokardu u člověka anebo ne, není z našeho hlediska základní faktor; důležité je však, že tělesná inaktivita představuje jeden z rizikových faktorů ve vývoji koronární choroby, i když v současnosti ani tento faktor není jednoznačně v patogenese koronární choroby rozhodující a hlavní, přece jen se přijímá v současnosti názor, že tělesná inaktivita je faktorem, který potencuje vliv ostatních rizikových faktorů na vznik a vývoj koronární choroby.

Kardiovaskulární program je zaměřený na klinickou oblast kardiovaskulární patologie a nevýrazňuje kardiovaskulární fyziologii. Z těchto aspektů i rehabilitace je v rámci kardiovaskulárního programu zaměřená na klinickou oblast současné kardiologie. Přesto však je nutno zabývat se z hlediska komplexnosti i problematikou fyziologických kardiovaskulárních dějů, protože rizikové faktory postihují především fyziologické funkce kardiovaskulárních systémů a teprve vyvolávají-li poruchu těchto fyziologických dějů v organismu, objevují se nutně klinické symptomy nosologických jednotek kardiovaskulární patologie. Regenerační procesy organismu ohroženého rizikovými faktory tedy jistě slouží také boji proti těmto rizikovým faktorům. A stimulace regeneračních dějů je zajisté racionálním opatřením redukcí potřebu rehabilitačních a jiných terapeutických opatření při už vyvinutých symptomových komplexech, charakterisujících na příklad koronární chorobu a její komplikace.

Dr. M. Palát, Bratislava

HODNOCENÍ DYNAMIKY LIDSKÉHO TĚLA

ALENA TESAŘOVÁ

*Rehabilitační oddělení Fakultní nemocnice II.
Praha 2**Vedoucí lékař: doc. MUDr. Jan Pfeiffer, CSc.*

Souhrn: Při stanovení dynamické normy lidského těla jsme vycházeli ze skutečnosti, že člověk je určen svým vzpřímeným postavením v gravitačním poli. Ve stoji přemáhá tíži zemskou a udržuje neustále labilní rovnováhu. Je to děj dynamický a ve způsobu, jak se uskutečňuje — tedy v základním anti-gravitačním stereotypu — jsou již vyjádřeny všechny charakteristické rysy hybnosti jednotlivců.

Tělo vytváří v prostoru při dokonalém statickém a dynamickém vyvážení tři základní směrové linie: 1. vzestupnou vertikální směrovou linii, kterou vytvářejí dolní končetiny, trup, krk, hlava, kterým je přisouzena hlavní anti-gravitační činnost, 2. sestupně diagonální linii šíje a 3. sestupně vertikální linii paží, které se anti-gravitační činnosti nezúčastní.

Podle změn ve směru linií hodnotíme snížený nebo zvýšený anti-gravitační tonus, podle přerušení nebo lomení linií změny ve svalové funkci. Porucha funkce je tím závažnější, čím ostřejší zaúhlení ve směrových liniích zjistíme a čím větší část anti-gravitačního stereotypu je postižena.

Během léčby sledujeme, zda se anti-gravitační stereotyp upravuje, a proto je toto vyšetření i kontrolou správnosti použitého metodického postupu při funkční léčbě.

Klíčová slova: Dynamická norma — lidské tělo v prostoru — anti-gravitační tonus — anti-gravitační stereotyp.

Jedním z úkolů léčebné rehabilitace při léčení funkčních poruch je diagnostikovat odchylky od normálního pohybového stereotypu, a pak více nebo méně dokonale fyziologickou hybnost obnovit.

Pohybové stereotypy jsou však i u zdravých lidí velmi různorodé. Každý jedinec je proporčně jinak utvářen, má své specifické držení a hybnost, která je pro něj charakteristická a která ho odlišuje od ostatních lidí. Tato odlišnost

spočívá v rozdílném tonusu, v nepatrných rozdílech ve svalové aktivitě a jemných změnách koordinace v jednotlivých funkčních celcích pohybového aparátu. Proto je obtížné stanovit v této různorodosti vzor správného dynamického stereotypu, který by se mohl stát obecně platnou normou. Porovnáním s ní bychom mohli určit všechny odchylky v celkové hybnosti pacienta a k této normě bychom ho pak při léčení mohli vést.

Pokusili jsme se tuto dynamickou normu těla jako nedělitelného funkčního celku stanovit. Vycházeli jsme přitom ze skutečnosti, že člověk je dán, charakterisován, určen svým specifickým vzpřímeným postavením v gravitačním poli a jeho elementární činností v této poloze, jak uvádějí Klein, Schilder, Choděra, Obrda a Karpíšek je přemáhat odpovídající svalovou aktivitou tíži zemskou a udržovat rovnováhu. Feldenkreis mluví o labilní rovnováze a říká, že tato překerní labilní rovnováha určuje pak celé chování člověka v gravitačním poli. Stoj není pouze záležitostí statickou, ale v čase se neustále uskutečňuje. Je to dynamický děj, jak prokázal Magnus, který oddělil vlastní kinetiku stoje od držení těla.

Tento dynamický stereotyp, který paralyzuje účinky tíže a udržuje tělo ve vzpřímeném postavení neustále v rovnováze jsme nazvali základním antigravitačním stereotypem. Zjistili jsme v praxi, stejně jako dříve uvedení autoři, že ve způsobu, jak jsou svaly zapojeny do mosaiky tohoto antigravitačního stereotypu jsou již vyjádřeny všechny charakteristické rysy hybnosti jednotlivců. Člověk si základní ustálenou koordinaci udržuje i při provádění pohybů v jiných polohách. Jestliže podle Zadora zachytíme pohyb kinematograficky, rozloží se v sérii držení, která po sobě následují v určitém časovém sledu. Proto můžeme vzpřímený symetrický stoj hodnotit jako určitou přechodnou fázi pohybu. Z našeho hlediska představuje tato fáze jakýsi pohybový střed, střední hodnotu pohybu. Je to dynamicky udržovaná často se vyskytující poloha v prostoru, která je pro člověka výchozí polohou pro všechny ostatní polohy a pohyby. Proto můžeme považovat stoj za klíčový děj k určení celkové, globální hybnosti.

Stoj je velmi složitá činnost a zahrnuje množství znaků. Bylo třeba najít takové, které ho mohou obecně charakterisovat a na druhé straně mohou určit a rozlišit jemné detaily vyčerpávajícím způsobem. Takové znaky jsme odkryli ve směrových pohybových liniích, které tělo vytváří v prostoru.

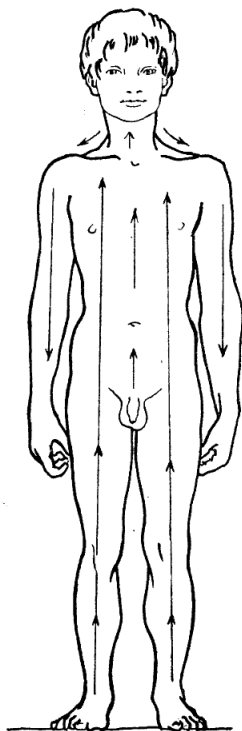
Je-li tělo ve vzpřímeném stoji dokonale staticky a dynamicky vyváжено, pak vytváří v prostoru tři základní směrové linie. Při pohledu zpředu jsou to:

1. Vzestupná vertikální linie, kterou vytváří neustále se obnovující proud svalového napětí a relief svalů dolních končetin, trupu, krku a hlavy. Tato vzestupná linie je charakteristická pro osu těla, trup a dolní končetiny, kterým je přisouzena hlavní úloha v antigravitační činnosti.

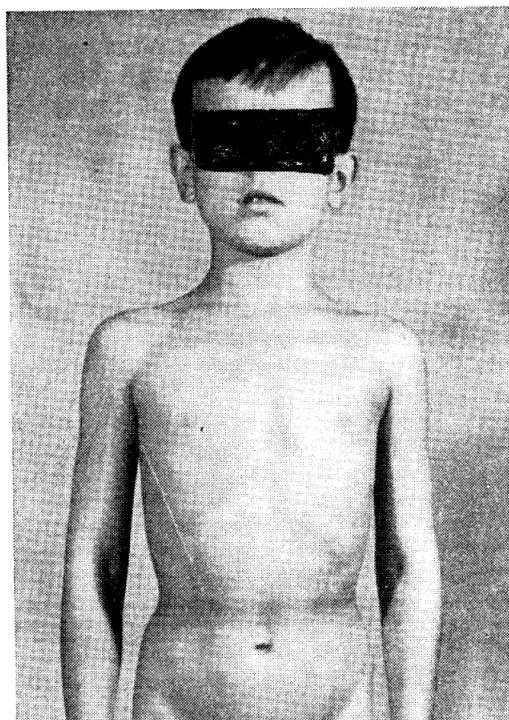
2. Diagonálně sestupná linie šíje, která je spojena s horizontální linií, kterou vytvářejí klíční kosti, v oblasti acromia.

3. Sestupná vertikální linie, kterou vytvářejí uvolněně visící paže, které se antigravitační činnosti nezúčastní.

4. Při pohledu zezadu hodnotíme ještě zvlášť plynule esovitou vzestupnou linii páteře.



Obr. 1. Schéma antigravitačního stereotypu.



Obr. 2. Dobrý antigravitační stereotyp. Vzestupná směrová linie trupu je přerušena v oblasti žeberních oblouků vlevo. Linie šije je sestupná a oble navazuje na vertikální osu krku, přechází do vertikálně sestupné linie paží.

Je-li tělo dokonale staticky a dynamicky vyváženo, udržuje se v prostoru bez námahy, svalového přepětí a volního úsilí a podle Feldenkreise také komprese skeletu rovná se nule.

Hoefler studoval stoj elektromyograficky a zjistil, že se udržuje aktivitou malých skupin hybných jednotek v zúčastněných svalectech a větší potenciály vznikají jen při změně polohy a větším rozkolísání. Potvrdil to, co před ním předpokládali Fulton a Forbes, že se totiž v klidovém stoji motorické jednotky zúčastněných svalů ve své aktivitě střídají. Toto střídání je pak příčinou nebo následkem toho, že tělo v prostoru neustále osciluje, jak prokázaly Hellebrandtová a Franseenová, a to jak ve směru předozadním, tak i bočním.

I to můžeme na směrových liniích postřehnout. Představíme-li si, že se plocha dolních končetin skládá z mnoha vertikálních linií, pak vidíme, že jsou v malých úsecích tyto linie přerušovány nebo mění směr. Sledujeme-li tedy směrové linie i při oscilacích, zaznamenáváme lehké změny podle toho, jak se mění tonus a svalová aktivita.

I když je podle elektromyografického vyšetření stoj energeticky velmi úspor-

ný, je pro člověka značně namáhavé udržet se v této zcela symetrické klidové poloze delší dobu. Jde o únavu motorických buněk centrálního nervového systému, protože periferní neurony mají vždy ještě dostatek energetické rezervy. Každý, kdo musel stát delší dobu nehybně, to potvrdí. Snad je to také proto, že se v této poloze aktivují svaly celého těla. Proto lidé zaujímají asymetrický postoj, který je pohodlnější a méně namáhavý a střídavě při něm zatěžují pravou a levou končetinu.

Podíváme-li se na asymetrický stoj z dynamického hlediska a zhodnotíme-li směrové linie, pak zjistíme, že je aktivně antigravitačně zapojena pouze polovina svalstva těla. Aktivované části těla mají vzestupnou směrovou linii, uvolněné pak sestupnou. Tato sestupná linie charakterisuje snížený antigravitační tonus. Vidíme, že jedna polovina těla je nesena druhou polovinou, jak o tom hovoří Niederhöfferová. Tělo při tomto rozložení aktivity vytváří plynulou vlnovitou křivku, jak o ní hovořila Duncanová. Tuto zkříženou aktivitu můžeme podle směrových linií vysledovat nejen ve vztahu mezi pravou a levou polovinou těla, ale také ve směru ventrodorsálním.

Při vyšetřování pacienta sledujeme tyto znaky ve stoji symetrickém, asymetrickém, vsedě, při chůzi, a to zpředu i zezadu.

Jestliže dojde k tonusovým a svalovým změnám v dynamice, pak se tyto změny i se svými dalšími důsledky (iradiací a kompensací) zákonitě a přesně zobrazí ve sledovaných směrových liniích.

1. Snížený antigravitační tonus: vertikální linie dolních končetin, trupu, krku může nebo nemusí být zachována, rovněž relief svalový, i když slaběji, přece zůstane vyznačen, ale změni se směr linie: ze vzestupného na sestupný. Často se změni linie paží na vzestupnou, protože se tělo snaží nahradit nedostatečnou antigravitační činnost trupových svalů zvýšenou činností svalů paží, která jim normálně nepřísluší.

2. Zvýšený antigravitační tonus: vertikální linie může zůstat zachována, relief svalový je výraznější, ale změni se směr linie: opět ze vzestupného na sestupný.

Z těchto nálezu vyplývá pro léčebnou rehabilitaci, že není účelné ani příliš uvolňovat, ani příliš posilovat svaly. Je dobré dosáhnout normy antigravitační aktivity. Síla svalová, zvláště posilujeme-li nadměrně určité skupiny svalové, působí jako negativní faktor, protože nepracuje proti gravitaci, ale souhlasně s ní, stejně jako aktivita nedostatečná.

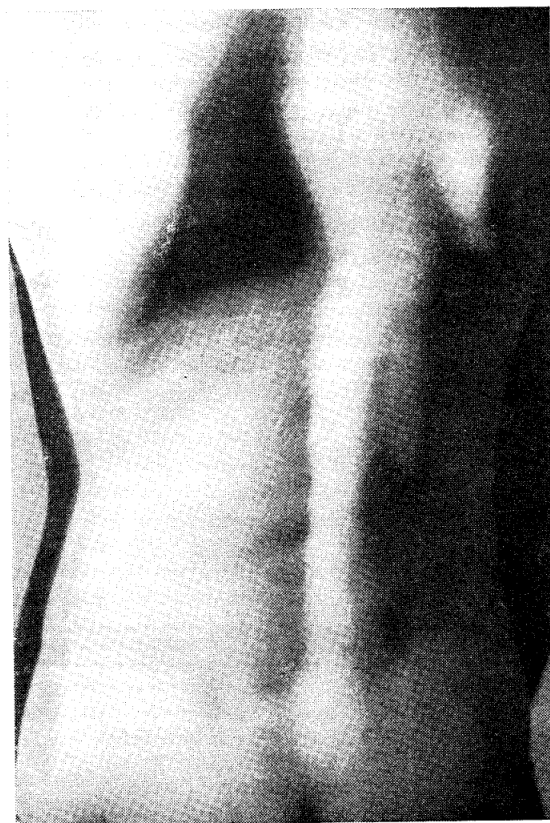
Tyto tonusové změny nemusí postihnout celý trup nebo tělo pacienta. Mohou být lokalizovány v kterémkoliv jeho části. U dospělých nalézáme zákonitě úseky se zvýšeným svalovým napětím, které kompensují snížené antigravitační napětí v jiné oblasti.

Kromě těchto tonusových změn si všímáme změn ve vlastní svalové aktivitě. Je-li poškozena svalová funkce, pak je linie porušena ve svém průběhu.

1. Porušení, ztráta svalové aktivity v počátečním stadiu, výpad svalů z antigravitační funkce poznáme podle přerušeni linie v místě poškozené funkce. Je to proto, že je porušen svalový relief, který vytváří podklad linie. Stejně jako má funkce formativní vliv na tvar těla a jeho jednotlivé části, tak současně svalová aktivita utváří svalový relief — relief svalů. Zachytit tyto funkční změny v začátcích, kdy došlo ke ztrátě reliefsu, ale dosud

A. TESÁŘOVÁ / HODNOCENÍ DYNAMIKY LIDSKÉHO TĚLA

ne ke změně v postavení kloubů a páteře je pro instruktora LTV velmi důležité. Tyto stavy mají dobrou prognosu, musíme však začít hned s pohybovou léčbou a dosahujeme restituce ad integrum.



Obr. 3. Kde vidíme nadměrný relief paravertebrálního valu, vpravo a vlevo slaběji vyznačený relief paravertebrálního valu v bederní oblasti. Vlevo ve střední hrudní oblasti je vertikální linie přerušena — svalový relief paravertebrálních svalů je vymizelý. Vertikální osa páteře je zachována.

2. Poškození svalové funkce ve stadiu kompenzačních změn se změnami v postavení kloubů, ke kterým dochází po delším působení poškozené svalové funkce.

Znakem tohoto stadia je změna směru linie, přerušení (rozrušení) a lomení linie v místě primární poruchy a menší v oblasti kompenzačních a iradiačních změn.

Tělo se snaží nahradit antigraavitální slabost svalů, které nemohou zastávat svou funkci, zvýšenou antigraavitální aktivitou v oblastech, kde je funkce nepochybně. To však ve skutečnosti stav zhorší, protože víme, že i nadměrná aktivita v jednotlivých částech působí ve smyslu gravitace a kromě toho se zvyšuje funkční nerovnováha. Čím závažnější je poškození funkce, o to větší iradiační a kompenzační změny vidíme.

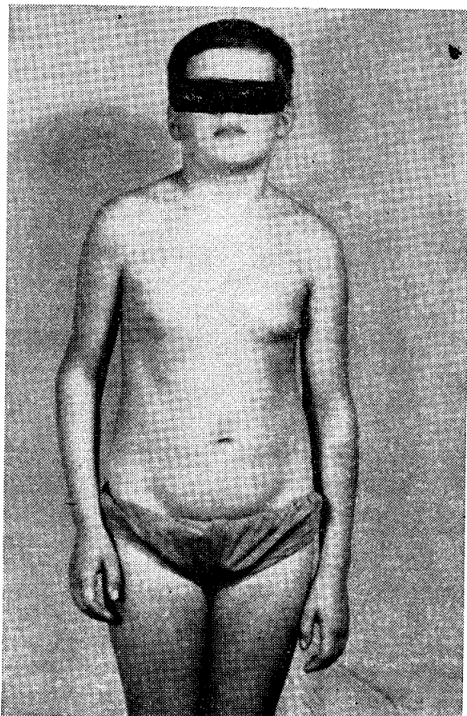
Proto je třeba v tomto stadiu zahájit ihned funkční léčbu. Nikoliv v tom smyslu, že bychom celkově pacienta posilovali, ale tak, že budeme cíleně

A. TESÁŘOVÁ / HODNOCENÍ DYNAMIKY LIDSKÉHO TĚLA

afunkční svaly v místech ztráty reliefsu aktivovat a vracet oblasti ztracené kinestetické cití. Svaly je třeba aktivovat do té míry, aby měly dostatečnou sílu plnit svou antigravitační funkci. (Obr. 4.)

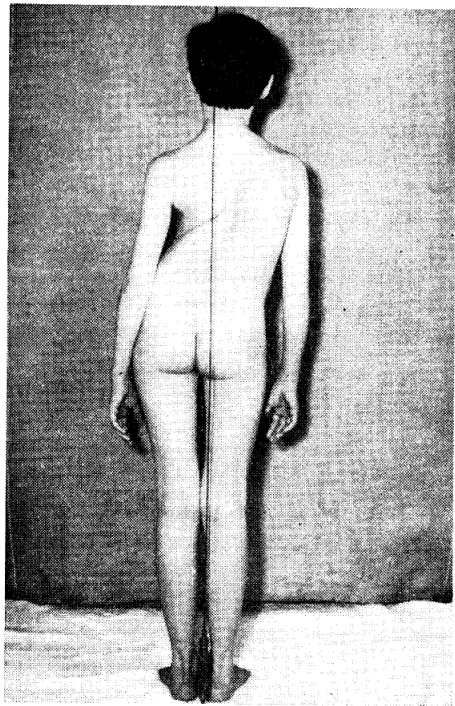
Prognosa u těchto pacientů záleží na přesném, dlouhodobém provádění cílené pohybové léčby. Prakticky nedosáhneme úpravy ad integrum.

3. Poruchy funkce spojené s ireversibilními anatomickými změnami jsou charakterisovány výraznými změnami ve všech směrových liniích s výrazným lomením linií v základní vzestupné vertikální linii.



Obr. 4. Vidíme, že u chlapce převládá snížený antigravitační tonus. Nápadný je rozdíl ve směrových liniích obou horních končetin. Vlevo tvoří linie šíje s osou krku úhel, pak v sestupné diagonální linii přechází v sestupnou vertikální linii paže. Vpravo vidíme vzestupnou vertikální linii paže, která je lomena v loketním kloubu, přechází vzestupně přes rameno ve vzestupnou diagonální linii šíje, která opět tvoří s osou krku úhel.

Pravá polovina hrudníku má vzestupnou linii, krk a levá polovina hrudníku sestupný směr, stejně jako oblast přímých břišních svalů. Tady jde o stav po suprakondylické fraktuře pravého loketního kloubu.



Obr. 5. Na obrázku vidíme výrazně poškozený antigravitační stereotyp. Nejnápadnější je téměř horizontálně probíhající linie na konkavitě do konvexního zakřivení th páteře. Páteř a levá polovina hrudníku vytvářejí sestupnou směrovou linii. Stejně pravá polovina hrudníku má šikmý sestupný směr, který v lomené linii přechází až do konkavity kompenzačního sinkonvexního zakřivení bederní páteře.

I když snímek není detailní, je patrné vymizení reliefsu paravertebrálních svalů v hrudní oblasti na obou stranách. Páteř a celý trup vytvářejí výrazné lomené linie.

A. TESAŘOVÁ / HODNOCENÍ DYNAMIKY LIDSKÉHO TĚLA

Pokud dostaneme pacienta do léčení ve stadiu, kdy anatomické změny nejsou příliš vyznačeny a funkční změny nejsou léta fixované, pak můžeme dosáhnout ještě určitého zlepšení. Pokud trvají dlouhou dobu, pak můžeme dosáhnout subjektivního zlepšení pacientových potíží. Proto jsou tito pacienti do rehabilitační péče přijímáni. (Obr. 5.)

Tak jako jsou vertikální směrové linie normou, tak každé přerušení linie nebo její zaúhlení bude znamenat změnu funkce. Tím závažnější, čím ostřejší zaúhlení ve směrových liniích zjistíme.

Stejně tak i rozsah změn v liniích je prognostickým údajem. Čím větší část těla je antigravitačně postižena, tím horší je prognosa pro pacienta, pokud se nebude léčit. Je-li při ostrém lomení linií postižena více jak polovina antigravitačního stereotypu, pak je to alarmující příznak, že se stav bude zhoršovat.

Tyto odchylky, které nacházíme v základním antigravitačním stereotypu se zákonitě promítnou do všech lokomočních pohybů. To proto, že rovnováha, je nutná pro provedení bezprostředně následujícího pohybu, je podle Zadora připravována během stávajícího držení. Je tedy o rovnováhu „postaráno předem“ a stejně je tonus a aktivace svalů připravována předem. Proto má tato výchozí poloha a její rovnovážný stav tak velký význam pro správné provedení následujícího pohybu.

Závěr

Stoj už byl hodnocen z mnoha hledisek. Podle Choděry měla všechna měření závažný nedostatek. I když se ukazuje nutnost sledovat stoj jako dynamický průběžný jev, většina měření studovala okamžitou hodnotu znaku a naměřené hodnoty nesrovnávala v čase, ale podle naměřené intesity. Zobecnění znaků pak stíralo podrobnosti a znemožňovalo analýsu pracně získaných faktů.

Podle směrových linií, které jsme stanovili jako základní znaky dynamiky lidského těla, můžeme zjišťovat hodnotu nejen podle intesity, ale také podle rozsahu i času. Jejich obecnost nestírá podrobnosti, můžeme podle nich stanovit jak odchylky od tonusové normy, tak nejhrubší změny ve svalové aktivitě, jejich iradiaci a kompensaci.

Vyšetření je technicky i časově nenáročné. Během léčby můžeme pravidelně sledovat, zda se antigravitační stereotyp upravuje nebo horší, a tak může být toto vyšetření současně i kontrolou správnosti použitého metodického postupu při funkční léčbě.

LITERATURA

1. KLEIN — SCHILDER: Japanese illusion and postural model of body. J. Rew. and Ment. dis. 70. 241—263, sep. 26.
2. CHODĚRA: Metody sledování stoje. Praha 1956.
3. OBRDA — KARPÍŠEK: Rehabilitace nervově nemocných, Praha 1960.
4. JAROS — BERDYCHOVÁ — ŠKVÁRA: Výchova k správnému držení těla. Praha 1956.
5. FELDENKREIS: Die Muskulatur der Seele. Rozhlasová přednáška, Zürich, 1966.
6. MAGNUS: Körperstellung. Berlin, 1924.
7. ZADOR: Les réactions d'équilibre chez l'homme. Masson et Cie Éditeurs, Paris 1938.
8. HOEFER: Innervation and „tonus“ of striated muscle in man Arch. Neurol. Psych. 46 : 947 — 972 Dec 41.

A. TESAŘOVÁ / HODNOCENÍ DYNAMIKY LIDSKÉHO TĚLA

9. FULTON — FORBES — WHITAKER: Effect of reflex excitation and inhibition on response of muscle to stimulation through its motor nerve. *Am. J. Physiol.* 82 : 693 — 716. Nov. 27.
10. HELLEBRANDT — FRANSEEN: Physiological study of vertical stance of man. *Phys. Rew.* 23 : 220 — 255, July 43.
11. HELLEBRANDT — FRIES: Constancy of oscilografic stance patterns. *Physiotherapy Rew.* 22 : 17 — 24 Jan. Feb. 42
12. DUNCANOVÁ: Tanec. Praha 1947.

Adresa autora: A. T. Rehabilitační oddělení Fakultní nemocnice II, Ke Karlovu 2, Praha 2.

A. Тесаржова

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ТЕЛА

Резюме

Определяя динамическую норму человеческого тела мы исходили из факта, что он преодолевает земное тяготение и сохраняет непрерывно неустойчивое равновесие. Это динамическое действие, и в способе, каким оно осуществляется, т. е. в основном противогравитационном стереотипе, уже выражены все характерные черты подвижности отдельного лица.

Тело образует в пространстве при совершенном статическом и динамическом уравновешении три основных линии направления. 1) восходящую вертикальную линию направления, образуемую нижними конечностями, туловищем, шеей, головой, которым присуждена главная противогравитационная деятельность, 2) нисходящую диагональную линию шеи, 3) нисходящую вертикальную линию рук, которые не принимают участие в противогравитационной деятельности

По изменениям в направлении линий мы обсуждаем пониженный или повышенный противогравитационный тонус, по прекращению или преломлению линий — изменения в мышечной функции. Расстройство функции тем важнее, чем более резкие изгибы обнаружим в линиях направления и чем большая часть противогравитационного стереотипа поражена.

В течение лечения мы наблюдаем за тем, поправляется ли противогравитационный стереотип, вследствие чего это обследование становится и контролем правильности примененной методики при функциональном лечении.

A. Tesařová

EVALUATION OF DYNAMICS IN THE HUMAN BODY

Summary

In the determination of the dynamic norm of the human body we have considered the fact that man is destined by his erect stature in the gravitational field. Standing he masters terrestrial gravity and maintains continuously stability. This is a dynamic act and in the ways this is done, i. e. in the basic antigravity stereotype, are already expressed all characteristic features of mobility of the individual.

The human body creates in the space in perfect static and dynamic balance three basic lines of direction: 1) the ascending vertical line of direction produced by the lower extremities, trunk, neck, head responsible for the main antigravitational activity, 2) the descending diagonal line of the neck, 3) the descending vertical line of the arms which have no part in the antigravitational activity.

A. TESAŘOVÁ / HODNOCENÍ DYNAMIKY LIDSKÉHO TĚLA

According to the changes of the lines of direction the increase or decrease of the antigravitational tone can be evaluated, on the interrupted or curbed line the changes of muscle function. The functional disorder is the severer, the steeper the angle of the line of direction and the greater the affected part of the antigravitational stereotype.

During the treatment we investigate whether the antigravitational stereotype is adapting and therefore is this examination also a control of the suitability of approach in functional therapy.

A. Tesařová

DIE WERTUNG DER DYNAMIK DES MENSCHLICHEN
KÖRPERS

Zusammenfassung

Bei der Festlegung der dynamischen Norm des menschlichen Körpers wurde von der Tatsache ausgegangen, daß der Mensch durch seine aufrechte Stellung im Gravitationsfeld determiniert ist. Im Stehen überwindet er die Anziehungskraft der Erde und erhält sein labiles Gleichgewicht ständig aufrecht. Das ist ein dynamischer Vorgang und in der Art, wie er vor sich geht — also im grundlegenden Antigravitations-Stereotyp — sind schon alle charakterischen Züge der Beweglichkeit des Individuums ausgedrückt.

Der Körper bildet im Raum bei vollkommener statischer und dynamischer Ausgewogenheit drei grundlegende Richtungslinien aus. 1) die aufsteigende vertikale Richtungslinie, die von den unteren Gliedmaßen, dem Rumpf, dem Hals und dem Kopf, denen die wichtigste Antigravitationstätigkeit zufällt, ausgeführt wird; 2) die absteigende diagonale Linie des Nackens; 3) die absteigende vertikale Linie der Arme, die sich an der Antigravitationstätigkeit nicht beteiligen.

Je nach den Veränderungen in der Richtung der Linien wird der verringerte oder der erhöhte Antigravitationsstonus gewertet, nach den Unterbrechungen oder Brüchen der Linien werden die Veränderungen der Muskelfunktionen festgestellt. Die Funktionsstörung ist um so schwerwiegender, je schärfer die Abwinkelungen in den Richtungslinien sind und je größer der befallene Teil des Antigravitations-Stereotyps ist.

Während der Behandlung wird festgestellt, ob sich der Antigravitations-Stereotyp bessert, und infolgedessen ist diese Untersuchung zugleich auch eine Kontrolle der Richtigkeit der bei der funktionalen Therapie angewandten methodischen Vorgangsweise.

A. Tesařová

EVALUATION DE LA DYNAMIQUE DU CORPS HUMAIN

Résumé

Dans la détermination de la norme dynamique du corps humain on a pris comme point de départ la réalité que l'homme est par son attitude affecté dans le champ de gravitation. Debout, il surmonte la pesanteur terrestre et entretient sans cesse un équilibre instable. C'est une transformation dynamique et par la façon dont elle se produit — par conséquent dans le stéréotype fondamental antigravitatif — sont exprimés tous les traits caractéristiques d'agilité individuelle.

Lors de l'équilibre statique et dynamique parfait, le corps forme dans l'espace trois lignes directionnelles. 1) la ligne verticale directionnelle ascendante formée par les extrémités inférieures, le tronc, le cou, la tête qui le centre de fonction principale

A. TESAŘOVÁ / HODNOCENÍ DYNAMIKY LIDSKÉHO TĚLA

antigravitativé. 2) la ligne diagonale descendante de la nuque. 3) la ligne verticale descendante des bras qui ne participent pas à la fonction antigravitativé.

Selon les transformations dans le sens des lignes, on évalue le tonus antigravitatif réduit ou augmenté, le long des lignes interrompues ou fractionnées les transformations dans la fonction musculaire. Le trouble de la fonction est d'autant plus grave que les formations d'angles constatées dans les lignes directionnelles sont plus vives et qu'une plus grande partie du stéréotype antigravitatif est affectée.

Au cours de la thérapie on observe si le stéréotype antigravitatif s'améliore et cet examen est en même temps un contrôle de l'exactitude du procédé méthodique utilisé au cours de la thérapie fonctionnelle.

KELLER — WISKOTT

LEHRBÜCH DER KINDERHEILKUNDE

Učebnica detského lekárstva

Vydal Georg Thieme-Verlag, Stuttgart 1977, 4. nové prepracované vydanie, 1004 strán, 550 obrázkov, 120 tabuliek, cena DM 110,—. ISBN 3-13-3589-04-0.

V roku 1961 vyšla v nakladateľstve Georg Thieme-Verlag v Stuttgarte v prvom vydaní pozoruhodná učebnica venovaná detskému lekárstvu. Od tohto roku sa táto učebnica dočkala ďalších troch nemeckých vydaní, dvoch španielskych vydaní a jedného vydania talianskeho. Posledné nemecké vydanie predstavuje recenzovanú publikáciu, ktorú do tlače pripravila trojica autorov: prof. Wiskott, prof. Betko a prof. Künzer za spolupráce ďalších dvadsiatich troch spolupracovníkov.

To, že toto dielo v relatívne krátkom čase vyšlo v toľkých vydaniach, svedčí o jeho význame pre nemeckú i ostatnú pediatriu.

Učebnica má klasické členenie. Po kapitolách venujúcich pozornosť vývoju rastu dieťaťa, duševnému vývoju a výchove dieťaťa, otázkam vyšetrovania chorého a zdravého dieťaťa a problematike sociálnej pediatrie, nasledujú úseky zamerané na klinické oblasti súčasnej pediatrie. V jednotlivých kapitolách sa hovorí o dedičných a prenátálnych ochoreniach, o chorobách novorodenca, o výžive kojenca a väčších detí, o poruchách výživy, o vitamínoch a avitaminózach, o poruchách metabolizmu, o ochoreniach endokrinných žliaz a o problematike imunológie a imunopatológie.

V ďalších kapitolách sa hovorí o infekčných, chorobách a očkovaníach, o úrazoch, otravách a poraneniach dieťaťa. Na

sledujúce kapitoly sa venujú reumatickým chorobám, hematológii detského veku, malígnym tumorom, ochoreniam srdca a ciev, detskej otorinolaryngológii, postihnutiam bronchiálneho stromu a pľúcnyim chorobám, poruchám tráviacich orgánov, poruchám urogenitálnym, poruchám skeletového svalstva, myopatiám a ochoreniam nervového systému. Ďalej sa zaoberajú poruchami správania a duševnými afekciami, oftalmológiou detského veku a kožnými chorobami. Záverečné kapitoly sa venujú predpisovaniu liečiv, normálnym biochemickým a hematologickým hodnotám a posledné kapitoly prinášajú najdôležitejšie zákonné predpisy platné pre detský vek. Jednotlivé kapitoly sú ukončené prehľadom ďalších literárnych citácií. Učebnica je zakončená vecným registrom. Početné ilustrácie, schémy, farebné tabuľky dopĺňajú jednotlivé textové celky a dokumentujú diskutovanú látku.

Kellerova — Wiskottova učebnica je rozsiahlym dielom súčasnej nemeckej pediatrie. Pripomína určitým spôsobom klasickú Franconioho učebnicu detského lekárstva a iste presahuje požiadavky skúšky z pediatrie na lekárske fakultách. Jej výhodou je, že ucelene spracúva jednotlivé oblasti detského lekárstva a slúži na orientáciu každému pediatrovi v širokej praxi. Je uvedená na súčasný stav poznatkov.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

**METODIKA NÁCVIKU KABATOVY FACILITAČNÍ
TECHNIKY**

HANA MARČÍKOVÁ

*Státní sanatorium Praha**Ředitel: prof. MUDr. Pavel Pudlák, DrSc.*

Souhrn: Kabatova cvičební technika využívá facilitačních prvků jako je kožní vnímavost, tonické šíjní reflexy, kladení odporu, zpětné zapínání antagonistů a protažení svalů.

Upouští se od nácviku drobných pohybů v jednotlivých segmentech tělních, od pohybů v přímých rovinách. Nacvičují se velká pohybová schémata, probíhající v diagonálách s rotační složkou.

Kabatova technika kladně ovlivňuje pohybovou inkoordinaci. lze jí rehabilitovat nemocné po stavech chabé i spastické paresy a plegie, zvětšovat rozsah pohybu, snižovat bolesivost a uvolňovat kontraktury.

V metodickém návodu pro nácvik Kabatovy techniky uvádíme rozdělení pohybových celků podle oblastí:

- A. Cvičení v diagonálách a variantách pro horní končetiny.
- B. Cvičení v diagonálách a variantách pro dolní končetiny.
- C. Sdružené pohyby symetrické, asymetrické a paralelní.
- D. Cvičení trupu.
- E. Chůze a lezení proti odporu.

Klíčová slova: Kabatova facilitační technika — pohybová inkoordinace — metodika.

Kabatova facilitační technika upouští od nácviku drobných pohybů v jednotlivých segmentech tělních, od provádění pohybů v přímých rovinách, jak je známe například v tělocvičné sestavě Tyršově. Nacvičují se velká pohybová schémata s respektováním přirozeného pohybu denního života, který odpovídá anatomickému uspořádání svalů a je vždy spirálovitý a diagonální. Tato cvičební technika využívá facilitačních prvků jako je kloubní a kožní vnímavost, tonické šíjní reflexy, kladení odporu, zpětné zapínání antagonistů a protažení svalů.

Užití Kabatovy facilitační techniky

Kabatovou technikou lze kladně ovlivňovat pohybovou inkoordinaci, rehabilitovat nemocné po stavech chabé i spastické paresy a plegie, zvětšovat rozsah pohybu, snižovat bolestivost a uvolňovat kontraktury.

Metodika provádění facilitace dle Kabata

1. Pohyb se provádí po diagonále s rotační složkou z výchozího postavení přes střední osu tělní do konečného postavení a oba pohyby následují těsně po sobě.
2. Isotonická kontrakce během celé diagonály je prováděna plynule, pohyb všech segmentů je rozložen pravidelně v časovém sledu a dokončen až v konečném postavení diagonály.
3. Kladení odporu zmnožuje výboje z nervosvalových vřetének, silný sval při kontrakci proti odporu svou činností posílí sval slabší, který je vřazen do pohybového komplexu.
4. Při každém pohybu v diagonále je nutné nalézt pro oslabený sval (skupinu svalovou) silného synergistu, tomu nasadit vysoký odpor a slabší odpor klást na sval paretický. Je-li svalstvo určité části těla zcela plegické, musí se hledat vedoucí sval bezprostředně nad hranicí ochrnutí.
5. Odpor klade instruktor co největší plochou své ruky (u objemnějších segmentů i předloktím, paží, ramenem) při čemž dochází současně k perifernímu dráždění z povrchu kůže. Ruce instruktora jsou umístěny ve směru zamýšleného pohybu (končetinu „vedou“) a pokud možno nad svaly, které se mají kontrahovat.
6. Periferní dráždění lze zvýšit dále z kloubů, a to oddálením kloubních plošek (trakcí), při čemž se zvětšuje tonus flexorů a přiblížením kloubních plošek (kompresí), čímž se facilituje extenční pohyb.
7. Využívání tonických reflexů šjíných (zvláště asymetrických) při cvičení horních končetin: na „obličejové“ končetině (hlava otočena obličejem k cvičené horní končetině) se zvyšuje tonus extenzorových a snižuje tonus flexorových svalových skupin, na „záhlavní“ končetině naopak. Hlava tedy sleduje končetinu v pohybu z flexe a rotace (brada ke klíční kosti) do extenze a opačné rotace.
8. Protahování přičně pruhovaného svalu je velkým zdrojem dráždění proprioceptorů, zavzatých mezi snopečky svalových vláken a tím nejúčinnějším prostředkem facilitace. Natažení postiženého svalu před cvičením však nesmí trvat déle než několik vteřin.
9. Facilitaci je třeba provádět denně, aby se podmíněný reflex pevně zakotvil jako pohybový stereotyp.
10. Instruktor se při nácviku techniky u pacienta omezí jen na stručný popis a ukázkou žádaného pohybu. Ze zkušenosti jsme dospěli k názoru, že nemocný většinou snáze pochopí v globále pohybový řetězec než sám instruktor, který v době vlastního zaškolení analyzuje jednotlivé pohybové dílčí prvky a soustřeďuje se současně na anatomickou a kinetickou problematiku pohybu.

Metodické pokyny pro výcvik instruktorů

Zvládnutí facilitační techniky vyžaduje znalosti reflexní teorie v rozsahu osnov pro výuku rehabilitačních pracovníků, dokonalé znalosti funkce hybného aparátu, souhry svalové, schopnost aplikovat facilitační techniku na jednotlivé diagnosy a rozsah postižení. Aby mohl instruktor naučit nemocného správně provádět žádaný pohyb, je bezpodmínečně nutné, aby sám zvládl techniku pohybu a dospěl k precizní dovednosti.

Vlastní nácvik pohybů

1. Cvičení provádět vleže na zádech nejprve pravou horní končetinou bez odporu.
2. Vleže na zádech cvičit střídavě pravou, levou horní končetinou bez odporu.
3. Provádět ve stoji pohyb
 - a) střídavě pravou, levou horní končetinou po stejné diagonále,
 - b) současně oběma horními končetinami po stejné diagonále (pohyb symetrický),
 - c) pravá horní končetina po první, levá horní končetina po druhé diagonále z dolního postavení k hornímu a zpět (pohyb paralelní).
4. Vleže na zádech procvičovat základní diagonály a varianty pro dolní končetiny bez odporu.
5. Cvičení ve dvojicích: v lehu na zádech procvičovat pohybové celky proti odporu. Ležící cvičenec upozorňuje na chyby, kterých se dopouští instruktor při kladení odporu.
6. Dvojice několikrát prostřídat, aby si cvičící mohl uvědomit rozdíly kladení odporu.
7. Cvičící jmenuje jednotlivé svalové skupiny, podílející se na prováděném pohybu.

Nejčastější chyby

1. Instruktor klade nepřiměřený odpor. Tato chyba se vyskytuje zejména u začátečníků, dokud nezískají rutinu a cit pro zvládnutí celého komplexu pohybů, probíhajících v jednotlivých diagonálách.
2. Instruktor se zaměří neúčelně pouze na část pohybujícího se segmentu, zvláště vyžaduje-li tento větší dovednost při kladení odporu. Na příklad: pohyb prstů při diagonálách pro horní končetinu.
3. Instruktor klade odpor malou plochou své ruky. Na příklad: tlačí konečky prstů na m. biceps brachii při dostředivém pohybu horní končetiny, nebo paicem na m. triceps brachii při odstředivém pohybu horní končetiny.
4. Nemocný neprovádí pohyb plynule a postupně. Příklad: nemocný provede na začátku pohybu v první diagonále pro horní končetinu plnou flexi a addukci prstů namísto plynulé kontrakce během průběhu pohybu do konečného postavení.
5. Zapomíná se na pohyb hlavy s využitím šíjních reflexů.
6. Při cvičení dolní končetiny nedodrжуje se při dostředivých pohybech konečná poloha přes střední osu tělní, čímž se oslabuje efekt protažení abduktorových a extensorových skupin svalových.

Rozdělení pohybových celků podle oblastí

A Cvičení v diagonálách a variantách pro horní končetinu.

B Cvičení v diagonálách a variantách pro dolní končetinu.

C Sdružené pohyby symetrické, asymetrické a paralelní.

D Cvičení trupu.

E Chůze a lezení proti odporu.

Ke způsobu provádění Kabatovy facilitační techniky se zařazuje šest možností, při kterých se využívají proprioceptivní reflexy, vyvolané kladením odporu a protažením svalu. Jsou to:

a) Pomalý zvrát.

Isotonická kontrakce antagonistů do přetažení agonistů, isotonická kontrakce agonistů do přetažení antagonistů a zpět. Je to střídání pohybů po jedné diagonále

H. MARČÍKOVÁ / METODIKA NÁCVIKU KABATOVY FACILITAČNÍ TECHNIKY

směrem od dolního postavení k hornímu a zpět s využitím facilitačních prvků — kladení odporu, kloubní a kožní aferentace, využití šijních reflexů, protažení sva-
lových skupin.

b) Pomalý zvrat — výdrž.

Isotonická kontrakce antagonistů do přetažení agonistů, isometrická kontrakce antagonistů v konečném postavení. Isotonická kontrakce agonistů do přetažení antagonistů, isometrická kontrakce agonistů v konečném postavení. Je to střídání pohybů v jedné diagonále s nasazením maximální síly nemocného a úměrného odporu cvičitele v konečném postavení.

c) Rytmičká stabilizace.

Isotonická kontrakce antagonistů do přetažení agonistů, střídavá isometrická kontrakce agonistů a antagonistů. Isotonická kontrakce agonistů. Kladení odporu střídavě agonistům a antagonistům v konečném postavení diagonály nebo v průběhu diagonály.

d) Pomalý zvrat — uvolnění.

Isotonická kontrakce antagonistů do přetažení agonistů, relaxace antagonistů v konečném postavení. Isotonická kontrakce agonistů do přetažení antagonistů, relaxace agonistů v konečném postavení. Jde o pohyb proti odporu, vrcholící relaxací.

e) Pomalý zvrat — výdrž — uvolnění.

f) Kombinace d) — e)

Pomalý zvrat — uvolnění se používá pro pohyb vedený silnějšími antagonisty, pomalý zvrat — výdrž — uvolnění pro opačný pohyb, vedený slabšími agonisty.

DIAGONÁLY A VARIANTY PRO HORNÍ KONČETINY

I. diagonála

Dolní postavení I. diagonály

Poloha nemocného: leh na zádech.

Ramenní kloub: abdukce 45 st., vnitřní rotace.

Loketní kloub: extense.

Předloktí: pronace.

Zápěstí: dorsální flexe s ulnární dukcí.

Prsty: extense, palec v palmární flexi (kolmo na dlaň).

Hlava: otočena ve směru abdukované končetiny, otáčí se ve směru pohybu.

Kladení odporu

Palec cvičitele umístěn na základních článcích 5., 4. a 3. prstu nemocného. Ukazovák cvičitele zasunut mezi 2. a 3. prst, malík pod 1. prstem nemocného. (Obr. 1.) Při pohybu, směřujícímu k hornímu postavení I. diagonály, klade cvičitel odpor svým 2. a 3. prstem flexi prstů nemocného, 4. prstem klade odpor flexi a addukci palce nemocného, 4. prstem klade odpor flexi a addukci palce nemocného. Druhá ruka cvičitele položena na nadioktí nemocného. Při pohybu k hornímu postavení klade odpor proti flexi, addukci a zevní rotaci v ramenním kloubu. Vyvíjí tak oběma rukama přiměřený odpor v celém průběhu pohybu po diagonále do horního postavení. (Obr. 2.)

Horní postavení I. diagonály

Ramenní kloub: anteflexe, addukce, zevní rotace.

Loketní kloub: extense.

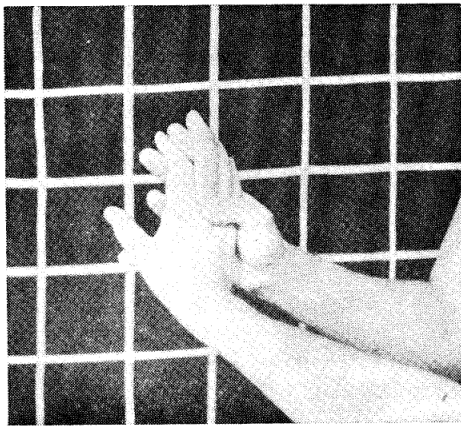
Předloktí: supinace.

Zápěstí: flexe s radiální dukcí.

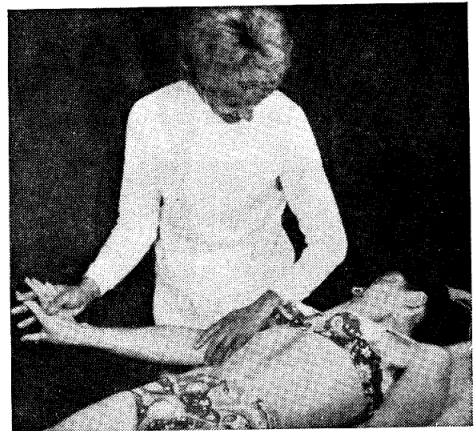
Prsty: flexe, addukce. (Obr. 3.)

Kladení odporu

Při zpětném pohybu k dolnímu postavení I. diagonály „obchvátí“ cvičitel paži nemocného tak, aby mohl klást odpor proti addukci, extenzi a vnitřní rotaci v kloubu ramenním. Palcem a ukazovákem druhé ruky klade odpor extenzi prstů nemocného, malíkem klade odpor proti palmární flexi palce nemocného. Současně klade odpor dorsální flexi s ulnární dukcí a pronaci předloktí. (Obr. 4.)



Obr. 1.



Obr. 2.



Obr. 3.



Obr. 4.

VARIANTY I. DIAGONÁLY PRO HORNÍ KONČETINY

Při variantách pro horní končetiny jsou cviky v diagonálách doplněny zvětšenou exkurzí pohybu v loketním kloubu.

I. varianta I. diagonály („okénko“)

Dolní postavení odpovídá dolnímu postavení I. diagonály. Horní postavení odpovídá hornímu postavení I. diagonály v oblasti ramenního kloubu, předloktí a ruky. Změna: flexe v loketním kloubu v horním postavení. (Obr. 5.)

II. varianta I. diagonály („šroub“)

Dolní postavení odpovídá dolnímu postavení I. diagonály. Horní postavení odpovídá Změna: v ramenním kloubu je flexe 30 až 40 st. {předpažení poníž}. (Obr. 6a.) Horní postavení odpovídá v oblasti ruky, zápěstí a předloktí hornímu postavení I. diagonály. Změna: v loketním kloubu je flexe, v ramenním kloubu extenze a abdukce asi 40 st. Ruka směřuje k stejnostrannému rameni. V průběhu varianty vykonává paže šroubovitý pohyb. (Obr. 6b.)

II. DIAGONÁLA

Horní postavení II. diagonály

Poloha nemocného: leh na zádech.

Ramenní kloub: neúplná anteflexe (30—40 st. od horizontály), abdukce, zevní rotace.

Loketní kloub: extenze.

Předloktí: supinace.

Zápěstí: dorsální flexe s radiální dukcí.

Prsty: extenze, abdukce.

Hlava se otáčí ve směru pohybující se končetiny.

Kladení odporu

Uchopení ruky nemocného je stejné jako v I. diagonále. Cvičitel klade odpor při pohybu k dolnímu postavení opozicí a addukcí prstů, flexí a ulnární dukcí zápěstí, pronací předloktí, semiflexí lokte. Druhou rukou „obchvátí“ paži nemocného tak, aby mohl klást odpor addukcí a vnitřní rotací v ramenním kloubu a pohybu celé horní končetiny k protilehlému stehnu. (Obr. 7.)

Dolní postavení II. diagonály

Ramenní kloub: addukce, vnitřní rotace.

Loketní kloub: semiflexe.

Předloktí: volární flexe s ulární dukcí.

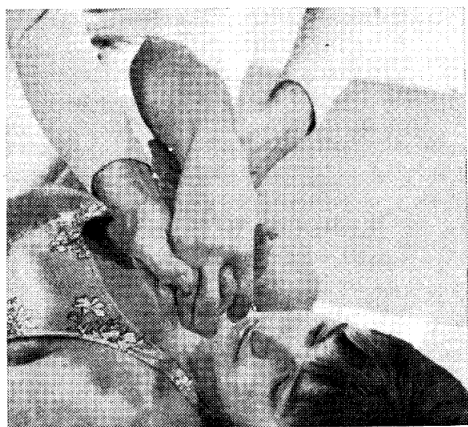
Prsty: opozice, addukce. (Obr. 8.)

Při zpětném pohybu provádí nemocný plynulý pohyb, směřující k hornímu postavení II. diagonály. Cvičitel klade přiměřený odpor všem těmto pohybům. Pacientovi lze vysvětlit pohyb tak, že se snaží vyjmout něco z protilehlé kapsy a hodit to za hlavu.

VARIANTY II. DIAGONÁLY PRO HORNÍ KONČETINY

I. varianta II. diagonály („salutování“)

Dolní postavení odpovídá postavení II. diagonály. Horní postavení v oblasti ruky, zápěstí a předloktí odpovídá hornímu postavení II. diagonály.



Obr. 5.



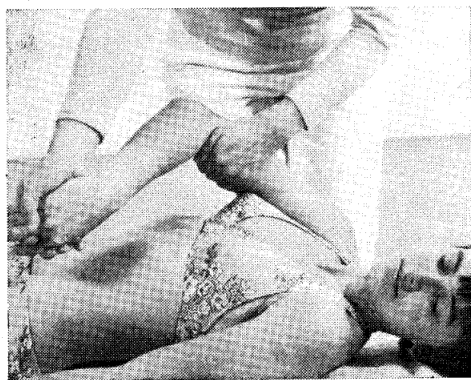
Obr. 6a.



Obr. 6b.



Obr. 7.



Obr. 8.



Obr. 9.

H. MARČÍKOVÁ / METODIKA NÁCVIKU KABATOVY FACILITAČNÍ TECHNIKY

Změna: v loketním kloubu flexe, v ramenním kloubu abdukce, dlaň se dostane do úrovně ucha. (Obr. 9.)

II. varianta II. diagonály

Horní postavení odpovídá hornímu postavení II. diagonály. Dolní postavení v oblasti ruky, zápěstí, předloktí a ramenního kloubu odpovídá dolnímu postavení II. diagonály. Změna: flexe v loketním kloubu.

Pohyb je možno vysvětlit jako zasunutí kapesníčku do protilehlé horní kapsy. (Obr.10.)

Cvičení pro prsty

Pacient je loktem opřen o stůl (vleže na zádech). Cvičitel klade odpor jednou rukou pohybům druhého až pátého prstu. Druhou rukou klade odpor pohybu palce nemocného, který se snaží vykonat prsty pohyb, odpovídající pohybu prstů v I. a II. diagonále. (Obr. 11.)

Reciproční „chůze“ prstů

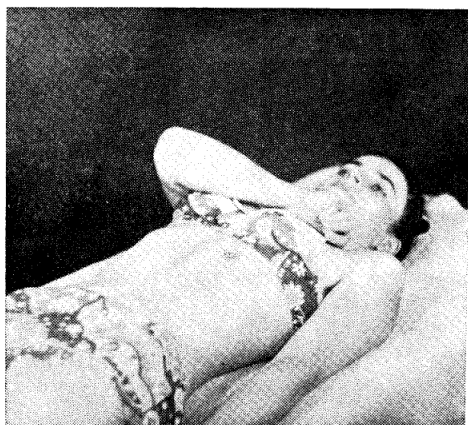
Na obrázku 12 nemocný provádí druhým prstem flexi v MP kloubu, třetím prstem extensi. Cvičitel klade odpor těmto pohybům. Cvičení se provádí rytmicky v protilehlých směrech.

Cvičení pro prsty, zápěstí a předloktí

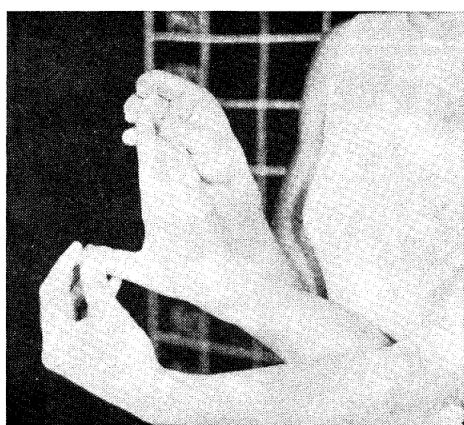
Pacient vleže na zádech je loktem opřen o stůl nebo trup cvičitele. Pohyb po I. a II. diagonále je zaměřen pouze na malý pohyb v loketním kloubu a plný pohyb v oblasti zápěstí a ruky. Na obrázku 13 je předloktí, zápěstí a ruka v dolním postavení I. diagonály. Na obrázku 14 je předloktí, zápěstí a ruka v horním postavení I. diagonály.

Cvičení asymetrická, symetrická a paralelní pro horní končetiny

Toto cvičení se provádí po diagonálách nebo ve variantách I. a II. diagonály současně



Obr. 10.



Obr. 11.

oběma horními končetinami. Dává velkou možnost kombinací a výdatně zapojuje kromě svalstva končetin i svalstvo trupu.

Instruktor stojí za hlavou pacienta. Uchopí ruce cvičícího způsobem popsaným u I. diagonály nebo pouze za zápěstí a dlaň. Pohyb nelze provádět v plném rozsahu tak, jak je to běžné při cvičení jednou končetinou.

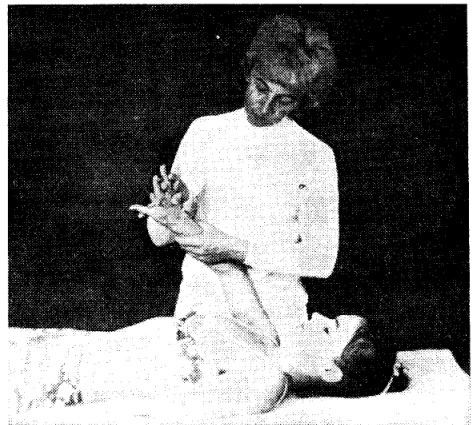
Cvičení asymetrická, symetrická a paralelní slouží ke zlepšení koordinace pohybu. Je možné je provádět i v jiných polohách bez odporu [vsedě, vstoje] jako cvičení rytmická, na příklad za doprovodu hudby.

Cvičení asymetrické

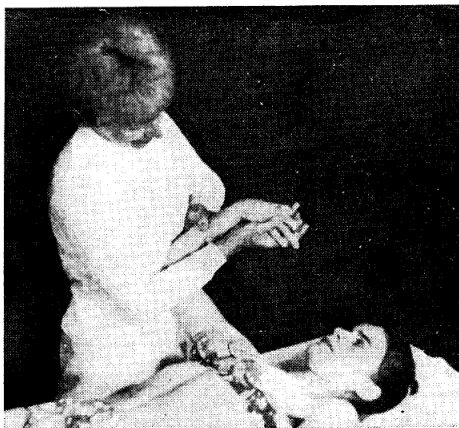
Jedna končetina se pohybuje z dolního postavení diagonály k hornímu, druhá z horního postavení téže diagonály k dolejšímu. Na obrázku 15 je pravá horní končetina v dolním postavení II. diagonály, levá v horním postavení II. diagonály.



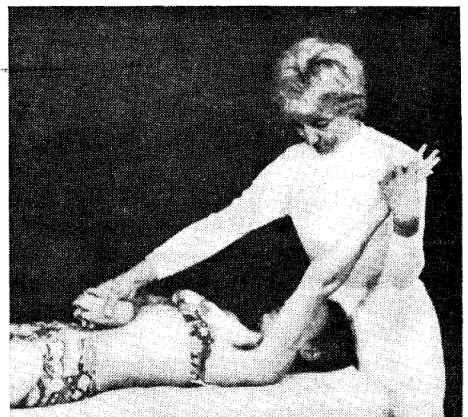
Obr. 12.



Obr. 13.



Obr. 14.



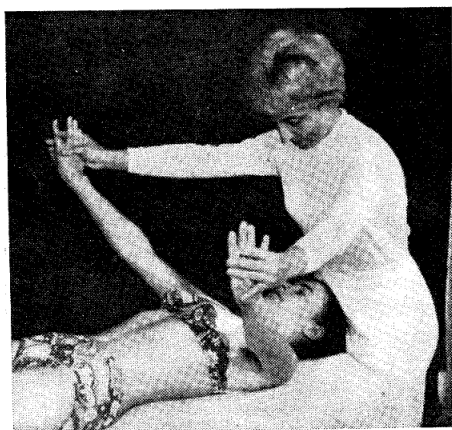
Obr. 15.

Cvičení symetrické

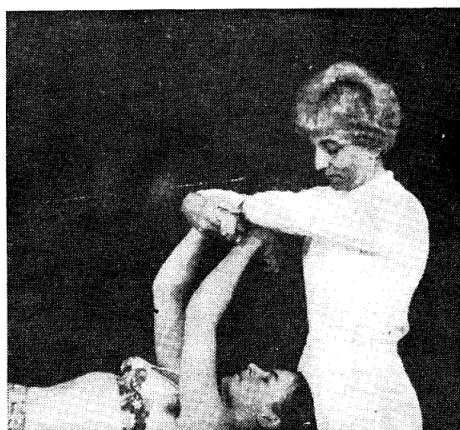
Obě končetiny se pohybují z dolního postavení diagonály k hornímu postavení stejné diagonály a naopak. Na obrázku 16 jsou obě končetiny v dolním postavení I. diagonály, na obrázku 17 jsou obě končetiny v horním postavení I. diagonály.

Cvičení paralelní

Obě končetiny se pohybují z dolního postavení různých diagonál k hornímu postavení různých diagonál a naopak. Na obrázku 18 je pravá končetina v dolním postavení I. diagonály, levá v dolním postavení II. diagonály. Na obrázku 19 je pravá končetina v horním postavení I. diagonály a levá v horním postavení II. diagonály.



Obr. 16.



Obr. 17.



Obr. 18.



Obr. 19.

DIAGONÁLY A VARIANTY PRO DOLNÍ KONČETINY

I. DIAGONÁLA

Dolní postavení I. diagonály

Poloha nemocného: lež na zádech na kraji cvičebního stolu.

Kyčelní kloub: abdukce 40 st., vnitřní rotace.

Kolenní kloub: extenze.

Hlezenní kloub: plantární flexe s pronací.

Prstce: nataženy v ose chodidla.

Kladení odporu

Cvičitel „obchvátí“ proximální část dolní končetiny. Při pohybu k hornímu postavení I. diagonály klade rukou a předloktím odpor na mediální stranu stehna proti flexi a addukci v kyčelním kloubu. Druhou rukou klade odpor na přední část nohy proti inverzi a dorsální flexi. Palcem je možno klást odpor na proximální články prstců proti extenzi. (Obr. 20.)

Horní postavení I. diagonály

Kyčelní kloub: flexe, zevní rotace, addukce (dolní končetina přechází přes střední čáru).

Kolenní kloub: extenze.

Hlezenní kloub: dorsální flexe se supinací.

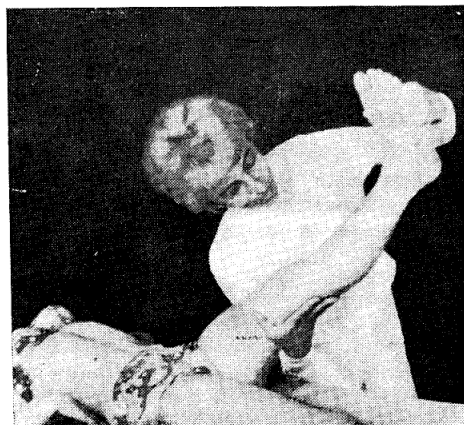
Prstce: extenze, abdukce.

Kladení odporu

Při zpětném pohybu k dolnímu postavení I. diagonály klade cvičitel odpor rukou a předloktím na dorsální plochu stehna proti extenzi a vnitřní rotaci, svým ramenem proti abdukci v kyčelním kloubu. Druhá ruka klade odpor v oblasti nohy proti plantární flexi s pronací, eventuálně proti flexi prstců. (Obr. 21.)



Obr. 20.



Obr. 21.

VARIANTY I. DIAGONÁLY PRO DOLNÍ KONČETINY

Varianty obou diagonál jsou doplněny flexí v kolenním kloubu.

I. varianta I. diagonály („pata za koleno“)

Dolní postavení totožné s dolním postavením I. diagonály.
Horní postavení doplněno flexí v kolenním kloubu. (Obr. 22.)

II. varianta I. diagonály

Horní postaveš totožné s horním postavením I. diagonály. Dolní postavení doplněno flexí v kolenním kloubu. Na obrázku 23 přechod z horního postavení k dolnímu, v konečné fázi pohybu se dostává bérce mimo cvičební stůl.

II. DIAGONÁLA

Dolní postavení II. diagonály

Poloha nemocného: leh na zádech.

Kyčelní kloub: addukce (přes střední osu), zevní rotace, druhá dolní končetina v abdukci.

Kolenní kloub: plantární flexe s inverzí.

Prstce: flexe.

Kladení odporu

Držení končetiny jako při I. diagonále. Pacient provádí plynulý pohyb směřující k hornímu postavení II. diagonály. Cvičitel klade přiměřený odpor všem těmto pohybům. Na obrázku 24 dolní postavení II. diagonály a způsob úchopu.

Horní postavení II. diagonály

Kyčelní kloub: flexe, abdukce, vnitřní rotace.

Kolenní kloub: extense.

Hlezenní kloub: dorsální flexe s pronací.

Prstce: extense až hyperextense. (Obr. 25.)

Při zpětném pohybu z horního postavení k dolnímu postavení II. diagonály klade cvičitel svojí rukou a předloktím odpor abdukci, vnější rotaci a extensi kyčelního kloubu. Druhou rukou klade odpor inverzí a plantární flexí nohy, eventuálně flexi prstců.

VARIANTY II. DIAGONÁLY PRO DOLNÍ KONČETINY

I. varianta II. diagonály („charleston“)

Dolní postavení totožné s dolním postavením II. diagonály. Horní postavení doplněno flexí v kolenním kloubu. Postavení je podobné obrázku 23, doplněné větší flexí v kyčelním a kolenním kloubu a extensí prstců.

II. varianta II. diagonály („bérce mimo stůl“)

Poloha nemocného: leh na zádech, bérce visí mimo stůl, necvičená dolní končetina v abdukci, druhá v abdukci přes střední osu.

Horní postavení totožné s horním postavením II. diagonály.

Dolní postavení doplněno flexí v kolenním kloubu. (Obr. 25.)



Obr. 22.



Obr. 23.



Obr. 24.



Obr. 25.



Obr. 26.

Cvičení pro hlezenní kloub a nohu

Nemocný leží na zádech. Kyčelní a kolenní kloub v semiflexi. Pata opřena o podložku. Nemocný vykonává pohyb v hlezenním kloubu a prstci po I. nebo II. diagonále. Cvičitel klade palcem odpor proti extenzi prstců, ostatními prsty flexi prstců a současně proti pohybům v hleznu.

Ďhorní a dolní postavení I. diagonály v oblasti nohy. (Obr. 27 a 28).

Cvičení symetrická, asymetrická a paralelní pro dolní končetiny

Cvičení se provádí vleže na zádech nebo vsedě, kdy bérce nemocného visí přes okraj lehátka. Při cvičení vleže na zádech současně oběma dolními končetinami se vydatně zapojuje svalstvo trupu. V sedu je větší možnost pohybu v kolenním kloubu se zaneřebním na procvičení svalstva nohy. Při cvičení v lehu cvičitel stojí u dolního okraje cvičebního stolu. Při cvičení v sedu sedí cvičitel čelem k nemocnému. Cvičí se v diagonálách i variantách a je velká možnost kombinací. Při cvičení symetrickém se končetiny pohybují po stejné diagonále nebo variantě z dolního postavení do horního a zpět.

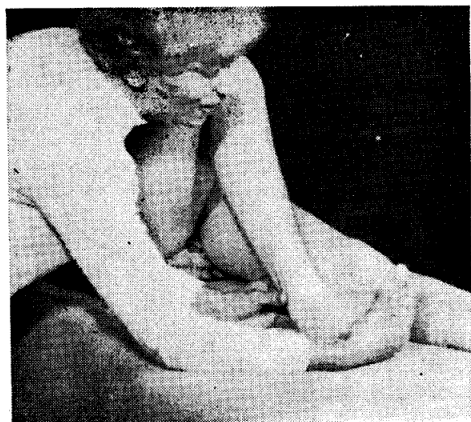
Příklad

Cvičení symetrická v lehu na zádech

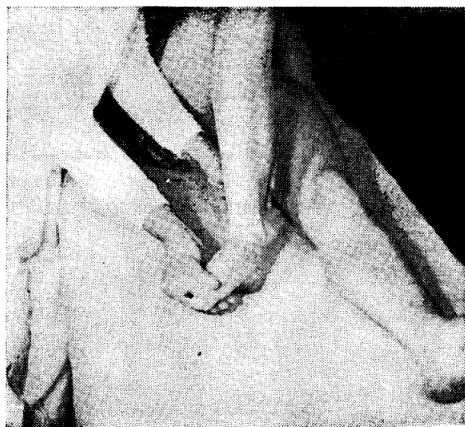
- Na obrázku 29 jsou obě dolní končetiny v dolním postavení I. diagonály, na obr. 30 jsou obě dolní končetiny (překřížené) v horním postavení I. diagonály.
- Na obrázku 31 obě dolní končetiny v horním postavení II. diagonály. V konečném dolním postavení II. diagonály se končetiny kříží v addukci.

Cvičení symetrická v sedu

- Obě dolní končetiny v dolním postavení II. diagonály, bérce zkříženy — obr. 32. Na dalším obrázku přechází nemocný z dolního postavení II. diagonály do horního postavení II. diagonály.



Obr. 27.



Obr. 28.



Obr. 29.



Obr. 30.



Obr. 31.



Obr. 32.



Obr. 33.

b) Na obrázku 34 je zachyceno horní postavení II. diagonály při symetrickém cvičení v sedu. V dolním postavení se kolena flektují, bérce vzdalují od sebe.

Při cvičení asymetrickém provádí končetiny pohyb po stejné diagonále, ale recipročně, to znamená, že jedna končetina přechází z dolního postavení do horního, druhá končetina z horního do dolního postavení stejné diagonály nebo varianty a zpět.

Príklad

Cvičení asymetrické v sedu

Na obrázku 35 provádí nemocný cvičení v I. diagonále. Pravá dolní končetina je v horním postavení I. diagonály, levá v dolním postavení I. diagonály.

Při cvičení paralelním končetiny provádí pohyb z dolního postavení různých diagonál nebo variant do horního postavení a zpět.

Príklad

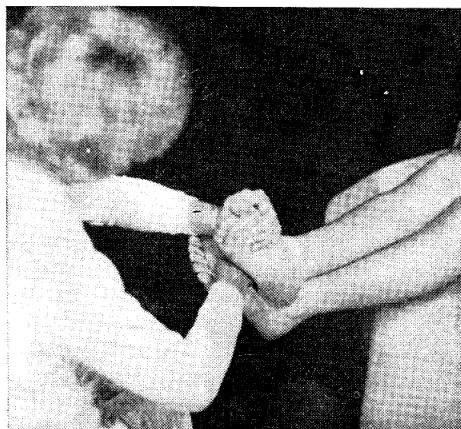
Paralelní cvičení dolních končetin v sedu

Na obrázku 36 pravá dolní končetina v dolním postavení I. diagonály, levá v dolním postavení II. diagonály. Na obr. 37 dolní končetiny směřují k hornímu postavení jmenovaných diagonál.

Paralelní cvičení dolních končetin vleže na zádech

Na obr. 38 pravá dolní končetina v dolním postavení I. diagonály, levá v dolním postavení II. diagonály. Jedna ruka cvičitele „obchvátí“ obě dolní končetiny nemocného pod stehny, druhá klade odpor pohybu v hlezenném kloubu, ukazovák cvičitele zasunut mezi mediální hrany chodidel nemocného.

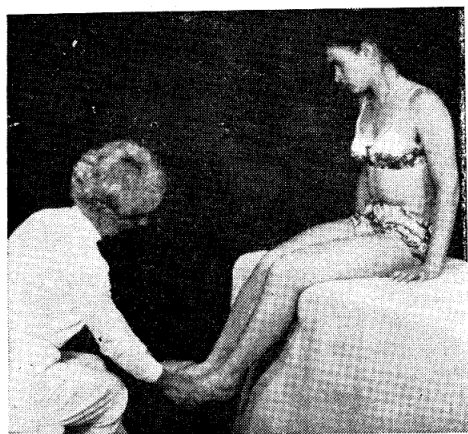
Na obr. 39 obě dolní končetiny nemocného směřují k hornímu postavení variant jmenovaných diagonál.



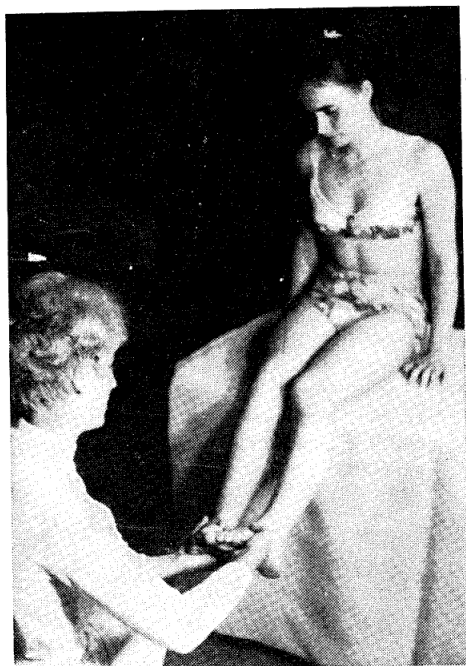
Obr. 34.



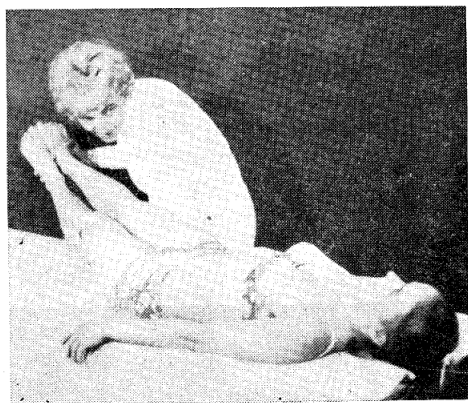
Obr. 35.



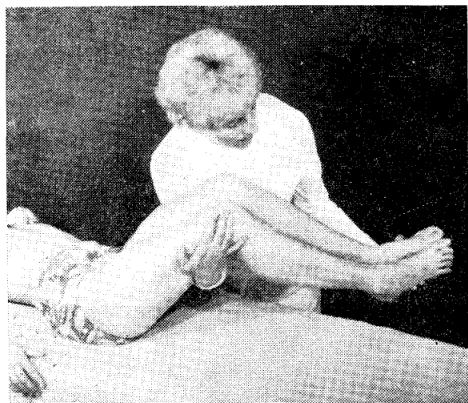
Obr. 36.



Obr. 37.



Obr. 38.



Obr. 39.

Cvičení po diagonálách pro svalstvo trupu

Cvičení pro svalstvo šíje a horních segmentů trupového svalstva

- a) Poloha nemocného: leh na zádech, paže zkříženy přes hrudník, hlava vytočena k pravému (levému) rameni. Plynulým pohybem proti odporu vykonává cvičící flexi a rotaci krku, brada směřuje k levé (pravé) klíční kosti.
Kladení odporu: ruka cvičitele, položena s roztáženými prsty na temeni nemocného.

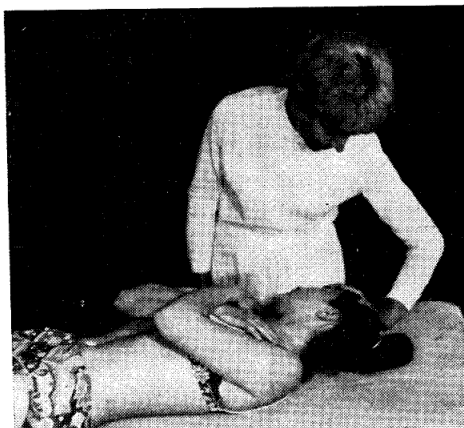
klade odpor proti dostředivému a zpět proti odstředivému pohybu hlavy. (Obr. 40 a 41.)

- b) Poloha nemocného: leh na zádech, hlava přes okraj cvičebního stolu, krční páteř v extenzi, hlava rotována k levému (pravému) ramenu. (Obr. 42 a 43.)
V průběhu pohybu vykonává krční páteř flexi, brada směřuje k pravé (levé) klíční kosti.

Kladení odporu: cvičitel klade odpor jednou rukou na bradu, druhou na temeno nemocného — proti dostředivému a zpět proti odstředivému pohybu hlavy.

Cvičení pro svalstvo šíje, paží, šikmé břišní a zádové svalstvo („sekáč“)

- a) Poloha nemocného: trup v lateroflexi, hlava rotována, spojené paže v anteflexi — vše směrem ke cvičiteli. V obou zápěstích radiální dukce.
Kladení odporu: ukazovák cvičitele zasunut mezi dlaně nemocného klade odpor proti ulnární dukci v zápěstí a proti pohybu paží k levému (pravému) stehnu. Druhá ruka na temeni cvičícího klade odpor flexi a rotaci krku a pohybu trupu k levému (pravému) stehnu. (Obr. 44.)



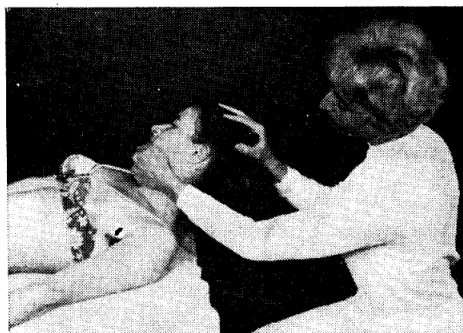
Obr. 40.



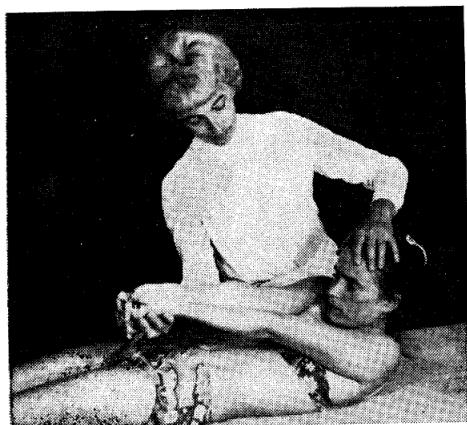
Obr. 41.



Obr. 42.



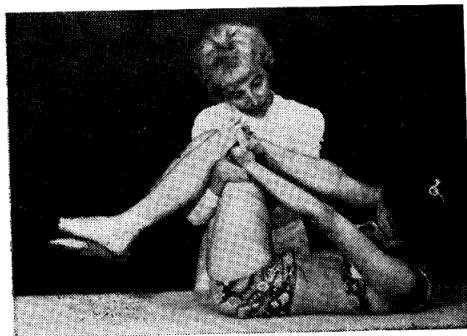
Obr. 43.



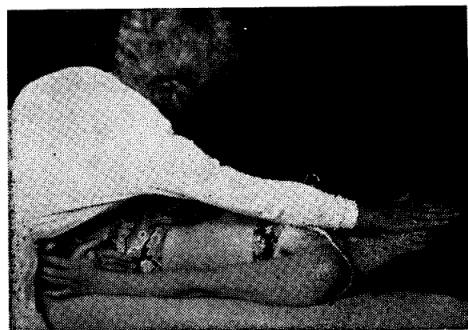
Obr. 44.



Obr. 45.



Obr. 46.



Obr. 47.

Při pohybu zpět klade cvičitel odpor proti pohybům, směřujícím k poloze, popsané ve výchozím postavení.

- b) Předešlé cvičení doplněné pohyby dolních končetin a zvětšením exkurze pohybu trupu („velký ždímnák“).

Poloha nemocného: lež na zádech, trup v lateroflexi, paže v anteflexi, hlava rotována — vše směrem ke cvičiteli. Kolena v semiflexi — odvrácena od cvičitele. [Obr. 45.]

Během pohybu se dolní končetiny flectují a rotují směrem ke cvičiteli, hlava paže a trup směřují na opačnou stranu. [Obr. 46.]

Kladení odporu: cvičitel zasune ukazovák jedné ruky mezi dlaně nemocného, druhou rukou „obchvátí“ stehna nemocného. Klade odpor proti dostředivému a zpět proti odstředivému pohybu celého těla.

Cvičení pro m. quadratus lumborum

Poloha nemocného: lež na zádech, trup v lateroflexi vpravo (vlevo), hlava rotována vpravo (vlevo). [Obr. 47.]

Kladení odporu: cvičitel klade odpor proti úklonu vlevo (vpravo) jednou rukou na dlaň, druhou rukou na tvář nemocného. Při pohybu do výchozího postavení klade odpor proti úklonu na opačnou stranu tahem za ruku nemocného. Při dokončení pohybu je trup v lateroflexi vlevo (vpravo), hlava rotována a addukována k levému (pravému) ramenu. (Obr. 48.)

Cvičení vleže na boku

- a) Cvičení pro svalstvo šíje, trupu a proximálních partií dolních končetin („klubíčko“).
Poloha nemocného: leh na boku, paže zkříženy přes hrudník.
Kladení odporu: cvičitel klade odpor na čelo nemocného proti flexi krku a trupu, druhou rukou nad koleny nemocného proti flexi v kyčelních kloubech. (Obr. 49.)
Při pohybu do extenze klade cvičitel odpor jednou rukou na temeno hlavy, druhou na bérce (nebo na dorsální plochu stehen) nemocného. (Obr. 50.)
- b) Reciproční rotační pohyb pánve a trupu („malý ždímák“).

Poloha nemocného: leh na boku, dolní končetiny v semiflexi, paže zkříženy přes hrudník. Cvičící vytáčí horní část trupu směrem ke cvičiteli, pánev opačným směrem. (Obr. 51.)

Kladení odporu: cvičitel klade odpor na dorsální plochu ramene a ventrální plochu pánve. Při opačném pohybu přehmátne na ventrální plochu ramene a dorsální plochu pánve.

Cvičení svalstva trupu a šíje po diagonále v sedě

Poloha nemocného: sed na rohu cvičebního stolu, nohy nemocného zaklesnuty za nohu stolu, paže zkříženy přes hrudník.

Na obr. 52 přechází trup a hlava do flexe a rotace vpravo.

Kladení odporu: cvičitel klade rukou odpor na ventrální plochu pravého ramene nemocného.

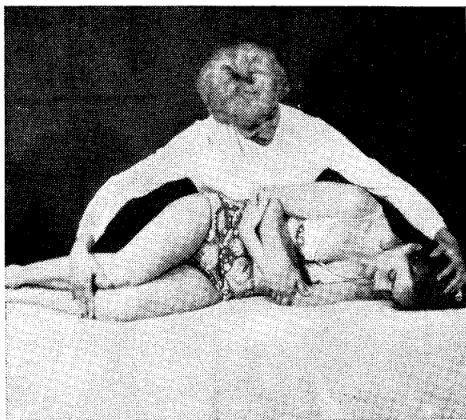
Zpětný pohyb na obr. 53. Trup a šíje nemocného v extenzi, rotovány vlevo. Odpor na dorsální ploše levého a ventrální ploše pravého ramenního kloubu.



Obr. 48.



Obr. 49.



Obr. 50.



Obr. 51.



Obr. 52.

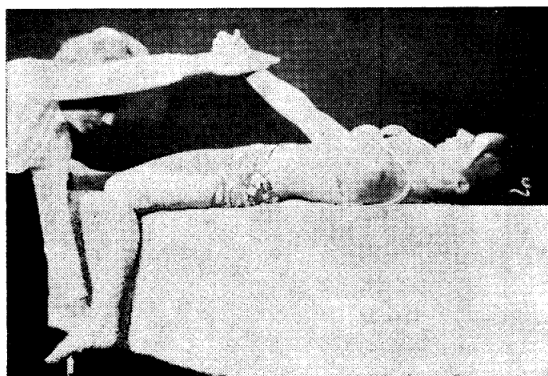


Obr. 53.

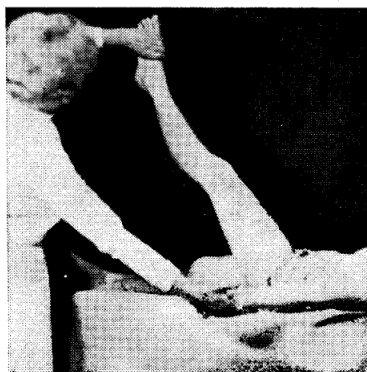
Chůze proti odporu vleže na zádech

Poloha nemocného: lež na zádech na kraji cvičebního stolu, stejnostranná horní a dolní končetina provádí reciproční pohyb mimo stůl.

Kladení odporu: cvičitel klade odpor horní končetině ve směru flexe. Dolní končetinou provádí nemocný extenzi v kyčelním kloubu, flexi v kolenním a plantární flexi v hlezenném kloubu proti odporu kladenému na chodidlo. [Obr. 54.]



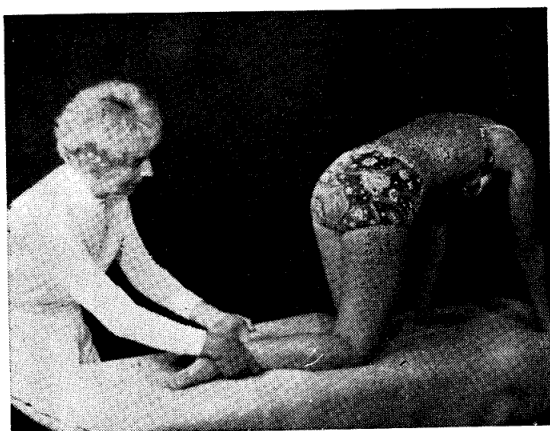
Obr. 54.



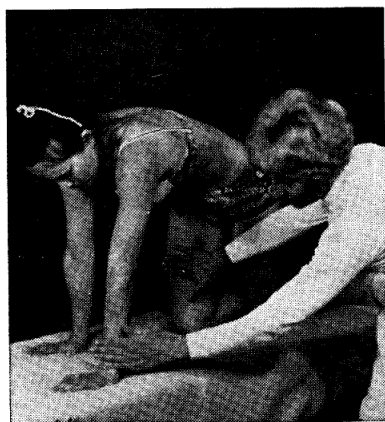
Obr. 55.



Obr. 56.



Obr. 57.



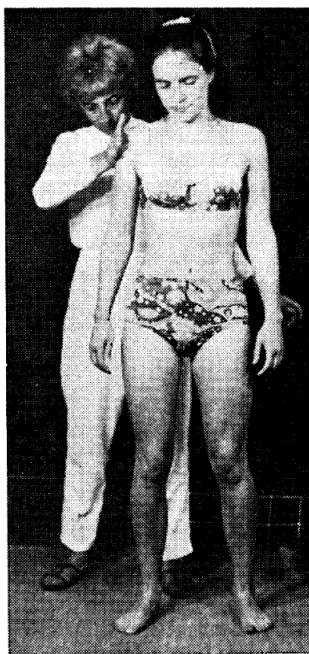
Obr. 58.



Obr. 59.



Obr. 60.



Obr. 61.



Obr. 62.

Při opačném pohybu horní končetina provádí extenzi, dolní flexi v kyčelním kloubu, extenzi v kolenním a dorsální flexi v hlezenném kloubu. Cvičitel jednou rukou klade odpor na ruku, druhou na nárt nemocného. (Obr. 55.)

Chůze po čtyřech

- a) Cvičitel klade odpor na ramena nemocného. (Obr. 56.)
- b) Cvičitel klade odpor v oblasti kotníků nemocného. (Obr. 57.)
- c) Cvičitel klade odpor na stehno a protilehlou paži nemocného. (Obr. 58.)
- d) Při chůzi vzad klade cvičitel odpor na hýždě nemocného. (Obr. 59.)

Chůze vpřed, vzad, stranou a otáčení na místě

- a) Při chůzi vpřed klade cvičitel odpor na ventrální plochu ramen nemocného (při chůzi vzad na dorsální plochu ramen). (Obr. 60.)
- b) Při chůzi stranou klade cvičitel odpor na laterální plochu ramene nemocného. (Obr. 61.)
- c) Při otáčení na místě klade cvičitel odpor jednou rukou na ventrální, druhou na dorsální plochu ramene nemocného. (Obr. 62.)

LITERATURA

1. OBRDA — KARPÍŠEK: Rehabilitace nervově nemocných.
2. BRISKEROVÁ, E.: Techniky proprioceptivní nervosvalové facilitace podle metody Hermanna Kabata.

H. MARČIKOVÁ / METODIKA NÁCVIKU KABATOVY FACILITAČNÍ TECHNIKY

3. STEJSKAL, L.: Proprioceptivní nervosvalová facilitace. [Přednášky — RU Kladruhy v r. 1963.]
4. PFEIFFER, J. A KOLEKTIV: Facilitační metody v léčebné rehabilitaci.

Fotodokumentace: Vladimír Kolář

Zpracována v Československých státních lázních Železnice pod vedením prim. MUDr. Antonína Stehlíka.

Adresa autorky: H. M. Státní Sanatorium, Praha

Г. Марчикова

МЕТОДИКА ВЫРАБОТКИ ОБЛЕГЧАЮЩЕЙ ТЕХНИКИ КАБАТА

Резюме

Техника упражнений Кабата использует облегчающие элементы, как например кожная восприимчивость, тонические шейные рефлексy, сопротивление, обратное включение антагонистов и растяжение мышц.

Мы отказываемся от отработки мелких движений в отдельных участках тела, от движений в прямых плоскостях. Отрабатываются большие программы движений, происходящие в диагоналях с ротационной составной частью.

Техника Кабата оказывает положительное влияние на двигательную инкоординацию, с ее помощью можно восстанавливать здоровье больных после состояний вялого и спастического переза и плегии, увеличивать объем движений, снижать болезненность и расслаблять контрактуры.

В методических указаниях для отработки техники Кабата мы приводим разделение комплексов движений по областям:

- А) Упражнения в диагоналях и вариантах для верхних конечностей.
- Б) Упражнения в диагоналях и вариантах для нижних конечностей.
- В) Объединенные симметричные, ассимметричные и параллельные движения.
- Г) Упражнения для туловища.
- Д) Ходьба и лазание против сопротивления.

H. Marčíková

METHODS OF PRACTICE OF KABAT'S FACILITATION TECHNIQUE

Summary

Kabat's exercise technique uses facilitation elements, such as cutaneous receptivity, tone neck reflexes, resistance exercises reverse switch of antagonists and extension of muscles.

The practice of small movements in the individual segments of the body is being abandoned, as well as movements in direct planes. Great movements schemes are being practised diagonally with a rotation component.

Kabat's technique favourably influences movement incoordination, patients can be treated in conditions of feeble and spastic paresis and plegia, this technique can increase the extent of movement and decrease pain and relax contractions.

In the methodic instruction for the practice of Kabat's technique the movement units are divided according to the region:

- A. Exercise in diagonals and variants for the upper extremities

- B. Exercise in diagonals and variants for the lower extremities
- C. Combined symmetric, asymmetric and parallel movements
- D. Trunk exercises
- E. Walking and crawling against resistance

H. Marčíková

DIE METHODIK DES EINÜBENS DER KABATSCHEN FACILITATIONSTECHNIK

Zusammenfassung

Die Kabatsche Übungstechnik nutzt Fazilitationselemente wie z. B. Hautempfindlichkeit, tonische Nackenreflexe, Widerstand, Rückschaltung der Antagonisten und Streckung der Muskel.

Es wird von der Einübung kleiner Bewegungen in den einzelnen Körpersegmenten Abstand genommen, ebenso von Bewegungen in direkten Ebenen. Es werden große Bewegungsschemen eingeübt, die in Diagonalen mit Rotationsmomenten ablaufen.

Die Kabatsche Technik hat positiven Einfluß auf die Bewegungs-Inkoordination, mit ihrer Hilfe können Patienten nach Zuständen schwacher und spastischer Parese und Plegie rehabilitiert werden, sie ermöglicht die Erweiterung des Bewegungsumfanges, die Verringerung der Schmerzhaftigkeit sowie die Lösung von Kontrakturen.

Im Rahmen der methodischen Anleitung für die Einübung der Kabatschen Technik werden die Bewegungsensembles nach Bereichen aufgeteilt:

- A. Übungen in Diagonalen und in Varianten für die oberen Gliedmaßen
- B. Übungen in Diagonalen und in Varianten für die unteren Gliedmaßen
- C. Zusammengefaßte symmetrische, asymmetrische und parallele Bewegungen
- D. Rumpfübungen
- E. Gang und Kriechen gegen Widerstand.

H. Marčíková

MÉTHODIQUE D'ÉNTRAÎNEMENT DE LA TECHNIQUE DE FACILITATION DE KABAT

Résumé

La technique d'entraînement de Kabat exploite les éléments de facilitation comme la faculté perceptive de la peau, le tonus des réflexes de la nuque, l'opposition de la résistance, la mise en marche rétrograde des antagonistes et l'allongement des muscles.

On renonce à l'exercice de petits mouvements dans les différents segments du corps, des mouvements dans les plans droits. On effectue l'exercice de grands schémas de mouvements en diagonales avec une composante de rotation.

La technique de Kabat influence de façon favorable l'incoordination des mouvements, elle aide à réadapter les malades après des états de parésie et paraplégie faibles et spastiques, à augmenter la gamme du mouvement, à soulager la douleur et dégager les contractures.

Dans le procédé méthodique d'entraînement de la technique de Kabat, on mentionne la répartition des groupes de mouvements suivant les domaines:

- A. Exercices en diagonales et variantes pour les extrémités supérieures
- B. Exercices en diagonales et variantes pour les extrémités inférieures.
- C. Mouvements symétriques, asymétriques et parallèles combinés.
- D. Exercices du tronc.
- E. Marche et rampe contre obstacles stables.

J. SIMONYI

NONINVASIVE EVALUATION OF HUMAN CIRCULATION

Neinvasívna evaluácia ľudskej cirkulácie

Vydalo vydavateľstvo Akadémiai Kiadó Budapest 1976, str. 251.

81. obr. Cena neuvedená.

ISBN 963-05-0787-X.

Vo vydavateľstve maďarskej akadémie vied vychádza v roku 1976 pozoruhodná publikácia dr. Simonyiho, ktorá je venovaná neinvasívnej evaluácii ľudskej cirkulácie. V 10 kapitolách rozdelených do dvoch častí autor venuje pozornosť vyšetrovacím neinvasívnym metódam používaným pri meraní jednotlivých funkčných hodnôt cirkulácie, predovšetkým z hľadiska klinických, klinicko-farmakologických aspektov a možnosti vyhodnocovania jednotlivých dát strojovým spôsobom. Kniha je určená predovšetkým pracovníkom v oblasti expe-

rimentálneho výskumu, ale aj klinickým pracovníkom, ktorí sa zaoberajú fyziológiou, patofyziológiou cirkulácie pri jednotlivých typoch ochorenia. Kniha prináša originálne dáta získané pri vyšetrení autom, resp. autormi. Knihu dopĺňa celý rad originálnych záznamov príslušných tabuliek a prehľadných grafov a nomogramov. Menný a vecný register dopĺňuje túto pozoruhodnú publikáciu, ktorá obohacuje literatúru o cirkulácii.

Dr. M. Palát, Bratislava

P. KARLSON — W. GEROK — W. GROSS

PATHOBIOCHEMIE

Patobiochemie

Vydavateľství Georg Thieme-Verlag, Stuttgart 1978, 399 stran, 135 obrázků, 51 tabulek, cena DM 34,—. ISBN 3-13-5542-01-7.

Jako úvod pro mediky a lékaře vychází ve vydavatelství Georga Thiemeho ve Stuttgartě v roku 1978 Pathobiochemie, kterou připravili do tisku Karlson, Gerok a Gross.

Pathobiochemie se objevuje v posledních letech jako nová disciplína v medicíně, která se zabývá poruchami biochemických dějů v organismu. Rozvoj biochemie, nové poznatky molekulární biologie a znalosti z oblasti lidské genetiky přispěly k formulování této nové lékařské disciplíny. Prof. Karlson, známý svou dnes už klasickou Biochemií v spolupráci s prof. Gerokem — internistou a prof. Grosseem, vedoucím Ústavu vegetativní fyziologie frankfurtské university připravili pro mediky a lékaře velmi zajímavou monografii zabývající se základními aspekty poruch biochemických dějů u člověka.

Nepřilíš rozsáhlá učebnice rozebírá po úvodě v jednotlivých kapitolách a podkapitolách principy metabolických regulací, metabolismus glycidů, lipidů, aminokyselin, perfyriinů, nukleotidů, vody a elektrolytů, dále otázky výživy, trávení a resorpce, otázky hormonálních regulací a hormony hypofyzy, hypotalamu, nadledvinek a pohlavních žláz, hormony pankreatu,

hormony štítné žlázy a příštítných tělísek i tkáňové hormony a mediátory.

V dalších kapitolách věnuje se pozornost otázkám jater, ledvin, vaziva a krve, závěrečná kapitola řeší otázky biochemie tumorů.

Další poukazy na literaturu jsou seřazeny podle jednotlivých kapitol. Tak jako je obvyklé v současných učebnicích, závěr knihy představují zkušební otázky a klíč předmětového katalogu pro zkoušku z tohoto předmětu. Věcný rejstřík ukončuje učebnici, doplněnou celou řadou vynikajících schém, obrázků a ilustrací, dokumentujících textovou část.

Pathobiochemie kolektivu autorů je pokus o sestavení moderně koncipované učebnice, věnované otázkám, které v současné medicíně hrají velmi významnou úlohu a dotýkají se všeobecně všech medicínských oborů, i když odbor vnitřního lékařství zde najde nejvíce potřebných informací. Učebnice je zároveň psaná, dobře dokumentovaná a vyplňuje beze sporu oblast mezi biochemií a klinikou. Je zaměřena na současný stav poznatků a stane se jistě nezbytnou příručkou i pro klinicky orientovaného lékaře.

Dr. M. Palát, Bratislava

VLIV ČASNÉ POOPERAČNÍ INTENZIVNÍ REHABILITAČNÍ PÉČE NA VÝSKYT TROMBOEMBOLICKÝCH KOMPLIKACÍ

H. SUCHÁ

1. porodnicko-gynekologická klinika LF UJEP Brno, přednosta prof. MUDr. Miloslav Uher, CSc.

Souhrn: Pooperační intenzivní rehabilitační péče znamená zvětšení dávkovaného fyzického zatěžování operovaných v období časně po operaci — v den operace a první den po operaci. Podle pozorování, uskutečněných na I. ženské klinice v Brně, má tato pooperační intenzivní rehabilitační péče vliv na snížení počtu tromboembolických komplikací.

Klíčová slova: Pooperační rehabilitace — tromboembolické komplikace — rehabilitace v gynekologii.

Ve snaze o snížení počtu tromboembolické nemoci (TEN) byla na pooperačním oddělení I. porodnicko-gynekologické kliniky spolu s rehabilitačním oddělením vytvořena nová koncepce rehabilitační péče o operované pacientky.

Původní rehabilitační pooperační péče pozůstávala z běžného systému pooperačních cvičení: 1. den po operaci dechová cvičení, cvičení malých kloubů HK a DK, od 2. dne po operaci postupné přidávání fyzického zatěžování, od 5. dne po operaci cvičení i ve stoji při tomto způsobu pooperační rehabilitační péče, spolu s dalšími profylaktickými opatřeními jako je:

1. uvážlivý výběr vhodných operačních metod,
2. pečlivá interní předoperační příprava,
3. medikamentózní profylaxe,

se pohyboval výskyt TEN u operovaných v r. 1961—1974 mezi 4,75—5,76 % (podle Martinčíka a Pilky, Čsl. gynekologie, v tisku).

Při nové koncepci rehabilitační péče, která byla zavedena od r. 1975 a při dodržování stejných profylaktických opatření, klesla frekvence TEN u 771 operovaných pacientek na 2,46 %, zatím co u 1249 pacientek, operovaných ve stejné době, které tuto rehabilitační péči neměly, onemocnělo TEN 4,91 %, tj. stejné procento, jako v dřívějších letech (Martinčík, Pilka).

Tato čísla nás oprávnějí domnívat se, že tento nový druh rehabilitační péče, který jsme nazvali intenzivní rehabilitační péčí, může účinně snížit u operovaných pacientek výskyt TEN.

H. SUCHÁ / VLIV ČASNÉ POOPERAČNÍ INTENZIVNÍ REHABILITAČNÍ PÉČE NA VÝSKYT TROMBOEMBOLICKÝCH KOMPLIKACÍ

Intenzivní rehabilitační péče prohlubuje podle předem vypracovaného konstantního systému péči o pacientky již před operací (předoperační péče), a zvláště pak v období časně po operaci — v den operace a první den po operaci (časná pooperační péče).

1. Předoperační péče

Den před operačním zákrokem jsou pacientky formou rozhovoru seznámeny s důležitostí a nutností cvičení hned po probuzení z narkózy, s účinkem správného hlubokého dýchání, procvičováním kloubů DK. Vysvětlíme jim nutnost fixace břišní stěny při vykašlávání, jsou upozorněny na přechodné zvětšení bolestivosti v operační ráně při změnách polohy těla v prvních dnech po operaci, zvláště při prvním vstávání z lůžka. Při praktické ukázce se pacientky naučí

- a) technice vykašlávání: při flektovaných DK si pacientka oběma rukama, položenými na břišní stěnu kolem operační rány, lehce stlačí břišní stěnu a zakašle;
- b) technice posazení na lůžku: pacientka se otočí na bok, přisune se k okraji lůžka s flektovanými DK, jednou paží se opře o loket, druhou dlaní o okraj lůžka. Vzepře se a současně spouští DK z lůžka. Pacientky po vaginální operaci se posazují jen na jednu hýždí;
- c) technice jak se položit na lůžko: pacientka nasedne jednou hýždí na lůžko otočená směrem k polštáři, oběma dlaněma se opře a položí na bok; pomocí hrazdičky se teprve otáčí na záda;
- d) správnému hlubokému hrudnímu dýchání s důrazem na prodloužený výdech;
- e) procvičování malých kloubů DK a izometrickým kontrakcím DK; Lze tedy působit kladně na psychiku pacientky, která se naučí tomu, jak si může sama usnadnit pooperační průběh.

2. Časná pooperační péče

a) Rehabilitační péče v den operace

Z provozních důvodů není možné, aby rehabilitační pracovnice čekaly, až bude ta která pacientka převezena z operačního sálu na pooperační pokoj. Proto si operované provádí po probuzení z narkózy za dohledu sestry z pooperačního oddělení vše, co se naučily v předoperačním pohovoru (hrudní dýchání, vykašlávání s fixací jizvy, procvičování DK).

b) Rehabilitační péče první den po operaci

Tato péče je rozdělena do tří fází:

ranní cvičení — provádí se vykašlávání s fixací (břišní stěnu operované fixuje rehabilitační pracovnice), hluboké hrudní dýchání s prodlouženým výdechem, polohové cvičení HK, procvičení DK;

polední cvičení — rehabilitační pracovnice s operovanou vstává z lůžka. Pacientka opět využije poznatků, získaných z předoperační péče;

odpolední cvičení — opakuje se polohové cvičení HK a DK, začíná se otáčením na lůžku.

II. SUCHÁ / VLIV ČASNÉ POOPERAČNÍ INTENZIVNÍ REHABILITAČNÍ PÉČE NA VÝSKYT TROMBOEMBOLICKÝCH KOMPLIKACÍ

Od druhého dne po operaci se provádí cvičení podle běžného pooperačního cvičení.

Poznatky, které jsme uvedli, vycházejí ze zkušeností léčebné tělesné výchovy v gynekologii. Domníváme se, že jich je možno užít i v dalších oborech s příslušnou modifikací dílčích metod, jejichž aplikace bude záležet na tvůrčím přístupu rehabilitačních pracovníků i na typu příslušného zdravotnického zařízení.

Adresa autora: H. S., rehabilitace, Fakultní porodnice, Brno

E. Suchá

ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ НА НАЛИЧИЕ ТРЕМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Резюме

Послеоперационная интенсивная лечебная физкультура значит увеличение дозированной физической загрузки оперированных скоро после операции — в день операции и в первый день после операции.

По наблюдениям, осуществленным на I-ой женской клинике в Brno, оказывает этот вид послеоперационного ухода влияние на уменьшение числа тромбоемболических осложнений.

H. Suchá

THE INFLUENCE OF INTENSIVE POSTOPERATIVE REHABILITATION ON THE OCCURRANCE OF THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS

Summary

Postoperative intensive rehabilitation care means increased doses of physical load in operated patients early after surgery, i. e. on the day of surgery and the day after it.

According to investigations carried out at the 1st Clinic of Obstetrics and Gynaecology in Brno has this postoperative intensive rehabilitation an influence on the decrease of the number of cases of thromboembolic complications.

H. Suchá

DER EINFLUß FRÜHZEITIGER POSTOPERATIVER INTENSIVER REHABILITATIONSBEHANDLUNG AUF DAS VORKOMMEN VON TROMBOEMBOLISCHEN KOMPLIKATIONEN

Zusammenfassung

Die postoperative intensive Rehabilitationsbehandlung bedeutet eine Erhöhung der rationierten physischen Belastung der Operierten in der Zeit kurz nach der Operation — am Operationstag und einen Tag nach der Operation.

Aufgrund der an der I. Frauenklinik in Brno durchgeführten Beobachtungen hat eine derartige postoperative intensive Rehabilitationsbehandlung Auswirkungen im Sinne einer Verringerung der Anzahl von tromboembolischen Komplikationen.

H. SUCHÁ / VLIV ČASNÉ POOPERAČNÍ INTENZIVNÍ REHABILITAČNÍ PÉČE NA VÝSKYT TROMBOEMBOLICKÝCH KOMPLIKACÍ

H. Suchá

INFLUENCE DES SOINS DE REHABILITATION POSTOPERATOIRE INTENSIVE IMMEDIATE SUR L'APPARITION DES COMPLICATIONS TROMBOEMBOLIQUES

R é s u m é

La réhabilitation postopératoire intensive signifie une augmentation de l'effort physique dosé dans la période suivant immédiatement l'opération — le jour de l'opération et le premier jour après l'opération.

Selon les observations effectuées à la lère Clinique Gynécologique à Brno, cette réhabilitation postopératoire intensive a une influence sur la diminution du nombre de complications thromboemboliques.

U. ZWIENER, N. TIEDT (red.):

MODELLIRUNG VON HERZ-KREISLAUF-FUNKTIONEN IN EXPERIMENT UND KLINIK

Modelovanie srdcovo-obehových funkcií v experimente a klinike
Vydal VEB Gustav Fischer Verlag Jena, 1978, 148 strán, 73 obr. a 4 tab., cena 31,00 M.

Ide o širokokoncipovaný prehľad dômyselnej kombinácie moderných teoretických prístupov (teória regulácií, biokybernetika, chronobiológia a i.) a modernej elektronickej aparatúry s problematikou správneho klinického chápania a interpretovania regulačných procesov organizmu na rovine neurovegetatívnej a hormonálnej. Autor, docent a primár na Medicínskej Akadémii v Erfurte, už svojou erudíciou (je aj Dr. sc. med., aj Dr. phil.) zvyrazňuje súčasný trend k interdisciplinárnemu prístupu.

Na rozdiel od doterajších, prevažne statických meraní a hodnotení, sa tu zdôrazňuje zistenie typu komplexnej reakcie organizmu, odkrývanie zložitej súhry jeho funkcií, a kvantifikované vyhodnocovanie. To zase vyžaduje merania „bez spätného účinku“, teda nekrvavou cestou, a pozorovacie časy, ktoré podľa autorských výsledkov majú byť medzi 18 a 32 minútami kontinuálneho merania a súčasného číselného („digitálneho“) hodnotenia.

Autor skúmal v podstate tri funkčné okruhy, ich krátkodobé biorytmy, a stabilitu príp. premenlivosť parametrov: prvým sú problémy narušenia a regulovania arteriálneho tlaku (najmä po ortostatickej záťaži), kde detailne analyzuje vzťahy medzi TK a tepovou a dychovou

frekvenciou; druhým je otázka homeostázy teploty a glykémie; a nakoniec ešte pojednáva o niektorých reflexoch, predovšetkým o psychogalvanickom kožnom reflexe. Systematický výklad a systémový prístup smeruje zrejme k vypracovaniu exaktne podloženej sústavy neurovegetatívnych diagnostických testov, s cieľom robiť ich rutinne použiteľné v klinickej praxi. Pravda, to predpokladá na jednej strane určité vyspelé technické vybavenie pracoviska príslušným inštrumentárium, na druhej strane aj vyzbrojenosť čitateľa základnými znalosťami z teórie regulácie, z teórie biologických rytmov („spektrálna analýza“ atď.), a kvantitatívnych analytických metód vôbec. Význam tejto práce práve pre vymedzenie už neoptimálnych regulácií kvantitatívnymi kritériami zdôrazňujú na adresu fyziológov, patofyziológov, klinikov, diagnostikov a psychoterapeutov v predslove knihy aj profesori H. Drischel a P. G. Linke.

Zoznam literatúry pozostáva z 31 strán drobnej tlače, t. j. cca 900 titulov. Kniha je technicky dobre vybavená, ilustrácie sú jasné (reprodukované) a zrozumiteľné (obsahové). Treba len dúfať, aby sa stretla so zaslúženým ohlasom, ktorý jej autori predslovu prajú.

Doc. Ing. R. Štukovský, CSc., Bratislava

**METODY HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ LÉČBY
NEMOCNÝCH TRPÍCÍCH KOXARTRÓZOU**

A. TICHÝ

*Výzkumný ústav balneologický, Mariánské Lázně
Ředitel: MUDr. Jaroslav Benda, CSc.*

Nutnost sjednotit metody hodnotící stav nemocného zdůrazňují četní autoři. Asi nejstarší návrh pochází od Danielssona, který ve snaze srovnat výsledky operativní a neoperativní léčby nemocných trpících koxartrózou zjistil, že se ve světě užívají desítky metod hodnocení a téměř se nevyskytují dvě práce, které by použily stejné metody.

V naší literatuře o důležitosti standardizace vyšetřovacích a vyhodnocovacích metodik psali Ďurianová, Sifaj a Urbánek, Palát a zvláště tuto důležitost vyvedla resoluce IV. sjezdu Čs. rehabilitační společnosti v loňském roce.

Jak důležitá je tato otázka, vysvítá z práce Anderssona, který hodnotil různými metodami výsledky docílené u jedné skupiny nemocných trpících koxartrózou. Uvádí kromě jiného, že když hodnotil výsledky podle metody bratří Judetů, zjistil 97,5 % dobrých výsledků a při hodnocení metodou Öhmana a kol. jen 30 % dobrých výsledků.

Používání metody

Metody, které byly navrženy a použity, můžeme rodělit do několika skupin. Pavlanský dělí metody na I. metody, kde autor dělí výsledky podle určitých kritérií do různých kategorií, II. metody, kde výsledek léčby má být proti stavu před léčením vyjádřen číslem, počtem bodů. Jiným dělením je dělení Anderssona na metody 1. bez odděleného hodnocení funkce a 2. metody s odděleným hodnocením funkce. Jde při tom o metody, kde výsledek je vyjádřen číslem, počtem bodů.

A. METODY POUŽÍVAJÍCÍ URČITÝCH KATEGORIÍ BEZ ODDĚLENÉHO VYHODNOCENÍ FUNKCE

Do této skupiny zařazujeme metody s poměrně jednoduchým způsobem dělení, přičemž toto dělení nám poměrně uspokojivě roztrídí nemocné do několika skupin, které se dosti výrazně od sebe liší, na příklad bolestí nebo schopností chodit.

A. TICHÝ / METODY HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ LÉČBY NEMOCNÝCH TRPÍCÍCH KOXARTRÓZOU

Z těchto metod je nejznámější a nejpoužívanější metoda Committee on Fractures and Traumatic Surgery of American Academy of Orthopaedic Surgeons [Reynolds]. Tato metoda má tato kritéria klasifikace:

1. Výborný — pevný, relativně nebolestivý kyčelní kloub, v němž je téměř normální rozsah pohybu. Pacienti musí chodit bez opory a mít dobrou vytrvalost.
2. Dobrý — na rozdíl od výborný, pacient pro delší chůzi užívá hůl nebo berle.
3. Ucházející, přijatelný — pacient užívá hůl nebo berli většinu času, nebo má menší bolesti při chůzi, nebo má malou výdrž nebo obojí.
4. Špatný, mizerný — pacient má značné bolesti nebo nemůže chodit.

Kromě tohoto základního dělení jsou uvedeny další možnosti:

5. Stále ještě chodí o berlích.
6. Nikdy nechodil.
7. Ztracen ze sledování.
8. Zemřel před hodnocením.
9. Nehodnocen (pro nedostatek potřebných informací).

Goodwin za bod 4. špatný, přidal ještě bod 5. naprostý neúspěch, nezdar — pacient má i v klidu silné bolesti a není schopen nésti váhu (těla). Přidal další kritérium úspěchu léčby, a sice procento indexu hybnosti v kloubu podle Gadeho.

Že tato metoda je použitelná i pro hodnocení výsledků léčby chronických nemocí kyčelního kloubu je jasné z práce Marotteho, který před operací hodnotil jako dobré 91 nemocných, jako středně těžké 182, jako velmi těžké 61 nemocných. Po operaci za pět let v dobrém stavu se nacházelo 249 nemocných, ve středně těžkém 58, ve velmi těžkém 27 nemocných. Je jasné, že při přechodu nemocných z jedné skupiny do druhé je možno vyslovit dobře hodnotitelné závěry.

B. METODY HODNOTÍCÍ VÝSLEDEK LÉČBY ČÍSLEM BEZ ODDĚLENÉHO HODNOCENÍ FUNKCE

Sem řadíme metodu Merle d'Aubigného a kol. [1949] a metody od ní odvozené, případně jí podobné. Tato metoda hodnotí bolest, pohyblivost a chůzi vždy sedmi body. Přitom při bolesti bere ohled na to, zda je vyvolána zatížením a jak omezuje činnost pacienta. Při pohyblivosti je hodnocena pouze flexe a abdukce a při ankylóze, zda je v dobrém, nebo chybném postavení. Při chůzi se hodnotí, zda nemocný chodí s holí neb berlími a jak dlouho vydrží chodit.

Bratři Judetové přidali k tomuto hodnocení jednotlivce i hodnocení skupin, hodnocení průměrů. Udávají, že sumární index zlepšený v průměru o 0 až 2,9 bodů je špatným výsledkem, od 3 do 5,9 bodů je slabým výsledkem a od 6 do 8,9 bodů je dobrým a od 9 bodů výše výborným výsledkem. Stinchfield navrhl na základě indexu hodnotit okamžitý stav nemocného, čili kromě výsledků léčby hodnotit i stav.

Podobné hodnocení navrhl u nás Pavlanský, který však přidal subjektivní posouzení výsledku léčby pacientem. Stupně jsou: velmi špatný, špatný, pochybný, uspokojivý, dobrý, velmi dobrý, výborný.

A. TICHÝ / METODY HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ LÉČBY NEMOCNÝCH TRPÍCÍCH KOXARTRÓZOU

Salvati a Wilson navrhli hodnotit funkci s ohledem na pomoc třetí osoby a schopnost konat práci.

C. METODY HODNOTÍCÍ VÝSLEDEK LÉČBY ČÍSLEM S ODDĚLENÝM HODNOCENÍM FUNKCE

Klasickým představitelem této skupiny se stala metoda Shepherdova. Při této metodě jsou použita čtyři kritéria pro hodnocení stavu pacienta a pro hodnocení výsledku léčby: bolest, rozsah pohybu v kloubu, funkční schopnost a názor nemocného.

Bolest je hodnocena pětibodovým systémem z části s ohledem na to, zda omezuje činnost. Pohyb je hodnocen jen aktivní — pacientem kontrolovaný — a sice podle metody Gadeho.

Funkční schopnost — jak je v práci zdůrazněno — je hlavním účelem kontrolovaného pohybu. Rozsah pohybu má cenu jen tehdy, může-li nemocný pohyb použít pro každodenní činnost. Metoda hodnotí kulhání, chůzi venku bez opory nebo s oporou — holí nebo berlemi —, vzdálenost, kterou nemocný ujde, zda je, nebo není nemocný upoután na lůžko, jak lehce si obuje boty a punčochy, jak chodí po schodech, jak je soběstačný při použití toalety, jak lehce se vykoupe ve vaně. Přidává, jaké práce je nemocný schopen a zda je Trendelenburgovo znamení pozitivní či negativní.

Při hodnocení výsledku léčby nemocným navrhuje zvláštní způsob. Na otázku, či stála operace za to, jsou prý možné jen čtyři základní odpovědi: 1. ano, 2. ano, ale, 3. výraz pochybnosti vyjádřený slovy — někdy si myslím, stále doufám a podobně, 4. ne. Tato původní metoda byla často měněna. Podstatné změny provedl Danielsson, který hodnocení bolesti rozdělil na bolest startovní, bolest při chůzi a bolest v klidu. U Trendelenburgova znamení kromě pozitivní a negativní přidal ještě hodnocení — sporný. Přidal i vysvětlení, pokud se týče práce, kterou práci považuje za lehkou, kterou za průměrnou a kterou za těžkou. Důležité je to, že do systému hodnocení pojal i hodnocení rtg nálezu na kyčelním kloubu. Přidal i záznam o váze, zkrácení dolní končetiny, obvodu stehna 15 cm nad horním okrajem patelly, o přítomnosti kontraktur a o přítomnosti invalidního dýchodu.

Öhman a kol. kromě drobných změn zavedl přesné celkové hodnocení výsledků, dále přesné hodnocení bolesti, rozsahu pohybu a funkce. Hodnocení dělil vždy na: dobrý, přijatelný {ucházející} a špatný.

Podstatnou změnu zavedl Larson. Různé stupně obtíží hodnotí body ve velkých skocích. Prakticky shodné je hodnocení Iowa Hip Evaluation Sheet [Everts a kol.].

Gershumi podrobil kritice dřívější metody a navrhl další. Maximum bodů stanovil na 100. Navrhl matematické úpravy pro hodnocení kostěnné ankylozy (po operaci) a pro oboustranné postižení. Kromě toho mimo bodové hodnocení zařadil do svého návrhu i stručné údaje o diagnóze nemoci kyčelního kloubu, o jiných závažných nemocech, váze, histologickém vyšetření, bakteriologickém vyšetření, krevním obrazu, sedimentaci erytrocytů, latexovém testu. Vyhradil místo i pro jiná, neurčená další vyšetření. Přidal hodnocení výsledku léčby nemocných a denní spotřeby analgetik. Zaznamenává pozitivitu Trendelenburgova znamení, sílu svalů ovládajících pohyb v kyčli, zkrácení nemocné dolní

končetiny, rozsah pohybu v koleně a v bederní páteři i bolest v koleně. Zvláště ní pozornost věnuje rtg nálezům na kyčli, koleně, páteři a rukou. Je zde i rubrika pro iniciály vyšetřujícího a pro podpis lékaře zodpovědného za správné vyplnění.

Kromě těchto nejrozšířenějších metod se vyskytují i metody další, které se však nesetkaly s větší odezvou. Jsou to metody Anderssona a Möllera-Nielsena, Crose a kol., Francillona a Debrunnera, Gureva, Haraldssona, Harrise, Hincheye, Chapchala a kol., Iselina, Lazanského, Saleniuse, Salvatiho a Wilsona, Stinchfielda, Walthama-Weekse. Hodnocení ve formě děrného štítku navrhl Auquier a kol.

Ani u nás není nouze o různá hodnocení výsledků léčby nemocných trpících nemocemi kyčelních kloubů. Hodnocení výsledků léčebné rehabilitace na kyčelním kloubu je věnována práce Suchana a Šuchmanové, jež obsahuje důležitou tabulku na vypočtení indexu hybnosti podle Gadeho. Stejnému problému je věnována práce Pavlanského s vlastním návrhem hodnocení nemocného po operaci kyčle.

Dále jen vyjmenuji autory různých návrhů na metody hodnocení nemocných a hodnocení výsledků léčby. Jsou to Hándlová a kol., Kindernay a kol., Králík a kol., Mádlo, Rejholec a Králová, Sitaj a kol., Škodáček a Horváth, Šobora, Štěpánek, Tichý a Kysela, Vojtíšek a kol., Pavelka a kol., Weiszer a Guštafik.

Některé metody, jako je sledování bioelektrické aktivity svalů, sledování změn nervosvalové dráždivosti (Řeháček, Simonjan), podrobné hodnocení chůze (Huraja, Lánik, Gurev), hodnocení pohybu podle optické registrace (Kubálková, Spišák), různá přesná ergometrická vyšetření (Lutomski, Waltham — Weeks), stejně jako složitější vyšetření myotonometrická (Kos, Vertes) a další speciální vyšetření, zůstanou asi vyhrazena jen určitým pracovním. Některá totiž vyžadují složitá přístrojová vybavení, jiná jsou náročná na čas. Myslím, že je třeba i určité zkušenosti, aby pracovník z nich mohl vyvodit správné závěry.

Pravděpodobný vývoj metod

Jaký asi bude vývoj v budoucnosti, dá se těžko odhadnout. Volání po sjednocení metod na úrovni národní nebo spíše mezinárodní je všeobecné. Uvažuje se o sjednocení metod používaných v lékařském oboru — ortopedii, revmatologii, rehabilitaci atd. — ale i sjednocení metod na úrovni mezioborové. Věřím, že dříve nebo později k tomuto sjednocení dojde přesto, že se nyní ozývají i hlasy skeptické a hlasy upozorňující na ztroskotání těchto snah v minulosti (Larson, Pavlanský, Seyfarth).

Domnívám se, že však to nebude metoda jediná, která bude navržena, ale metod několik, tak jak to navrhuje Pavelka ve své práci o třístupňovém screeningu v revmatologii. Považuji za pravděpodobné, že i pro hodnocení kyčelních kloubů budou navrženy metody pro různé upotřebení.

Jedna velmi jednoduchá metoda by měla být určena pro vyhledávání nemocných mezi zdravými. Tato metoda by měla obsahovat jen jeden, nejvýše dva testy, na příklad obouvání punčoch nebo pohled na chodidlo.

Další metoda, pracnější, ale stále dosti jednoduchá, která nebude vyžadovat žádné mimořádné přístrojové vybavení, by měla sloužit pro běžnou praxi. Při-

A. TICHÝ / METODY HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ LÉČBY NEMOCNÝCH TRPÍCÍCH KOXARTRÓZOU

tom tato metoda s dostatečnou přesností by nás měla informovat o stavu nemocného a při kontrolách o průběhu nemoci.

Konečně další metoda, pravděpodobně velmi pracná, nám podá přesný obraz o stavu nemocného a také přesný obraz o výsledcích léčby. Bude zvládnutelná asi jen na velkých pracovištích.

Ve všech těchto metodách bude vyhrazeno místo pro případná další vyšetření a pro případné poznámky. Metoda složitější by měla obsahovat všechny body metody jednodušší, takže výsledky docílené metodami složitějšími by byly do jisté míry srovnatelné s výsledky docílenými metodami jednoduššími.

V metodách složitějších bude při nejmenším určeno, kdy stav nemocných máme považovat za dobrý, kdy za uspokojivý (ucházející) a kdy za špatný. Dělení může mít i více bodů, mohou být vymezeny i přechodné hranice, kdy budeme moci nemocného zařadit buď do jedné, nebo druhé skupiny, případně stav označovat za dosti dobrý, málo uspokojivý a podobně.

V metodách bude také určeno, kdy máme hodnotit výsledek léčby jako dobrý, uspokojivý (ucházející), a kdy jako špatný. Bude to určeno s ohledem na dílčí body — bolest, rozsah pohybu, funkci atd., ale i s ohledem na celkové hodnocení. Bude to určeno pro jednotlivce i pro skupiny nemocných (průměry).

Bude jistě zaznamenán i názor nemocného na jeho stav i na výsledek léčby, přičemž není jasné, zda tento názor bude zahrnut do celkového hodnocení či nikoli.

Kromě metod doporučených pro sledování chronicky nemocných dospělých pacientů, budou možná s výhodou doporučeny jiné metody pro zjištění stavu a hodnocení výsledků léčby u dětí a mladistvých, případně u poúrazových stavů. Ideálním by ovšem bylo, aby navržené metody byly použitelné pro jakékoliv onemocnění kyčelního kloubu, jakoukoli skupinu a jakoukoli metodu léčby.

Souhrn

Podán přehled metod používaných pro hodnocení výsledků léčby dospělých nemocných trpících koxartrózou. Upozorněno na snahy tyto metody sjednotit, navrhnout metodu, která by byla přijata na úrovni mezinárodní a mezioborové.

Dle názoru autora bude pravděpodobně vypracováno a doporučeno několik různě složitých, různě pracných metod — pro screening, pro běžnou praxi, pro podrobné zjištění a sledování zdravotního stavu nemocných. Metody složitější by měly v sobě zahrnovat metody jednodušší, aby se mohly zrovnávat.

Kromě metod, doporučených pro vyšetření chronicky nemocných dospělých pacientů, budou možná doporučeny i metody zvláštní, pro vyšetření dětí, mladistvých a poúrazových stavů. Ideální by bylo, aby navržené metody byly použitelné pro jakékoliv onemocnění kyčelního kloubu, jakoukoli věkovou skupinu a jakoukoli metodu léčby.

Adresa autora: A. T., Výzkumný ústav balneologický, Mariánské Lázně

LITERATÚRA

1. ANDERSSON G.: Hip assessment: A comparison of nine different methods. *J. Bone Jt. Surg.* 54 B, 1972, 4: 621—625.

A. TICHÝ / METODY HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ LÉČBY NEMOCNÝCH TRPÍCÍCH KOXARTRÓZOU

2. ANDERSSON G. — MÖLLER-NIELSEN J.: Results after arthroplasty of the hip with Moore's prosthesis. *Acta Orthop. Scandinav.* 43, 1972, 5: 397—410.
3. AUBIGNÉ M. R. d': Reposition with arthroplasty for congenital dislocation of the hip in adults. *J. Bone Jt. Surg.* 34 B, 1952, 1: 22—29.
4. AUBIGNÉ M. d' — CAUCHOIX J. — RAMADIER J.: Evaluation chiffrée de la fonction de la hanche. Application à l'étude des résultats des opérations mobilisatrices de la hanche. *Revue d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur* 35, 1949, 6: 541—548.
5. AUBIGNÉ M. d' — POSTEL M.: Functional results of hip arthroplasty with acrylics prosthesis. *J. Bone Jt. Surg.* 36 A, 1954, 3: 451—475.
6. AUQUIER L. — PAOLAGGI J. — SIAUD J. — COHEN DE LARA A. — LIMON J. — FORESTIER J. — CERTONCINY A. — FORESTIER F.: L'évolution a long terme dans les coxarthroses: Exploitation par ordinateur d'une série préliminaire de 100 cas. *Revue du Rhumatisme* 41, 1974, 11, 651—660.
7. GROS G. — VIALA F. — REV G.: Les principes de la réadaptation des coxarthroses en milieu thermal à Vernet — les Bains. *Presse thermal climatique* 111, 1974, 3: 170—172.
8. DANIELSSON L.: Incidence and prognosis of coxarthrosis. *Acta orthop. Scandinav. Supplementum* No. 66. 1974. S. 114.
9. ĎURIANOVÁ J.: K problematice štandardizácie fyziatrických metód v rehabilitácii. *Fysiat. Věstn.* 54, 1976, 3: 151—153.
10. Euler Standing Committee on International Clinical Studies: Committee report. *Eular Inf. Bull.* 5, 1976, 3: 87.
11. EVARTS CH. — GRAMER L. — BERGFELD J.: The ring total hip prosthesis. *J. Bone Jt. Surg.* 54 A., 1972, 8: 1677—1682.
12. FERGUSON A. — HOWORTH B.: Slipping of the upper femoral epiphysis. *J. A. M. A.* 97, 1931, 25: 1867—1872.
13. FRANCILLON M. — DEBRUNNER H.: Orthopädie der Coxarthrose. *Documenta rheumatologica Geigy*, No. 13, 1957, s. 94.
14. GADE H.: A contribution to the surgical treatment of osteoarthritis of the hip-joint. A clinical study. *Acta Chirurg. Scandinav.* 95, 1947, Supplementum 120. S. 290.
15. GERSHUMI D.: Clinical evaluation of the hip joint. *Israel J. Med. Sci.* 10, 1974, 6: 659—665.
16. GOODWIN R.: The Austin Moore prosthesis in fresh femoral neck fractures. *Amer. J. orthop. Surg* 10, 1968, 1: 40—43.
17. GUREV V.: Dvustoronnij koksartroz i ego operativnou lečenie. *Valgus*, Tallin, 1975. S. 275.
18. HÁNDLOVÁ D. — ŠUSTA A. — VOJTIŠEK O. — MALEČEK J. — KRÁLOVÁ M. — KAŇKOVÁ D. — PAVELKA K. — BRĚMOVÁ A. — ŠTĚPÁN J. — STŘEDA A.: Léčba osteoartróz extraktern chrupavky a kostní dřeně. *Fysiat. Věstn.* 50, 1972, 4: 206—213.
19. HARALDSSON S.: Total hip replacement by the method of McKee — Farrar. *Acta orthop. Scandinav.* 42, 1971, 5: 448—450.
20. HARRIS W.: Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: Treatment by mold arthroplasty. *J. Bone Jt. Surg.* 51 A., 1969, 4: 737—755.
21. HINCHEY J. — DAY P.: Primary prosthetic replacement in fresh femoral — neck fractures. *J. Bone Jt. Surg.* 46 A., 1964, 2: 223—240.
22. HNĚVKOVSKÝ O. — POLÁKOVÁ Z.: Návrh na jednotné měření rozsahu polybů kloubů. *Acta chir. orthop. Traum. Čech.* 22, 1955, 4: 121—126 a 22, 1955, 5: 176—186.
23. HURAJ E.: Poruchy chůdže při koxartrózach. *Lek. Obzor* 16, 1967, 9: 503—508.
24. CHAPCHAL G. — DOLANC B. — JANI L.: Orthopädische Krankenuntersuchung. 2. Aufl. Enke, Stuttgart, 1971, s. 239.

A. TICHÝ / METODY HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ LÉČBY NEMOCNÝCH TRPÍCÍCH KOXARTRÓZOU

25. ISELIN M.: Metallprothesen nach Schenkelhalsfrakturen. Arch. orthop. Unfall-Chir. 63, 1968, 1: 52—64.
26. JUDET R. — JUDET J.: Technique and results with the acrylic femoral head prosthesis. J. Bone Jt. Surg. 34 B., 1952, 2: 173—180.
27. KINDERNAY Š. — SÍTAJ Š. — ROMANČÍKOVÁ M. — ŠKODÁČEK P. — TÓTHOVÁ E. — ŽITŇAN D.: Komplexná kúpeľná liečba koxartróz. Fysiatr. Věstn. 36, 1958, 1: 19—25.
28. KING D. — STRAUB L. — LAMBERT C.: Final report of Committee for the study of femoral — head prostheses. J. Bone Jt. Surg. 41 A, 1959, 5: 883—886.
29. KOMPRDA J.: Zkušenosti s operací podle Vosse u koxartróz. Acta chir. orthop. Traum. Čech. 30, 1963, 2: 119—122.
30. KOS B.: Objektivní metody zjišťování svalového tonusu. Teor. Praxe těl. vých. 15, 1967, 7: 402—411.
31. KUBÁLKOVÁ L.: Objektivní hodnocení pohybu pomocí optické registrace. Rehabilitácia 3, 1970, 1: 33—38.
32. LÁNIK VI. A KOL.: Liečebná telesná výchova a rehabilitácia. I. Chirurgické odbory. II. Interné odbory, neurológia a psychiatria. Obzor, Martin I. — 1966. S. 356, II. — 1968. S. 392.
33. LARSON C.: Rating scale for hip disabilities. Clinical orthopaedics and related research, 31, 1963, 1 (11): 85—93.
34. LAZANSKY M.: A method for grading hips. J. Bone Jt. Surg. 49 B., 1967, 4: 641—651.
35. LENOCH F. — KRÁLÍK V.: Možnosti lázeňského léčení revmatických pacientů v geriatrii. Prakt. lékař č. 6, 1966, 16: 601—603.
36. LUTOMSKI B. — FISZER H. — ZAPPA M.: Dynamometria uda po cześciowej endoprotezoplastyce metalowej stawu biodrowego s zastasowaniem protezy typu Austin-Moorea u 50 usprawianych chorych. Balneologia Polska 18, 1973, 4: 535—539.
37. MÁDLO J.: Judetova endoprotéza u mediálních zlomenin krčku kosti stehenní u starších lidí. Acta Chir. ortoped. Traum. čech. 35, 1968, 3: 196—198.
38. MAROTTE J.: Chirurgie de la coxarthroses. Str. 65—141 v knize Judet R. et. al.: Inégalités des membres inférieurs. Chirurgie de la coxarthrose. Chirurgie du rachis. Masson, Paris, 1969. S. 174.
39. ÖHMANN U. — BJÖRKEGREN N. — FAHLSTRÖM G.: Fracture of the femoral neck. Acta chir. Scandinav. 135, 1969, 1: 27—42.
40. PALÁT M.: K otázce standardizace v rehabilitaci. Rehabilitácia 7, 1974, 4: 193—194.
41. PAVELKA K.: Studium prevalence chronických revmatických chorob v ČSSR metodou dvoustupňového screeningu. Fysiatr. věstn. 48, 1970, 2: 81—87.
42. PAVELKA K. — VOJTÍŠEK O. — ŠUSTA A. — SALAVCOVÁ V.: Ibuprofen v dlouhodobé léčbě koxartrózy. Fysiatr. Věstn. 55, 1977, 2: 65—70.
43. PAVLANSKÝ R.: Naš příspěvek k otázce hodnocení operovaného kyčle. Acta Chir. orthop. Traum. čech. 42, 1975, 6: 540—548.
44. REJHOLEC V. — KRÁLOVÁ M.: Langzeit — Behandlung der Koxarthrose mit Rumatlon. Z. Rheumatol. 33, 1974, 11 — 12: 425—436.
45. REYNOLDS F.: Preliminary report of the Committee on Fractures and Traumatic Surgery on the use of a prosthesis in the treatment of fresh fractures of the neck of femur. J. Bone Jt. Surg. 40 A., 1958, 4: 877—886 + 910.
46. ROCHER CH. — RIGAUD A.: Fonctions et Bilan articulaires. Masson, Paris, 1956. S. 271.
47. ŘEHÁČEK J.: Změny nervosvalové dráždivosti u vážných poruch kyčelního kloubu. Fysiatr. Věstn. 45, 1967, 3: 178—182.
48. ŘEHÁČEK J.: Změny nervosvalové dráždivosti po operacích kyčle. Fysiatr. Věstn. 48, 1970, 3: 121—125.

A. TICHÝ / METODY HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ LÉČBY NEMOCNÝCH TRFÍCÍCH KOXARTRÓZOU

49. SALENIUS P. — LANGENSKIÖL A. — OSTERMAN K.: Intertrochanteric displacement osteotomy in the treatment of osteoarthritis of the hip. *Acta orthop. Scandinav.* 42, 1971, 1: 63—77.
50. SALVATI E. — WILSON PH.: Long-term results of femoral-head replacement. *J. Bone Jt. Surg.* 55 A., 1973, 3: 516—524.
51. SEYFARTH H.: Die Prinzipien der Neutral — Null — Durchgangsmethode. *Beitr. Orthop. u. Traumatol.* 21, 1974, 5: 276—285.
52. SHEPHARD M.: Assessment of function after arthroplasty of the hip. *J. Bone Jt. Surg.* 36 B., 1954, 3: 354—363.
53. SIMONJAN A.: Bioloektričeskaja aktivnost' okolosustavnyh myš' pri deformirujuščem artroze tazobedrennogo sustava i ee dinamika pod vlijaniem lečebnogo kompleksa kurorta Džermuk. *Vopr. Kurortologii* 1976, 4: 319—323.
54. SITAĽ Š. — ZBOJANOVÁ M. — ŽITŇANOVÁ E.: Komplexná kúpeľná liečba koxartrózy. *Fysiat. Věstn.* 41, 1963, 3: 129—140.
55. SITAĽ Š. — ŽITŇANOVÁ E.: Príspevok k metodike funkčného hodnotenia pacientov s progresívnou artritídou. *Fysiat. Věstn.* 36, 1958, 4: 218—224.
56. SITAĽ Š. — URBÁNEK T.: K svetovému roku boja proti reumatickým chorobám. *Fysiat. Věstn.* 55, 1977, 4: 185—187.
57. SPIŠÁK J.: Analýza chôdze pomocou elektrogoniografie. Str. 91 v kniže: Lewit K., Gutmann G. a kol.: Funkčn'á patológia hybné soustavy. *Rehabilitácia, Supplementum* 10—11, 1975. S. 256.
58. STINCHFIELD F. — COOPERMAN B. — SHEA C.: Replacement of the femoral head by Judet or Austin Moore prosthesis. *J. Bone Jt. Surg.* 39 A., 1957, 5: 1043—1058.
59. SUCHAN J. — ŠUCHMANOVÁ V.: Hodnocení výsledků léčebné rehabilitace na kyčelních kloubech. *Rehabilitácia* 2, 1968, : 75—78.
60. ŠKODÁČEK P.: Naše zkušenosti s podáváním extraktu chrupavky a kostnej drene pri kúpeľnej liečbe artrózy. *Fysiat. Věstn.* 45, 1967, 6: 345—348.
61. ŠKODÁČEK P. — HORVÁTH G.: Komplexná balneoterapia deformačných artróz dolných končatín a ich funkcionálne vyhodnotenie. *Fysiat. Věstn.* 40, 1962, 3: 129—134.
62. ŠOBORA J.: Naše zkušenosti s léčbou Arterparonem. *Acta Chir. orthop. Traum. čech.* 40, 1973, 5: 427—431.
63. ŠTĚPÁNEK P.: Zkušenosti s radonovými koupelemi u artroz. *Fysiat. Věstn.* 35, 1957, 2: 87—89.
64. TICHÝ A. A KOL.: Sledování výsledků lázeňské léčby u koxartrózy. Závěrečná zpráva obor. výzkum. úkolu II — 17 — 4 — 01. Výzkumný ústav balneologický Mariánské Lázně, 1975.
65. TICHÝ A. — KYSELA J.: Klinické vyšetření nemocného s onemocněním kyčelního kloubu. I., II., III., IV. *Balneol. L.* 3, 1975, — 2: 17—21, 3: 37—43, 5: 65—69, 8: 113—116.
66. VÉRTES L.: Myotonometrie. *Medizinal — Markt / Acta Medicotechnica* 21, 1973, 11: 361.
67. VOJTÍŠEK O. — PAVELKA K. — SALAVCOVÁ V. — HÁNDLOVÁ D. — ŠUSTA A.: Ibuprofen v dlouhodobé léčbě koxartrózy. *Fysiat. Věstn.* 53, 1975, 4: 189—194.
68. WALTHAM — WEEKS C.: Measurement in osteoarthritis of the hip. *Proc. Roy. Soc. Med.* 59, 1966, : 93—95.
69. WEISZER L. — GUŠTAFÍK S.: Výsledky komplexnej balneoterapie pri koxartrózach a ich vyhodnotenie. *Fysiat. Věstn.* 41, 1963, 5: 253—258.

RECENZIE KNIH

S. KOLLER, G. WAGNER **HANDBUCH DER MEDIZINISCHEN DOKUMENTATION UND DATENVERARBEITUNG**

Príručka medicínskej dokumentácie a spracovanie dát
*Vydalo nakladateľstvo F. K. Schattauer-VERLAG, Medizin und
Naturwissenschaften, Stuttgart—New York 1975, 1485 strán,
448 obrázkov, 84 tabuliek, cena DM 540,—*
ISBN 3-7945-0183-7.

Kolektív 84 autorov pod vedením prof. Kollera a prof. Wagnera vydáva v stuttgartskom nakladateľstve F. K. Schattauera rozsiahlu príručku, venovanú problematike lekárskej dokumentácie a spracovaniu dát. Táto pozoruhodná príručka prináša komplexný pohľad na modernú problematiku lekárskej dokumentácie a spracovania informácií. Kniha má šesť základných častí, predhovor, menný a vecný register a dopĺňa ju zoznam autorov jednotlivých kapitol.

Prvá časť knihy je venovaná všeobecným základom a v štyroch kapitolách sa rozoberajú jednotlivé čiastkové problémy ako je účel, technika a ciele lekárskej dokumentácie, nositelia informácií, konvenčné prístroje a stroje pre spracovanie informácií a elektronické spracovanie informácií.

Druhá časť knihy rozoberá otázky všeobecnej metodiky dokumentovania medicínskych dát.

Tretia časť v piatich kapitolách venuje pozornosť dokumentácii v nemocnici a jej jednotlivé kapitoly poukazujú na základnú dokumentáciu v klinike i poliklinike, špeciálnu dokumentáciu nielen z hľadiska vytýčeného vyšetrenia anamnézy a klinického priebehu, ale aj z hľadiska špeciálnych dát v jednotlivých klinických odboroch, ako to rozoberá tretia kapitola tejto časti. Predmetom štvrtej kapitoly sú ostatné dáta, t. j. laboratórne, elektrokardiografické a špeciálne informácie z výskumných problémov. Hovorí sa tu aj o základnej dokumentácii patologickej anatómie, röntgenologického vyšetrenia a nukleárneho vyšetrenia. Piata kapitola prináša informácie o organizácii dokumentácie informácií v nemocnici.

Štvrtá časť venuje pozornosť medicínskej dokumentácii mimo nemocnice, v ambulancijnej zložke, v školskom lekárstve a v oblasti sociálneho a preventívneho lekárstva.

Piata časť Kollerovej a Wagnerovej príručky sa zaoberá lekárskou literatúrou a jej dokumentáciou, jednotlivými dokumentačnými systémami a konečne šiesta, posledná časť tejto pozoruhodnej publikácie hovorí o dokumentácii ako o odbore s prihladnutím na aspekty v medicínskej dokumentácii.

Každá jednotlivá kapitola prináša v závere zoznam odborného písomníctva, ktoré ďalej poukazuje na prejednávanú tematiku. Početné ilustrácie, obrázky, grafy a tabuľky vzýrazujú a dopĺňujú jednotlivé kapitoly.

Lekárska dokumentácia hrala vždy určitú, veľmi významnú úlohu v práci lekára. Systematické záznamníctvo, práve tak ako súhrn informácií o začiatku a priebehu choroby, predstavovalo trvalý doklad lekárskej práce, lekárskeho úvah a lekárskeho rozhodovania. S explóziou informácií, ktoré v jednotlivých odboroch súčasnej medicíny predstavujú vskutku neprekonateľnú prekážku pre lekára, ktorý si chce udržať aj teoretický rozhľad, hľadali sa aj nové cesty zvládnutia tohto množstva jednotlivých informácií. Strojové spracovanie informácií pomocou mechanických prostriedkov vystriedalo elektronické spracovanie jednotlivých dát.

Kollerova a Wagnerova publikácia je akýmsi kompendiom súčasných znalostí z oblasti informatiky, vedy o informáciách a ich spracovávaní, v oblasti medicíny. Istotne ju privítajú predovšetkým odborní pracovníci v oblasti lekárskej informatiky,

určite sa však stane aj pomocníkom tých lekárov, ktorí prechádzajú na moderné, racionálnejšie formy spracovávania informácií, ich uchovávanie a ich interpretácie. V súčasnosti mnohé nemocnice a iné odborné ústavy prechádzajú na strojové spracovanie dát nielen z hľadiska zdravia a choroby, ale aj takých dát, ktoré charakterizujú ostatné parametre života nemocnice, či už ide o spotrebu a potrebu liečiv, alebo parametre ekonomicko-prevádzkového typu.

Príručka o lekárskej dokumentácii a spracovaní dát je vhodná pre klinickú, teoretickú i výskumnú oblasť súčasného

lekárstva. Prednosťou je, že na jej napísanie sa podieľal široký kolektív odborníkov najrôznejšieho zamerania, vrátane odborníkov z oblasti vlastnej medicíny. Veľký rozsah a relatívne vysoká cena tejto publikácie, vzorne upravenej nakladateľstvom F. K. Schattauera v Stuttgarte, budú iste limitujúcimi faktormi pre jej široké rozšírenie. V každom prípade by nemala chýbať v knižniciach nemocníc, veľkých ústavov a výskumných ústavov, práve tak ako na pracoviskách, ktoré sa zaoberajú problematikou súčasnej informatiky.

Dr. R. Palátová, Bratislava

T. KELETI, S. LAKATOS (red.)

MATHEMATICAL MODELS OF METABOLIC REGULATIONS

Matematické modely metabolických regulácií

Vydalo Akadémiai Kiadó, Budapest, ako 18. zväzok edície „Symposia Biologica Hungarica“, 1976, 260 str., cena neuvedená. ISBN : 963 05 0919 9.

Predkladaný zväzok, pod redakciou dvoch pracovníkov Enzymologického oddelenia Biochemického ústavu Maďarskej Akadémie Vied v Budapešti, predstavuje vlastne obsah 27. seminára pre pokročilých, organizovaného FEBS-ou v Dobogókő v čase od 1. do 5. septembra 1974. V zozname prispievateľov dominujú okrem domácich najmä pracovníci z NDR, ale nechýbajú ani referáty pracovníkov zo ZSSR, Francúzska, Kanady a USA.

Príspevky sú rozdelené do troch tematických okruhov. Prvým a najrozsiahlejším je „Modelovanie kinetického a regulačného správania enzýmov“. Uvádza ho referát o štatistických problémoch budovania kinetických modelov [L. ENDRÉNYI, Toronto, Kanada], ktorý na 20 stránkach predkladá stochastický arzenál štatistiky zameraných enzymológov. Konkrétne ukážky systémových modelov podávajú potom B. I. KURGANOV, Moskva [Regulačné vlastnosti dissociujúcich a asociujúcich enzymových systémov], a J. RICARD (Marseille) o problémoch kinetiky dvojsubstrátových enzýmov s dôrazom na pojme „enzýmová pamäť“. Metodologicky zameraný je príspevok Cs. FAJSZIHO [Szeged] o spôsoboch analýzy experimentov s dvojitou inhibíciou. Na to nadväzuje ďalší referát [Cs. FAJSZI, Szeged, a T. KELETI,

Budapešť] pojednávajúci o kinetických základoch enzymovej regulácie a paradoxu enzymatickej inhibície.

Druhý tematický okruh má názov „Modelovanie metabolických ciest“. Nachádzame tu stať o regulácii kľúčových enzýmov v normálnych a neoplastických bunkách s bohatými ukážkami vlastných experimentov autorov [G. WEBER, N. PRAJDAOVÁ a J. C. WILLIAMS, Indianapolis, USA]. Nasledujúci referát je venovaný problému regulácie metabolických ciest kooperatívnosťou a kompartmentalizácie metabolitov [H. FRUNDER, A. HORN, C. CUMME, W. ACHILLES a R. BUBLITZ, Jena]. Teoreticko-modelový charakter má zase ďalšia stať o reakciách skoro rovnovážnych a o regulácii metabolických ciest [J. G. REICH, Berlin-Buch]. Číselné overenie modelových systémov v praktických experimentoch prináša posledný referát o regulačných princípoch glykolýzy erytrocytov in vivo a in vitro [R. HEINRICH, Berlin, a T. A. RAPOPORT, Berlin-Buch].

Posledný, tretí tematický okruh má nadpis „Modelovanie buniek a organizmov“ a obsahuje iba dve staťe. Prvá z nich referuje o kinetickom modelovaní diferenciácie plesne *Dictostelium discoideum* [B. WRIGHT, Boston]. Autormi dru-

hej sú K. BELLMANN, R. BÖTTNER, A. KNIJNENBURG a H. NEUMANN (Berlin-Adlershof, NDR): opisujú a bohato ilustrujú simulovanie modelov génovej expresivity pomocou počítača.

Ako aj pri ostatných zväzkoch edície „Symposia Biologica Hungarica“ ide aj tu o cenné a informatívne správy špecializovaných odborníkov. Každý, kto sa zaoberá enzymológiou, biologickou reguláciou a stochastickým modelovaním, určite privíta vydanie materiálov tohto seminára —

samozrejme, pokiaľ je ochotný zvládnuť náročný matematický aparát.

Nakoniec treba spomenúť aj technickú úpravu monografie. Hoci ide o fotoreprodukčnú techniku, je redakčná starostlivosť veľmi dôkladná, úprava vzorná (i napriek mnohým vzorcom) a papier kvalitný. Reprodukcia početných grafov a schém je vzorná a uľahčuje svoju názornosťou štúdium diela.

Doc. R. Štukovský, Bratislava

H. LOHMANN

KRANKHEIT ODER ENFREMDUNG

Choroba nebo odcizení

Vydal Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1978, 368 stran, cena DM 16,80. ISBN 3-13-549801-8.

Ve stuttgartském nakladatelství Georga Thiemeho vychází v roku 1978 pozoruhodná knížečka švédského autora Hanse Lohmanna v německém překladě, věnovaná problematice psychického zdraví, psychickým poruchám vznikajícím v současné spotřební společnosti a možnostem ochrany před těmito poruchami. Jako píše v úvodu prof. Jochheim, snahou moderní společnosti je zajistit sociální jistoty a životní kvalitu — tento úkol je jistě velmi závažný a přesahuje rámec resortu zdravotnictví.

Knížka je členěna do čtyř dílů. Po úvodě zaměřeném zvláště na německého čtenáře a zvláště jako úvod k celé práci, zabývá se první díl především otázkou, co je to psychické zdraví. V jednotlivých kapitolách tohoto prvního dílu diskutuje se o pojmech psychicky zdraví a psychicky nemocný, o chorobných symptomech bez choroby a o chorobách bez chorobných příznaků i o kriteriích psychického zdraví.

Druhý díl je věnován indikátorům problematického psychického zdraví a diskutuje se tu o otázkách epidemiologie zdraví, o psychických poruchách a invaliditě, o psychických poruchách a zábranách v povolání a podobně. Věnuje se pozornost psychickým poruchám při alkoholismu, při užívání drog, při užívání medikamentů a problematice psychických poruch a sebevraždy.

Třetí díl se zabývá vyšetřením příčin

psychických poruch a zdraví. Hovoří se o psychických poruchách, psychosomatických a somatických onemocněních.

Čtvrtý, poslední díl této zajímavé publikace rozebírá otázky psychické ochrany životního prostředí. Životní prostředí jednotlivce představuje z hlediska současných pohledů velmi komplexní a širokou problematiku. Otázky hospodářského růstu, právě tak jako otázky vědeckotechnické revoluce, problematika toku informací a jejich explosivní rozmach, otázky podmínek života jedince v širokém spoločenství, to všechno tvoří tematiku jednotlivých kapitol posledního dílu Lohmannovy publikace. Rozsáhlý seznam literatury a věcný rejstřík ukončují tuto moderní knihu nejen z hlediska tematiky, ale i z hlediska zpracování této tematiky.

Prudký vývoj civilisace, technisace života člověka moderní spotřební společnosti, hrozivý vzestup civilisačních chorob a la-
vinovitý výskyt psychických poruch — to všechno vedlo autora k tomu, aby připravil tuto monografii, která vyšla ve švédštině poprvé v roku 1973 a vyvolala velký zájem. Kniha není zajímavá jen pro svou moderní tematiku, ale je provokující především z hlediska možných řešení psychických a psychosomatických poruch, tak charakteristických pro lidi současné konzumní společnosti. Knihu možno jen doporučit.

Dr. M. Palát, Bratislava

THE HLA SYSTEM

Systém HLA

British Medical Bulletin Vol. 34, 1978, Nr. 3. Vydal The British Council, London

Poslední číslo ročníku 1978 *British Medical Bulletin* je věnované problematice HLA-systému. HLA systém představuje velkou skupinu lidských leukocytárních antigenů lokalizovaných převážně na buněčných membránách a chemicky patřícih do skupiny lipoglykoproteinů. Celý systém je především důležitý proto, že má základní a rozhodující význam při transplantaci orgánů. Jednotlivé znaky HLA systému se dědí dominantně.

Skupina předních odborníků v oblasti genetiky, biochemie, imunologie i různých lékařských oborů v řadě jednotlivých prací věnuje pozornost HLA systému a tyto jednotlivé práce vytvářejí monotematické číslo *British Medical Bulletin*. Někteřé práce věnují pozornost teoretickým aspektům HLA systému, jiné se zabývají klinickou problematikou z hlediska HLA systému. Pozoruhodná jsou také sdělení věnovaná problematice transplantací. Mnohé klinické stavy, jako jsou choroby revmatického kruhu, sclerosis multiplex, jaterní poruchy

či leukemie a Hodgkinova choroba, anebo nádorovité směny mají svůj odraz i v oblasti HLA systému. A právě těmto vztahům a této problematice jsou věnovány některé příspěvky tohoto monotematického čísla.

Moderní imunobiologie i její klinické vyjádření v klinické imunologii se zabývají velmi intensivně právě problematikou lidských leukocytárních antigenů. Explose informací v této medicínské oblasti svědčí nejen o velkém zájmu teoretických i klinických pracovníků, ale také o velkém významu HLA systému pro současnou teoretickou i klinickou medicínu. Kriticky sestavený sborník obsahující informace „up to date“, vzorně dokumentované jednotlivé práce a pozoruhodný teoreticko-klinický pohled charakterisující toto číslo *British Medical Bulletin*, časopisu, který je známý právě tím, že přináší dobře sestavené a informující přehledy moderní tematiky v současném lékařství.

Dr. M. Palát, Bratislava

B. FELSON — A. S. WEINSTEIN — H. B. SPITZ RÖNTGENOLOGISCHE GRUNDLAGEN DER THORAXDIAGNOSTIK

Röntgenologické základy hrudnej diagnostiky
Vydal Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1976, IV. nezmenené vydanie, 220 strán, 126 obrázkov. Cena DM 29,80.

ISBN 3-13-44-2504-1.

V edícii edičných programov Thiemeho vydavateľstva vychádza nemecký preklad pôvodnej americkej publikácie z roku 1965 už vo štvrtom vydaní, ktorý je vlastne programovým kurzom röntgenologických základov diagnostiky ochorenia hrudníkových orgánov. V jednotlivých kapitolách sa preberajú otázky vyšetrovacích metód, anatómie pľúcnych lalokov a pľúcnych segmentov, problematika siluet, fenomén pneumo-bronchogramu, kolaps pľúcneho laloku event. pľúcneho segmentu, otázky pleury a extrapleurálneho priestoru a príčiny uzurácie rebier. Posledná kapitola formou kvízu prináša 10 röntgenových obrázov s rôznym postihnutím hrudníkových orgánov, ktoré čitateľ na základe štúdia

predchádzajúcich kapitol by mal diagnosticky riešiť.

Programové vyučovanie je v súčasnosti jednou z moderných pedagogických metód. Thiemeho učebné programy zaplňujú v jednotlivých publikáciách medzeru, ktorá v oblasti medicíny v tejto tematike existuje. Publikácia amerických autorov svedčí o ich veľkých skúsenostiach s metódou programového vyučovania a predstavuje veľmi dobrú pomôcku pre každého, kto sa s röntgenológiou hrudníka zaoberá. V nijkom prípade nenahradí podrobné röntgenologické učebnice, je však veľmi vhodnou publikáciou pre úvodné zoznámenie sa s röntgenovou diagnostikou toraxu.

Dr. M. Palát, Bratislava

AKTUELLE PROBLEME DER INNEREN MEDIZIN

Aktuální problémy vnitřního lékařství

Sborník prací k 60. narozeninám prof. Grosse. Připravili: K. Schumacher a K. D. Grosser.

Vydalo nakladatelství F. K. Schattauer-Verlag, Stuttgart — New York, 1977, 527 stran, 235 obrázků, 92 tabulek. Cena DM 96,—. ISBN 3-7945-0592-1.

Svazek o aktuálních problémech vnitřního lékařství je sborníkem prací k 60. narozeninám prof. R. Grosse, kteří připravili do tisku jeho žáci za redakčního zpracování prof. Schumacherem z Kölnu a prof. Grosserem z Krefeldu. Jako každý sborník s tímto zaměřením, je i tento sborník souhrnem prací z oblasti vnitřního lékařství, zasahujících tematicky do mnoha oblastí interní medicíny. Jsou zde seřazeny práce z hematologie, imunologie, gastroenterologie, nefrologie, kardiologie, metabolismu; jsou zde také práce z oblasti zpracování informací a z oblasti použití počítačů. Cíle toto spektrum prací svědčí o tom, do jaké oblasti vnitřního lékařství se žáci prof. Grosse dostali, a tedy nepřímě o tom, jak široko byla mateřská klinika za vedení prof. Grosse zaměřená. A tak jako každý sborník, přináší i tento

sborník vedle prací klinických i práce experimentální, práce přehledné i práce velmi úzce zaměřené. Jednotlivé práce jsou dobře dokumentované, a to nejen výsledky, ale i ilustracemi. Škoda jen, že chybí jednotné redakční zpracování prací zařazených do tohoto sborníku, některé práce neobsahují ani závěr a chybí i seznam literatury. Forma sborníka při příležitosti životních jubileí předních odborníků je formou velmi dobrou, protože extensivně informuje o oblasti zájmu nebo činnosti. Práce uveřejňované v jednotlivých číslech časopisu při takových příležitostech mohou poskytnout jen omezeným způsobem informací o široké tematické pracovním zaměřením, proto sborníky jsou jistě soubornější prací o uvedených skutečnostech.

Dr. M. Palát, Bratislava

F. H. NETTER

FARBATLANTEN DER MEDIZIN. BAND 1. HERZ. BAND 2. NIERE UND HARNWEGE

Farebné atlasy lekárstva. Zv. 1. Srdce. Zv. 2. Obličky a močové cesty

Vydalo vydavateľstvo Thieme-Verlag, Stuttgart 1976, zv. 1. — 280 str., 243 farebných obrázkov. Cena DM 128,—. ISBN 3-13-52.20-01-0, zv. 2. — 288 str., 238 farebných obrázkov. Cena DM 128,—. ISBN 3-13-5241-01-7.

Stuttgartske vydavateľstvo Georga Thiemeho vydáva v prekrásnom vybavení kolekciu lekárskeho ilustrácií, známu vo svete pod menom kolekcia CIBY. Ide o nemecké vydanie pôvodne anglickej publikácie, ktorú pripravil po stránke konceptu a po stránke ilustratívneho vybavenia Frank H. Netter. Prvý diel redigoval F. F. Yonkman, druhý diel R. K. Shapter.

Dnes už svetoznáma kolekcia farebných lekárskeho ilustrácií dostáva sa v nemeckom vydaní do rúk lekárov nemecky hovoriacej oblasti. Je to významný vydateľský čin. Atlas, skladajúci sa z niekoľkých dielov — prvé dva práve vyšli u Thieme-

ho — veľmi výrazne znázorňuje súčasný pohľad na problematiku cirkulácie a na problematiku vyučovania. Úvodné kapitoly oboch dielov sú venované anatómii, fyziológii a patofyziológii príslušných funkcií. Prvý diel ďalej pojednáva o vrodených chybách srdca a o získaných chybách srdca. Druhý diel venuje pozornosť vyšetrovacím metódam, chorobám obličiek, chorobám obvodných močových ciest, vrozeným a dedičným chorobám. Záverečná kapitola druhého dielu sa zaoberá problematikou terapie. Výrazné farebné ilustrácie sú doplnené stručným, jasným a informujúcim textom, ktorý napísali poprední svetoví odborníci. Spojivom zostá-

va obrazové vyjadrenie, ktoré je unikátne a ktoré samotné znamená akýsi vrchol podania medicínsky významných a dôležitých informácií. Netterov atlas je iste ideálna pomôcka pre medikov, je však ne-

nahradiateľný pre lekárov, ktorí sa zaoberajú príslušnou oblasťou.

Rovnako polygraficky predstavuje Thie-meho vydanie Netterovho atlasu vrchol.

Dr. M. Palát, Bratislava

R. GEORGE — R. OKUN — A. K. CHO

ANNUAL REVIEW OF PHARMACOLOGY AND TOXICOLOGY

Ročný prehľad farmakológie a toxikológie

Vydalo Annual Reviews Inc., Palo Alto, California 1978. Vol. 18, strán 650, 24 obrázkov, 10 tabúl, cena neuvedená. ISBN 0-8243-0418-7.

V medicínskych a farmaceutických kruhoch veľmi známy a uznávaný „Ročný prehľad farmakológie a toxikológie“ vyšiel v roku 1978 v poradí ako 18. zväzok. Trojica vydavateľov v spolupráci s 8-členou edičnou komisiou zaradila do tohto zväzku 29 najaktuálnejších kapitol prevažne z oblasti experimentálnej a klinickej farmakológie a toxikológie. Na spracovaní publikovanej tematiky sa podieľalo celkom 44 vynikajúcich odborníkov z rôznych krajín, ktorí sa zaoberajú príslušnou problematikou v oblasti biológie, fyziológie, molekulárnej farmakológie čiže farmakobiokémie, ďalej farmakokinetiky, farmakodynamiky, klinickej farmakológie a toxikológie.

Viacere práce v tomto zväzku sa zaoberajú výsledkami štúdií alfa- a beta-adrenoreceptorov (Goldberg, Volkman, Kohli, Kunos), i tzv. opiatových receptorov a endogénnych peptridov (Simon, Hiller, Terenius). Neurobiochemicky sú zamerané napríklad práce o katecholových amínoch (Fibiger), retrográdnom transporte makromolekúl v ozónových vláknach (Kristensson), o neurofarmakológii amínokyselín pôsobiacich na transmittery (Johnston) a o nervovom prenose v sympatických gangliách (Bränkö).

Z hľadiska klinickej farmakológie a modernej racionálnej farmakoterapie sú zaujímavé a pre prax dôležité práce, resp. kapitoly o chemoterapii humánnych črevných parazitárnych ochorení (Botero), o biliárnej exkrécii liečiv a iných xenobiotík, t. j. pre ľudský organizmus cudzorodých látok (Levine), ako aj nové experimentálne a klinické poznatky o psychofarmakológii alkoholu (Myers). Problematika chemoterapie systémových mykotických ochorení u človeka je v tomto zväz-

ku spracovaná veľmi prehľadne, s uvedením najnovších druhov antimykotík, používaných v súčasnej terapeutickej praxi (Hoeprich). V tomto smere sú dôležité najmä deriváty imidazolu (napr. mikonazol), ktorý možno podávať intravenózne a intratekálne]. Od parenterálneho podávania amfotericínu B sa aj u nás úplne upustilo pre jeho závažné nežiaduce účinky (nefrotoxicita, hematotoxicita a neurotoxicita). Z ďalších kapitol, ktoré sú publikované v recenzovanom 18. zväzku Prehľadov, sú aktuálne aj kapitoly o terapii osteoporózy, resp. jej profylaxie a terapie (Gordan), o farmakologickej kontrole astmy u detí a dospelých (Wilson a McPhillips). Veľmi zaujímavá je napísaná stať o najnovších názoroch na mechanizmus chemickej karcinogenézy (Weisburgerová). Rozsahom je síce stručná, obsahuje však 211 literárnych citácií prevažne z posledných piatich rokov. Nové poznatky prináša aj kapitola o biochemickej farmakológii intestinálnej flóry (Goldman).

Každá kapitola v tomto zväzku je bohato dokumentovaná výberom citovanej odbornej literatúry prevažne z rokov 1972—1977, spolu 3649 literárnych citácií. Na konci zväzku je zaradený autorský a vecný index, ako aj kumulatívny index autorov, ktorí publikovali svoje práce v niektorom zo zväzkov 14—18. Okrem toho sú v samostatnej kapitole abecedne zostavené aj názvy všetkých kapitol zo zväzkov 14—18, s uvedením ich autorov a s označením čísla zväzku a počtu strán. Tento spôsob spracovania indexov umožňuje čitateľovi rýchlu spätnú informáciu o doteraz odpublikovaných prácach v predchádzajúcich zväzkoch číslo 14—18.

Dr. Š. Kišoň, Bratislava

B. KLAPP

DAS KLAPSCHE KRIECHVERFAHREN

Plazenie podľa Klappa

Vydalo vydavateľstvo Georg Thieme-Verlag, Stuttgart 1978,
114 strán, 96 obrázkov, cena DM 13,80. ISBN 3-13-3606-10-7.

V desiatom prepracovanom vydaní vychádza vo vydavateľstve Georga Thiemeho v Stuttgarte v roku 1978 dnes už klasická knižočka, ktorá sa zaoberá metodikou prof. Klappa, používanou pri terapii porúch chrbtice, predovšetkým pri skoliózach. Prof. Klapp vypracoval veľmi účelnú metódu využívajúcu plazivé pohyby, pomocou ktorej sa dopĺňa rehabilitačný program detských skolióz.

Rozsahom knižočka nie je veľká; má dva diely. V prvom diele opisuje prof. Klapp v jednotlivých kapitolách problematiku zdravej a chorej chrbtice, otázky skolióz, ich diagnostiku a možnosti terapie.

V druhom diele sa rozoberajú jednotlivé metodické postupy pri reedukácii porúch chrbtice, ktoré spočívajú predovšetkým vo využití plazivých pohybov. Celý rad dokumentujúcich obrázkov dopĺňa tieto kapitoly, ktoré pripravili E. Biedebecková a I. Hessová.

Plazenie podľa Klappa v rámci rehabilitačných programov stalo sa v súčasnosti nedeliteľnou súčasťou komplexných programov v rehabilitácii skoliotikov prakticky na celom svete.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

J. PROBST

HEFTE ZUR UNFALLHEILKUNDE. HEFT 129. 40. JAHRESTAGUNG DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR UNFALLHEILKUNDE E. V. 18. bis 20. NOVEMBER 1976, BERLIN.

40. výročná schôdza Nemeckej spoločnosti pre úrazovú chirurgiu. 18. až 20. november 1976, Berlín.

Vydavateľstvo Springer-Verlag, Berlin — Heiaeberg — New York 1977, počet strán 431, počet obrázkov 151, cena DM 120,—.

40. kongres Nemeckej spoločnosti pre úrazovú chirurgiu bol od 18. do 20. novembra 1976 v Berlíne. Zaoberal sa súčasným stavom operačnej a konzervatívnej liečby zlomenín a výsledkami liečebných metód v úrazovej chirurgii. Na druhom mieste stáli traumatické škody na chrupke, ich klinika, vznik, liečba a posudzovanie. V sekcii dopravnej medicíny sa rokovalo o zlomeninách krčnej chrbtice a zlomeninách ostatných stavcov chrbtice.

Kongresová správa zachytáva celý priebeh kongresu, je rozdelená na 5 kapitol. I. kapitola obsahuje základy, metódy, indikácie a výsledky operačnej liečby zlomenín dlhých kostí. II. kapitola preberá nestabilný kolenný kĺb po stránke diagnostickej, terapeutickkej a po stránke posudzovania. III. kapitola zachytáva problematiku posttraumatických škôd na chrupkách. V sekcii dopravnej medicíny sa preberajú predovšetkým zlomeniny stavcov. V sekcii poisťovacej medicíny sa preberajú škody na kostiach a agravácii a simulácii pri následkoch jednotlivých fraktúr. Vo IV.

kapitole — posudzovanie škôd na chrupkách sa v ôsmich referátoch preberajú následky poškodení chrupky v jednotlivých oblastiach tela, postoj k týmto poškodeniam, ich posudzovanie z hľadiska pracovného lekárstva. V piatej kapitole — voľné prednášky — preberajú sa rozličné aspekty osteosyntézy, dlhých a krátkych kostí na voľný prenos kože, voľný prenos chrupky a dlhodobé výsledky po plastickej operácii skrížených väziv kolena.

Prezidentom 40. kongresu Nemeckej spoločnosti pre úrazovú chirurgiu bol prof. dr. Contzen z Frankfurtu nad Mohanom.

Zostavovateľovi prof. dr. J. Probstovi sa podarilo urobiť úplný prehľad kongresu, zachytiť priebeh kongresu s jeho veľmi zaujímavou a aktuálnou tematikou, potrebnou v každodennej praxi.

Kniha je určená pre traumatológov, chirurgov, ortopédov a posudkových lekárov. Veľa zaujímavých podnetov a nových názorov v nej nájdú i rehabilitační pracovníci pre svoju prácu.

Dr. A. Krivosudský, Bratislava

H. BIRZLE — R. BERGLEITER — E. H. KUNER
RADIOLOGY OF TRAUMA. TEXTBOOK AND ATLAS
Traumatologická röntgenodiagnostika. Učebnice a atlas.
Vydalo nakladatelství Georg Thieme-Verlag, Stuttgart 1978,
372 stran, 1095 obrázků. Cena DM 124,—. ISBN 3-13-5536-01-7.

V anglickém překladu, který pořídil prof. Kaufmann z Paříže, vychází v nakladatelství Georg Thieme-Verlag ve Stuttgartě v roce 1978 překrásně vybavený atlas a učebnice traumatologie z hlediska rentgenové diagnostiky. V úvodě této publikace píše Birzle, jeden z autorů, že ročně podle údajů Světové zdravotnické organizace zemře na následky úrazu celkem 100 000 lidí, další 1 až 1,5 milionu lidí utrpí těžký a 3 až 4 miliony lehký úraz. Tato čísla dokumentují jen dopravní úrazy. Bylo teda potřebné formou monografie zabývat se problematikou úrazů, jejich lokalizací a jejich rentgenologickým výrazem. Výsledek je předkládaná učebnice a atlas, pečlivě připravený rentgenology prof. Birzlem a prof. Bergleiterem a chirurgem-traumatologem prof. Kunerem.

Celá učebnice má klasické dělení podle lokalizace úrazů — po úvodní kapitole věnované technickým otázkám jsou popisovány úrazy hlavy, páteře, pánve, horní a dolní končetiny. V dalších kapitolách je věnovaná pozornost patologickým frakturám, traumatům hrudníku, břicha, otázkám cizích těles, poraněním měkkých částí a

periferních cév a konečně speciálním traumatologickým problémům dětského a dospívajícího věku. Poslední dvě kapitoly se zabývají problematikou vnitřních fixačních technik a jejich rentgenovým posuzováním; dále komplikacemi a problematikou expertízy u traumat.

Překrásné obrázky dokumentují text, který spíše představuje úvod do příslušné problematiky s příslušným schématem synoptického pohledu.

V současné literatuře se věnuje široká pozornost problematice úrazů z nejrůznějších hledisk. Existuje celá řada učebnic a monografií, věnujících pozornost jednotlivým dílčím otázkám traumatologie anebo traumatologií jako celku. Atlas a učebnice kolektivu autorů Birzle, Bergleiter a Kuner je však jedinečnou rentgenologickou dokumentací nejrůznějších traumatických postižení, s kterými se můžeme setkat prakticky vždy a které v současnosti představují velkou oblast zasahující do chirurgie, traumatologie, rentgenologie i rehabilitace.

Dr. M. Palát, Bratislava

C. BURRI — A. RÜTER
HEFTE ZUR UNFALLHEILKUNDE. HEFT 131. VERLETZUNGEN DES OBEREN SPRUNGELENKES. 9. REISENBURGER WORKSHOP ZUR KLINISCHEN UNFALLCHIRURGIE
Poranenie členkového kĺbu
Vydavateľstvo Springer-Verlag Berlin — Heidelberg — New York 1978, počet strán 262, počet obrázkov 171, cena DM 55,—.

Liečenie poranení členkového kĺbu má veľký význam pre normálnu, nerušenú chôdzu. Chirurgickou liečbou poranení členkového kĺbu sa zaoberala 9. schôdza úrazovej chirurgie v Reisenburgu od 22. do 24. septembra 1977.

Referáty, diskusiu a spoločné závery a odporúčania zachytili autori Caius Burri a Axel Rüter v knižnom vydaní 131. čísla Hefte zur Unfallheilkunde.

Kniha obsahuje referáty vynikajúcich špecialistov z odboru anatómie, biomechaniky, chirurgie, ortopedie a úrazovej chirurgie. V otvorených diskusiách odborníci spoločne vypracovali závery a odporúčania, ktoré sú vhodné pre každodennú prax a majú poskytnúť významnú pomoc v práci úrazových chirurgov.

V šiestich kapitolách sa prejednávajú otázky anatómie a patofyziológie členko-

vého kĺbu, zlomeniny, poranenia ligament. členkového kĺbu, zlomeniny tibiálneho pilónu, zlomeniny talu a poranenie chrupiek členkového kĺbu.

Veľmi cenný je komplexný pohľad na problematiku a záverečné odporúčania, ktoré uzatvárajú jednotlivé kapitoly. Členkový kĺb sa považuje podobne ako kolenný kĺb za funkčnú jednotku. Významnú úlohu v diagnostike má špeciálne rtg. vyšetřovanie, ktoré sa odporúča robiť v niektorých prípadoch v lokálnej anestézii. Pri každej distorzii členkového kĺbu treba hľadať poranenie ligament. V operačnej technike sa odporúča adaptačná sutúra jemným atraumatickým šicím materiálom. Pri poraneniach pilóbu tĺbie sa považuje

intraartikulárna zlomenina za indikáciu k operácii. Pooperačné doliečenie je rozobrané vo zvláštnej kapitole. Zlomeniny talu bez posunutia úlomkov sa odporúčajú liečiť konzervatívne. Nereponovateľné a otvorené zlomeniny talu liečiť operačnými metódami. Poranenia chrupiek členkového kĺbu sa najvhodnejšie diagnostikujú artroskopiou. Pri väčších poraneniach chrupiek členkového kĺbu odporúčajú sa operačné metódy liečby.

Kniha je určená pre špecialistov v úrazovej chirurgii, ortopédii, všeobecnej chirurgii, biomechanikoch. Rehabilitační pracovníci v nej môžu nájsť najnovšie názory na pooperačné doliečovanie poranení tejto oblasti.

Dr. A. Krivosudský, Bratislava

U. ZWIENER PATHOPHYSIOLOGIE NEUROVEGETATIVER REGELUNGEN UND RHYTHMEN

Patofyziológia neurovegetatívnych regulácií a rytmov: systémové štúdie a biokybernetické prístupy ku klinickým funkčným testom.

VEB Gustav Fischer Verlag Jena, 1976, viaz., 216 str., 43,00 M.

Kardiovaskulárne choroby a problémy ich funkcií si vyžadujú stále väčšiu pozornosť tak praktikov ako aj výskumníkov. Pritom metodika a obsah bádania sa menia, a to i kvalitatívne. Keďže pre komplexnosť tohto systému len zriedkakedy možno priamym zásahom ozrejmiť súvislosti, núka sa modelovanie ako prehľadná metóda vystihnúť relevantných aspektov. To však „už búra hranice tradičnej biomedicínskej oblasti“ a nevyhnutne vyžaduje interdisciplinárny prístup. Preto sa teoretici-lekári, klinici, biológovia, fyzici, technici a matematici, ktorí sa zaoberali modelovaním kardiovaskulárnych funkcií a ich porúch, stretli na jeseň 1975 na spoločnej konferencii a zhrnuli výsledky svojich prác v predloženej monografii — hovoria redaktori v predslove.

Je udivujúce, koľko informácií sa podarilo na 148 strán malého formátu stručného textu umiestniť. Zborník obsahuje 13 príspevkov od celkovo 19 autorov, ktorých profesie plne zodpovedajú uvedenému výpočtu. Redaktori sú docentmi príp. profesormi patofyziológie na Erfurtskej Medicínskej Akadémii, ale číselnú prevahu majú prírodovedci a inžinieri. Ako jediný zahraničný autor figuruje doc. dr. J. Peňáz z LF UJEP (Brno) s príspevkom o jednoducho elektronickej kardiovaskulárnom modeli pre účely výučby (dovoľuje nastaviť príp. demonštrovať regulačné aspekty, funkciu srdca, aorty, kapilárneho

odporu atď.). Zwiener a spolupracovníci predstavujú tri práce o problémoch a metódach modelovania dynamiky regulácie TK, Tiedt a spol. zase modelujú dynamiku srdcovej frekvencie človeka po sinusovitých zmenách záťaže. Prvým, akýmsi úvodným príspevkom, je práca Bocklischsa o hrubom modelovaní arteriálneho systému. Vychádza z teórie neostrých grúp („fuzzy sets“) a predkladá rôzne modely arteriosklerózy. Klinicky zameraných pracovníkov bude azda najviac zaujímať referát Bochmanna a spol. o dynamickej modelovaní kardiovaskulárneho systému za účelom monitorovania pacientov v kritických stavoch. Deten modeluje na analógovom počítači zmeny arteriálneho tlaku pri zmene polohy tela, s dôrazom na nelineárnych vzťahoch. Aj ostatné príspevky sa zaoberajú konkrétnymi aspektami kardiovaskulárnej sústavy za pomoci viacmenej zložitej (skôr viac než menej) výpočtovej techniky.

Každý príspevok má anglický súhrn, a aj legendy všetkých grafov sú dvojazyčné: v nemčine a angličtine. Jedným z úmyslov redaktorov a autorov zborníka bola aj „propagácia a popularizácia modelovacej metódy“, ale zatiaľ sa modelovanie javí ako perspektívny a podnetný, no veľmi náročný interdisciplinárny prístup k problematike kardiovaskulárnej regulácie.

Doc. Ing. R. Štukovský, Bratislava

XI. MEDZINÁRODNÝ ANGIOLOGICKÝ KONGRES

V dňoch 2. až 8. júla 1978 konal sa v Prahe XI. medzinárodný angiologický kongres, na ktorom sa zúčastnilo 1500 vedeckých, odborných a klinických pracovníkov z 32 štátov. Tento svetový kongres organizovala Československá lekárska spoločnosť J. E. Purkyňu za podpory Medzinárodnej angiologickej únie a pod záštitou predsedu vlády ČSSR dr. L. Štrougala. Predsedom kongresu bol profesor dr. K. Ishikawa z Japonska, predsedom organizačného výboru profesor dr. Z. Reiniš z ČSSR.

Slávnostné otvorenie kongresu bolo v zjazdovom paláci Parku kultúry a oddychu J. Fučíka. Z poverenia predsedu vlády ČSSR sa na otvorení zúčastnil dr. M. Lúčan. Prednášky sa konali simultánne v piatich auditoriách v centre mesta (Dom umelcov — Rudolfinum, Právnická fakulta, Fakulta nukleárnej technológie, Univerzitná poslucháreň a hotel Intercontinental). Oficiálnym jazykom kongresu bola angličtina a francúzština bez simultánneho prekladu. Odborný program kongresu pozostával z piatich častí:

A. Vyžiadané prednášky: Hyperlipoproteínémia a ateroskleróza (D. Frederickson, USA), Neurohumorálne zmeny pri hypertenznej kríze (I. K. Škvatsabaja, ZSSR), Diabetická mikroangiopatia (W. Redish, USA), Sekundárna prevencia aterosklerózy (L. Gerson, Francúzsko) a Klasifikácia vaskulárnych chorôb (F. Pratesi, Taliansko).

B. Diskusie pri okrúhlym stole, tematické okruhy: Funkčné vyšetrenie v arteriálnych skupinách, experimentálna aterogenéza, dlhodobý priebeh obliterujúcej aterosklerózy, regresia humánnej aterosklerózy, funkčné dôsledky koronárnej rekonštrukcie, rehabilitácia ochorení koronárnych artérií, antitrombotická terapia.

C. Voľné oznámenia: Zahrňovali 15 tematických okruhov, napr. trombogénne faktory, cirkulačná adaptácia, varikóznny syndróm, lymfatická cirkulácia, adaptácia arteriálnej steny k fyzikálnym a metabolickým stresom, epidemiológia a imunoló-

gia periférnych vaskulárnych ochorení, periférne mikroangiopatie, koronárna cirkulácia, renovaskulárna hypertenzia, prevencia aterosklerózy, farmakológia antikoagulantí, antiagregačných a trombolytických liečiv.

D. Sympóziá: Hypolipemiká, Liečivá s účinkom na arteriálnu permeabilitu a aterogenézu, Liečivá ovplyvňujúce ischémiu tkanív, Beta-blokátory v terapii kardiovaskulárnych ochorení.

E. Plagátové vývesky („poster sessions“).

Okrem toho sa v priebehu kongresu konali aj tri sympóziá o nových liečivách a to:

Sympóziium o metypranolole (Trimepranol tab., Spofa);

Sympóziium o suloktidíne (Sulocton caps., Continental Pharma);

Sympóziium o vinpocetíne (Cavinton tabl., inj., G. Richter, MER).

V priebehu 6 dní odznelo na kongrese celkom asi 600 prednášok vedecko-výskumných a klinických pracovníkov, z toho takmer polovica zo všetkých socialistických štátov. Pretože prednášky sa konali súčasne v piatich posluchárňach, aj pri maximálnej snahe sa dala absolvovať iba časť z nich. Preto cenným materiálom kongresu boli súhrny (v angličtine). Okrem už spomenutých prednášok uvedieme ešte niektoré ďalšie, ktoré boli zaujímavé, alebo o ktorých sa najviac diskutovalo. Napríklad na tému prevencia aterosklerózy odznelo celkom 13 prednášok, z toho 9 zo socialistických štátov a z toho 6 z ČSSR. Všeobecne sa zdôrazňovalo, že multifaktoriálna prevencia aterosklerózy je potrebná už od mladosti. V popredí pozornosti výskumu i pozornosti klinických pracovníkov je najmä sledovanie hladiny cholesterolu, systolický a diastolický krvný tlak, obezita, telesná nadváha, metabolické poruchy, fajčenie, stresové faktory, familiárne ochorenia a iné. Celá problematika vyžaduje ďalší intenzívny výskum a

longitudinálne sledovanie spomenutých rizikových faktorov a odhaľovanie ďalších kauzálnych a prídavných rizikových faktorov. Zaujímavé prednášky odzneli aj v tematickom okruhu koronárna cirkulácia. Napríklad Metabolizmus koronárnych artérií a myokardu (Fabián a spoluprac.), Cykloergometrické stresové testy (CST), koronarografické a metabolické parametre u vysokorizikových pacientov (Puđu a spoluprac.), nové vyšetrovacie a diagnostické metódy u pacientov s angina pectoris (Sulling a spoluprac., ZSSR).

Veľká pozornosť sa venovala aj tematike Trombogénne faktory vo venózných a arteriálnych systémoch [26 prednášok].

Všetky prednášky, ktoré odzneli na kon-

grese, v samostatnom zborníku vydá Avicenum v Prahe. Pre účastníkov kongresu sa bude prednostne expedovať (na základe objednávky).

Do programu kongresu dobre zapadajú aj výstava nových liečiv, premietanie odborných filmov a výstava lekárskej literatúry.

Náročný odborný program kongresu poskytol účastníkom možnosť zoznámiť sa so súčasným stavom teoretických a klinických poznatkov v tejto rozsiahlej a komplikovanej oblasti lekárskej vedy, ako aj so súčasnými možnosťami prevencie a farmakoterapie ochorení kardiovaskulárneho systému.

Dr. Š. Kišoň, Bratislava

SPRÁVA Z II. REUMATOLOGICKÉHO SYMPÓZIA V PRAHE

V dňoch 11. až 14. júna 1978 konalo sa v Prahe II. reumatologické sympóziu s medzinárodnou účasťou. Sympóziu organizovala Československá lekárska spoločnosť J. E. Purkyňu — Československá reumatologická spoločnosť pod záštitou EULAR. Prezidentom sympózia bol V. Rejholec.

Hlavnou témou bola široká problematika reumatologických ochorení chrbtice, epidemiológia, diagnostika, klinika a terapia reumatických chorôb chrbtice. Sympózia sa zúčastnili odborníci z 27 štátov. Celkom odznelo 153 prednášok.

Úvodom k rozsiahlej problematike reumatických chorôb chrbtice boli prednášky V. Rejholec z ČSSR: Chrbtica — vedecký a sociálny problém, a prednáška A. Dixona z Veľkej Británie: Bolesť chrbta — výzva k bádaniu. Prednášky sympózia boli rozdelené do štyroch ucelených častí: Patologické aspekty, Diagnostika a klinika, Sociologicko-ekonomické problémy a epidemiológia, Terapia.

V prvej časti — Patologické aspekty — odznelo 26 prednášok, v ktorých sa hovorilo o metabolických zmenách vedúcich k poruche stavcov a medzistavcových diskov, ako ukladanie kalciových depozitov, kyseliny močovej a pyrofosfátu. V popredí výskumu zostáva aj naďalej otázka poškodenia chrbtice pri chondrokalcionóze, hyperparatyreoidizme, pri diabetes mellitus, hyperurikemickom syndróme a pri psoriáze.

Najväčší počet prednášok — celkom 61 — odznel v druhej tematickej časti sympózia: Diagnostika a klinika. Prítomní sa oboznámili s prácami domácich a zahraničných autorov, v ktorých predložili kritériá pre diagnostiku chorôb chrbtice. Ukázala sa potreba vytvorenia novej medzinárodnej klasifikácie vertebrogénnych ochorení a vypracovania jednotných prísnych diagnostických kritérií. Autori sa ďalej venovali výsledkom pri použití rôznych diagnostických metód pri zisťovaní včasných metabolických zmien. Rad prednášok sa týkal frekvencie výskytu HLA-B 27 antigénu a jeho významu pre diagnostiku reumatických chorôb. Hlavnými diagnostickými metódami v súčasnej dobe sú rtg. vyšetrenia, scintigrafia a imunochemické metódy. V budúcnosti bude treba vypracovať štandardné metódy funkčného vyšetrenia chrbtice. J. Beran referoval o komplexe morfológických zmien chrbtice, ktoré navrhuje nazvať „Stigmatizovaná chrbtica“: ľahké nepravidelnosti okrajov platničky, ľahké zmeny tela stavcov, zmeny výšky medzi-stavcových priestorov, zmeny zakrivenia chrbtice, zmeny pohyblivosti jednotlivých segmentov chrbtice, ktoré skôr či neskôr vedú k bolestiam chrbta. Referovalo sa aj o častých bolestiach chrbta u detí a mladistvých, ktorým sa doteraz nevenuje patričná pozornosť

V tretej časti — Sociologicko-ekonomické problémy a epidemiológia odzneli pred-

nášky uvádzajúce problémy spoločenského uplatnenia chorých s degeneratívnym ochorením chrbtice, ich pracovná neschopnosť a invalidita. Podľa zamestnania prevládajú v tejto skupine chorých pracujúci s ťažkým fyzickým zaťažením.

Vo štvrtej časti — Terapia odznelo 30 prednášok týkajúcich sa skúseností s rôznymi metodikami liečebných postupov. Pri porovnávaní dlhodobých výsledkov manipulačnej a konzervatívnej liečby sa zisťujú dlhšie obdobia remisie po konzervatívnej liečbe. Pri rozoberaní kineziologickej liečby sa konštatovalo, že má byť prísne individualizovaná, rešpektujúca celkový stav pacienta a rozsah poškodenia. Prednášatelia referovali o výsledkoch aplikácie niektorých nových fyzikálnych procedúr pri algickom vertebrogénnom syndróme — o použití pásu s elektrickým poľom a subkutánnej elektrostimulácie, ktorá má tiež dobrý analgetický a myorelaxačný účinok, tiež o výsledkoch aplikácie akupunktúry,

ktorá sa osvedčuje hlavne pri intenzívnych bolestiach a malých štrukturálnych zmenách. Fyzikálna kineziologická liečba sa hodnotila ako dôležitá súčasť komplexnej liečby. Po zhodnotení výsledkov liečby sa zisťuje lepší liečebný efekt v subkutánnom štádiu ochorenia. Dobré výsledky sú po operačnom riešení spondylololýzy a spondylolýzy. Do popredia komplexnej liečby reumatických ochorení sa dostáva aj psychologická problematika, ako neuroticizmus a anxieta, z čoho vyplýva potreba úzkej spolupráce lekára a psychoterapeuta.

Kladom II. reumatologického sympózia bola dokonalá organizácia, vyvážená spoločenská časť, účasť reumatológov zo zahraničia, hlavne zo ZSSR a socialistických štátov a kvalitný simultánny preklad do 5 jazykov. Vydanie abstrákt prednášok umožnilo dobrú orientáciu v programe.

Dr. M. Bendíková, Bratislava

CELOŠTÁTNA PRACOVNÁ KONFERENCIA V TRENČÍNE

Z poverenia Československej rehabilitačnej spoločnosti usporiadala Slovenská rehabilitačná spoločnosť v Trenčíne v dňoch 6. až 8. septembra 1978 celoštátnu pracovnú konferenciu, na ktorej sa zúčastnilo okolo 200 lekárov a rehabilitačných pracovníkov zo všetkých krajov ČSSR. Konferenciu otvoril dňa 6. septembra 1978 predseda Československej rehabilitačnej spoločnosti dr. Palát a pri slávnostnom otvorení prehovorili zástupcovia okresu a mesta Trenčína, zástupca zdravotníctva, a doc. Obrda, predseda Českej rehabilitačnej spoločnosti.

Pracovný program konferencie venoval pozornosť niekoľkým tematickým okruhom. V prvej časti sa hovorilo o sociálno-ekonomických aspektoch liečebnej rehabilitácie (Kotvald, Lánik, Lániková), v ďalšej o evaluácii v procese liečebnej rehabilitácie (Obrda, Lánik, Palát, Lániková, Litomeric ký, Jančáriková, Sojákova, Šimkovič). V jednotlivých referátoch sa zvýraznili jednotlivé aspekty evaluácie v rehabilitácii v kardiológii, v rehabilitácii pohybových porúch, v rehabilitácii v geriatrici. Charakterizovala sa účasť rehabilitačných pracovníkov na evaluačnom procese a odzneli referáty o evaluácii tela a evaluácii dyna-

miky afekcií na lumbosakrálnom prechode.

V ďalšom rokovaní sa venovala pozornosť rehabilitácii pacientov po amputáciách, kde formou panelu sa poukázalo na základné otázky rehabilitácie amputovaných. Dr. Kiss-Tóth predniesol výsledky dvojročnej činnosti špecializovaného rehabilitačného oddelenia pre amputovaných v Trenčianskych Tepliaciach.

Prvý deň zasadania priniesol pohľad na metódu akupunktúry (Môcik, Šmírala), ktorá sa v súčasnosti dostáva do popredia záujmu rehabilitačných lekárov. Živá diskusia pri tejto tematike svedčila o záujme o túto metódu reflexnej terapie.

Druhý deň rokovania bol venovaný štandardizácii metód a programov v liečebnej rehabilitácii. V referátoch Pfeifferra a Lániky sa pokázalo na význam a dôležitosť štandardizácie rehabilitačných metód a programov pre celý systém rehabilitácie. Nasledoval blok prednášok, v ktorom sa poukázalo na aktualitu v oblasti rehabilitácie z hľadiska Ministerstva zdravotníctva SSR (Lánik, Novodvorská) a z medzinárodného hľadiska, odznel referát zo svetového kongresu IRMA III, ktorý sa konal v júli 1978 v Bazileji (Palát, Obrda, Pfeiffer).

V rámci programu celoštátnej konferencie Slovenskej rehabilitačnej spoločnosti odznela potom prednáška dr. Polska z Holandska o fyziológii a patofyziológii dýchania a o možnostiach vyšetrovania dýchacej funkcie pomocou „floop-systému“. Táto prednáška bola doplnená veľmi inštruktívnu demonštráciou prístroja na vyšetrovanie dýchacej funkcie pomocou už uvedeného „floop-systému“.

Chirurgické riešenie rozdielu dĺžky dolných končatín a stavba rehabilitačného plánu predstavoval ďalší blok prednášok. Prednášky boli doplnené aj o problematiku rehabilitácie juvenilnej chronickej polyartritídy (Michalko) a problematiku rehabilitačnej liečby bolestivého vertebrogénneho syndrómu (Poracký).

Posledný deň programu priniesol otázky psychologických aspektov rehabilitácie u kardiakov (Palát, Sedláková), pri deformáciách osového orgánu u detí (Voleková, Lánik), psychoterapii a muzikoterapii v rehabilitačnom programe (Lacková, Lániková). Ďalej prednáška o štruktúre postojov k rehabilitácii infarktu myokardu, podložená bohatým faktografickým materiálom a detailným štatistickým spracovaním (Štukovský, Palát, Sedláková, Kěřková, Hauptvoglová).

Posledný blok prednášok predstavovala

jóga v liečebnej rehabilitácii (Velé, Sojáková, Lánik, Salzmarová, Rosina).

Po ukončení vedeckého programu zhodnotil dr. Lánik priebeh a úroveň celoštátnej pracovnej konferencie Slovenskej rehabilitačnej spoločnosti a dr. Palát ukončil túto konferenciu poďakovaním všetkým, ktorí sa zaslúžili o jej úspešný priebeh, predovšetkým dr. Kissovi-Tóthovi a jeho kolektívu z rehabilitačného oddelenia trenčianskej nemocnice.

V rámci Celoštátnej pracovnej konferencie sa konali spoločenské podujatia, ktoré prispeli k ďalšej výmene názorov v príjemnej mimopracovnej atmosfére. Celoštátna pracovná konferencia Slovenskej rehabilitačnej spoločnosti si vzala do programu veľmi aktuálnu problematiku a možno povedať, že sa svojej úlohy zhostila veľmi dobre. Dobre fundované referáty, široká kvalifikovaná diskusia a aktuálnosť problematiky prispeli k zdaru tejto konferencie. Dobré prostredie, príjemná pracovná aj mimopracovná atmosféra taktiež prispeli svojim cieľom. Konferencia sa dôstojne zaradila do radu tých konferencií Slovenskej a Českej rehabilitačnej spoločnosti, ktoré priniesli účastníkom súčasnú modernú problematiku, vysoký stupeň informácií a kritický pohľad na jednotlivé problémy.

Dr. M. Palát, Bratislava

SPRAVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

Ústav pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave, Katedra rehabilitačných pracovníkov, uskutoční v druhom polroku školského roku 1978/79 tieto školiace akcie:

Kurzy:

1. Kurz pomaturitného špecializovaného štúdia z úseku práce liečebná telesná výchova, prvý rok štúdia.
Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov, zaradených do pomaturitného špecializačného štúdia k 1. 9. 1978.

Termín: 26. 2. — 9. 3. 1979.

Miesto konania: Bratislava.

Počet účastníkov: 25.

Náplň: Vybrané kapitoly z klinickej morfológie a fyziológie, z fyzikálnej terapie a liečby prácou. Vyšetrovacie a evaluačné metódy. Hygiena a epidemiológia.

2. Tematický kurz o psychologických aspektoch v rehabilitácii.

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov pracujúcich na fyziatrisko-rehabi-

litačných oddeleniach NsP III. typu a vybraných NsP II. typu.

Termín: 14. 5. — 25. 5. 1979

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 25

Náplň: Klinickopsychologické aspekty rehabilitácie ako súčasť komplexnej liečby. Otázky psychológie osobnosti pri chronických ochoreniach. Psychologické aspekty vyplývajúce zo vzťahu chronicky chorý — rehabilitačný pracovník.

3. Kurz o objektivizácii rehabilitačných programov v neurológii.

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov fyziatricko-rehabilitačných oddelení NsP III. typu a vybraných NsP II. typu.

Termín: 4. 6. — 15. 7. 1979

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 25

Náplň: Nové poznatky z fyziológie a patofyziológie nervového systému. Stavba a štandardizácia rehabilitačných programov.

4. Tematický kurz o rehabilitačných postupoch pri ochoreniach kardiovaskulárneho systému.

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov fyziatricko-rehabilitačných oddelení NsP III. typu a vybraných NsP II. typu.

Termín: 11. 6. — 22. 6. 1979

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 15

Náplň: Súčasná problematika rehabilitácie kardiovaskulárneho ochorenia. Metodické postupy pri vybraných chorobách krvného obehu. Koordinácia indikácií a metodických postupov. Štandardizácia a objektivizácia rehabilitačných programov v danej problematike.

Poznámka: Do kurzu budú pozvaní pracovníci z oddelení, ktorých lekári sa zúčastnia na paralelnom kurze s rovnakou tematikou.

5. Kurz o rehabilitácii so skoliózou — celoštátny

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov po následnej praxi z vybraných pracovísk.

Termín: 8. 1. — 19. 2. 1979

Počet účastníkov: 25 (ČSR 12)

Náplň: Depistáž pri včasných stavoch skolióz. Cvičenia v korzete. Predoperačná a pooperačná rehabilitácia. Rehabilitačné programy detí so skoliózou.

Školiace miesta

1. Školiace miesto pre účastníkov pomaturitného špecializačného štúdia
Určenie: pre účastníkov druhého ročníka pomaturitného špecializačného štúdia v úseku práce liečebná telesná výchova, ktorí nemajú možnosť overiť si svoje praktické skúsenosti vo všetkých profiloch rehabilitácie.

Čas trvania: 4 týždne

Termín: priebežne

Náplň: podľa individuálneho študijného plánu na základe poznatkov zo vstupného pohovoru.

2. Školiace miesto v testingu pri ochoreniach kardiovaskulárneho aparátu

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí vykonávajú rehabilitáciu pri kardiovaskulárnych ochoreniach

Čas trvania: 2 týždne

Termín: v priebehu školského roku

Náplň: metodické postupy testov. Metodické postupy pri rehabilitácii ochorení kardiovaskulárneho aparátu.

3. Školiace miesto z vyšetrovacích metód vnútorných systémov

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov s najmenej trojročnou praxou

Čas trvania: 2 týždne

Termín: v priebehu školského roka

Náplň: Teoretické aj praktické oboznámenie sa s funkčnými metódami používanými v diagnostike a v evalúácii chorých s vnútornými chorobami.

4. Školiace miesto z nových metód v rehabilitácii chorôb detského veku

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov pracujúcich na detských oddeleniach a špecializovaných jasliach pre deti s dýchacími ochoreniami

Čas trvania: 3 týždne

Termín: v priebehu školského roka

Náplň: Metodické postupy pri vnútorných chorobách detského veku, najmä pri chronických ochoreniach respiračného systému a po kardiochirurgických zákrokoch.

M. Bartovicová, Bratislava