

Rehabilitácia

1

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

OBSAH

■ EDITORIAL

M. Palát: Informačné systémy v medicíne 1

■ PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

A. Gúth, M. Palát, J. Tkáčik, O. Zoltán: Naše skúsenosti pri zavádzaní automatizovaného systému riadenia na fyziatricko-rehabilitačné oddelenie. Časť I.: Analýza a koncepčné riešenie 3

A. Gúth, M. Palát, J. Tkáčik, O. Zoltán: Naše skúsenosti pri zavádzaní automatizovaného systému riadenia na fyziatricko-rehabilitačné oddelenie. Časť II.: Súbory procedúr a riešenia informačných tokov 11

R. Štukovský, M. Palát, A. Sedláková: Štruktúra postojov v rehabilitácii po infarkte myokardu. I. Celkové miesto rehabilitácie po I.M. v sémantickom poli 21

■ METODICKÉ PRÍSPEVKY

A. Tesařová: Reeducace dýchání jako prvek v léčbě vertebrálních onemocnění 29

A. Tichý, J. Kysela, Š. Liška, P. Škodáček: Podmínky dobré metody pro hodnocení nemocných trpících koxartrózou 35

■ HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ 51

■ SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ 53

■ RECENZIE KNÍH 9, 10, 19, 20, 33, 34, 50, 54—64

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

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

Rehabilitácia

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

Vydáva Vydavateľstvo OBZOR, n. p., ul. Československej armády 35, 893 36 Bratislava

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

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

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

EDITORIAL

Palát, M.: Informačné systémy v medicíne	1
Palát, M.: Ďalšie vzdelávanie rehabilitačných pracovníkov	65
Palát, M.: Niektoré aspekty kardiovaskulárneho a onkologického programu	129
Palát, M.: K otázke realizácie rehabilitačnej starostlivosti pri detskej mozgovej obrne	193

PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

Benko, J.: Súčasný stav starostlivosti o chorých s detskou mozgovou obrnou z hľadiska neurológa	209
Berková, K., Sivka, L.: Súčasný výskyt včasnej mozgovej obrny u detí v SSR	195
Franek, A., Gombár, I.: Niektoré osobnostné vlastnosti pacientov s infarktom myokardu	131
Galanda, M., Fodor, S., Nádvořík, P.: Skúsenosť a perspektívy stimulačného liečenia detskej mozgovej obrny	201
Gažík, V.: Časový faktor v liečebnej rehabilitácii neurologických lézií	85
Gúth, A., Palát, M., Tkáčik, J., Zoltán, O.: Naše skúsenosti pri zavádzaní automatizovaného systému riadenia na fyziatricko-rehabilitačné oddelenie. Časť I. Analýza a koncepčné riešenie	3
Gúth, A., Palát, M., Tkáčik, J., Zoltán, O.: Naše skúsenosti pri zavádzaní automatizovaného systému riadenia na fyziatricko-rehabilitačné oddelenie. Časť II. Súborný procedúr a riešenia informačných tokov	11
Lánik, V.: Časový faktor v rehabilitácii vývojových chýb a deformít pohybových ústrojov u detí	81
Litomerický, Š.: Časový faktor v rehabilitácii obštrukčnej bronchopulmonálnej choroby	73
Nádvoříková, V., Dvončová, J., Nádvořík, P.: Logopedické nálezy pri DMO a ich závislosť od stereostatického liečenia	213
Palát, M., Bendíková, M., Bartovicová, M.: Stavba rehabilitačných programov z hľadiska časového faktora	67
Štukovský, R., Palát, M., Sedláková, A.: Štruktúra postojov k rehabilitácii pri infarkte myokardu I. Celkové miesto rehabilitácie po I. M. v sémantickom poli	21
Štukovský, R., Palát, M., Sedláková, A.: Štruktúra postojov k rehabilitácii pri infarkte myokardu II. Interprofesijné rozdiely postojových profilov	93
Štukovský, R., Palát, M., Sedláková, A.: Štruktúra postojov k rehabilitácii po infarkte myokardu III. Základné dimenzie získané zhlukovou analýzou	137
Štukovský, R., Palát, M., Sedláková, A.: Štruktúra postojov k rehabilitácii po infarkte myokardu IV. Metodologické aspekty odpovedových skóre	217
Vajda, P.: Zatriedenie detí s detskou mozgovou obrnou a voľba vhodného programu liečenia	205

METODICKÉ PRÍSPEVKY

Blechová, M., Lukáčová, A.: Muzikoterapia u detí s DMO	229
Elan, P.: Naše skúsenosti s liečbou detskej mozgovej obrny v dennom rehabilitačnom sanatóriu pre deti v Bratislave	233
Fiala, F., Laciga, J.: Naše dosavadné skúsenosti s rehabilitáciou chronických pacientů s využitím močného sanatória	163
Kucek, P.: Niektoré možnosti vyťaženia autoregulačného potenciálu behu	149
Milenovský, J., Končelík, A.: Technické požiadavky na liečebnú stereotaktickou stimuláciu	239
Novotný, Zb., Huspeka, V.: Možnosti organizácie a vzdelávania rodičov detí s detskou mozgovou obrnou	243
Řeháček, J.: Rehabilitace ischemické choroby dolních končetin	157
Tesařová, A.: Reedukace dýchání jako prvek v léčbě vertebrogenních onemocnění	29
Tichý, A., Kysela, J., Líška, Š., Škodáček, P.: Podmínky dobré metody pro hodnocení nemocných trpících koxartrozou	35

Tráznik, Z.: Rehabilitace flekční blokády IP 1 kloubu III. prstu ruky užitím kombinace poklepu reflexním kladívkem a odporového cvičení 145

DOŠKOLOVANIE

Palát, M., Bartovicová, M.: Súčasný názory na postavenie rehabilitačného pracovníka v rehabilitačnom procese 103

HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ

Sedlák, F.: Primár MUDr. Belo Klepsateľ — šesťdesiatročný 51

Mariányi, J.: 20. výročie založenia Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave 111

Štukovská, M.: 25 rokov Ústavu experimentálnej psychológie SAV 169

Máček, M.: Za profesorom MUDr. Václavem Seligerem, DrSc. 170

SPRÁVY ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ

53, 126, 179, 252

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

128, 191, 254

RECENZIE KNÍH

9, 10, 19, 20, 33, 34, 50, 51—64, 71, 80, 84, 91, 92, 102, 110, 112—126, 136, 148, 155, 156, 162, 170—179, 216, 238, 242, 248—251

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK XIII/1980

ČÍSLO 1

EDITORIAL...

INFORMAČNÉ SYSTÉMY V MEDICÍNE

V poslednom desaťročí sa objavujú snahy v zdravotníckych zariadeniach o zavedenie systému zberu dát a vyhodnocovania informácií pre potreby medicíny. Technický rozvoj počítačov vytvoril predpoklady, podobne ako je tomu v iných sférach života, aj v medicíne.

Použitie metódy spracovania dát a informácií v súčasnom lekárstve enormne rýchlo opustilo pole fantázie a stalo sa reálnou skutočnosťou. V súčasnosti existuje veľa systémov v rámci zdravotníckych zariadení, ktoré zbierajú a vyhodnocujú jednotlivé informácie v oblasti fyziológie, patológie a v oblasti klinického lekárstva, vrátane dát z oblasti biochémie, röntgenológie a rehabilitácie. Udelenie Nobelovej ceny za medicínu za rok 1979 je ocenením computerovej tomografie, ktorej vývoj je výsledkom zavedenia počítačov do röntgenovej diagnostiky s cieľom zlepšenia intrakraniálnej diagnostiky. Ak sledujeme jednotlivé informačné systémy, ktoré sa v súčasnosti používajú na najrôznejších svetových pracoviskách, vidíme, že každé pracovisko si prakticky vytvára svoj informačný systém podľa cieľov, ktoré sleduje. Iné systémy sú vhodné pre klinické pracoviská, vrátane intenzívnej starostlivosti, iný systém je vhodný pre koronárne jednotky, iné systémy sú potrebné pre poliklinickú prácu a opäť iné systémy sú vhodné pre špecializované oddelenia ako biochémie, röntgenové oddelenie alebo rehabilitačné oddelenie.

V ČSSR sa pristúpilo na niektorých pracoviskách k vypracovaniu tzv. ASR — Automatizovaného systému riadenia, v rámci ktorého sú vypracované špecializované programy pre jednotlivé profily klinickej medicíny.

Účelom týchto programov je riešiť špecifické potreby daných klinických profilov, napr. rehabilitácie. Určite je prínosom automatizácie zdravotníckych činností s použitím výpočtovej techniky, racionalizácia v danej oblasti. Celá problematika je však v súčasnosti trochu zložitá. Technické predpoklady sú dané príslušným prístrojovým vybavením, vrátane počítačov poslednej generácie. Celý problém však možno riešiť iba na základe spolupráce odborníka —

programátora, teda pracovníka s vysokým matematickým vzdelaním, a odborníka — lekára, teda pracovníka so špeciálnymi znalosťami v danej klinickej oblasti. Aj keď dnes sú tendencie „matematizovať“ lekárov, alebo „biologizovať“ matematikov, tento model je v praxi celkom výnimočný, skôr sa javí nutnosť tímovej práce medzi odborníkom programátorom a odborným lekárom. Problém spočíva v tom, kto má byť vedúcim takého tímu. Skúsenosti ukázali, že to musí byť vždy lekár, pretože príslušný systém spracovania informácií spracováva informácie biologicko-lekárske. Je teda určite nutné, aby rozhodujúcim faktorom tohto komplexu bol lekár, je určite výhodné, keď takýto lekár má rámcové matematické vzdelanie. Bolo by trochu iluzórne, keby v rámci príslušných programov rozhodovala technicko-matematická stránka veci, a nie biologicko-klinický pohľad, pretože v danom prípade je teoreticky možné, že by sme mali programy s vysokou matematickou účinnosťou, ale s minimálnym biologickým dopadom. Je úplne predstaviteľné, že v oblasti biológie a medicíny nám príslušné programy nedajú detailnú odpoveď tak, ako by si to matematici želali, ale že na základe programu získame odpoveď, ktorá charakterizuje určitý trend vývoja biologického deja. Je to preto, že nie vždy sa daný biologický dej dá vyjadriť presnou matematickou formulkou, alebo určitou rovnicou x-tého stupňa. Táto skutočnosť však iste nie je na úkor veci. Je skôr podnetom pre ďalšie myslenie a úvahy lekára s cieľom urýchlene urobiť medicínsky záver. Nakoniec je známe, že počítače majú slúžiť na to, aby urýchlili vyhodnocovanie jednotlivých dát, aby urýchlili rozhodovací proces, aby racionalizovali celý diagnostický proces. A rozhodnutie bolo, je a vždy zostane u lekára, i keď prostriedky, ktoré používa, boli a sú rozdielne.

Dr. M. Palát, Bratislava

POVODNÉ VEDECKÉ
A ODBORNÉ PRÁCE

NAŠE SKÚSENOSTI PRI ZAVÁDZANÍ AUTOMATIZOVANÉHO SYSTÉMU RIADENIA NA FYZIATRICKO-REHABILITAČNÉ ODDELENIE ČASŤ I.: ANALÝZA A KONCEPČNÉ RIEŠENIE

A. GÚTH, M. PALÁT, J. TKÁČIK, O. ZOLTÁN

Fyziatrisko-rehabilitačné oddelenie NsP
akademika Ladislava Déreera, Bratislava
Prednosta: MUDr. M. Palát, CSc.

Výskumný ústav lekárskej bioniky Bratislava — Kramáre
Riaditeľ: Prof. MUDr. J. Rusnák, DrSc.

Súhrn: Autori sa v dvoch príspevkoch pokúsili zhrnúť problematiku, ktorú riešili pri vypracovávaní návrhu Automatizovaného systému riadenia (ASR) pre špecifické potreby Fyziatrisko-rehabilitačného oddelenia (FRO) nemocnice s poliklinikou III. typu (NsP).

V prvej časti predkladajú výsledky informačnej analýzy prostredia, v ktorom sa má zaviesť automatizovaný systém riadenia. Analýza zahŕňa problematiku pacientov z hľadiska štruktúry ochorení, ďalej problematiku personálneho i priestorového vybavenia i činnosti jednotlivých skupín pracovníkov. Na základe uvedených analýz bolo možné vypracovať návrh koncepčného riešenia začlenenia FRO do ASR NsP.

Informácie o vypracovaných algoritmoch, o súboroch, položkovej časti pre ordinovanie procedúr, prístup pri vypracovaní programového zabezpečenia a vlastný postup pri zavádzaní údajov do počítača sú obsahom druhého príspevku.

Kľúčové slová: automatizovaný systém riadenia — informačná analýza prostredia — algoritmy — rehabilitačný program

Automatizácia zdravotníckych činností na základe prostriedkov výpočtovej techniky je jedným zo základných spôsobov racionalizácie v medicíne. Niet pochýb, že táto problematika sa presúva do popredia záujmu v celosvetovom meradle.

Konkrétne riešený problém však nebol doposiaľ v literatúre komplexne spracovaný, takže sme pri práci museli vychádzať z našich poznatkov, ktoré o automatizácii máme v iných odvetviach medicíny, a z úvah o potrebách a možných spôsoboch riešenia jednotlivých nastolených problémov.

V. celostátní sjezd Československé rehabilitační společnosti se koná v Gottwaldově ve dnech 22.—24. 10. 1980 v interhotelu MOSKVA.

Příhlašky zašlete nejpozději do 9. března 1980 na adresu:

PhDr. Eva Haladová
120 00 Praha 2, U nemocnice 2
II. zubní klinika-lůžk. odd.

Prácu na Fyziatrisko-rehabilitačnom oddelení (FRO) stále viac poznamenáva proces chronizácie, invalidizácie a zmena funkcie postihnutých orgánov jedinca. Teda aj zber informácií o takomto chorom, ich racionálne využitie v komplexnom rehabilitačnom programe je stále zložitejšie. Predpokladáme, že zavedenie ASR na FRO v plnej šírke poskytne možnosť spomenuté informácie nielen hromadiť, ale aj ich v potrebnom čase z pamäti vybrať, a to už určitým spôsobom spracované. Nový prístup umožní nielen skvalitnenie rehabilitačných programov, ale súčasne aj kontrolu odbornej práce a kvalitnej starostlivosti. Myslíme si však, že tento posledný aspekt nie je hlavný a prevedenie samotnej práce bude viazané v prvom rade na morálno-etickom založení konkrétneho pracovníka, ako je to bežné v celom zdravotníctve. Nezanedbateľná je aj otázka právnej zodpovednosti, s ktorou sa stretávame pri práci rehabilitačného pracovníka, pracujúceho na vysunutom pracovisku mimo svojho oddelenia a mimo spolupráce s jeho vyšším kádom pracovníkov. Pri eventuálnom spore o iatrogénnom poškodení zostane v pamäti počítača totiž záznam, podľa ktorého možno späťne získať jednotlivé kroky, podľa ktorých bola rehabilitácia prevádzaná od prvej ordinácie cez priebeh, až po jej ukončenie. Niektoré ďalšie výhody a prednosti nášho návrhu ASR v prostredí FRO (úspora času, dostupnosť k informáciám) budú závislé v značnej miere od použitej výpočtovej techniky, najmä jej funkčného stavu.

Analýza činnosti

Pri vytváraní projektov na zavádzanie výpočtovej techniky do zdravotníckeho prostredia možno použiť niektoré prvky už v iných odvetviach osvedčených metód, akými sú napr. „metóda kritickej cesty“, „metódy systémovej analýzy“ a pod. Pre naše potreby uvedieme niektoré body spomenutých metód:

1. identifikácia činností, ktoré vyžaduje úplný projekt,
2. vymedzenie vzťahov medzi činnosťami,
3. určenie normálneho trvania každej činnosti,
4. vypočítavanie ceny každej činnosti.

Systémová analýza je potrebná k zavedeniu ASR v oblasti rehabilitácie preto, aby sa ozrejmili základné vzťahy a pracovné postupy na FRO. Žiadalo sa stručne rozobrať problematiku priestorového usporiadania, zloženia rehabilitačných pracovníkov a ich vzájomných väzieb, pohybu pacientov na oddelení, rozobrať proces odborných činností, zdroje informácií i dokumentácie.

V nasledujúcich statiach uvádzame niektoré výsledky analytickej činnosti, ktoré poukazujú na jestvujúci kolobeh informácií pri plnení poslania FRO a bude ich potrebné rešpektovať aj pri návrhu koncepčného riešenia ASR na FRO.

Pracovníci FRO zabezpečujú v súčasnosti 15 oddelení a kliník NsP akademika L. Déreera na Kramároch. V prehľade je tento stav zachytený na schéme č. 1. Vyplýva z nej medzi iným aj skutočnosť, že organizačno-metodickú, hlavne však kontrolnú činnosť sťažuje rozchod pracovníkov na jednotlivé pracoviská NsP — či už v rámci niekoľkých budov vlastného komplexu nemocnice, alebo aj mimo (vysunuté pracoviská na Krásnej Hôrke).

Na FRO je v súčasnom období umiestnená i katedra ÚĎV. Spolu s kolektívom FRO je to 40 pracovníkov — ich vzájomné vzťahy nadriadenosti a podriadenosti vychádzajú zo základného delenia na vyšších, stredných, nižších a pomocných pracovníkov a z organizačnej štruktúry oddelenia. Z ozrejmenia ich funkčného postavenia a povinností vyplynula ich účasť na informáciách v rámci navrhovaného ASR.

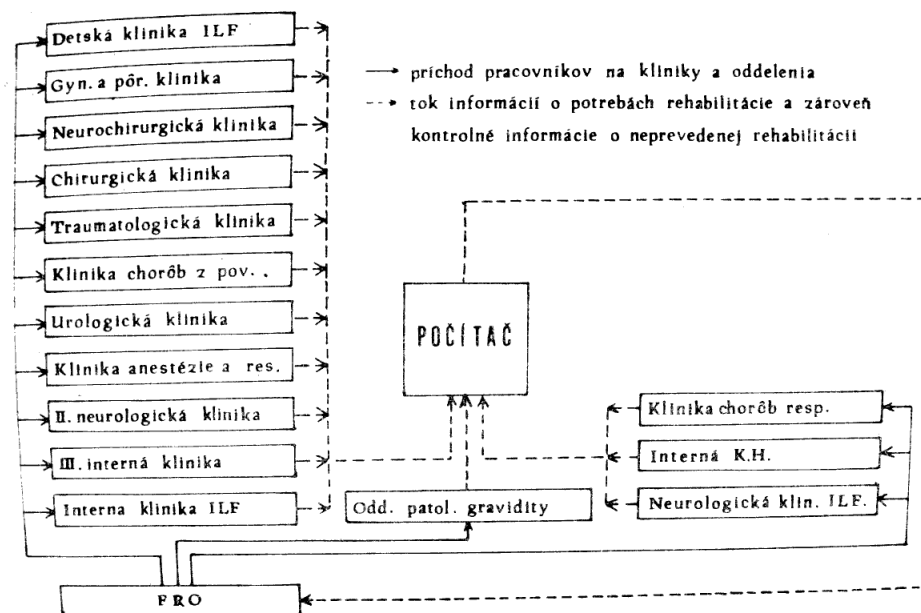


Schéma 1. Schematické zobrazenie zabezpečenia služieb pre lôžkovú časť nemocnice pracovníkmi FRO

FRO poskytuje v súčasnosti služby pre rajónnych pacientov (hospitalizovaní a ambulantní), pre pacientov po IM z celého územia hl. m. Bratislavy, podobne pre dorast, pre zamestnancov colnej správy a čiastočne pre pracovníkov CHZJD.

Množstvo a štruktúra pacientov podľa druhu základného ochorenia kolíše, v priebehu roka 1977 ich bolo celkovo 5449, z nich najväčší podiel — 2298 — tvorili neurologickí pacienti. Ošetrovacia doba kolísala od niekoľkých dní až po mesiace, podľa druhu a závažnosti ochorenia. Spôsob, akým sa dostávajú pacienti na FRO, ako sú ďalej vyšetřovaní, zaraďovaní a rehabilitovaní, ukazuje schéma č. 2 (ambulantní) a schéma č. 3 (hospitalizovaní).

Ambulantní pacienti sa rozdeľujú do dvoch základných skupín: v prvej je ordinovaná pohybová liečba, v druhej fyzikálna a hydroterapia. Prvá skupina prechádza vyšetřením u lekára FRO a až potom ide spolu s druhou skupinou k vedúcemu rehabilitačnému pracovníkovi (RP) a odtiaľ na prevedenie ordinovanej procedúry.

Na schéme č. 3 vidíme, že pacient prichádza k RP priamo od lekára príslušného oddelenia, čím sa obchádza možnosť kontroly ordinovanej procedúry, ako aj jej prevedenie lekárom FRO.

Štatistická činnosť na FRO spočíva v zrátaní (denných) výkonov jednotlivých RP na žiadané časové obdobia. Špeciálne výkazy a štatistické zostavy sa zabezpečujú (zostavujú) za výskumným účelom. Obidve časovo zaneprázdňujú výkonného RP, sú náročné a ich výsledok závisí od dôkladnosti, s akou sa zaznamenávajú základné údaje.

Informáciu o doporučených procedúrach obsahuje sprievodný lístok od ošetrojúceho lekára (ordinácia fyzikálnej liečby alebo vodoliečby). Žiadosť o pohybovú liečbu vykonávanú na oddelení sa eviduje na každom oddelení NsP zvlášť v záznamovom zošite, do ktorého vpisuje výkon ošetrojúci lekár. V prípade doporučenia inej procedúry na FRO opäť vypisuje žiadanku ošetrojúci lekár.

O pohybovej liečbe sa vedie ďalšia dokumentácia, tzv. rehabilitačný štatus — lekárom FRO a rehabilitačným pracovníkom.

Na FRO NsP sa poskytujú základné služby (elektroliečba a vodoliečba) a ďalej vyššie rehabilitačné služby (pohybová liečba, evaluácia). Súčasťou najmä druhej skupiny služieb sú vstupné, kontrolné a výstupné lekárske vyšetrenia.

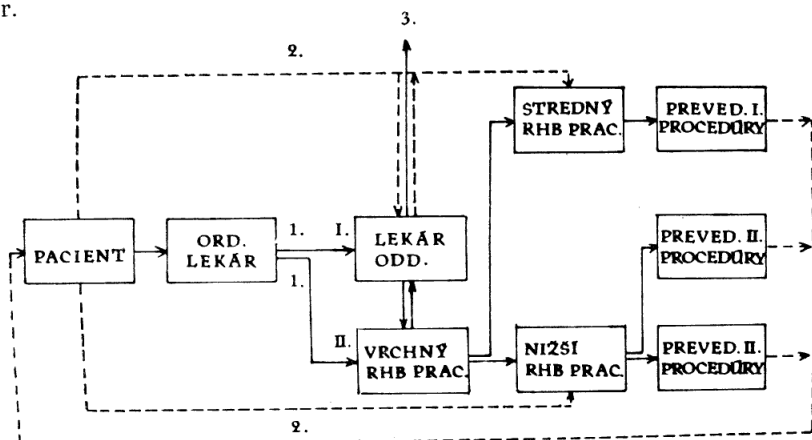
Pri návrhu koncepčného riešenia pre začlenenie FRO a ASR NsP bolo potrebné mať na zreteli, že splnenie základného cieľa pri zavádzaní ASR aj do činnosti na FRO si žiada, aby výpočtová technika bola efektívnym pomocníkom pre všetkých troch zúčastnených partnerov:

- pacienta
- pracovníkov FRO
- pracovníkov kliník, resp. oddelení NsP.

Vychádzajúc z uvedeného, najmä z hľadiska úplnosti zabezpečenia rozhodujúcich informačných tokov pri činnostiach spojených s plnením poslania FRO, bolo potrebné sa sústrediť na tieto úlohy:

1. Ordinácia rehabilitácie.
2. Automatické predkladanie rehabilitácie pri ordinácii:
 - v pracovný deň,
 - pre dni pracovného voľna.
3. Prídeľovanie novoordinovaných pacientov.
4. Pokyny pre rehabilitačného pracovníka.
5. Potvrdenie prevedenia rehabilitácie.
6. Zabezpečenie ordinácie rehabilitácie na FRO.
7. Štatistika rehabilitačných výkonov.
8. Výpis rehabilitačného štatusu.

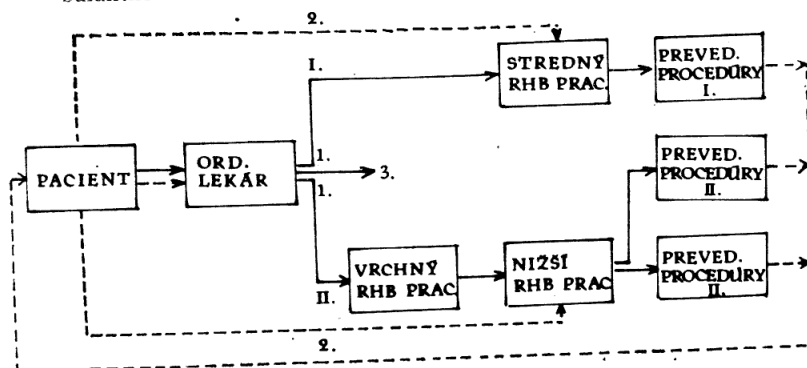
Literatúra: v časti II.



1. ZAČIATOK REHABILITÁCIE
2. OPAKOVANIE PROCEDÚR
3. UKONČENIE REHABILITÁCIE

- I. POHYBOVÁ LIEČBA
- II. FYZIKÁLNA LIEČBA A VODOLIEČBA

Schéma 2. Pohyb pacientov, ktorým bola ordinovaná rehabilitácia ambulantne



1. ZAČIATOK REHABILITÁCIE
2. OPAKOVANIE PROCEDÚR
3. UKONČENIE REHABILITÁCIE

- I. POHYBOVÁ LIEČBA
- II. FYZIKÁLNA LIEČBA A VODOLIEČBA

Schéma 3. Pohyb pacientov, ktorým bola ordinovaná rehabilitácia pri hospitalizácii

A. Гут, М. Палат, Й. Ткачик, О. Золтан
НАШ ОПЫТ ПО ВНЕДРЕНИЮ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ НА ФИЗИАТРО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ
I часть: АНАЛИЗ И ОСНОВНОЕ РЕШЕНИЕ

Резюме

В двух статьях авторы попытались привести проблематику, решаемую ими при разработке проекта автоматизированной системы управления (АСУ) для специфических потребностей Физиатро-восстановительного отделения (ФВО) больницы с поликлиникой III типа (БсП).

В первой части они приносят результаты информационного анализа среды, в которой должна быть введена автоматизированная система управления. Анализ включает проблематику больных с точки зрения структуры заболеваний, проблематику оснащения кадрами и помещениями и деятельности отдельных групп работников. При помощи приведенных анализов стало возможным выработать проект основного решения внедрения ФВО в АСУ БсП.

Сведения о разработанных алгоритмах, о комплексах постатейной части для присвоения процедур, подход к разработке программного обеспечения и конкретный подход ко введению данных в вычислительную машину являются содержанием второй статьи.

A. Gúth, M. Palát, J. Tkáčik, O. Zoltán

OUR EXPERIENCES WITH THE INTRODUCTION OF AN AUTOMATIZED SYSTEM OF MANAGEMENT AT THE DEPARTMENT OF PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION
Part I — ANALYSIS OF A PLANNED SOLUTION

Summary

The authors have tried to summarize the problem which they have solved in the elaboration of a plan for an automatized system of management (ASM) for the specific requirements of the department of physical medicine and rehabilitation (DPMR) of the Hospital and Policlinic (HP) of type III.

In the first part results are presented of the information analysis of environment in which the automatized system is to be installed. The analysis includes the problem of patients from the aspect of the structure of the disease, next the problem of personnel and equipment of room and the activities of the groups of workers. On the basis of the mentioned analyses a concept for the intergration of ASM into DPMR and HP it has been possible to elaborate. The contents of the second contribution include information on elaborated algorithms, on the financial aspect of the indication for procedures, on the approach to the composition of the programme and the proper approach of feeding the computer.

A. Gúth, M. Palát, J. Tkáčik, O. Zoltán

UNSERE ERFAHRUNGEN MIT DER EINFÜHRUNG EINES AUTOMATISIERTEN LEITUNGSSYSTEMS IN DER ABTEILUNG FÜR PHYSIATRISCHE REHABILITATIONSBEHANDLUNG
I. TEIL: ANALYSE UND KONZEPTIONELLE PROJEKTION

Zusammenfassung

Die Autoren fassen in zwei Beiträgen die gesamte Problematik zusammen, die sie bei der Erarbeitung des Projekts „Automatisiertes Leitungssystem für den spezifischen Bedarf der Abteilung für physiatrische Rehabilitation eines Krankenhauses mit Poliklinik, Typ III“ zu lösen hatten.

Im ersten Teil unterbreiten die Autoren die Ergebnisse einer informativen Analyse des Milieus, in dem das automatisierte Leitungssystem eingeführt werden soll. Die Analyse schließt die Problematik der Patienten vom Aspekt der Struktur der Erkrankungen, die Problematik der personellen und räumlichen Ausstattung sowie der Tätigkeit der einzelnen Mitarbeitergruppen ein. Aufgrund der erwähnten Analysen wurde es möglich, ein Projekt für eine konzeptionelle Lösung der Aufgabe der Einordnung der Abteilung für physiatrische Rehabilitationsbehandlung ins automatisierte Leitungssystem eines Krankenhauses mit Poliklinik auszuarbeiten.

Ein Bericht über die erarbeiteten Algorithmen, über die Sätze des Postenteiles für die Ordination von Prozeduren, über das Herangehen an die Ausarbeitung der programmatischen Sicherung sowie über die Vorgangsweise bei der eigentlichen Eingabe der Daten in die EDV-Anlage bilden den Inhalt des zweiten Beitrags.

A. Gúth, M. Palát, J. Tkáčik, O. Zoltán

NOS EXPÉRIENCES DANS L'APPLICATION DU SYSTÈME AUTOMATIQUE DE COMMANDE DANS LE DÉPARTEMENT DE LA PHYSIOTHÉRAPIE ET LA RÉADAPTATION
Ière patrie: ANALYSE ET ETUDE DE CONCEPTION

Résumé

Les auteurs ont essayé de récapituler dans deux contributions la problématique qu'ils ont traité dans l'élaboration du projet Système automatique de commande pour les besoins spécifiques du département de Physiothérapie et de réadaptation d'un hôpital avec policlinique du IIIe type (NsP).

Dans la première partie, ils présentent les résultats de l'analyse informative du milieu dans lequel ce système automatique de commande doit travailler. L'analyse comporte la problématique des patients du point de vue de la structure des maladies de la problématique du personnel et de l'équipement du milieu ainsi que de l'activité des différents groupes de travailleurs. Ces analyses ont permis d'élaborer le projet de la solution de conception afin de permettre l'incorporation du dépt. de physiothérapie et de réadaptation dans le système automatique de commande de NsP.

L'information sur l'élaboration des algorithmes, les groupes d'éléments des prescriptions de procédures, l'accès dans l'élaboration de la disposition du programme et le procédé proprement dit de la mise des données au calculateur sont analysées dans la deuxième contribution.

H. ROSKAMM, M. SCHMUZIGER

CORONARY HEART SURGERY

Koronární srdeční chirurgie

Vydal Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York 1979,
394 stran, 203 obrázků, 104 tabulek. Cena DM 68,—. ISBN 3-540-09345-1

Koronární srdeční chirurgie je sborníkem prací, které odznelly z příležitosti otevření oddělení srdeční chirurgie Rehabilitačního centra v Bad Krozingenu. Toto rehabilitační centrum, které je známo především zaměřením na rehabilitaci kardiaků, rozšiřuje svou sféru o další oddělení srdeční chirurgie. Jednotlivé přednášky připravené do tisku prof. Roskammem a dr. Schmuzigerem z Bad Krozingenu, jsou začleněny do šesti tematických celků. První tematická oblast věnuje se v celé řadě přednášek otázkám kontroversiálních názorů na výběr nemocných pro srdeční chirurgii, především pro koronární chirurgii. Druhá část se zabývá kontroversiálními názory na vlastní chirurgickou taktiku a techniku, třetí je věnována problematice indikací pro aneurysmektomii a výsledkům po tomto zákroku. Čtvrtá se věnuje otázkám anestezie a podpory myokardu v koronární chirurgii, pátá přináší výsledky koronární srdeční chirurgie a konečně šest-

tý, závěrečný celek řeší v jednotlivých pracích otázku „co je potřebné udělat pro dlouhodobé výsledky“ a otázky pracovní rehabilitace. Věcný rejstřík ukončuje tuto zajímavou, relativně rozsáhlou monografii, věnující pozornost tak závažné problematice, jako je koronární chirurgie. Beze sporu předností meetingu v Bad Krozingenu byla účast předních světových kardiologů, internistů a kardiologů, kteří se zabývají uvedenými problémy koronární chirurgie a všech otázek, které souvisí s indikacemi, pooperační starostlivostí a rehabilitací. Předností knihy je však beze sporu dále i skutečnost, že přináší kontroversiální názory, vždy bohatě dokumentované, které vedly jistě k diskusím.

Knihy je dobře vybavená po stránce autorské i po stránce nakladatelství. Tisk rotaprintem je spíše předností než nedostatkem — kniha se dostává na trh prakticky jeden rok po konferenci.

Dr. M. Palát, Bratislava

HANDBUCH DER GERONTOLOGIE

Príručka gerontológie

Vydal VEB Gustav Fischer Verlag, Jena 1978. Bd 1. Grundlage der Gerontologie. Strán 694, obrázkov 86, tabuliek 124, cena 89,— M DDR. Bd 2. Geriatriche Chirurgie. Strán 318, obrázkov 49, tabuliek 19, cena 40,— M DDR.

Dvadsaťte storočie je bohaté na vedecké objavy a nebývalé sociálne premeny. Neustále sa zlepšujú životné podmienky ľudí a predlžuje sa stredná dĺžka života. Po prvý raz v dejinách dochádza i k hlbokým demografickým premenám. Stále väčší počet osôb sa dožíva vysokého veku. Rastie podiel populácie vyššieho veku. Starnutie prináša celý rad zložitých problémov biologicko-sociálnej povahy, zvyšuje sa záujem o gerontológiu, ktorá hľadá východisko z tejto situácie. Gerontológia skúma všeobecné zákony starnutia a spoznáva mnohé okolnosti, ktoré so starnutím prichádzajú. Jej hlavným cieľom je, ako autori zdôrazňujú, „obohatiť život o roky a roky naplniť duchaplným životom“, a týmto smerom je zameraná celá príručka. Toto dielo je spoločnou prácou popredných sovietskych a nemeckých gerontológov, známych vo svete, ale aj u nás. Mnohí z nich prednášali na našich vedeckých podujatiach.

Z plánovaných troch dielov sa k nám dostávajú prvé dva. Prvý diel sa svojím obsahom venuje gerontologickým problémom zo všeobecných pohľadov starnutia, v jeho druhej časti sú kapitoly z klinickej gerontológie, zaoberajúce sa špecifickými prejavmi biomorfózy na jednotlivých ústrojenstvách. Všeobecná časť predkladá najnovšie poznatky z troch základných oblastí gerontológie, a to z biológie starnutia, z geriatrickej a zo sociálnej gerontológie. Je tu kapitola o demografickom starnutí obyvateľstva vo svete, o dôsledkoch starnutia pre spoločnosť, ale aj pre jedinca, o perspektívach gerontológie vychádzajúcich z doterajších poznatkov, o vzájomných vzťahoch starnutia k sociálnemu a spoločenskému prostrediu. Ďalšia kapitola poukazuje na problém starnutia a zvýšenej morbidity a mortality v tomto veku.

Dostatočný priestor sa venuje starnutiu bunky a metodológii jeho skúmania, problémom regulácie a adaptácie, ako aj priamym zmenám genetického vyzbrojenia

bunky, starnutia kolagénových štruktúr a pod. Druhá polovica prvého dielu obsahuje kapitoly o prejavoch starnutia a najčastejších chorobách v starobe ústrojov srdcovocievnych, nervových, zmyslových, dýchacích, pohybových a močových, s akcentáciou na špecifické okolnosti starnutia a starého človeka, na osobitosti kliniky, diagnostiky, terapie, rehabilitácie i dispenzárnej starostlivosti. Upozorňuje sa na psychické zmeny a mentálne poruchy, ktoré sú vážnym problémom aj modernej gerontológie. Podrobnejšie sa rozoberá teória preventívnej geriatrickej, kde sa poukazuje aj na praktický význam týchto trendov, ktoré v budúcnosti určite budú zaberat veľmi významné miesto v geriatrickej. Na náročnosť starostlivosti o starého chorého človeka z pohľadu lekára, sestry, rehabilitácie, rodiny, inštitúcií pre starých ľudí, ako aj spoločnosti poukazuje posledná kapitola.

Druhý diel sa venuje geriatrickej chirurgii, ktorá poukazuje na to, ako môže chirurgia pomáhať urobiť život znesiteľným aj vo vysokom veku a ako zlepšiť kvalitu života pri chirurgických problémoch. Ak chirurg počíta so zmenami štruktúrными a funkčnými, ktoré prináša starnutie, počíta so zvýšeným rizikom, ktoré možno podstatne znížiť dôkladným predoperačným vyšetrením chorého, pripravou na chirurgický výkon, ale aj dôslednou pooperačnou starostlivosťou, rehabilitáciou, úpravou elektrolytového a vodného metabolizmu a pod. V jednotlivých kapitolách sa rozoberajú súčasné názory i možnosti a hranice chirurgickej liečby chorôb rôznych ústrojov so zdôraznením špecifickej charakteristiky geriatrickej.

Handbuch der Gerontologie je významným dielom spracovaným poprednými gerontológmi a je vhodnou odbornou literatúrou aj pre našich lekárov a ostatných pracovníkov, ktorí sa zaujímajú o gerontológiu.

Dr. Š. Litomerický,
Podunajské Biskupice

NAŠE SKÚSENOSTI PRI ZAVÁDZANÍ AUTOMATIZOVANÉHO SYSTÉMU RIADENIA NA FYZIATRICKO-REHABILITAČNÉ ODDELENIE ČASŤ II.: SÚBORY PROCEDÚR A RIEŠENIE INFORMAČNÝCH TOKOV

A. GÚTH, M. PALÁT, J. TKÁČIK, O. ZOLTÁN

Fyziatricko-rehabilitačné oddelenie NsP
akademika Ladislava Déreza, Bratislava
Prednosta: MUDr. M. Palát, CSc.

Výskumný ústav lekárskej bioniky Bratislava — Kramáre
Riaditeľ: Prof. MUDr. J. Rusnák, DrSc.

Súhrn: Z predošlej časti našej práce vyplynulo, že racionalizácia rehabilitačného programu s cieľom optimalizácie si vyžaduje nové prístupy k celej problematike. Jednou z takýchto základných otázok je otázka racionálneho zberu informácií, ďalej otázky vyhodnotenia týchto informácií a racionálneho zostavenia komplexného rehabilitačného programu.

Kľúčové slová: automatizácia kontaktu oddelenia — automatizácia informačných procesov na FRO — programovo-technické zabezpečenie

Návrh koncepčného riešenia ASR — FRO naznačil v tomto zmysle dva hlavné smery postupu prác, resp. riešenia:

- 1) automatizácia styku oddelení nemocnice s FRO
- 2) automatizácia informačných procesov na FRO (evidencia, dokumentácia, analýzy).

FRO tvorí vzhľadom na projektovaný ASR NsP podsystém, ktorého úlohou je vykonávať procedúry požadované klinikami, resp. oddeleniami.

V zmysle návrhu budú spomenuté požiadavky vstupovať z kliník do FRO (úlohy 1, 2, 6, viď predchádzajúcu časť), a tu budú spracované (úlohy 3, 4, 5). Okrem toho treba v budúcnosti uvažovať o využívaní údajovej základne pre potreby FRO, napr. pre štatistické vyhodnocovanie práce FRO, pre skúmanie korelácie medzi diagnózou a rehabilitačnými procedúrami a pod. (úlohy 7,8).

Na príklade úlohy č. 1 návrhu riešenia, t. j. ordinácie rehabilitácie na klinike, poukážeme na prístup k riešeniu, na vytvorený položkový súbor pre ordináciu a nakoniec celkové výhody návrhu.

Na jednotlivých klinikách nemocnice sa po vizite ordinujú vyšetrenia a terapia. Podľa dohôd a pravidiel, platných pre vytvorený projekt ASR nemocnice, sa rehabilitácia ordinuje súčasne s inými vyšetreniami (rtg., biochémia a pod.).

Programy zabezpečujúce ordináciu rehabilitácie budú riadené programom pre hromadnú ordináciu (KRH). Po odovzdaní riadenia programu pre ordináciu rehabilitácie (REH) ošetrujúci lekár ordinuje podobné procedúry všetkým jemu prideleným pacientom, ktorí sa mu na obrazovke terminálu predkladajú automaticky. Má pritom možnosť zobrazenia predošlej ordinácie, ak už bola predtým pacientovi zadaná. Po ordinovaní sa údaje o zadaných procedúrach uložia do súboru REH podľa identifikačných čísel pacientov. Takto je pre každého pacienta zapamätaná ordinovaná rehabilitácia spolu s dátumom ordinácie, diagnózou, štádiom choroby s kódom lekára, ktorý procedúru ordinoval.

Ak lekár ordinuje mimo vizity, predloží mu riadiaci program KRI (program pre individuálnu ordináciu) zvoleného pacienta. Zapamätané informácie sú tie isté ako pri hromadnej ordinácii, je tu však navyše presný čas ordinácie. Túto ordináciu na druhý deň pri vizite ošetrujúci lekár buď potvrdí, alebo zruší. Ordinovaná požiadavka na rehabilitáciu je na klinike ďalej spracovaná do pokynov pre sestru, ktoré sa vypisujú automaticky k určitej hodine. Pokyny obsahujú zoznam tých pacientov, ktorých pošle na druhý deň na FRO, prípadne sa zavolá pracovník FRO na oddelenie.

Samotná ordinácia rehabilitácie je zabezpečená programom REH, ktorý:

- umožní zadanie diagnózy, štádia a informáciu o mobilizácii pacienta,
- zobrazí paletu možností FRO (možné procedúry),
- predloží prípadnú starú ordináciu, ak bola zadaná,
- zapamätá si naordinovanú procedúru pre určeného pacienta do súboru REH.

Základným predpokladom pre ordináciu procedúr je uloženie úplného zoz-

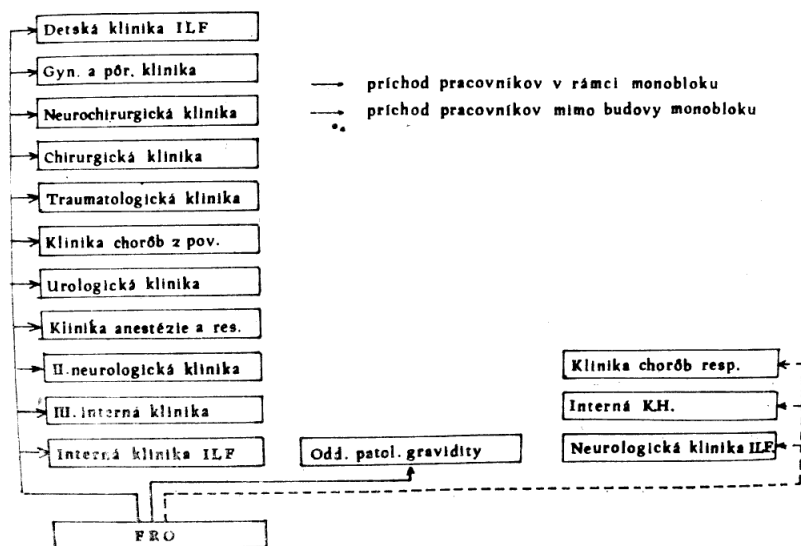


Schéma 4. Schematické zobrazenie zabezpečenia služieb pre lôžkovú časť nemocnice pracovníkmi FRO.

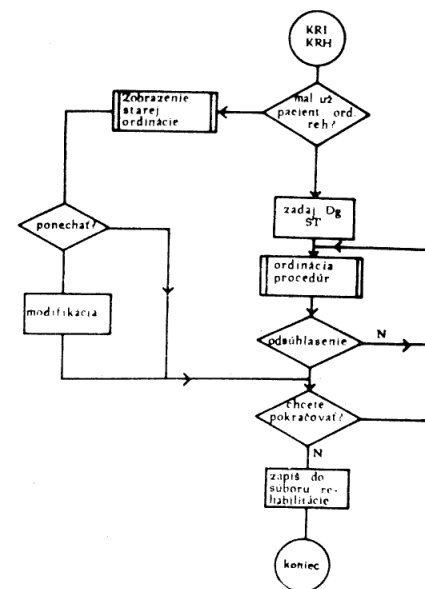


Schéma 5. Algoritmus programu rehabilitácie.

namu položiek o jednotlivých procedúrach, ktoré sa uskutočňujú na FRO, do pamäti počítača a ich predloženie na obrazovke koncového zariadenia (terminál) užívateľovi na požiadanie v ľubovoľnom čase.

Logická štruktúra súboru procedúr na FRO je usporiadaná v stromovom vetvení s vrcholmi:

10. elektroliečba
11. termoterapia a hydroterapia
12. pohybová liečba

Na príklade súboru elektroliečebných procedúr poukážeme na štruktúru stromového vetvenia, ktorá v niektorých vetvách dosahuje až štvrtú úroveň a navyše ešte úroveň:

- dávkovania
- intenzity
- počtu aplikácií
- lokalizácie

1. Elektroliečba

- | | |
|--|---------------------|
| 1.1. galvanoterapia | 1.8. horské slnko |
| 1.2. faradizácia | 1.9. iné |
| 1.3. diadynamik | 1.1. galvanoterapia |
| 1.4. RS-8 (elektrostimulácia exponenciálnymi prúdmi) | 1.1.1. galvanizácia |
| | 1.1.2. hydrogalvan |
| | 1.1.3. iontoforéza |
| | 1.1.3.1. kalcium |
| | 1.1.3.2. procain |

- 1.1.3.3. mesocain
- 1.1.3.4. histamín
- 1.1.3.5. jód
- 1.1.3.6. dionín

- 1.1.3.7. hyáza
- 1.1.3.8. salicyl
- 1.1.3.9. korticoid
- 1.1.3.10. iné

Príklad dávkovania:

1.1.3.1. kalcium:

dávkovanie:

- 2 x denne
- 1 x denne
- každý druhý deň
- 2 x týždenne
- 1 x týždenne

Intenzita: 4 mA

Čas:

- 10 min.
- 15 min.
- 20 min.

počet aplikácií: max. 12

Lokalizácia:

- hlava
- krk
- trup
- hrudník
- brucho
- chrbtica

- C
- Th
- LS

HK:

- ramenný kĺb
- rameno — vpravo
- lakeť — vľavo
- predlaktie
- ruka

DK:

- bedrový kĺb
- sacroiliakálny kĺb
- stehno — vpravo
- koleno — vľavo
- predkolenie
- členok
- noha

Pri voľbe procedúr je zapamätaná konkrétna procedúra vždy na poslednej úrovni podstromu pre určitú skupinu procedúr. Spolu s názvom je zakódovaná skupina parametrov, ktoré je potrebné zadať určenej procedúre.

Obsah uzla na poslednej úrovni bude: plný názov procedúry, kód parametrov.

Pre úplnosť informácie o návrhu nášho riešenia uvedieme poznámky k ostatným úlohám.

Automatické predkladanie rehabilitácie pri ordinácii v pracovné dni sa uskutočňuje dvoma nasledujúcimi spôsobmi:

- a) až do prvého ordinovania bude zahrnutá medzi voliteľné výkony,
- b) od doby ordinácie až do maximálneho počtu aplikácií, resp. do zrušenia, bude predkladaná automaticky.

Hlavný význam navrhovaného postupu spočíva v:

- a) urýchlení činnosti,
- b) v predídení zabudnutia ordinácie rehabilitácie (najmä pri výmene ošetrojúceho lekára),
- c) trvalom prehľade o poskytovaní procedúr.

3) Pridelovanie novoordinovaných pacientov (PNP)

Z predošlej analýzy práce FRO vyplynulo, že kľúčové postavenie na oddelení z hľadiska pridelovania pacientov jednotlivým pracovníkom FRO má vedúci rehabilitačný pracovník. Predpokladáme, že túto centrálnu úlohu možno zveriť počítaču. Bude mať k tomu nevyhnutné informačné predpoklady:

- a) počet novoordinovaných procedúr na oddeleniach i z ambulancií,
- b) počet rehabilitačných pracovníkov, prítomných v práci v deň prevedenia zadanej procedúry k 7,00 hod.,
- c) vyťaženosť rehabilitačného pracovníka v predchádzajúci deň (koľko mal pacientov a s akými procedúrami, pričom za základnú jednotku sme zvolili jedného neurochirurgického pacienta a k tomu sme prirovnávali ostatných. Napr. jeden pacient neurochirurgie = šiestim pacientkam šestonedelia),
- d) špecializačná štruktúra pracovníkov a aj možnosti zastupiteľnosti.

4) Pokyny pre rehabilitačných pracovníkov (PRP)

Na základe spracovania spomenutých informácií do počítača sa takto vytvárajú predpoklady pre vytlačenie pokynov jednotlivým pracovníkom FRO do 9,00 hod., keď sa uskutočňuje ich odchod na jednotlivé oddelenia. Tu treba poznamenať, že počítame s pracovným cyklom nie od 7,00 hod. jedného dňa, do 7,00 hod. druhého dňa, ale od 9,00 hod. jedného dňa, do 9,00 hod. druhého dňa. Sú pripravené formy výtlace pre pacientov z jednotlivých kliník i pacientov FRO z hľadiska druhov procedúr i časových rozvrhov príslušného pracovníka FRO. Osobitné formy výtlace sú navrhnuté pre:

- skupinové cvičenia
- preukazy na rehabilitáciu

5) Potvrdenie prevedenia rehabilitácie (PPR)

Pred ukončením pracovnej smeny potvrdí rehabilitačný pracovník, že previedol pridelené ordinované procedúry. Až takto potvrdená procedúra sa bude môcť v budúcnosti prebrať do štatistických údajov.

Pri neuskutočnení procedúr sa zobrazia na obrazovke príslušné varianty dôvodu neprevedenia rehabilitácie a z jednoduchých programov si bude môcť vyšší zodpovedný pracovník zistiť, u koľkých pacientov nebola prevedená rehabilitácia a prečo. Obdobný údaj sa vytlačí aj druhý deň ošetrojúcemu lekárovi v dekurze, čo iste pomôže bližšej spolupráci lekára s rehabilitačnými pracovníkmi.

6) Zabezpečenie ordinácie rehabilitačných výkonov na FRO

Ordinácia procedúr na FRO i pridelovanie pacientov jednotlivým pracovníkom sú sťažené tým, že pacienti nie sú k dispozícii počas celého dňa. Obmedzenia vyplývajú zo strany pacientov, z rôznych iných dôvodov a v návrhu riešenia sa predpokladá niekoľko alternatív z hľadiska pridelenia pacienta napr.: pacient môže navštevovať FRO: — iba dopoludnia

- iba odpoľudnia
- môže prísť každý druhý deň ... atď.,

na ktorých sa lekár s pacientom dohodne pri vstupnom vyšetrení. Tieto alternatívy umožnia počítaču pevne stanoviť program rehabilitácie pre RP, ako aj pre pacienta.

7) Štatistika rehabilitačných výkonov

Vychádza sa tu zo zásady, že do štatistiky možno zahrnúť iba prevedenú a potvrdenú rehabilitačnú procedúru. Výkaz prevedených procedúr bude potrebné zabezpečiť za každý deň a potom sumárne za mesiac, resp. podľa potreby pre bežné výkazy alebo výskumnú činnosť.

8) Rehabilitačný štatus

Zavedením ASR nebude potrebné vypisovať rehabilitačný štatus u nemocničných pacientov — postačí pritom automatický výpis na záver pobytu. Počítač pritom vyhľadá údaje o pacientovi aj spomedzi údajov z kliniky, na ktorej leží, aj z rehabilitačných procedúr.

U ambulantných pacientov sa vypíše prehľad rehabilitačných procedúr so zaznamenaním úspešnosti, resp. neúspešnosti rehabilitácie.

9) Dosiahnutý stav programovo-technického zabezpečenia

ASR NsP akademika L. Dérera sa realizuje na počítačovom systéme VÚLB, ktorý tvoria 3 počítače PDP 11/45 a 2 počítače HP 2100. Spracovanie diskretných údajov, ktorého súčasťou je aj subsystém FRO, prebieha na počítači PDP 11/45. Počítač pracuje pod operačným systémom MUMPS, ktorý umožňuje súčasnú prácu až 48 užívateľov (komunikácia s počítačom prebieha optickými terminálmi alebo ďalekopisom). Pre FRO sa uvažuje s 1 až 2 terminálmi a 1 ďalekopisom.

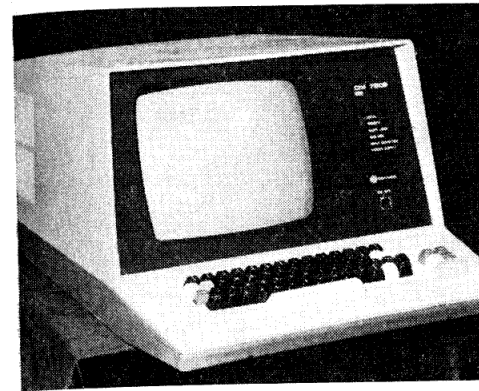
Programy, zabezpečujúce činnosť sú napísané v jazyku MUMPS. (Je to interpretačný jazyk, umožňujúci interaktívny styk užívateľa s počítačom.) Programy aj súbory sú uložené v periférnej pamäti (disk). Súbor, obsahujúci názvy procedúr (115 procedúr) a parametre potrebné k ich určeniu, zaberá cca 10 K byte.

Hoci podsystém FRO je súčasťou navrhovaného ASR NsP, návrh riešenia zohľadňuje pomernú autonómnosť podsystému FRO (obr.).

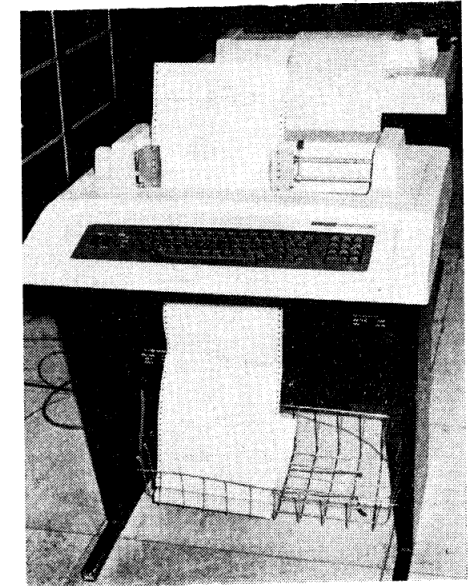
PROGRAMY ZABEZP.
PREPOJENIA KLINIKA — FRO
PROGRAMY ZABEZP.
ČINNOSŤ FRO
SÚBOR ÚDAJOV

Bolo by preto možné aplikovať riešenie automatizácie FRO aj v úrovni prostredí.

(Zmeniť tiež možno techniku pri použití techniky krajín RVHP — počítač SM-4, videoterminál VÚVT Žilina a pod.)



Obr. 6. Videoterminál (display) CM 7202, vyrábaný VÚVT Žilina.



Obr. 7. Ďalekopis LA-36, používaný pre styk užívateľa s počítačom.

Záver

Autori predkladajú vstupnú informáciu o výsledkoch výskumnej práce pri zavádzaní ASR na Fyziatricko-rehabilitačné oddelenie v čase, keď sa v literatúre s podobnými postupmi nestretli. Predpokladajú, že z hľadiska spracovania údajov sa umožní komplexnejšie hodnotenie výsledkov a dosiahnutie cieľov pri práci na FRO.

LITERATÚRA

1. GÚTH, A. — PALÁT, M. — ZOLTÁN, O. — TKÁČIK, J.: Riešenie záznamu o rehabilitácii, elektroliečbe a balneoterapii pre potreby ASR NsP. Jún 1978.
2. LINDENMENN, K.: Lehrbuch der Krankengymnastik I. 2. vydanie. Stuttgart, Georg Thieme Verlag 1959.
3. LENOCH, F.: Fyziatrie, rehabilitace a balneotherapie. 1. vydanie. Praha, SPN 1966.
4. NIEPEL, G.: Vademecum physiatricum Piešťanyense. Slovakotherma 1973.
5. PALÁT, M.: Dýchacia gymnastika. 3. vydanie. Martin, Osveta 1976.
6. POCHOPOVÁ, K.: Systematika a metodika LTV u vnútorných ochorení. Učebný text — Ústav pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov. Brno 1974.
7. VOGLER, P. — CAMRATH, J. E.: Physiotherapie. 2. vydanie. Stuttgart, Georg Thieme Verlag 1975.
8. KOLESÁR, J.: Fyziatria. 1. vydanie. Martin, Vydavateľstvo Osveta 1975.
9. Technický projekt ASR NsP akad. L. Dérera ÚNZ mesta Bratislavy. Bratislava, VÚLB 1975.
10. ŠTĚPÁNEK, M.: Komunikačný modul — Hromadný a individuálny zber údajov o pacientovi. Bratislava, V.skumná správa VÚLB 1976.

Adresa autora: A. G., Fyziatricko-rehabilitačné odd. NsP akad. L. Dérera, Kramáre, Limbova ul. 5. 809 46 Bratislava

A. Гут, М. Палат, Й. Ткачик, О. Золтан
НАШ ОПЫТ ПО ВНЕДРЕНИЮ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ НА ФИЗИАТРО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ
II часть: СОВОКУПНОСТЬ ПРОЦЕДУР И РЕШЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТОКОВ

Резюме

Из предыдущей части нашей работы стало ясно, что рационализация восстановительно-терапевтической программы с целью оптимализации требует нового подхода ко всей проблематике.

Одним из таких основных вопросов является вопрос рационального сбора информации, вопросы оценки таких информации и рационального составления комплексной восстановительно-терапевтической системы.

A. Gúth, M. Palát, J. Tkáčik, O. Zoltán
OUR EXPERIENCES WITH THE INTRODUCTION OF AN AUTOMATIZED SYSTEM OF MANAGEMENT AT THE DEPARTMENT OF PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION
Part II — GROUPS OF PROCEDURES AND THE PROCESSING OF CHANNELS OF INFORMATION

Summary

From the preceding part of our paper it follows that in the rationalization of the rehabilitation programme, with the target of optimalization, new approaches to the whole problem are necessary.

One of the basic problems is the question of rationalization of classification of information, the problem of the evaluation of information and the rational compilation of the complex programme of rehabilitation.

A. Gúth, M. Palát, J. Tkáčik, O. Zoltán
UNSERE ERFAHRUNGEN MIT DER EINFÜHRUNG EISEN AUTOMATISIERTEN LEITUNGSSYSTEMS IN DER ABTEILUNG FÜR PHYSIATRISCHE REHABILITATIONSBEHANDLUNG
II. Teil: PROZEDURENSÄTZE UND ANORDNUNG DER INFORMATIONENFLÜSSE

Zusammenfassung

Aus dem vorangegangenen Teil unserer Forschungsarbeit ergab sich die Erkenntnis, daß die Rationalisierung des Rehabilitationsprogramms zwecks Erzielung der Optimalisierung ein neues Herangehen an die gesamte Problematik erfordert. Eine dieser Grundfragen ist das Problem der rationalen Informationsspeicherung, ferner sind es Probleme der Auswertung dieser Informationen sowie der rationellen Aufstellung eines komplexen Rehabilitationsprogramms.

A. Gúth, M. Palát, J. Tkáčik, O. Zoltán
NOS EXPÉRIENCES DANS L'APPLICATION DU SYSTÈME AUTOMATIQUE DE COMMANDE DANS LE DÉPARTEMENT DE LA PHYSIOTHÉRAPIE ET LA RÉADAPTATION

IIe partie: GROUPES DE PROCEDURES ET ETUDE DU FLUX DES INFORMATIONS

Résumé

Il ressort de la partie précédente de notre article que la rationalisation du programme de réadaptation dans le but d'optimisation exige de nouveaux excès à toute la problématique.

Une de ces questions fondamentales est celle de l'acquisition rationnelle des informations, ensuite les questions du dépouillement des données et l'élaboration rationnelle du programme complexe de réadaptation.

A. BOLLINGER
FUNKTIONELLE ANGIOLOGIE, LEHRBUCH UND ATLAS

Funkční angiologie. Učebnice a atlas
Vydal Georg Thieme-Verlag 1979, 334 strán, 335 obrázků, 59 tabul. Cena DM 148,—.

Ve světové literatuře není mnoho učebnic zabývajících se problematikou angiologie. Angiologie jako lékařský obor je spíše zpracována v jednotlivých kapitolách učebnic kardiologie nebo učebnic vnitřního lékařství. I mnohé chirurgické učebnice mají krátké nebo delší kapitoly, věnované angiologickým problémům. Proto je nutno uvítat vydání Funkční angiologie od prof. Bollingera z curyšské university, která představuje souborný pohled na angiologii a je bez sporu základní učebnicí v tomto oboru a současně pro skvělou obrazovou dokumentaci i atlasem jednotlivých angiologických onemocnění.

Učebnice má 19 kapitol a jednotlivé kapitoly se zabývají nejrůznějšími aspekty angiologie. Po anatomickém a fyziologickém úvodě velká kapitola věnuje pozornost arteriálním obliterujícím onemocněním. Tato kapitola je širší a podle názoru recenzenta tvoří základ celé učebnice. V některých dalších kapitolách se hovoří o dlhých otázkách, jako jsou vasospastické syndromy, syndrom tibialis anterior, cévní tumory, arteriální aneurismy, arteriovenosní píštěle. Informativní je kapitola o mikroangiopatiích. Druhá část monografie věnuje pozornost venosnímu ramenu krevního oběhu a zabývá se v jednotlivých kapitolách varikozním kom-

plexem, povrchovými i hlubokými tromboflebitidami, chronickou venosní insuficiencí. Drobná kapitola je věnována kongenitálním angiodyspasím. Větší kapitolu představuje kapitola o terapii arteriálních poruch prokrvení, závěrečná kapitola se zabývá problematikou terapie venosních onemocnění.

Každá kapitola i podkapitoly mají na závěr uvedený další přehled literatury, monografie je ukončená věcným rejstříkem.

Integrovaní součástí Bollingerovy monografie je její obrazová část. Početné fotografie — velká většina je barevná — názorná schémata, informující tabulky a celá řada rentgenologických snímků představuje atlasovou část publikace.

Z celé učebnice vyzáhuje při jejím studiu především syntetický obraz a slova. Celý text jednotlivých kapitol je vhodně doplněn ilustrační dokumentací a vytváří jeden celek.

Učebnice a atlas o funkční angiologii od prof. Bollingera představuje vynikající dílo nejen s velkou informační náplní, ale především s velkým praktickým dosahem. Je edičním dílem velkého významu a jistě bude standardním dílem moderní angiologie.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. C. ECCLES, W. C. GIBSON
SHERRINGTON. HIS LIFE AND THOUGHT

Sherrington. Jeho život a názory
Vydal Springer-Verlag Berlin — Heidelberg — New YORK 1979,
269 stran, 7 obrázků. Cena DM 34,—. ISBN 3-540-09063-0

Rehabilitácia

13, 1980, 1, s. 21—28

V edici Springer International vychází v angličtině v roku 1979 pozoruhodná publikace, věnovaná jednomu z největších neurofyziologů v historii Charles Scott Sherringtonovi. Knihu napsali laureát Nobelovy ceny za neurofyziologii Sir John Eccles a prof. William C. Gibson z Ústavu dějin medicíny a lékařské fakulty university ve Vancouveru v Britské Columbií.

Kniha je vyznáním obou autorů Sherringtonovi, který poznamenal vývoj celé neurofyziologie, a v jednotlivých kapitolách se autoři zamýšlejí nad životními etapami C. S. Sherringtona od dětských let až po dobu předsednictví Královské společnosti a jeho působení v Oxfordu. Sherrington se narodil v roce 1857 v Londýně a zemřel v roce 1952 v Eastbournu v Anglii. Nobelovu cenu za fyziologii a medicínu obdržel v roce 1932 spolu s E. D. Adrianem za objevy v oblasti funkce neuronů. Jeho přednáška ve Stockholmu při převzetí Nobelovy ceny byla věnována inhibicí jako koordinujícímu faktoru. Základní význam

Sherringtonovy práce spočívá beze sporu v objevu zákonitostí reflexní činnosti míchy. Jeho činnost neurofyziologa vedla k založení světově známé neurofyziologické školy, ze které vyšlo mnoho dalších vynikajících vědců světového jména, mezi jinými i autor recenzované monografie Sir John Carew Eccles, který byl jedním z prvních žáků Sherringtonových. Ecclesova a Gibsonova monografie není pouhým životopisným náčrtem; je živou konfrontací jednotlivých etap Sherringtonova života s vývojem jeho myšlení, nejen jako vědce-neurofyziologa, ale i jako člověka, s poukazem na zájmy a činnost prof. Sherringtona. Báseň, která ukončuje tuto přesvědčivou a přesvědčující monografii, je věnována matce prof. Sherringtona a byla nalezena po jeho smrti na jeho psacím stole — je důkazem toho, jaká výrazná osobnost byl Sherrington nejen v oblasti vědy, ale i v oblasti umění.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. E. MEYER

TODESANGST UND DAS TODESBEWUSSTSEIN DER GEGENWART

Strach ze smrti a uvědomění si smrti v dnešní době
Vydal Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York 1979, 130 stran, cena DM 22,—. ISBN 3-540-09141-6

Problematicke smrti je věnována v poslední době a nejen v poslední době stálá pozornost. Nejde vždy jen o aspekty filozofické, etické a jiné, jde také o aspekty biologické, medicínské a psychologicko-psychiatrické. Drobná publikácia prof. Meyera z Psychiatrické kliniky göttingenské university se vyrovnává s problematikou smrti a všech fenoménů s ní souvisejících — to je především strachu ze smrti a s vědomím, že smrt je součástí lidského bytí. V jednotlivých kapitolách se zamýšlí nad dílčími otázkami tohoto jevu. V jednotlivých částech této monografie věnuje autor pozornost fenomenologii ukončení lidského života, problematice anticipace smrti, otázkám sebevraždy, problémům tanatofobních neuróz a otázkě eutázie, kte-

rá v posledních letech v mnohých zemích vzbuzuje stále větší a větší zájem nejen lékařů, ale i široké veřejnosti.

Kniha je napsaná psychiatrem a v řadě dokumentací přináší některé doklady právě z oblasti psychiatrie. V naší literatuře zatím žádná publikace nevěnovala souborně pozornost otázce smrti jako biologicko-psychologickému jevu, ačkoli i u nás problém smrti představuje závažnou kapitolu moderní medicíny.

Kniha je zajímavě napsaná, přináší celou řadu dokladů z oblasti medicínsko-psychiatrické a jistě i mnoho podnětů pro lékaře, kteří vlastně denně při své práci se setkávají s fenomenem smrti.

Dr. M. Palát, Bratislava

ŠTRUKTÚRA POSTOJOV K REHABILITÁCIÍ PO INFARCTE MYOKARDU I. CELKOVÉ MIESTO REHABILITÁCIE PO I. M. V SÉMANTICKOM POLI

R. ŠTUKOVSKÝ, M. PALÁT, A. SEDLÁKOVÁ

Katedra psychológie FFUK

Vedúci: Doc. PhDr. O. Kondáš, DrSc.

*Katedra rehab. prac. Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP
v Bratislave*

Vedúci: MUDr. M. Palát, CSc.

Technická spolupráca: I. Hauptvoglová a L. Keřková

V posledných rokoch sa venuje veľká pozornosť problematike rehabilitácie chorých s infarktóm myokardu. V tejto štúdií sa chceme zaoberať predovšetkým sémantickým obsahom tohto pojmu, a to s cieľom zistenia postojov rôznych skupín zdravej populácie a nakoniec i samotných chorých. Vychádzali sme z toho, že zdravotná výchova v súčasnosti venuje intenzívne úsilie šíreniu informácií práve v tematike kardiológie — najmä z hľadiska kardiovaskulárneho programu — a preto sme chceli získať obraz o tom, čo sa v mysli laickej i informovanej verejnosti spája práve s týmto pojmom.

Kľúčové slová: sémantické pole — sémantický diferencál — pojem rehabilitácia po infarkte myokardu

Konkrétnym cieľom práce bolo teda bližšie preskúmanie psychologických implikácií pojmu „Rehabilitácia po infarkte myokardu“. Chceli sme zistiť názory a postoje rôznych skupín obyvateľstva, kvantitatívne ich vyhodnotiť a podľa možnosti odhaliť všeobecnú štruktúru sémantických a emotívnych aspektov, viažúcich sa k tomuto pojmu.

V rámci širšie koncipovaného výskumu o konnotatívnych zložkách postojov k rôznym odborným výrazom kardiológie a rehabilitácie („CARDITUDO“ = cardiac attitude) pristúpili sme v prvej fáze k preskúmaniu sémantickej náplne a rozboru postojov k termínu „Rehabilitácia po infarkte myokardu“. Domnievame sa, že výsledky tejto i ďalších analýz prispesjú k poznaniu informovanosti a postojov obyvateľstva a poslúžia i ako podklad pre vylepšenie metód cielenej zdravotnej výchovy v oblasti kardiovaskulárnej problematiky, dnes takej aktuálnej tak u nás, ako aj v celosvetovom meradle.

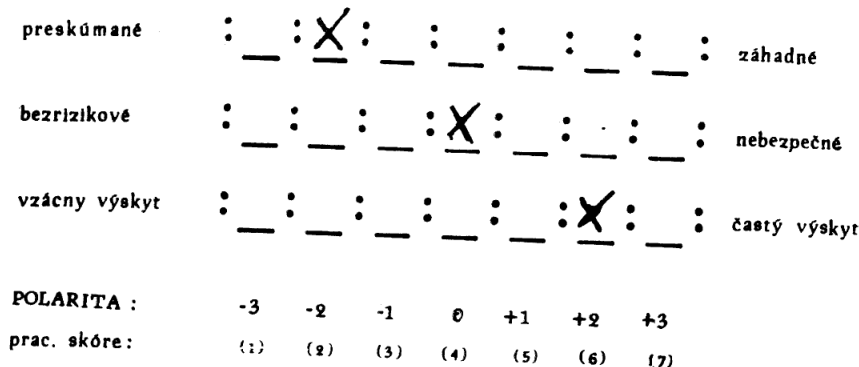
Materiál a metódy

Na meranie postojov a na zistenie ich štruktúrovanosti sme použili metódu sémantického diferenciálu, ktorú vyvinuli Osgood, Suci a Tannenbaum (1057). Táto technika sa zakladá na idej, že význam nejakého podnetu (pojmu) pre jednotlivca zahŕňa nielen zjavnejší denotatívny význam, ktorý môže jednotlivec ľahko konštatovať, ale aj jemnejšie konnotatívne významy, ktoré môže ťažšie opísať. Preto sa na ich meranie používa nepriamy prístup, v ktorom sa od jednotlivca-respondenta získavajú kvantitatívne odhady vlastností podnetu podľa mnohých adjektív, upravených zvyčajne na bipolárne škály (Krech, Crutchfield a Ballachey, 1968). Ide teda o zistenie, aké implikácie má pojem „Rehabilitácia po infarkte myokardu“ v sémantickom priestore respondentiek.

Zostavili sme pokusný merací inštrument, pozostávajúci zo škál, ktoré vyjadrujú rôzne, emotívne podfarbené aspekty názorov na podané podnety. Z väčšieho množstva adjektív sme vybrali 22 bipolárnych škál, ktoré sme prezentovali na sedembodovej stupnici (viď ukážku na grafe 1). Išlo o dvojice, z ktorých jedna stránka („pól“) bola väčšmi aspektovateľná, menej hrozivá, či menej závažná, kým druhý „pól“ mal vyjadriť práve určité aspekty nepríjemnosti, nebezpečnosti či hrozby. Na tab. č. 1 sú škály uvedené v tom poradí, ktoré vyplývalo z celkových priemerov pri posudzovaní pojmu „Rehabilitácia po infarkte myokardu“. Pritom sme polarizovanú škálu hodnôt -3; -2; -1; 0; 1; 2; 3 z technických príčin strojového spracovania nahradili lineárnou transformáciou na skórové hodnoty 1; 2; 3; 4; 5; 6 a 7. Neutrálnym, stredným bodom je teda skóre 4,0, a čím vyšší je priemer, tým väčšiu tendenciu majú respondentky odpovedať pohľadom, ktorý zdôrazňuje „čierny“ aspekt, teda subjektívne horší pól. Opačne, nízke priemery indikujú pohľad skôr „do ružova“, čiže na menej nepríjemnú časť dvojice. V tab. 1 sú škály jednotne upravené tak, aby akceptovateľnejší pól bol vždy vľavo a horší aspekt vpravo. V samotnom meracom inštrumente, pravda, bolo nielen poradie škál randomizované, ale za účelom vylúčenia možného odpoveďového stereotypu sa náhodne vybraná polovica škál prepólovala, t. j. prezentovala s hrozivejším aspektom vľavo.

V inštrukciách (slovne i písomne) sa zdôrazňovali dva prvky sémantického diferenciálu. Prvým bolo, že ide o výskum názorov postojov a „dojmov“ a že teda vonkoncom niet nijakých „správnych“, korektných atď. odpovedí. Správnou odpoveďou je ten bod na stupnici, ktorý zodpovedá subjektívnemu názoru respondentky na podnet. Druhým bolo, že treba odpovedať na všetkých prezentovaných škálach, i keď sa niekedy príslušné adjektíva asi ťažko dajú dať do priameho vzťahu k pojmu „Rehabilitácia“. Keďže výskum bol spojený so širším kontextom, a keďže mnohé škály vyjadrujú skôr postoje o určitých chorobách, alebo výrazoch z klinickej terminológie, nenarážalo to na nijaké ťažkosti, nestretli sme sa so žiadnym prípadom neúplne vyplneného inštrumentu. Aj tu respondentky dodržali inštrukcie a vyznačili svoj „názor“ (výraz „postoje“ sme veľmi nezdôrazňovali) ako prvý dojem k danej škále.

Kritériom pre výber skúmaných osôb bolo pomaturitné ďalšie štúdium takého druhu, podľa ktorého sa dala predpokladať aspoň rámcová oboznámenosť s kardiologicko-klinickou terminológiou. Išlo celkom o 60 mladých žien vo veku od 19 do 22 rokov. Tab. 2 poskytuje prehľad o ich pertinentných charakteristikách: 20 z nich študovalo pedagogiku v II. ročníku (skupina „PED“),



Graf 1. Ukážka sémantického diferenciálu. Tri sedemstupňové škály s vyznačením najtypickejších odpovedí.

Tabuľka 1. Škály použitého sémantického diferenciálu [zoradené podľa priemerov prisudzovaných pojmu „Rehabilitácia po infarkte myokardu“]

Por. č.	Názov škály	Priemer (Š)
01	vzácnne sa vyskytuje — často sa vyskytuje	5,883
02	nemení životosprávu — vedie k zmene životosprávy	5,717
03	nezávažné — závažné	5,633
04	nevedie k únave — vedie k únave	5,383
05	ľahostajné — znepokojujúce	5,383
06	jednoduché — komplikované	5,133
07	neobmedzuje činnosť — obmedzuje činnosť	5,117
08	príjemné — nepríjemné	5,050
09	nevyvoláva starosti — vyvoláva starosti	4,933
10	bez obáv — vzbudzuje obavy	4,517
11	zabráňteľné — nezabráňteľné	4,383
—	neutrálny bod = stred sedemstupňovej škály = 4,0	—
12	bezrizikové — nebezpečné	3,950
13	prechodné — trvalé	3,933
14	bez zármutku — spojené so zármutkom	3,883
15	bez bolesti — veľmi bolestivé	3,767
16	vzniká pomaly — vzniká naraz	3,317
17	vyliciteľné — nevyliciteľné	3,200
18	prebieha pomaly — prebieha prudko	2,950
19	predvídateľné — nepredvídateľné	2,800
20	preskúmané — záhadné	1,883
21	má známe príčiny — má neznáme príčiny	1,817
22	kontrolovateľné — nekontrolovateľné	1,717

(Š): Poznámka: stredným, neutrálnym bodom sedemstupňových škál je priemerné skóre rovnajúce sa 4,0; priemery vyššie indikujú, že respondentky sa prikláňajú vo svojich odpovediach skôr k alternatíve uvedenej vpravo, teda k „horšiemu“ pólu; priemery nižšie než 4,0 indikujú opačne tendenciu prisudzovať alternatívu uvedenú vľavo, teda pól „akceptovateľnejší“, menej hrozivý.

20 psychológii, taktiež v II. ročníku (skupina „PSY“) a 20 bolo frekventantiek nadstavbového zdravotníckeho štúdia smeru rehabilitácia (skupina „REH“). Sémantický diferenciál bol aplikovaný vždy v rámci skupiny, spolu s inými otázkami, týkajúcimi sa okrem iného ich informovanosti, ako aj postojev a „dojmov“ o iných medicínskych termínoch.

Získané matice výsledkov si podrobili štatistickej analýze: analýze jednak rozptylu dát jednotlivých skupín respondentiek, jednak celého materiálu (Wiener, 1962). Reliabilita bola vyjadrená pomocou koeficientu „alfa“ (Nunnally, 1970), ktorý je vlastne mierou vnútornej konzistentnosti odpovedí. Podobnosť skupinových profilov sa merala jednak známym koeficientom vzdialenosti D, jednak mierou profilovej podobnosti podľa Cattella (1966).

Výsledky a diskusia

Prvý globálny prehľad o výsledkoch poskytuje tab. 1. Okrem poradia a slovej definície škál obsahuje v poslednom stĺpci aj priemerné skóre, čiže informáciu o priemernom názore všetkých 60 respondentiek. Zhodou okolností presne polovica škál má priemery nad neutrálnym bodom (= 4,0), totiž škály č. 01 až 11, kým druhých 11 škál (od č. 12 po 22) má priemery nižšie než 4,0. Vidno teda globálne konštatovať, že na podnetový pojem sa hľadí ako na niečo, čo kardu“ je ozaj relevantná, pretože predstavuje jednoznačne polarizované názory, a že respondentky naozaj využili možnosti oddiferencovať svoje postoje. Necháme zatiaľ stranou otázku špecifčnosti jednotlivých skupín a môžeme teda globálne konštatovať, že na podnetový pojem sa hľadí ako na niečo, čo sa „často vyskytuje“, „vedie k zmene životosprávy“ a „je závažné“, resp. „pre-skúmané“, „so známymi príčinami“ a „kontrolovateľné“. Pre zaujímavosť ešte spomenieme škálu č. 12 (bezrizikové — nebezpečné), ktorej priemer je iba nepatrne pod bodom neutralnosti či nerozhodnosti: na tejto škále však máme práve vysoko významné medziskupinové rozdiely ($P = 0,01$) v tom zmysle, že pedagogičky sa prikláňajú k pólu „nebezpečné“ a rehabilitačné pracovníčky k pólu „bezrizikové“, kým psychologičky sú v strede. Podrobná analýza medziskupinových rozdielov bude predmetom špeciálnej analýzy v rámci tejto série zdení.

Okrem priemerov jednotlivých škál sú zaujímavé aj priemery jednotlivých skupín respondentiek, ktoré sú — v abecednom poradí — uvedené v centre tab. 2. Vidíme, že v súlade s celkovým rozložením odpovedí skóre do hornej a dolnej časti stupnice aj skupinové priemery sú blízke bodu indiferentnosti. Je to dôsledkom toho, že počet pozitívnych a negatívnych pohľadov je zhruba vyvážený. Celkove vnímajú pedagogičky pojem „Rehabilitácia po infarkte myokardu“ najružovejšie (sit venia verbo), psychologičky už o 0,3 bodov na stupnici vyššie a rehabilitačné pracovníčky sa dívajú naň pomerne najmenej optimisticky, chápu ho najväčšmi ako niečo závažné či komplikované. Pravda, aj ich priemer sa líši iba málo, totiž o 0,33 bodov od hodnoty 4,0.

Ďalšia časť tabuľky reprodukuje hlavné výsledky z analýzy rozptylu jednotlivých skupín. Rozptyly, čiže tzv. priemerné štvorce rozdielov medzi osobami sú pre všetky tri skupiny prakticky rovnako veľké. Taktiež veľké, no značne menšie, sú reziduály. Aj malé reziduály potvrdzujú logickú zhodu a homogenitu odpovedí. Zaujímavé však je, že priemerné štvorce pre rozdiely medzi

škálami sú v skupine psychologičiek podstatne menšie než v ostatných dvoch skupinách: samozrejme, všade sú väčšie než interpersonálne rozdiely, a vysoko-signifikantne väčšie než reziduály. No predsa naznačuje hodnota 23,56 v porovnaní so susednými, že skupina PSY má — celkove — menej polarizované, či menej extrémne názory než ostatné dve skupiny, u ktorých škály vykazujú oveľa väčšiu oddiferencovanosť. Posledný riadok tabuľky obsahuje ešte tzv. koeficienty alfa, ktoré udávajú reliabilitu meriaceho inštrumentu a sú vlastne mierou vnútornej štrukturálnej homogénnosti odpovedí. Sú to 0,79, 0,80 a 0,84, čiže sa prakticky medzi sebou nelíšia, a sú dostatočne vysoké na to, aby sme tento sémantický diferenciál mohli považovať za akceptovateľne spoľahlivý, čiže reliabilný.

Zostáva ešte otázka, či a kde jestvujú štatisticky významné rozdiely medzi skupinami, buď ako celkami, alebo v jednotlivostiach. O tom nás informuje

Tabuľka 2. Prehľad o skupinách respondentiek a o variabilite ich odpovedí

Veličina	PED	PSY	REH
počet osôb	20	20	20
pohlavie	ž.	ž.	ž.
stredošk. vzdelanie	matur.	matur.	matur.
priemerný vek (r.)	20,1	21,2	20,9
Odbor štúdia	pedag.	psychol.	rehab.
priemerné skóre, prisudzované pojmu „Rehabilitácia po infarkte myokardu“	3,84	4,14	4,33
zložky rozptylu skóre:			
medzi osobami	10,63	11,88	12,55
medzi škálami	45,99	23,56	40,45
reziduál	2,25	2,46	2,13
reliabilita odpovedí (koeficient ALFA)	0,79	0,80	0,84

Tabuľka 3. Výsledky celkovej analýzy rozptylu odpovedí všetkých 60 respondentiek na 22 škálach na podnet „Rehabilitácia po infarkte myokardu“

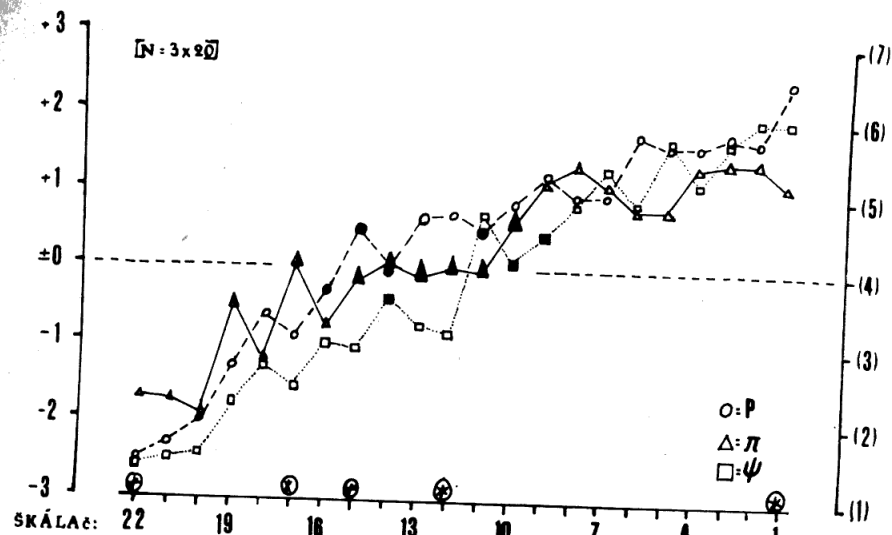
Zdroj variability	súčet štvorcov	PSV	var	F	P
medzi osobami:					
skupiny	53,51	2	26,754	2,289	0,104
osoby v skupinách	666,20	57	11,688	—	
vnútri osôb:					
škály	2150,52	21	102,406	44,931	0,0001
škály X skupiny	159,46	42	3,797	1,666	0,006
škály X osoby v skup.	2728,25	1197	2,279	—	
spolu:	5757,94	1319	—		

globálna analýza rozptylu celého materiálu (3 x 20 x 22 = 1320 odpovedí), ktorej výsledky sa predkladajú v tab. 3. Horná časť testuje rozdiely medzi priermi skupín proti interpersonálnemu rozptylu, teda rozdielnosť skupinových priemerov 3,84 — 4,14 — 4,33. Ako ukazuje výsledná hodnota $P = 0,104$, nedosahujú tieto rozdiely štatistickú priekaznosť, hoci 10 % sa už dost blíží. Nemáme však dôvod na zamietnutie nulovej hypotézy, a teda koncludujeme, že všetky tri skupiny respondentiek vidia pojem „Rehabilitácia po infarkte myokardu“ prakticky rovnakou mierou ako závažný, resp. hrozivý (presnejšie povedané, v priemere pri 4,1).

Naproti tomu obsahuje dolná časť tabuľky interpersonálne diferencie v škálach, ktoré testujeme proti poslednému riadku, čiže pokusnej chybe. To, že samotné „škály“ sa veľmi vysoko signifikantne medzi sebou líšia, nás ani neprekvapuje: veď išlo o úmyselný výber adjektívových párov tak, aby pokryli čím širšie spektrum názorov. Spomenutiahodný je tu azda veľmi vysoký stupeň signifikantnosti s P značne pod 0,0001. Vecne zaujímavá je interakcia medzi škálami a skupinami. F -kritérium je síce číselne nízke, no pri daných vysokých počtoch voľnosti preda signifikantné pri P pod 1 %. To znamená, že i popri celkovej paralelité posudzovania jestvujú určité škály, v ktorých sa názory skupín respondentiek líšia, a že teda postoje — i napriek rovnakým priemerom celkovým — sú rôzne podľa konkrétneho študijného odboru. Konkrétne to ďalej znamená, že sa nesmieme uspokojiť s celkovými priermi uvedenými v tab. 1, ale musíme prihliadať ku konkrétnej konfigurácii postojov jednotlivých skupín. I keď detailnému porovnaniu týchto rozdielov bude venovaná samostatná analýza, považujeme za potrebné prezentovať tu aspoň graficky tento pohľad.

Vecný obsah pojmu interakcia nám demonštruje graf č. 2. Na ňom sú znázornené skupinové priemery pre všetkých 22 bipolárnych škál, zomierané podľa celkových priemerov ako v tab. 1. Priemery skupiny REH znázorňujú kružnice, skupiny PSY trojuholníky a skupiny PED štvorce. Čierne symboly naznačujú, že príslušný priemer sa signifikantne nelíši od neutrálneho bodu v strede škály (4,0), a že teda príslušná škála je pre danú skupinu irrelevantná. Biele, či prázdne symboly zase predstavujú priemery, ktoré sa od bodu indiferentnosti signifikantne líšia, či už jedným alebo druhým smerom, sú to teda polarizované názory.

Celkový priebeh priemerných kriviek potvrdzuje analýzu rozptylu: vo všeobecnosti ležia štvorce badateľne najnižšie, čo je grafickým výrazom toho, že pedagogičky majú tendenciu posudzovať cieľový pojem „najružovejšie“, najpriaznivejšie. Opačne, najvyššie polohy majú — zasa všeobecne — kružnice, čo je dôsledkom prisudzovania vyšších skóre. A uprostred, trochu bližšie ku kružniciam ako k štvorcem, sú trojuholníky, a takto naznačujú strednú pozíciu postojov psychologičiek. To, že celkovou tendenciou kriviek je paralelnosť, a že teda postoje sú v princípe veľmi príbuzné, je evidentné aj z grafu. No interakcia, ktorá bola vysoko signifikantná, sa odráža dvoma aspektmi: prvým je, že pri nízkych priemeroch, čiže na grafe vľavo, sú skóre skupiny PSY najvyššie, a pri vysokých priemeroch (vpravo) sú najnižšie. Znamená to, že postoje psychologičiek sú najmenej oddiferencované, či najneutrálnejšie, a preto sú vždy najbližšie k stredu, k neutrálnej čiare. Druhým aspektom je



Graf 2. Sémantické profily pojmu „Rehabilitácia po infarkte myokardu“, produkované tromi skupinami respondentiek.

Grécke písmená ozrejmujú symboly:

Ró = kružnice = rehabilit. pracovníčky;

Pí = trojuholníky = pedagogičky;

Psí = štvorce = psychologičky.

Škála vľavo udáva polarizované skóre, škála vpravo pracovné kódované skóre.

Hviezdičky pri škálach 1, 12, 15, 17, a 22 upozorňujú na signifikantné medzi-skupinové rozdiely.

Čierne (vyplnené) symboly znamenajú, že príslušný priemer sa nelíši signifikantne od neutrálneho stredu stupnice.

to, že aj pri niektorých konkrétnych škálach posudzovaných osve sa skupinové priemery medzi sebou líšia, a to v signifikantnej miere. Takéto škály sú dole pri poradovom čísle označené hviezdikou a je ich aspoň 5, vrátane okrajových i prostredných škál. Pri škálach 1 a 22 je to atypicky neutrálna odpoveď u PSY, pri škálach 12 (a 13) rozdiel postojov medzi REH a PED, polarizovaných opačným smerom.

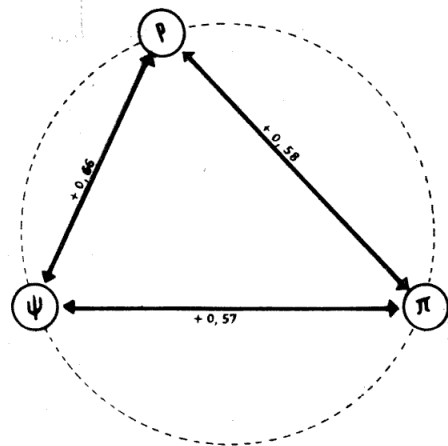
Zostáva ešte otázka, do akej miery idú priemerné odpovede skupín cez všetky škály paralelne. Na vyjadrenie takejto podobnosti sa bežne používa veličina D (od „distance“ — vzdialenosť), ktorá je prostou pytagorovskou vzdialenosťou dvoch „bodov“ v 22-rozmernom sémantickom priestore (máme 22 škál). Táto miera však predpokladá ortogonálne, čiže nezávislé škály, čo sa v psychológii postojov málokedy spĺňa. Pre porovnateľnosť sme ju však vypočítali pre všetky tri dvojice. Pri jej posudzovaní treba pamätať, že ide o mieru vzdialenosti, a čím je teda D väčšie, tým sú profily (čiže priebehy kriviek na grafe 2) menej homogénne. Štatisticky výhodnejšou, no matematicky nie celkom doriešenou mierou je Cattellov koeficient profilovej podobnosti (coefficient of pattern similarity) ²². Nejedná sa tu o koreláciu, ale o porovnanie s náhodne očakávateľnou strednou hodnotou rozdielov a samotná miera vyjadruje po-

dobnosť: čím väčšie je r_p , tým sú postojové profily dvoch skupín podobnejšie, pričom maximum je tu $r_p = 1,00$.

Dosiahnuté miery sú:

	vzdialenosť D	podobnosť r_p
pre dvojicu REHAB — PSYCH:	2,966	0,66
pre dvojicu PEDAG — PSYCH:	3,419	0,57
pre dvojicu PEDAG — REHAB:	3,385	0,58

Samozrejme, obidve miery nám hovoria to isté, že totiž dvojica skupín rehabilitačných pracovníčok a poslucháčok psychológie majú veľmi podobné profily na sémantickom diferenciáli, kým skupina poslucháčok pedagogiky je im síce tiež dosť podobná, ale badateľne menej. Pedagogičky sú od ostatných dvoch skupín prakticky rovnako vzdialené. Túto situáciu nám znázorňuje graf. č. 3. Pre exaktné matematicko-štatistické testy nemáme zatiaľ k dispozícii



Graf 3. Znázornenie profilovej podobnosti medzi skupinami. Grécke písmená identifikujú skupiny, a to: Ρó = rehabilitačné pracovníčky, Πί = pedagogičky, Ψί = psychologičky. Vzdialenosť medzi skupinami je presne úmerná ich „nepodobnosti“ čiže hodnote výrazu $1,00 - r_p$. Prípísané číslice nepredstavujú korelácie, ale Cattellove koeficienty profilovej podobnosti.

celkom primerané metódy, no stačí si uvedomiť, že pre podobnosť r_p dvoch jednotlivcov je hodnota významná pri $P = 0,01$ udávaná ako $r_p = 0,382$ [pri škálach]. Keďže my sme porovnali priemery skupín, je zrejme štatistická významnosť zhody profilov ešte vyššia.

Literatúra na konci poslednej časti.

Adresa autora: R. Š., Gondova 2, 806 01 Bratislava

METODICKÉ PRÍSPEVKY

REEDUKACE DÝCHÁNÍ JAKO PRVEK V LÉČBĚ VERTEBROGENNÍCH ONEMOCNĚNÍ

A. TESAŘOVÁ

Rehabilitační oddělení Fakultní nemocnice II. Praha 2, Ke Karlovu 2

Vedoucí lékař: doc. MUDr. Jan Pfejffer, CSc.

Souhrn: Vertebrogenní bolestivé potíže mohou mít mnoho příčin. Jednou z nich je i porucha mechaniky dýchání.

Dechové pohyby neustále stimulují svaly celého trupu k činnosti — tedy také paravertebrální a hluboké svaly páteře — a mobilisují při vyváženém dýchání páteř.

Porucha v dýchacích pohybech může způsobit omezení až ztrátu hybnosti určitých úseků páteře, kompresi páteře a bolestivé potíže. Proto u pacientů, kde jsme tuto poruchu zjistili, cvičíme dechové pohyby se zaměřením na zlepšení hybnosti kloubů páteře aktivací svalů páteře.

Nacvičujeme i v odlehčených polohách koordinaci při dechových pohybech tak, jak ji bude pacient potřebovat ve vzpřímeném postavení.

Klíčová slova: reedukace dýchání — dýchací pohyby — brániční dýchání — uvolňování a aktivace svalu

Počet pacientů v vertebrogenními poruchami stále vzrůstá. Zvláště u pacientů středního věku a lidí starších někdy přes veškerou léčbu potíže recidivují a stávají se chronickými.

Příčin Obrda, Lewit a Janda uvádějí mnoho. Jednou z příčin, které mohou vést k omezení až ztrátě hybnosti určitých úseků páteře, ke kompresi a bolestivým potížím, je porucha v mechanice dýchání, která je spojena se změnami v aktivaci svalů při dechových pohybech a se ztrátou kinestetického cití v příslušné oblasti.

Po reedukaci dýchacích pohybů zvláště u pacientů středního věku (pokud nejde o pokročilé onemocnění jako je plicní emfysem nebo astma bronchiale) mohou potíže vymizet, protože fyziologickým způsobem uvolníme nepohyblivý úsek páteře a aktivujeme svaly.

Ve vzpřímeném postavení při správnem držení páteře se při vdechu žebra zvedají a hrudník se rozšiřuje jak ve směru předozadním, tak i bočním, zvláště v dolním úseku. Při výdechu žebra nejen klesají, ale hrudník se v dolní části částí zužuje a k tomu je potřeba aktivní svalové práce.

Při vdechu se tedy hrudník i břicho v předozadním směru rozšiřuje. Přední stěna trupu se posune směrem ventrálním a páteř směrem dorsálním. Páteř se neposune jako celek, ale dojde k malým pohybům mezi jednotlivými segmenty páteře a v hrudní oblasti samozřejmě také mezi páteří a žebry. Při výdechu se trup v předozadním směru zúží, páteř a přední stěna se k sobě přiblíží, a přitom dojde v uvedených kloubech opět k malému pohybu.

Dýchací pohyby neustále stimulují svaly celého trupu k činnosti — tedy také svaly paravertebrální a hluboké svaly páteře, a to jak při vdechu, tak také při výdechu — a mobilisují při vyváženém dýchání páteř. Při omezení dechových pohybů v určité oblasti vidíme nejen změny ve svalové práci, ale i omezení až zrátu hybnosti mezi jednotlivými segmenty páteře.

Při bráničním dýchání se při vdechu protahují a při výdechu zkracují svaly přední a postranní břišní stěny a měkké části bederní oblasti a mobilisuje se bederní páteř. Nedochází-li k uvolněnímu protažení a zkrácení uvedených svalových skupin (např. při jejich ochabnutí nebo naopak při zvýšeném napětí a zkrácení) nejsou omezeny pouze dechové pohyby, ale mizí i fyziologická mobilisace páteře. Často dochází i ke změnám v postavení, protože svaly, které udržují páteř aktivně v protažení, neplní svou funkci.

Při omezeném hrudním dýchání vidíme analogickou situaci. Mizí fyziologická pružnost svalů hrudníku a zad i malé pohyby mezi jednotlivými obratli a mezi páteří a žebry.

Někdy bývá v různém stupni omezeno jak brániční, tak hrudní dýchání. Hrudník se málo rozvíjí, pohyb žeber je minimální. Při vdechu se hrudník zvedá jako celek a klesá en bloc. Dochází k přetížení a hypertrofii svalů šíje a krční páteře, protože tyto svaly napomáhají zdvihu celého hrudníku. Pacienti velmi špatně hyperaktivní svaly relaxují a trpí často bolestmi hlavy. U krční páteře nacházíme omezenou hybnost, ale použití manipulačních technik nezabrání recidivám potíží. Podle našich zkušeností se nepodaří zrelaxovat přetížené svaly a uvolnit krční páteř, dokud nezměníme způsob dýchání.

Vidíme, že omezené dýchací pohyby mohou vést k disharmonii v hybnosti páteře a také k vertebrogenním potížím. U těchto pacientů máme dobré výsledky s reedukací dýchání.

Reedukaci dýchání provádíme nejprve v odlehčených polohách. V lehu na zádech nacvičujeme brániční a hrudní dýchání, jak je popisují Máček, Vávra, Štefanová.

Dále nacvičujeme dýchání, které je zaměřeno na zlepšení hybnosti kloubů páteře a aktivaci svalů páteře. Provádíme je v poloze vlehu na břicho, kdy přední stěna trupu je fixovaná a dýchání na zadní straně trupu je výraznější.

Nacvičujeme brániční dýchání. Pokladáme ruku pacientovi na křížovou kost, pak na bederní páteř a říkáme mu, aby si představil, že vdechuje do míst pod instruktorovu dlaň a uvolnil svaly v místech, kde je instruktorova ruka. Správný dech poznáme podle toho, že se uvolněně rozšíří trup a páteř se zdvihne. Pokud pacient svaly v některých místech neuvolnil, provádíme v tom-

to místě vibrací, abychom mu relaxaci usnadnili. Při výdechu naznačujeme stah svalů pohybem prstů na kůži a pacient se snaží svaly kontrahovat. Zaměříme se zvláště na oblast páteře, abychom zapojili do funkce i hlubokou vrstvu svalů páteře.

V hrudní oblasti sledujeme při dýchání rozšíření hrudníku a zdvih páteře. V místě, kde pohyby vážnou, se na ně lokalizovaně zaměříme. Cvičíme dolní a střední hrudní dýchání.

Předpokládáme, že se při tomto mechanismu dýchání uvolňují a aktivují:

1. Svaly systému sakrospinálního (m. longissimus probíhá od kosti křížové podél páteře a upíná se na odstup příčných výběžků a na žebra a m. iliocostalis, který se upíná postupně na úhly všech žeber a kostotransversální výběžky dolních krčních obratlů.

2. Svaly systému transversospinálního (m. multifidus začíná opět na kosti křížové, od příčných výběžků obratlů bederních, hrudních, krčních a po přeskocení několika obratlů se svalové snopce upínají na trny obratlů kraniálních).

3. Svaly, které jsou zahrnuty do systému krátkých svalů zádových (mm. interspinales, mm. transversarii), které jsou důležité pro statickou extenzi obratlů a drobné pohyby páteře.

Nacvičujeme tedy v odlehčených polohách koordinaci při dýchacích pohybech tak, jak ji bude pacient potřebovat při vzpřímeném postavení páteře.

I když Campbell elektromyograficky zjistil, že se zádové svaly aktivují hlavně při vdechu, naše zkušenosti z praxe ukazují, že se paravertebrální a hluboké svaly páteře aktivují i při výdechu.

Vidíme, že jsou úseky páteře, kde pacient neumí při dýchání svaly uvolnit a současně jiné úseky, kde neumí svaly aktivovat. Je třeba obnovit koordinaci dechových pohybů tak, aby se pohyb páteře při dýchání harmonisoval.

Závěr

Uvedli jsme jednu z příčin, která podle našich zkušeností může vést k disharmonii ve funkci páteře a může být zdrojem vertebrogenních potíží. Je to porucha v mechanice dýchání. Proto u pacientů vyšetřujeme nejen hybnost páteře, ale hodnotíme také způsob dýchání a u vhodných pacientů provádíme reedukaci dýchání jako součást funkční léčby.

LITERATURA

1. OBRDA, K. — KARPÍŠEK, J.: Rehabilitace nervově nemocných. Praha, St. zdrav. nakl. 1960.
2. JANDA, V. — LEWIT, K.: Léčebná těl. výchova u nemocných s vertebrogenními poruchami. Rehabilitácia IV. Supl. 2, 1971.
3. LEWIT, K.: Manipulační léčba v rámci reflexní terapie. Avicenum 1960.
4. MÁČEK, M. — VÁVRA, J. — ŠTEFANOVÁ, J.: Léčebná tělesná výchova v pediatrii. Praha 1975.
5. BERÁNKOVÁ, M. KOPERNICKÝ, D.: Použití dechových cvičení v neurologii. Přednáška na celost. konferenci v K. Varech 1970.
6. PAROW, J.: Funktionelle Atmungstherapie. Stuttgart, Georg Thieme Verlag 1972.

A. TESAŘOVÁ / REEDUKACE DÝCHÁNÍ JAKO PRVEK V LÉČBĚ VERTEBROGENNÍCH ONEMOCNĚNÍ

- LITOMERICKÝ, Š. — LITOMERICKÁ, M.: Reeducácia dýchania pri chronických ochoreniach dýchacieho systému. Rehabilitácie VI, supl. 6, 1973.
- TESAŘOVÁ, A.: Diagnostika poruch hybnosti páteře aspekci pohybů při dýchání. Rehabilitácia, II. LL-18, 1969.
- FLEISCHAMNN, J. — LINC, R.: Anatomie člověka. Praha, St. pedagog. nakl. 1964.
- MAC CONNAILL, M. A. — BASMAJIAN, J. V.: Muscles and Movements The Williams and Wilkins Company, Baltimore 1969.

Adresa autorky: A. T. Rehabilitační odd. FN II., Ke Karlovu 2,
120 00 Praha 2

A. Tesařová
РЕЭДУКАЦИЯ ДЫХАНИЯ КАК ОДИН ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ
ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Резюме

Вертеброгенные болезненные затруднения могут иметь много причин. Одной из них является расстройство механики дыхания.

Дыхательные движения непрерывно стимулируют мышцы всего туловища к деятельности — т. е. и паравертебральные и глубокие мышцы позвоночника и мобилизируют позвоночник при ровном дыхании.

Расстройство в дыхательных движениях может вызвать ограничение и даже потерю подвижности некоторых участков позвоночника, компрессию позвоночника и болезненные ощущения. Поэтому у больных, у которых обнаружено это расстройство, тренируем дыхательные движения с установкой на улучшение подвижности суставов позвоночника и активизацию мышц позвоночника.

Тренируем также координацию в разгруженных положениях при дыхательных движениях, которая потребуется больному в выпрямленном положении.

A. Tesařová
ATMUNGSREEDUKATION ALS BEHANDLUNGSELEMENT VON
VERTEBROGENEN ERKRANKUNGEN

Zusammenfassung

Schmerzhafte vertebrogene Beschwerden können vielerlei Ursachen haben. Eine dieser Ursachen stellt die Störung des Atmungsmechanismus dar.

Die Atembewegungen regen die Muskeln des gesamten Rumpfes unaufhörlich zur Tätigkeit an, einschließlich der paravertebralen und der tiefliegenden Muskeln des Rückgrats, und mobilisieren dadurch bei ausgewogener Atmung das Rückgrat.

Eine Störung der Atembewegungen kann zur Einschränkung und sogar zum Verlust der Beweglichkeit gewisser Abschnitte des Rückgrats, zu Kompressionen des Rückgrats und zu schmerzhaften Beschwerden führen. Deswegen werden Patienten, bei denen derartige Störungen festgestellt wurden, zu Atemübungen angeleitet, um damit die Beweglichkeit der Rückgratgelenke zu vergrößern und die Rückgratmuskulatur zu aktivieren.

Auch in gelockerten Lagen wird die Koordinierung der Atembewegungen in solcher Form geübt, wie sie der Patient auch bei aufrechter Stellung brauchen wird.

A. TESAŘOVÁ / REEDUKACE DÝCHÁNÍ JAKO PRVEK V LÉČBĚ VERTEBROGENNÍCH ONEMOCNĚNÍ

A. Tesařová
REEDUCATION OF BREATHING AS AN ELEMENT OF
THE THERAPY IN VERTEBROGENIC DISEASES

Summary

Vertebrogenic pains may have many origins. One of them is the disturbance of the mechanics of breathing. Breathing movements constantly stimulate the muscles of the whole trunk to activity, and therefore also the paravertebral and deep muscles of the spine and this mobilize in balanced breathing of the spine.

Disturbance in the breathing movement may bring about a restriction and even a loss of mobility of some parts of the spine, compression of the spine and pains. Therefore breathing exercises for the improvement of the mobility of joints and the spine and the activation on the spinal muscles are applied in patients in which this disturbance was found.

Coordination is being trained in eased positions in breathing movements in such a way as the patient will need in the upright position.

A. Tesařová
LA RÉÉDUCATION DE LA RESPIRATION COMME ÉLÉMENT
DANS LA THÉRAPIE DES MALADIES VERTÉBRALES

Résumé

Les affections douloureuses des vertèbres peuvent provenir de causes multiples. Le trouble de la mécanique respiratoire est l'une de celles-ci.

Les mouvements respiratoires stimulent dans ce sens à l'activité les muscles du tronc entier — les muscles paravertébraux et les muscles profonds de la colonne vertébrale — par une respiration équilibrée ils mobilisent la colonne vertébrale.

Les troubles dans les mouvements respiratoires peuvent provoquer la réduction et même la perte de mobilité de certains vertèbres, la compression de la colonne vertébrale et les troubles douloureux. Chez les patients, où ce trouble fut constaté, on effectue des mouvements respiratoires orientés vers l'amélioration de la mobilité des articulations de la colonne vertébrale par l'activation des muscles.

On fait des exercices même dans les positions allégées de coordination des mouvements respiratoires de la façon dont le patient en aura besoin dans la position debout.

L. F. SQUIRE
ÜBUNGEN IN RADIOLOGISCHER DIAGNOSTIK: BAND X: HARN-
TRAKT

Cvičenia v rádiologickej diagnostike. Zväzok X: Močový trakt
Vydal Georg Thieme-Verlag, Stuttgart 1979. 103 strán, 96 obráz-
kov. Cena DM 29,—. ISBN 3-135694-01-1

Ako desiaty zväzok edície „Cvičenia v rádiologickej diagnostike“ vychádza vo vydavateľstve Georg Thieme Verlag v Stuttgarte publikácia a atlas venovaný röntgenológii močového traktu. Publikáciu zostavil Anthony Walsh a James G. Mc-

Nulty z Dublinu v Írsku. Dôstojným spôsobom sa zaraďuje medzi ostatné zväzky tejto vynikajúcej edície. Nemecký preklad vyhotovili dr. Gertruda a prof. Gerhard Gollmann z Linzu.

Podobne ako predchádzajúce zväzky aj

tento prináša jednotlivé klinické prípady röntgenologicky dokumentované s cieľom zabezpečiť aktívnu účasť činiteľa na klinickej diagnostike príslušných prípadov. Tento spôsob kombinovať klinické fakty a príslušnú dokumentáciu s aktívnym myslením toho, kto študuje daný prípad, je veľmi vhodný, predovšetkým pre tých, ktorí sa zaoberajú röntgenológiou v rámci svojho odboru. Jednotlivé zväzky edície Cvičenia v rádiologickej diagnostike majú svoje ohraničené tematicky. Tak aj posled-

ný zväzok je ohraničený ochoreniami močového traktu.

Celý zväzok, práve tak ako celá zbierka, má vysokú pedagogickú hodnotu, má však taktiež vysokú medicínsku hodnotu, pretože práve výber jednotlivých prípadov cielene poukazuje na závažné otázky príslušnej klinickej problematiky s poukazom na röntgenologický základ diagnostiky v klinike jednotlivých postihnutí.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

G. JENTSCHURA, H. -W. JANZ
BESCHÄFTIGUNGSTHERAPIE, BD. 1 UND 2.

Liečba zamestnaním, zv. 1. a 2.

Vydal Georg Thieme-Verlag, Stuttgart 1979, 3. prepracované a doplnené vydanie. Zv. 1. 350 strán, 70 obrázkov, 18 tabuliek. Cena DM 28,80. ISBN 3-13-5722-03-1. Zv. 2. 238 strán, 14 obrázkov, 2 tabuľky. Cena DM 22,80. ISBN 3-13-5723-03-8

Druhé vydanie Jentschurovej Liečby zamestnaním vyšlo v roku 1974, malo iba jeden zväzok a celkom 276 strán. Tretie prepracované a doplnené vydanie vychádza roku 1979, skladá sa z dvoch zväzkov a rozšírilo sa takmer dvojnásobne. Táto skutočnosť sama hovorí o tom, aký vývoj prekonala metóda liečby zamestnaním, resp. liečby prácou v uplynulých piatich rokoch, takže bolo potrebné pristúpiť ku kompletnému prepracovaniu celej matérie a novému spracovaniu niektorých otázok liečby prácou.

Prvý zväzok publikácie sa zaoberá predovšetkým základmi funkčnej liečby zamestnaním a touto metódou v oblasti ortopedie, neurológie, tuberkulózy a geriatrickej. Venuje pozornosť aj otázkam pracovnej rehabilitácie a rozoberá problematiku techník v oblasti liečby zamestnaním. Druhý zväzok potom v jednotlivých kapitolách opisuje problematiku liečby zamestnaním v širokej oblasti súčasnej psychiatrie, s prihliadnutím na detskú psychiatriu. Ďalšie kapitoly sa zaoberajú úlohami a možnosťami liečby zamestnaním v pediatrii, otázkami pedagogických aspektov tejto liečebnej metódy a problematikou začlenenia prvkov liečby zamestnaním do komplexu správania chronicky chorých ľudí.

Oproti druhému vydaniu tejto pozoruhod-

nej monografie, venovanej takej významnej problematike akou je liečba zamestnaním, sú teda doplnené, resp. novospracované kapitoly o liečbe zamestnaním v neurológii a pediatrii, prepracované sú kapitoly venované oblasti psychiatrie a niekoľko ďalších kapitol, ako je kapitola venovaná pedagogickým otázkam a otázkam využitia voľného času. Nová koncepcia monografie viedla teda nielen k rozšíreniu, ale aj k rozdeleniu do dvoch zväzkov. Toto rozdelenie je šťastným činom, pretože uľahčuje orientáciu a prehľadnosť, aj keď rozsah spracovanej látky sa neočakávane rozrástol.

Jentschurova a Jentzova publikácia je uvedená na súčasný stav znalostí a poukazuje v jednotlivých kapitolách na moderné aspekty tejto formy terapie, ktorá v modernej rehabilitačnej medicíne získava stále väčšie a väčšie uplatnenie.

Zdôraznenie najmä funkčnosti tejto metódy je iste iba logickým dôsledkom myslenia celého radu autorov jednotlivých kapitol. A vcelku predovšetkým zásluhou zostavovateľov publikácie je skutočnosť, že sa nezabúda v celej koncepcii tejto monografie na to, že liečba zamestnaním je súčasťou širokého komplexu klinických rehabilitačných, psychologických a pedagogických opatrení v záujme chorého.

Dr. M. Palát, Bratislava

PODMÍNKY DOBRÉ METODY PRO HODNOCENÍ NEMOCNÝCH TRPÍCÍCH KOXARTRÓZOU

A. TICHÝ, J. KYSELA, Š. LÍŠKA, P. ŠKODÁČEK

Výskumný ústav balneologický, Mariánské Lázně

Ředitel: MUDr. J. Benda, CSc.

Čs. státní lázně, Lázně Bělohrad

Ředitel: MUDr. S. Bažant

Čs. štátné kúpele, Trenčianske Teplice

Riaditeľ: MUDr. I. Horňáček

Čs. štátné kúpele, Piešťany

Riaditeľ: MUDr. E. Scholz

Souhrn: Autoři shrnují různé práce, které se zabývají problémem podmínek, které mají splnit metody navrhované pro hodnocení stavu nemocných trpících koxartrózou a pro hodnocení výsledků léčby u těchto nemocných. Body uváděné v literatuře doplňují o několik dalších bodů, jež vyplynuly z jejich vlastní zkušenosti. Na příkladu vyšetření 681 nemocných trpících koxartrózou, metodou Králíka V. a kol. na začátku a konci léčby, bylo poukázáno na některé nevýhody této metody, pro které autoři nedoporučují tuto metodu ke všeobecnému používání.

Klíčová slova: koxartróza — hodnocení funkčního stavu — výsledky léčby

V posledních letech se stále častěji ozývá přání sjednotit metody používané pro hodnocení stavu nemocných trpících koxartrózou, případně nemocí kyčelního kloubu, a pro hodnocení výsledků léčby u těchto nemocných. Současně se zdůrazňuje obtížnost tohoto úkolu (Pavlanský, Tauchmannová a kol., Tichý).

Některé práce se zabývají přímo otázkou, jak by měly navrhované metody vypadat, jaké podmínky by měly splňovat, aby se mohly v praxi široce uplatnit (Benda, Seyfarth). Jindy se setkáváme s těmito otázkami v rámci rozsáhlejších prací, kde úvahy o vhodných testech jsou okrajovou záležitostí (Balzar, Gade, Gershumí, Gillis, Gurev, Láb, Larson, Rocher a Rigaud, Salter, Tichý a Kysela).

Pokusili jsme se shrnout všechny výše uvedené práce do přehledu a tento přehled doplnit o vlastní zkušenosti získané testováním nemocných trpících koxartrózou, kteří se podrobili pro své onemocnění lázeňské léčbě v našich ústavech.

Podmínky, které by měly splňovat metody hodnocení nemocných trpících koxartrózou

Metoda:

1. Musí být jednoduchá, aby každý testující se ji mohl rychle naučit.
2. Musí být navržena jednoduchá, přehledná metoda záznamu.
3. Musí být logicky naplánovaná, aby každý se v ní mohl rychle orientovat.
4. Musí být proveditelná v čase, který je pro pracoviště únosný, musí být ekonomicky únosná.
5. Musí umožnit hodnocení nemocného s ohledem na onemocnění kyčelního kloubu, musí být co nejvíce specifická pro nemoc kyčle.
6. Má být dostatečně citlivá, aby byla schopna zachytit i menší změny stavu nemocného kyčelního kloubu.
7. Musí být přesně určena výchozí nulová hodnota.
8. Musí být přesně určen způsob provádění vyšetření.
9. Formulace musí být jasná, musí být vyloučena možnost omylů.
10. Musí být vyloučena možnost duplicity záznamů.
11. Mohou být navrhovány jen jednoduché, všeobecně dostupné pomůcky vyšetření.
12. Získané údaje mají být nezávislé na osobě vyšetřujícího.
13. Jednotlivé medicínské parametry musí být lehce kodovatelné, aby výsledky mohly být strojově zpracovány.
14. Musí být bezpečná pro vyšetřovaného, zvláště musí být vyloučena možnost úrazů.
15. Metoda by měla být použitelná pro jakoukoli věkovou skupinu a jakkoli závažné postižení kyčelního kloubu.
16. Musí být navržen způsob celkového hodnocení stavu nemocného.
17. Musí umožnit dostatečně rychlé srovnání s dřívějšími nálezy, a tím dovolit rychlé, přesné zhodnocení výsledků léčby.
18. Musí být navržen způsob celkového hodnocení změny stavu nemocného, celkového hodnocení výsledků léčby.

Ideální by bylo, aby tyto metody byly nezávislé na vůli nemocného. Zatím však mnoho takových metod nemáme, kromě vyšetření rentgenového, některých laboratorních a některých elektrodiagnostických metod, o nichž se však nedá tvrdit ani že jsou jednoduché, ani že jsou snadno dostupné.

Vlastní zkušenosti

Autoři své výše uvedené názory i další závěry opírají o zkušenosti získané metodou Králíka a kolektivu při hodnocení nemocných trpících koxartrózou. Tato metoda totiž byla navržena jako povinná metoda pro provádění výzkumu, který se týkal výsledků lázeňské léčby nemocných trpících koxartrózou. Zavedení této jediné metody totiž zaručovalo dostatečně přesné hodnocení výsledků léčby a hlavně srovnatelnost výsledků docílených v jednotlivých od sebe vzdálených lázeňských místech.

Materiál a metoda

Autoři metodou podle Králíka a kol. vyhodnotili dospělé nemocné obojího pohlaví trpící koxartrózou, různých věkových skupin, všech čtyř stadií nemoci hodnocených podle Kellgrena a Lawrence. Nemocné hodnotili touto metodou na začátku a konci léčby při 681 pobytech nemocných v lázeňských zařízeních.

Metoda podle Králíka a kol. zakotvená ve vložce do chorobopisu, je rozdělena na hlavičku, vybrané anamnestické údaje, hodnocení rtg. snímku, laboratorní vyšetření, hodnocení bolesti, goniometrické vyšetření, vyšetření funkce, jiná další měření, hodnocení výsledků léčby, použitý způsob terapie.

Jako přílohy vložky do chorobopisu byly vypracovány pokyny pro vyplňování vložky, podmínky zařazení nemocného do sledované skupiny a způsob hodnocení výsledků léčby.

Metodu podle Králíka a kol. jsme nejen používali pro svou práci, ale v řadě pokusů jsme se snažili ověřit si i reprodukovatelnost různých navržených dílčích bodů.

V tomto pojednání se zmíníme o nevýhodách této metody, jak jsme se s nimi setkali při každodenní práci. Metoda připravovaná větším kolektivem s velkou pečlivostí byla vypracována — vzhledem k době svého vzniku — velmi dobře. Měla odpovídat všem tehdy známým podmínkám dobré metody. A vskutku ještě dnes splňuje všechny námi výše uvedené body kromě tří. Dle našeho názoru metoda je pro normální pracoviště příliš pracná, časově náročná, některé získané výsledky jsou do jisté míry závislé na osobě vyšetřujícího, není zcela vyloučena možnost úrazu nemocného při provádění některých složitějších funkčních testů.

Jeden z nás (T. A.) zkoušel, jak se shodnou dva neb tři testující, dobře obeznámení s touto metodou, při současném hodnocení určitého výkonu. Pokus byl uspořádán tak, že v tělocvičně nemocný provedl určitý výkon — na příklad přešel tělocvičnu — a testující umístění v různých rozích tělocvičny tento výkon hodnotili. Po otestování určité skupiny nemocných byly porovnány výsledky a zjištěny průměrné odchylky mezi testujícími. Dále byly testy srovnány podle obtížnosti provedení. Při testování nemocných byla použita metoda navržená Sifajem a Žitňanovou pro testování nemocných trpících nemocemi dolních končetin, jak to vyžaduje vložka.

U skupiny deseti nemocných byli tímto způsobem třemi testujícími hodnoceni nemocní den po příchodu na léčení a pak dva dny před odchodem z léčení. Byl zjištěn souhlas hodnocení mezi testujícími a zjištěny teoretické výsledky při případném střídání testujících.

Výsledky

Velkou nevýhodou metody podle Králíka a kol. je její časová náročnost. Metoda v konečné úpravě obsahuje 93 bodů z nichž 45 se hodnotí na začátku a konci léčby. Pro tuto časovou náročnost některá pracoviště, která používání této metody zavedla, od jejího používání později opět ustoupila.

Určitou nevýhodou je, že při provádění různých testů nelze zcela vyloučit možnost úrazů. To se týká zvláště těžce pohyblivých nemocných výšších stadií nemoci. Tak jsme zažili drobné úrazy při pokusech nemocných sednout si na nízkou stoličku přesto, že byla učiněna opatření, aby při případných nezdarech se nemocní mohli chytit pevných předmětů. Stejně i test rychlé chůze po schodech — hlavně fáze chůze se schodů — je spojen s určitým rizikem, jak jsme se o tom přesvědčili. U jedné těžce pohyblivé nemocné, při snaze rychle sejít se schodů, jeden z nás zažil pád, který na štěstí byl zachycen přítomnými pracovníky ústavu.

Jeden z nás (T. A.) v několika sériích pokusů, kdy jeden výkon současně posuzovali dva neb tři hodnotitelé, se přesvědčil, že testující nejsou schopni určitý výkon shodně ohodnotit, i když hodnoty jsou v naprosté většine při padů velmi blízké.

Při třech testujících a třiceti testovaných nemocných jsme zjistili nápadnou shodu při hodnocení chůze a sedání na stoličku a vstávání ze stoličky. Nápadnou neshodu jsme zjistili při posuzování zvedání předmětu ze země v předklonu. Při srovnání odchylek — vždy mezi dvěma testujícími — jsme dostali tyto průměry.

Průměrná odchylka při hodnocení

1. chůze se schodů	6,6
2. sedu na stoličku	7,4
3. vstávání ze stoličky	7,8
4. chůze po rovině	7,9
5. chůze do schodů	8,4
6. obouvání se vsedě	8,4
7. provedení dřepu	10,3
8. sedání na židli	11,9
9. vstávání ze židle	12,2
10. zvedání předmětu v předklonu	14,4

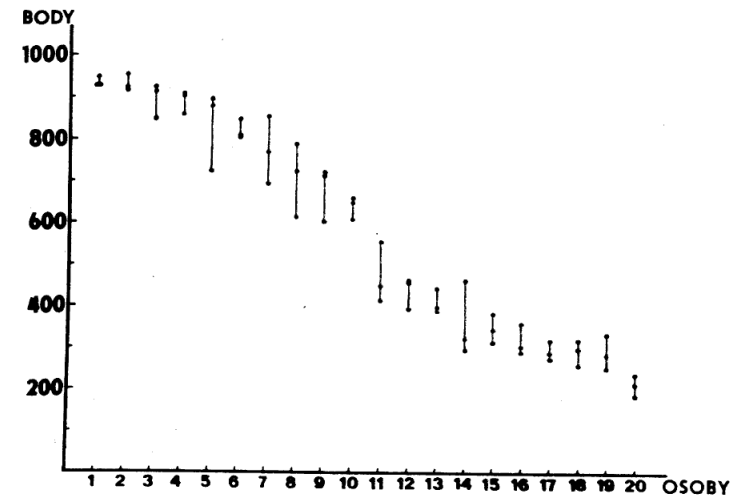
Průměrné odchylky jsou udány v bodech stobodové stupnice podle Sitaje a Žitňanové, neboli jak autoři práce udávají, v procentech, kde normální výkon zdravého člověka je hodnocen jako stoprocentní.

Stejným způsobem podle stejné stupnice jsme také zjišťovali, který výkon je pro nemocného nejsnáze a který nejtíže proveditelný. Dostali jsme toto pořadí od výkonů nejtěžších k výkonům nejsnáze proveditelným.

Obtížnost testu pro nemocné trpící koxatrózou

1. dřep	43,2
2. vstát ze stoličky	46,7
3. sed na stoličku	48,2
4. obout se vsedě	49,0
5. chůze do schodů	57,6
6. chůze se schodů	60,0
7. chůze po rovině	62,7
8. sed na židli	63,5
9. vstát ze židle	64,3
10. zvednout předmět v předklonu	66,8

Při testování jsme zažili zajímavou příhodu, která dobře charakterizuje tuto metodu. Tři testující hodnotili chůzi nemocné Bo takto: A — 45, B — 50, C — 50. Při kontrole za hodinu tutéž nemocnou Bo hodnotili takto: A — 20, B — 20, C — 25. Při pátrání po příčině se zjistilo, že mezi prvním a brzy následujícím druhým testováním došlo u nemocné k úrazu, který výrazně zhoršil její chůzi a všichni tři testující to prakticky shodně ohodnotili.



Graf 1. Test Sitaj—Žitňanová (3 hodnotící u 20 osob)

Pozornost jsme věnovali i reprodukovatelnosti indexu funkční kapacity pro dolní končetinu dle Sitaje a Žitňanové. I zde jsme postupovali výše uvedenou metodou současného hodnocení nemocného více hodnotiteli. Výsledky získané třemi hodnotiteli při současném hodnocení dvaceti nemocných jsou zachyceny na grafu 1. Výsledky jsou uvedeny na svislicích, kde každá svislice představuje jednoho nemocného a na svislici uvedené tři body představují hodnoty naměřené hodnotiteli.

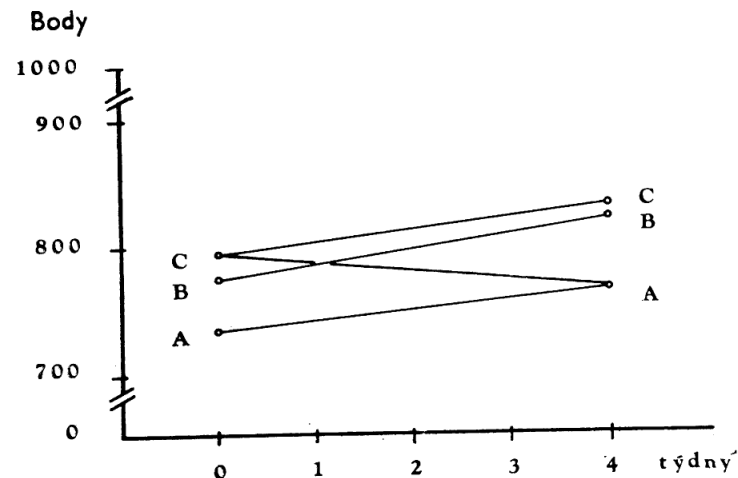
Výsledky získané v tomto pokusu ukázaly, že hodnoty získané u různě těžce postižených nemocných tvoří určité pásmo, v němž rozdíl mezi testujícími jsou jednou větší, jindy menší, nikdy ne však tak veliké, aby výrazně vybočily z daného pásma.

Když hodnotili při začátku a konci léčby touto metodou tři testující současně deset nemocných, pak — srovnáme-li dvojice testujících — zjišťujeme, že ve 26 případech (86,7 %), byly výsledky — zlepšen, nezlepšen, zhoršen — shodné, ve čtyřech případech (13,3 %) se nepatrně lišily.

Kdyby u stejného souboru nemocných došlo na konci léčby k vystřídání testujících, takže testující A by hodnotil nemocné testovaná na počátku léčby testujícím B nebo C a opačně, pak shodné výsledky by byly docíleny jen u 45 případů (75 %), rozdílné u 15 případů (25 %).

Jako příklad bych uvedl testování nemocného dr. H. Na začátku léčby naměřili testující tyto hodnoty — A — 735, B — 775, C — 795 bodů. Na konci léčby naměřili — A — 765, B — 820, C — 830 bodů.

Je jasné, že všichni hodnotili stav jako zlepšený — A o 30 bodů (3 %), B o 45 bodů (4,5 %), C o 35 bodů (3,5 %). Výsledky jsou shodné — s ohledem na hodnocení zlepšení — a jsou si dosti blízké s ohledem na přírůstek bodů. Kdyby však hodnotil nemocného na začátku léčby testující C a na konci testující A, zjistili bychom nesprávně zhoršení o 30 bodů.



Graf 2. Hodnocení nemocného třemi hodnotiteli

Diskuse

Problémům hodnocení stavu nemocných trpících koxartrózou a problémům hodnocení výsledků léčby u tohoto onemocnění bylo věnováno již mnoho prací u nás i ve světě. Bylo navrženo mnoho metod, z nichž žádná se neujala všeobecně. Četná z těchto metod, byly kritizovány, a proto byly navrženy metody nové. Je nutno zdůraznit, že některé metody byly kritizovány a zavrženy, aniž byl podán přesvědčivý důkaz o tom, že nejsou pro řešení tohoto úkolu vhodné.

Při úvahách některých autorů, jak by měla vypadat dokonalá metoda, někteří zdůraznily jedny podmínky, jiní jiné. Autoři tohoto článku provedli proto souhrn těchto podmínek uvedených v dostupné literatuře a přidali podmínky další, které vplynuly z jejich práce.

Pod zorným úhlem těchto podmínek podrobili kritice metodu navrženou Králíkem a kol., která v době svého vzniku byla považována — snad právem — za nejlepší, a proto byla navržena jako povinná pro řešení některých úkolů. V dnešní době však tato metoda již neodpovídá přísným požadavkům kladebným na kvalitní metodu hodnocení. Pokus V. Králíka a kolektivu dokazuje jen obtížnost úkolu — vypracovat dobrou metodu pro hodnocení nemocných trpících koxartrózou. Zde je nutno zdůraznit, že je bezpodmínečně nutné, aby metoda splňovala naprosto všechny výše uvedené podmínky. Stačí nesplnění jediné podmínky, aby metoda byla právem odmítnuta. Nic není platné, že dokonale splňuje všechny podmínky další.

Je otázka, jaké metody by měly být vybrány. Metody přesně vyjádřitelné v sekundách, metrech a podobně — jako na příklad rychlost chůze na určitou vzdálenost — jsou často málo specifické pro nemoci kyčelního kloubu. Nejspecifičtější je podrobné goniometrické vyšetření obou kyčelních kloubů s případným převedením na body indexu hybnosti podle Gadea nebo podle Rochera. Ovšem nepřesnost této metody je všeobecně známá. Tak Milch nechal hodnotit deseti hodnotitelům kostěnou ankylózu v kyčelním kloubu vzniklou

po tbc zánětu. Někteří hodnotitelé měli dojem, že v kyčli je zachována pohyblivost a naměřili při flexi až několik desítek stupňů.

Někteří autoři se snažili zvýšit reprodukovatelnost různých testů tím, že zredukovali počet bodů hodnocení. Tak na příklad Danielsson navrhuje pro hodnocení kulhání při chůzi jen dva body — kulhá, nekulhá —. Totéž navrhuje i pro hodnocení startovní bolesti — bolí, nebolí —. Ovšem, zda takováto redukce bodů je výhodná, lze jen těžko říci. Jedno je jisté, že redukcí počtu bodů negativním, důležitým pro naše závěry. Přitom víme, že bodů pozitivních, do situace, kdy by bylo nutno metodu odmítnout právě pro malou citlivost.

V této práci se nemůžeme věnovat všem problémům. Věnovali jsme se jen těm, které byly důležité pro zhodnocení metody Králíka a kol. a sice jen bodům negativním, důležitým pro naše závěry. Přitom víme, že bodů pozitivních, které byly skutečným přínosem této metody v době jejího vzniku bylo podstatně více, jak je to konečně patrné z celé naší práce.

Závěr

Autoři shrnují různé práce, které se zabývají problémem podmínek, jež mají splnit metody navrhované pro hodnocení výsledků léčby u těchto nemocných. Body uváděné v literatuře doplňují o několik dalších bodů, jež vplynuly z vlastní zkušenosti.

Na příkladu vyšetření 681 nemocných trpících koxartrózou metodou Králíka V. a kol. na začátku a na konci léčby, bylo poukázáno na některé nevýhody této metody. Metoda je časově značně náročná, neboť obsahuje 93 bodů. Některé navržené testy jsou spojeny s nebezpečím úrazu. Shoda mezi třemi testujícími hodnotícími současně funkční schopnost nemocných nebyla v některých bodech absolutní a při změnách testujících by mohlo v určitém malém procentu dojít k mylnému hodnocení výsledků léčby. Pro tyto nevýhody nedoporučují autoři metodu k všeobecnému používání.

VLOŽKA PRO KOXATRÓZY

Touto stranu může vyplnit i někdo jiný nežli lékař.

- A. Jméno rodné — příjmení:
- Jméno osobní (křestní):
- B. Narodil dne:
- C. Bydliště (i okres a pošt. směr: číslo):
- D. Číslo chorobopisu:
- 1.—4. Evidenční číslo nemocného:
5. Rok lázeňské léčby (dále jen láz. léč.):
196. . . , 197. . .
6. Měsíc láz. léč.: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
7. Pohlaví: 1. muž, 2. žena
8. Věk: let

I. ANAMNÉZA

9. Pracovní zařazení při nástupu léčby: 1. pracující převážně vstojně, 2. pracující převážně vsedě, 3. částečně invalidní důchodce pro nemoc kyčle — ještě pracujete?

- ano — ne, 4. částečný invalidní důchodce pro jiné onemocnění, 5. úplný invalidní důchodce pro nemoc kyčle, 6. úplný invalidní důchodce pro jiné onemocnění, 7. starobní důchodce, 8. Žena v domácnosti, 9. ostatní [nezávislí umělci a podobně].
10. Začátek prvních obtíží před nástupem léčby — před lety.
 11. Začátek obtíží s funkčním omezením před lety.
 12. Pracovní neschopnost pro koxartrózu v posledních letech:
 - O. v posledních dvou letech nepracoval
 - 1. Koxartróza nemocného nevyřazovala z práce.
 - Koxartróza vyřadila nemocného z práce v posledních dvou letech
 - 2. na několik dní,
 - 4. několik měsíců,
 - 3. několik týdnů,
 - 5. více než rok.
 13. Nemocný byl lázeňsky léčen pro koxartrózu v těchto posledních pěti letech: 19- 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, Celkem byl pro koxartrózu lázeňsky léčen 1x, 2x, 3x, 4x, 5x, x
 14. Analgetický profil poslední tři měsíce před láz. léčbou:
 1. analgetika (dále jen analg.) neužívá,
 2. užívá jen perorálně při bolestech občas (do 6 dnů v měsíci),
 3. užívá perorálně častěji než 6 dnů v měsíci,
 4. užívá perorálně — případně injekčně — denně.
 15. Chůze s oporou — nošení hole, berlí —, Oporu:
 1. nepoužívá, nebyla nikdy doporučena (lékařem),
 2. nepoužívá, přesto, že byla lékařem doporučena,
 3. používá, poněvadž byla lékařem doporučena, ale obejde se bez ní,
 4. nosí jednu hůl neb předloketní berli, bez níž se neobejde,
 5. nosí dvě hole neb předloketní berle, bez nichž se neobejde,
 6. nosí dvě podpažní berle, kozičky a podobně.

Za správné vyplnění ručí lékař.

16. Dosavadní průběh nemoci: Nemoc se vyvíjela
 1. pomalu, nyní téměř bez zhoršování,
 2. pomalu, s trvalým mírným zhoršováním,
 3. zprvu rychle, nyní bez zhoršování,
 4. zprvu rychle, nyní jen s mírným zhoršováním,
 5. zprvu pomalu, v poslední době se prudce horší,
 6. od začátku probíhá prudce s trvalým zhoršováním,
 7. obtíže kolísají, v poslední době jsou značné.
17. Nemoci postihující dřívě kyčelní kloub (dále jen kyč. kl.):
 - O. nelze zjistiti ani vrozené, ani získané nemoci kyč. kl. ani úrazy.
 - Nemocný prodělal:
 1. vrozenou vadu kyčelního kloubu,
 2. překonal nemoci kyčelního kloubu, jaké
 3. utrpěl úraz kyčelního kloubu, jaký
 - 4.=1.+2., 5.=1.+3., 6.=2.+3., 7.=1.+2.+3.

II. OBJEKTIVNÍ VYŠETŘENÍ NEMOCNÉHO — VYŠETŘENÍ BOLESTI

- A. Lokalizace bolestí:
 - a. zevní strana boku — oblast velkého trochanteru,
 - b. tříselná, inguinální krajina,
 - c. oblast stehna a kolena,
 - d. křížová krajina.
- B. Hyperalgetické zóny:
 - a. nejsou vyznačeny,
 - b. vyznačeny mírně, středně, silně,
 - c. vyznačeny v rozsahu malém, středním, velkém,
 - d. po hyperalgetických zónách nebylo dosti podrobně pátráno.

III. RTG VYŠETŘENÍ — HODNOCENÍ KVALITNÍHO RTG SNÍMKU

Vpravo:

18. Stadium nemoci dle Kellgrena a Lawrence (Lenocha):

I	II	III	IV
---	----	-----	----

 Koxartrózu hodnotím jako primární a., sekundární b.
 Osteonekrózy nejsou přítomny a., jsou přítomny b.
19. Forma koxartrózy: 1. polární kranální, 2. polární distální, 3. centrální.
 Postižena je: a. jen hlavice kloubu, b. jen jamka kloubu, c. jak hlavice, tak i jamka kloubní.

Vlevo:

20. Stadium nemoci dle Kellgrena a Lawrence (Lenocha):

I	II	III	IV
---	----	-----	----

 Koxartrózu hodnotím jako primární a., sekundární b.
 Osteonekrózy nejsou přítomny a., jsou přítomny b.
21. Forma koxartrózy: 1. polární kranální, 2. polární distální, 3. centrální.
 Postižena je: a. jen hlavice kloubu, b. jen jamka kloubu, c. jak hlavice, tak i jamka kloubní.
22. Degenerativní změny na drobných kloubech rukou:
 - Noduli Heberdeni: O. nejsou patrné, 1. jsou naznačeny, 2. jsou výrazně vyznačeny.
 - Noduli Bouchardi: a. nejsou patrné, b. jsou naznačeny, c. jsou výrazně vyznačeny.

Za správné vyplnění ručí lékař.

IV. LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

23. Sedimentace erytrocytů — FW — :
 Hodnota při nástupu léčby za 1 a 2 hod.:
 (Případné hodnoty při ukončení léčby):
- V. INDEX BOLESTI, SPOTŘEBA ANALGETIK
 Podle Guštafika a Weiszera hodnotíme bolest takto:
 - O. nebolestivost, 1. citlivost, nepatrná bolest, 2. bolest, jasná bolest, 3. silná bolest, 4. nesnesitelná (těžce snesitelná) bolest.
 - Škála pro bod 29: O. nebolestivost, 1. bolí jen vnitřní rotace, 2. bolí i zevní rotace, 3. bolí i laterální dukce, 4. bolí i flexe, to jest všechny nejdůležitější pohyby. (Nevykonávat násilí!)

	Před léčbou	Po léčbě	Rozdíl
24. Klidová bolest			
25. Startovní bolest			
26. Chůze po rovině			
27. Chůze do schodů			
28. Chůze se schodů			
29. Bol. extrem. poloh			
30. Sumární index bolesti			

40. Rozdíl váhy před léčbou a po léčbě kg.
 41. Procento obezity podle Broca před léčbou
 xx. Procento obezity podle Broca po léčbě
 42. Rozdíl procenta obezity podle Broca před léč. a po léčbě
 43. Genua vara (nohy do O) — vzdálenost kolen v cm.
 Genua valga (nohy do X) — vzdálenost kotníku v cm
 44. Rozdíl obvodů na stehnech 10 cm nad horním okrajem
 česky — patelly — při oslabení svalstva na straně
 více postiženého kyčelního kloubu vpravo, vlevo.
 45. Zkrácení více postižené dolní končetiny vpravo, vlevo.
 46. a 47. Při flekční kontraktuře rozdíl podkolenní — podložka —
 [46.] Vpravo: Před léč.: Po léč.: Rozdíl:
 [47.] Vlevo: Před léč.: Po léč.: Rozdíl:

XX. Bolest při stání YY. Spánek není rušen bolestmi. ZZ. Spánek je rušen bolestmi.

IX. GONIOMETRIE KYČELNÍCH KLOUBŮ

Vyplňujte pouze hodnoty ve stupních — levou polovinu —. Další hodnoty vyplní statistik.

31. Spotřeba analgetik — rozdíl před léčbou a ke konci láz. léčby:
 O. analgetika dříve neužíval a nyní neužívá,
 1. analg. dříve užíval, nyní neužívá,
 2. analg. dříve užíval, nyní užívá v podstatně menší míře,
 3. analg. užívá ve stejném množství jako dříve, spotřeba se nemění,
 4. analg. pro větší obtíže, větší bolesti užívá více než dříve.

VII. HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ LÉČBY NEMOCNÝM

32. Výsledek léčby je hodnocen jako:
- | | |
|---|-----------|
| 1. výborný — pocit plného zdraví — | { + 100 % |
| 2. dobrý — značně zlepšen — | { + 75 % |
| 3. uspokojivý — zlepšen — spokojen — | { + 50 % |
| 4. málo uspokojivý — jen nepatrně zlepšen — | { + 25 % |
| 5. nezlepšen — nezměněn — | { 0 % |
| 6. mírně zhoršen | { - 25 % |
| 7. dosti zhoršen | { - 50 % |
| 8. značně zhoršen | { - 75 % |
| 9. zhoršen a hospitalizován | { - 100 % |
- O. nelze hodnotit.

VII. LÁZEŇSKÁ JEDNOTKA, DRUH BALNEOTERAPIE

Standarní balneoterapie číslo: I, II, III.
 Lázeňská jednotka — razítko ústavu — pokud nebylo dáno do pravého horního rohu na 1. stranu.

Tuto stranu může vyplnit i osoba pověřená lékařem k vyplnění, na příklad rehabilitační pracovník a podobně.

VIII. SOMATICKÉ VYŠETŘENÍ

- A. Výška nemocného v cm cm.
 B. Váha před léčbou kg, po léčbě kg.

Vpravo:	Hodnoty ve stupních.			Před léč.	Po léč.	Rozdíl
	Před léč.	Po léč.	Rozdíl			
48.—49. Flexe						
50. Extenze						
51. Abdukce						
52. Addukce						
53. Zev. rotace						
54. Vnitř. rot.						
Vlevo:	Hodnoty ve stupních.			Před. léč.	Po léč.	Rozdíl
	Před léč.	Po léč.	Rozdíl			
60.—61. Flexe						
62. Extenze						
63. Abdukce						
64. Addukce						
65. Zev. rotace						
66. Vnitř. rot.						

Body týkající se tohoto odstavce — goniometrie — uvedené na druhé straně nevyplňujte. Vyplní ji statistik!

Tuto stranu — testy praktické činnosti — může vyplnit i rehabilitační pracovník. Nevyplňujte také body 55 a 56, 57, 58 a 59, 67 a 68, 70 a 71. Tyto body vyplní statistik 55. a 56. Vpravo:

- Sumární zlepšení z bodů 48 až 54.
Před léč. Po léč. Rozdíl
57. Při zhoršení zaškrtněte, které pohyby se zhoršily:
Flexe, extenze, abdukce, addukce, zevní rotace, vnitřní rotace
58. a 59. O kolik bodů — celkem — se zhoršil rozsah pohybu v pravém kyčelním kloubu?
67. a 68. Vlevo:
Sumární zlepšení z bodů 60. až 66.
Před léč. Po léč. Rozdíl
69. Při zhoršení zaškrtněte, které pohyby se zhoršily:
Flexe, extenze, abdukce, addukce, zevní rotace, vnitřní rotace.
70. a 71. O kolik bodů — celkem — se zhoršil rozsah pohybu v levém kyčelním kloubu?

X. TESTY PRAKTICKÉ ČINNOSTI: TESTY PRO DOLNÍ KONČETINU podle Sitaje a Žitňanové. (Fysiat. Věstn. 36, 1958, 4: 218-224.)

	Před léčbou	Po léčbě	Rozdíl
72. Chůze po rovině			
73. Chůze do schodů			
74. Chůze se schodů			
75. Sednout na židli			
76. Vstát ze židle			
77. Sed na stoličku			
78. Vstát ze stoličky			
79. Zvednout předmět v předklonu			
80. Provést dřep			
81. Obout se vsedě			
82. a 83. Index funkční kapacity			

(100 = normální činnost, 75 = činnost provedená s malou námahou neb malým deficiencem, 50 = činnost provedená pomalu, s námahou, ale dostačuje, 25 = činnost silně omezená, provedená s velkou námahou, často s pomocí náhradních pohybů, 0 = činnost neproveditelná. Přechnodné hodnoty se zaznamenávají přidáním 5 neb násobku — k základní výše uvedené hodnotě.)

XI. JINÁ MĚŘENÍ A TRENDLENBURGOVO ZNAMENÍ

84. Doba chůze na 25 metrů. Měřeno v desetinách sekundy, hodnoceno v celých sekundách.
Před láz. léčbou sec., po léč. sec.
Rozdíl
85. Rozkroková intermalleolární vzdálenost — vleže — v cm. (Vzdálenost vnitřních kotníků při maximálním rozkroku vleže.)
Před léč. cm, po léč. cm, Rozdíl cm.
86. Thomayer modif. (Kolmice spuštěná ze špiček prstů natažených rukou na podlahu při maximálním předklonu v cm.)
Před. léč. cm, po léč. cm, Rozdíl cm.
87. Intermalleolární vzdálenost vzniklá vnitřní rotací v kyčelních kloubech vleže v cm. (Nemocný leží, flektuje kolena do úhlu 90°, drží u sebe kolena a vnitřní rotací v kyčlích maximálně oddaluje od sebe vnitřní kotníky nohou.)
Před léč. cm, po léč. cm. Rozdíl cm.
88. Interkondylická vzdálenost vleže vzniklá zevní rotací v kyčelních kloubech v cm. (Nemocný leží, flektuje kolena do úhlu 90°, drží u sebe vnitřní hrany chodidel, případně plošky chodidel a maximálně zevní rotací v kyčlích oddaluje od sebe kolena.)
Před léč. cm, po léč. cm, Rozdíl cm.
89. Ergometrická vyšetření.
Před léč. , po léč. , Rozdíl
90. Rychlost chůze do 10 schodů a zpět s otočkou na 10. schodu. Měřeno v desetinách sekundy, hodnoceno v sekundách.
Před léč. sec., po léč. sec. Rozdíl sec.
91. Trendelenburgova znamení (negat., naznač., posit.)
Vpravo
Před léč. , po léč. Rozdíl
Vlevo
Před léč. , po léč. Rozdíl

LITERATURA

- BALZER, M.: Měřitelnost tělesné zdatnosti na zdraví postiženého člověka. Acta Chir. orthop. Traum. čech. 36, 1969, 2: 65-71.
- BENDA, J.: Zásady výběru vyšetřovacích metod v lázeňství. Balneol. L. 4, 1976, 10: 145-148.
- DANIELSSON, L.: Incidence and prognosis of coxarthrosis. Acta Orthop. Scandinav. Suppl Nr. 66, 1964, s. 114.
- GADE, H.: A contribution to the surgical treatment of osteoarthritis of the hip — joint. Acta Chirurg. Scandinav. 95, 1947, Suppl. 120, s. 290.

5. GERSHUMI, D.: Clinical evaluation of the hip joint. Israel J. Med. Sci. 10, 1974, 6: 659-665.
6. GILLIS, L.: Diagnosis in orthopaedics. Butterworth, London, 1969, s. 312.
7. GUŘECV, V. N.: Dvustoronnij koksartroz i ego operativnoe lečenie. Valgus, Tallin, 1975, s. 275.
8. KELLGREN, J. — LAWRENCE, J.: Radiological assessment of osteoarthritis. Ann. rheum. Dis. 16, 1957, 4: 494-502.
9. KRÁLÍK, V. a kol.: Vložka pro koxartrózy. V závěrečné práci výzkumného úkolu II-17-4-01. Tichý a kol.: Sledování výsledků lázeňské léčby u koxartróz. Výzkumný ústav balneologický, Mariánské Lázně, 1975, s. 94.
10. LÁB, J.: Přehled vyšetřovacích metodik v rehabilitačním procesu. Praha, Výzkumný ústav sociálního zabezpečení 1971, s. 158.
11. LARSON, C.: Rating scale for hip disabilities. Clinical Orthopaedics and Related Research. 31, 1963, 8: 58-64.
12. MILCH, H.: The pelvifemoral angle of flexion and extension at the hip joint. Clinical Orthopaedics and Related Research. 31, 1963, 8: 58-64.
13. PAVELKA, K.: Několik poznámek k novým diagnostickým kritériím v revmatologii. Fysiat. Věstn. 46, 1968, 6: 357-362.
14. PAVLANSKÝ, R.: Náš příspěvek k otázce hodnocení operovaného kyčle. Acta Chir. orthop. čech. 42, 1975, 6: 540-548.
15. PFEIFFER, J.: Standardizace rehabilitačního vyšetření. Rehabilitácia 12, 1979, 2: 71-78.
16. RIESZ, E.: Die Untersuchung der Bewegungsorgane. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1973, s. 239.
17. ROCHER, CH. — RIGAUD, A.: Fonctions et bilan articulaires. Masson, Paris, 1956, s. 271.
18. SALTER, N.: Methods of measurement of muscle and joint function. J. Bone Jt. Surg. 37 B, 1955, 3: 474-491.
19. SCHRÖTER, G.: Funktionelle Beurteilung der degenerativen Gelenk- und Wirbelsäulenleiden im Hinblick auf Arbeit und Leistungsfähigkeit. Str. 179-190 v knize Thiele, H. a kol.: Methoden der Funktionsbeurteilung. Volk u. Gesundheit, Berlin, 1965, s. 216.
20. SEYFARTH, H.: Die Prinzipien der Neutral — Null — Durchgangsmethode. Beitr. Orthop. Traumatol. 21, 1974, 5: 276-285.
21. SÍTAJ, Š. — ZBOJANOVÁ, M. — ŽITŇANOVÁ, E.: Komplexná kúpeľná liečba koxartróz. Fysiat. Věstn. 41, 1963, 3: 129-140.
22. SÍTAJ, Š. — ŽITŇANOVÁ, E.: Príspevok k metodike funkčného hodnotenia pacientov s progresívnou artritídou. Fysiat. Věstn. 36, 1958, 4: 218-224.
23. TAUCHMANNOVÁ, H. — ZBOJANOVÁ, M. — TRNAVSKÝ, K.: Skúsenosti rehabilitačného oddelenia s vyhodnocovaním terapeutických pokusov v reumatológii. Rehabilitácia 11, 1978, 2: 99-105.
24. TICHÝ, A.: Metody hodnocení výsledků léčby nemocných trpících koxartrózou. Rehabilitácia 12, 1979, 1: 43-50.
25. TICHÝ, A. — KYSELA, J.: Klinické vyšetřování nemocného s onemocněním kyčelního kloubu. I. — IV. Balneol. L. 3, 1975, 2: 17-21, 3: 37-43, 5: 65-69, 8: 113-116.

Poděkování

Autoři děkují rehabilitačním pracovním svých ústavů za vydatnou pomoc při práci bez níž by nemohli některé dílčí práce provést.

Adresa autora: Dr. A. T., Výzkumný ústav balneologický, Ruská 123,
353 01 Mariánské Lázně

A. Тихий, Й. Кисела, Ш. Лишка, П. Шкодачек
УСЛОВИЯ ХОРОШЕГО МЕТОДА ОЦЕНКИ БОЛЬНЫХ,
СТРАДАЮЩИХ КОКСАРТРОЗОМ

Резюме

Авторы собрали различные труды, занимающиеся проблемой условий, которым должны удовлетворять методы, предлагаемые для оценки состояния больных, страдающих коксартрозом и для оценки результатов лечения. В литературе описываемые пункты они дополняют несколькими новыми пунктами, вытекающими из их собственного опыта.

На примере исследований путем метода Кралика с сотр. в начале и в конце лечения у 681 больного коксартрозом были показаны некоторые отрицательные стороны этого метода, вследствие которых авторы не рекомендуют этот метод для общего пользования.

A. Tichý, J. Kysela, Š. Liška, P. Škodáček
CONDITIONS FOR SUFTABLE METHODS FOR THE EVALUATION
OF PATIENTS WITH COXARTHROSIS

Summary

The authors summarize various papers which deal with the problem of conditions which are to support methods suggested for the evaluations of the state of patients with coxarthrosis, and for the evaluation of therapeutical result in these patients. Topics mentioned in literature are supplemented by items issuing from the authors' experiences.

On the example of examination, according to V. Kralik et al, of 681 patients with coxarthrosis at the beginning and after termination of treatment some disadvantages of this method are pointed out, and the grounds on which the authors do not recommend this method for general application.

A. Tichý, J. Kysela, Š. Liška, P. Škodáček
VORAUSSETZUNGEN FÜR GUTE METHODEN DER WERTUNG
VON KOXARTHROSE-PATIENTEN

Zusammenfassung

Die Autoren fassen die Ergebnisse mehrerer Untersuchungen zusammen, die sich mit dem Problem der Bedingungen befassen, die von für die Wertung des Zustands von Koxarthrose-Patienten sowie für die Wertung der Behandlungsergebnisse dieser Patienten vergeschlagenen Methoden erfüllt werden müssen. Dabei erweitern sie die in der Literatur angeführten Forderungen um einige weitere, die sich aus den von den Autoren durchgeführten Untersuchungen ergeben. Am Beispiel von Untersuchungen an einer Probe von 681 Patienten mit Koxarthrose, die mit Hilfe der Methode von Koll. V Králík durchgeführt worden waren, um den Zustand der Patienten zu Beginn und am Ende der Behandlung festzustellen, werden einige Mängel dieser Methode aufgezeigt derentwegen die Autoren diese Methode für den allgemeinen Gerbauch nicht empfehlen.

A. Tichý, J. Kysela, Š. Liška, P. Škodáček
LES CONDITIONS D'UNE BONNE MÉTHODE POUR
L'ÉVALUATION DES MALADES AFFECTÉS DE COXARTHROSE

Résumé

Les auteurs résumant divers travaux traitant le problème des conditions que doivent remplir les méthodes proposées pour l'évaluation de l'état de santé des malades affectés de coxarthrose et des résultats de traitement chez ces malades. Ils complètent les articles mentionnés dans la littérature par différents autres résultats de leurs propres expériences.

L'examen de 681 malades affectés de coxarthrose par la méthode de Králik V et coll., au début et à la fin du traitement, a démontré certains désavantages de cette méthode pour lesquels les auteurs ne la recommandent pas pour une application générale.

F. KOLLER, G. A. NAGEL, K. NEUHAUS A KOL.
NALIEHAVÉ SITUÁCIE VO VNÚTORNOM LEKÁRSTVE

Vydalo nakladateľstvi Osveta, n. p. Martin 1979, vydání prvě,
644 stran, 89 obrázků, 40 tabulek, cena Kčs 50,—.

O knize Kollera, Nagela a Neuhausa „Internistische Notfallsituationen“ uveřejnili jsme odbornou recenzi v našem časopise Rehabilitácia. S potěšením můžeme nyní konstatovat, že nakladatelství Osveta v Martině připravilo slovenský překlad této vynikající publikace. Tento překlad, který pořídil dr. Koška, vychází v roku 1979 a seznamuje slovenskou i českou odbornou veřejnost naléhavými situacemi ve vnitřním lékařství. Kniha má dvacet tři kapitoly; jednotlivé kapitoly z péra celé řady popředních autorů z německy hovořící části Evropy se zabývají postupně jednotlivými oblastmi vnitřního lékařství, které představují naléhavý lékařský zákrok. Hovoří se o oběhovém šoku, je zde zpracovaná celá řada kardiologických situací, postupně jsou probrány naléhavé

situace v angiologii, pneumologii, hematoenterologii, nefrologii, onkologii, hematologii, revmatologii, u infekčních chorob, v endokrinologii. Jiné kapitoly přináší cenné informace o akutních otráveních, některých symptomech, charakteristických pro stavy ohrožení života a závěrečná kapitola se zabývá technickými opatřeními při naléhavých situacích. Věcný rejstřík doplňuje tuto pozoruhodnou publikaci kolektivu autorů, vedených prof. Kollerem. Jako motto své publikace v prvním vydání uvedl prof. Koller staré lékařské přísloví od Celsa: Cito, tuto et iucunde. Platí stejným způsobem i dneska za podmínek obrovského technického rozvoje současného lékařství.

Dr. M. Palát, Bratislava

D. MÜCKE
PEDIATRISCHES EKAMETER III/b

Pediatrický ekameter III/b

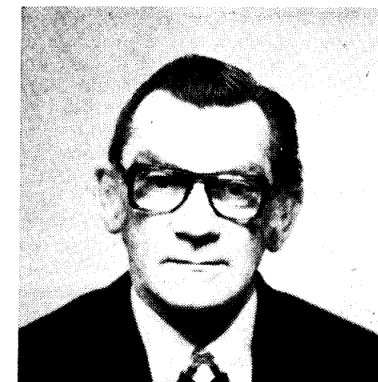
VEB Georg Thieme-Verlag, Leipzig 1979, 14 strán, 10 obrázků,
1 příloha — ekameter. Cena DM 6,50.

Stručná brožúrka je vlastne popisom pediatrického ekametera a návodom na jeho praktické použitie. Súčasne priložený ekameter je diagramovým spracovaním rôznych elektrokardiografických parametrov, dôležitých pre kardiologickú diagnózu

u detí v detskej praxi. Ekameter sa dá použiť pri vyhodnocovaní bežných elektrodiagramov u detí s cieľom získania rýchlej informácie a s možnosťou diagnostického rozhodnutia.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

PRIMÁR MUDR. BELO KLEPSATEL — ŠEŠTDESIAŤROČNÝ



Nedávno oslávil svoje 60. narodeniny MUDr. Belo Klepsatel, primár fyziatrcko-rehabilitačného oddelenia a oddelenia telovýchovného lekárstva NsP OÚNZ v Prešove.

Šesťdesiat rokov je vekom, ktorý už oprávňuje pozrieť sa za seba, na prácu, ktorú človek vykonal.

Nášho jubilanta dobre pozná naša okresná, ba i krajská zdravotnícka verejnosť ako dlhoročného naslovovzatého odborníka-lekára, komunistu a priateľského človeka. Veľké zásluhy má ako organizátor a funkcionár zdravotníctva bývalého Prešovského kraja i Okresného ústavu národného zdravia v Prešove, ako výkonný telovýchovný lekár a neúnavný pracovník na poli telesnej výchovy a športu nášho mesta, okresu a kraja.

Ako mladý lekár nastúpil do praxe najprv ako odborný asistent ústavu súdneho lekárstva a neskôr, v rokoch 1952—53 pracoval ako sekundárny lekár na internom oddelení OÚNZ v Poprade. Tu ho zastihlo poverenie Povereníctva zdravotníctva založiť v Prešove oddelenie telovýchovného lekárstva a rehabilitácie a v roku 1955 sa stal primárom oboch oddelení. Za svojho dlhoročného pôsobenia vo funkcii primára týchto dvoch oddelení vytvoril z nich jedno z popredných pracovísk nielen v rámci KÚNZ, ale i v kontexte celoslovenskom. Na porovnanie iste postačí fakt, že kým pri zrode oddelení bol jediným lekárom a spolupracoval s jednou odborne nepripravenou sestrou, dnes tam už pracuje veľký kolektív, ktorý pozostáva z 5 lekárov a vyše 30 rehabilitačných inštruktoriek.

Náš jubilant sa mimoriadne zaslúžil o rozvoj zdravotníctva bývalého Prešovského

ho kraja i tým, že absolvoval po jednotlivých OÚNZ prednáškový cyklus pre zabezpečovanie služieb telovýchovného lekárstva na rôzne témy, napr. funkčné vyšetrenie srdcovocievneho aparátu; použitie fyzikálnych metód, hlavne ultrazvuku pri liečbe porazových stavov; funkčné vyšetrenie športovcov atď. V rokoch 1960 až 1963 bol riaditeľom OÚNZ v Prešove a počas svojho plodného života zastával celý rad významných funkcií, či už ako člen komisie zdravotníctva a sociálnych vecí Vsl KNV v Košiciach alebo ako dlhoročný predseda komisie OÚNZ a ČSZTV v Prešove i ako dlhoročný lekár futbalového oddielu TJ Tatran Prešov.

Záslužná je jeho činnosť v ČSČK a osobitne treba vyzdvihnúť jeho prím v organizovaní zdravotnej starostlivosti o zväzarmovských športovcov a jeho pričinnivú prácu na úseku CO OÚNZ, v rámci ktorej ako významný funkcionár organizuje už veľa rokov obranu našej socialistickej vlasti.

Od svojich gymnaziálnych štúdií (v roku 1950 bol majstrom Slovenska v skoku do diaľky) pracuje na úseku telesnej výchovy a športu. Ako lekár a organizátor i funkcionár štábu zabezpečuje viaceré celoslovenské i celoštátne športové a telovýchovné podujatia, akými boli všetky doposiaľ organizované celoštátne spartakiády, celoštátne a celoslovenské telovýchovné akcie na pôde Prešovského okresu a Vsl kraja.

Primár MUDr. Belo Klepsatel je členom KSČ od roku 1959. Poverili ho viacerými významnými politickými funkciami; bol členom CZV KSS pri OÚNZ, je aktivistom OV KSS a od ukončenia VUML je až doteraz vedúcim Okresnej politickej večernej školy CZV KSS pri OÚNZ v Prešove.

Z toho všetkého vyplýva, že náš jubilant je človekom, ktorého už v mladosti strhla sila nadšenia pre prácu, ktorú vykonával pre blaho a zdravie človeka, v úsilí pomôcť mu žiť pravým ľudským životom. Sám slúži ako žiarivý príklad obetavej práce pre spoločenský pokrok, ktorému vytrvalosť v nej a elán pre ňu boli bytostne vlastné. Jeho doterajšiu prácu možno hodnotiť týmito slovami:

Náš jubilant môže byť úplne spokojný sám so sebou. Pretože ho však poznáme, sme si istý, že preňho to nebude dôvodom pre oddych, ale naopak, stimulom k pokračovaniu v doterajšej zásluhnej práci.

Za roky svojho pôsobenia v OÚNZ v

Prešove vykonal obrovský kus práce, a za to ho poctili vyše 40 diplomami, medailami a inými oceneniami. Za jeho prácu mu vyslovujeme úprimné uznanie a vreľú vďaku. Veď všetci tí, ktorí prišli s ním do styku, si nesmierne vážia nielen jeho odborné schopnosti, ale úprimne si cenia i jeho ľudské vlastnosti — predovšetkým pracovitosť, energiu, iniciatívnosť, organizačné schopnosti, vytrvalosť, systematickosť, živý záujem o všetko nové — to sú kvality, ktoré mu zaručujú ešte ďalší rad životných úspechov, ku ktorým mu v mene celej zdravotníckej verejnosti SSR prajeme pevné zdravie, spokojnosť a mnoho rokov jasnej životnej pohody.

František Sedlář

W. F. GANONG

LEHRBUCH DER MEDIZINISCHEN PHYSIOLOGIE

Učebnica fyziológie. Štvrté prepracované vydanie

Vydal Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York 1979, 590 obrázkov, 158 tabuliek, 828 strán. Cena DM 58,—. ISBN 3-540-08908-X

V roku 1974 vyšlo vo vydavateľstve Springer-Verlag tretie prepracované a doplnené vydanie dnes už svetovej učebnice fyziológie prof. Ganonga z Kalifornskej univerzity v San Franciscu. Roku 1979 sa objavuje na knižnom trhu už štvrté, opäť prepracované vydanie tejto učebnice. Pre informáciu čitateľov, aj v našej republike vyšla Ganongova učebnica v českom preklade v pražskom vydavateľstve Avicenum. Posledné vydanie má určité zmeny oproti vydaniu tretiemu. Je rozšírené o nové poznatky fyziológie obranných dejov, ďalej určité zmeny sú v kapitole o hormonálnych reguláciách a konečne kapitola o homeostáze je prepracovaná, rozšírená a doplnená. Tak isto prehľady literatúry, uvádzané vždy na konci súborných kapitol, sú prepracované a doplnené o nové citácie.

Základná štruktúra učebnice zostala — sedem dielov a štyridsať kapitol — rozoberá aspekty fyziológie jednotlivých sys-

témov u človeka. Náznorným spôsobom autor preberá základné funkcie a fyziologické detaily a dopĺňa látku náznornými ilustráciami, prehľadnými tabuľkami, do plňujúcimi fotografiami.

Ganongova učebnica je nemeckým prekladom z angličtiny, podklad tvorilo už ôsme vydanie „Review of Medical Physiology“ z roku 1977, nemecký preklad vyhotovil, texty upravil a prepracoval prof. W. Auerswald spolu s doc. Binde rom a dr. Mlczochom z Viedne. Čo sme hovorili pri recenzii tretieho vydania tejto svetovej učebnice fyziológie, platí a dnes, že „Ganongova učebnica je učebnicou veľmi dobrou, aj keď rozsiahlou, je učebnicou modernou a prístupnou“. Svedčí o tom nielen ôsme americké vydanie ale aj štvrté nemecké vydanie a v neposlednom rade aj české vydanie, ktoré získalo vcelku veľkú pozornosť a rozšírenie v lekárskej verejnosti.

Dr. M. Palát, Bratislava

SPRAVY

Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTI

NĚKTERÉ PROBLÉMY REHABILITACE V REVMA TOLOGII

III. třebonské revmatologické dny se konaly 18.—19. ledna 1979 v sanatoriu Aurora. V tomto referátu se stručně zmíníme o některých aspektech rehabilitace u revmatických chorob, případně i některých aspektů geriatrických. V tomto směru se vyvinula zejména široká diskuse v přednášce M. Králové z VÚRCH v Praze. Ve velkém souboru 1084 nemocných s progresivní artritidou byla zjištěna ve 200 případech zánětlivá léze kyčlí ve smyslu základního onemocnění. To je překvapivě vysoký výskyt v této lokalitaci. Převážně šlo o symetrické nálezy. Studie má průřezový charakter, zahrnuje tříletou sestavu. Většinou se postižení kyčlí u revmatoidní artritidy klinicky zjišťuje až po desíti až dvaceti letech. Autorka a spol. zjistili začátek postižení kyčlí u revmatoidní artritidy v 1 % případů, přičemž průměrný věk byl okolo 30 let. Osteodestrukcí kyčlí však nastupuje většinou až ve vyšším věku, asi po desetiletém i delším trvání choroby, častější postižení kyčlí touto chorobou je především u pokročilejších stadií choroby. Na dotaz B. Ždichynce o příčině predilekčního postižení u některých pacientů s revmatoidní artritidou, autorka a spol. neshledali rozdíl podle sociálního postavení, způsobu práce, zatížení pohybem, chladem, geneticky a pod. Hodně se diskutovalo o optimální léčbě postižení kyčelního kloubu u revmatoidní artritidy. Diskuse se však značně rozcházelá, pokud se týče léčby akutního postižení kyčelních kloubů u revmatické artritidy. Docent Šusta správně upozornil, že dosud užívaná kortikoidní terapie by mohla značně urychlovat destrukci kloubních chrupavek a přimlouval se proto za nesteroidní antirevmatika. Někteří autoři doporučovali rehabilitaci, poukazovali i na praceschopnost de facto u těchto pacientů při této formě postižení. Zdá se však, že spíše klid či relativní imobilisace a praceschopnost v akutním stadiu onemocnění

zdála by se účelnější (A. Šusta). Imobilisaci se zde však nerozumí pouhé upoutání na lůžko, nýbrž speciální šetrná rehabilitace na lůžku s vynecháním zátěže kyčlí v akutní fázi (Dostál). Také doc. V. Rejholec spíše doporučoval polohování v této fázi aktivity procesu. Z farmak upozornil na své pozorování zhoršování po změně léčby farmaky u některých těchto nemocných (například při použití Imuranu). Poměrně dobré zkušenosti měl se starším preparátem 6-azauridinem. R. Bardfeld (VÚRCH Praha) se zabýval problematikou antinukleárních faktorů u difusních onemocnění pojiva. Použil metody nepřímé imunofluorescenční techniky (metoda odčítání na krycích játkách — standardizovaný test) u padesáti pacientů, z nichž byli nejstarší pacienti s osteoartrózou (okolo 70 let), 15 pacientů s lupus erythematosus (zde zjištěn vysoký titr antinukleárního činitele, na rozdíl od patnácti pacientů s progresivní artritidou, kde byl titr nízký). Test byl také celkem úspěšně použit u pěti nemocných se systémovou sklerodermií. Další rozprava se týkala současného pohledu na progresivní artritidu (Rejholec, Adam, Bardfeld, Duda, Hrnčíř, Králová, Pavelka, Rybka, Suska, Tým, Vojtíšek, Zavadil), arthropatií a artritid kameňů indikovaných krystaly (Štěpán), diagnostikou a klinickým průběhem chorob pohybového ústrojí (V. Rejholec), klinicko-rentgenologickým studiem gonartrózy s varosní deformitou (D. Kaňková) a klinickým zkoušením nových nesteroidních antirevmatik (K. Pavelka).

Vcelku lze říci, že i když v současné revmatologii přibýly nové léčebné přístupy (například chirurgická léčba, nesteroidní antirevmatika), zachovává si systematická cílená a účelná rehabilitace s fyzioterapií stále velmi důležité postavení v léčbě vleklých stadií revmatických chorob, zejména u osob pokročilejšího věku.

MUDr. B. Ždichynec, CSc.

F. E. MÜLLER
HEFTE ZUR UNFALL-HEILKUNDE — HEFT 136

Infekcia popáleninovej rany
 Vydalo vydavateľstvo Springer-Verlag Berlin — Heidelberg —
 New York 1979, 57 strán, 18 obr. ISBN 3-540-09354-0

Pacienti s termickými poškodeniami sú vystavení vysokému riziku infekcie. Infekcia u popálenín môže viesť k poruchám hojenia, k strate životne dôležitých kožných transplantátov alebo k invázivnej infekcii, ktorá ohrozuje život pacienta.

V centre pre liečenie popálenín v Bochume v NSR robili od roku 1964 systematické bakteriologické vyšetrenia a hľadali príčiny infekcií. Vyšetrovali sa bakteriálne kmene, ktoré zapríčiňovali infekcie, skúmali sa ich rezistencie. Podrobne sa skúmali jednotlivé prípady úmrtí. Skúšali sa nové metódy lokálnej chemoterapie popáleninových rán a zisťovali sa indikácie pre systematické podávanie antibiotík. Monografia J. E. Müllera podáva na 57 stranách zhrnuté skúsenosti, ktoré sa získali za 10 rokov práce. Kniha je rozdelená na všeobecnú a špeciálnu časť.

Vo všeobecnej časti autor opisuje výskyt termických škôd, následky popálenia na

I. H. SCHULTZ
DAS AUTOGENE TRAINING

Autogénny tréning
 Vydal Georg Thieme-Verlag Stuttgart 1979, 16. nezmenené vydanie,
 410 strán, 17 obrázkov, cena DM 48,—. ISBN 3-13-4014-16-5

Profesor Schultz je známy ako autor dnes veľmi rozšírenej metódy autogénneho tréningu. Svoje skúsenosti s autogénnym tréningom uložil Schultz do monografie, ktorej prvé vydanie vyšlo roku 1932. Od toho času sa v pravidelných intervaloch objavujú nové a nové vydania tejto pozoruhodnej monografie a za necelých päťdesiat rokov sa objavilo celkom 16 vydaní v nemčine, 4 vydania v španielčine, 7 vydaní v francúzštine, 2 anglické vydania, 1 portugalské vydanie, 1 talianske vydanie a konečne roku 1968 aj japonské vydanie. Táto skutočnosť svedčí o rýchlosti

orgánov tela, vývoj modernej terapie popálenín. V závere sa vyzdvihuje význam infekcie pri popáleninách, pramene infekcie a vyzdvihuje sa význam špeciálnych terapeutických centier pre popáleniny.

V špeciálnej časti autor uvádza vlastné terapeutické metódy, opisuje zariadenie na liečbu popálenín. V niekoľkých kapitolách rozoberá miestnu a celkovú liečbu popálenín. V ďalšom uvádza výsledky bakteriologických vyšetrení a výsledky liečby antibiotikami. Ako najúčinnšie antibiotiká sa ukázali Gentamycín, Carbenicillin, Cephalotín. Zo 45 prípadov úmrtí zapríčinených infekciou bola dokázaná sepsa v 18 prípadoch.

Kniha je určená pre chirurgov, traumatológov a mikrobiológov. Prináša najnovšie poznatky v liečbe popálenín a tým je veľkým prínosom.

Dr. A. Krivosudský, Bratislava

rozšírení Schultzovej metódy autogénneho tréningu, ako aj o tom, že táto metóda našla svoje trvalé miesto v arzenáli terapeutických metód aj zo súčasného pohľadu.

Nie je predmetom recenzie tejto významnej publikácie zaoberať sa jednotlivými názormi na túto metodiku. Mnohé publikácie — a ich počet nie je malý — v celej svetovej literatúre, v najrozličnejších jazykoch dosvedčujú záujem odbornej verejnosti.

Šestnásť vydanie Schultzovho autogénneho tréningu je nezmenené, zmeny sa

skutočnili predovšetkým v prvých dvoch vydaniach tejto monografie. Skladá sa zo 14 kapitol začlenených do 4 časťach. Prvá časť opisuje usporiadanie pokusu jeho prevedenie, druhá sa zaoberá teóriou metódy, tretia rozoberá príbuzné postupy a konečne štvrtá hovorí o všeobecných vzťahoch postupu. Monografia je doplnená vzormi dotazníkov, menným a vecným registrom.

Autogénny Schultzov tréning predstavuje v súčasnosti jednu z významných metód autorelaxácie a zásluhou práce autora tejto metódy sa tento metodický postup zaviedol do praxe pri liečení niektorých klinických stavov. V súčasnej rehabilitácii sa

J. C. LINGOES [red.]
GEOMETRIC REPRESENTATIONS OF RELATIONAL DATA READINGS IN MULTIDIMENSIONAL SCALING

Geometrické znázornenie vzťahových údajov: čítania o mnohorozmernom škálovaní.
 Mathesis Press, Ann Arbor, Michigan 48103, 1977, 757 strán, kart.

Škálovanie samo osebe predstavuje širokú paletu techník, ktoré — prevažne v psychológii — vznikli za účelom prekonania subjektívneho pohľadu na množstvo „neexaktných“, lepšie povedané málo kvalifikovaných údajov. Mnohorozmerné škálovanie sa snaží práve o zlepšenie informačného obsahu údajov s viacerými až mnohými premennými, o hľadanie štruktúry a o vypracovanie matíc blízkosti, podobnosti, vzdialenosti a pod. Môžu slúžiť aj na vypracovanie typológií, ontogenetických či fylogenetických „pavúkov“, viacrozmerných dendrogramov, a vo všeobecnosti sa osvedčili pri extrakcii maxima informácií z nepresných údajov, ako ich získava nielen psychológ, ale aj psychiater, i biochemik, pediater alebo antropológ. Pravda, väčšina týchto metód predkladá buď hlbšie znalosti matematiky, alebo prístup k väčšiemu počítaču, alebo oboje.

Mnohorozmerné škálovanie ako metodika sa vyznačuje prudkým vývojom a množstvom špeciálnych postupov, z ktorých azda plejáda tzv. Guttman-Lingoesových programov je najznámejšia a najrenomovanejšia. J. C. Lingoes je aj redaktorom zborníka a v úvode sám konštatuje, že doba ešte nie je zrelá na písanie

používajú mnohé prvky Schultzovho autogénneho tréningu a táto metóda je taktiež veľmi významná aj pre oblasť psychoterapie. Autogénny tréning sa v priebehu času uplatnil aj mimo oblasti klinickej medicíny a predstavuje napríklad určitý postup v oblasti súčasného športového tréningu.

Aj keď je ešte veľmi mnoho nevyšetrených otázok aplikácie tejto metódy, jej detailného fyziologického základu a jej mechanizmu účinku, treba zdôrazniť, že v praxi sa táto metóda osvedčila, avšak jej aplikácia určite patrí iba do skúsených rúk odborníkov.

Dr. M. Palát, Bratislava

definitívnej učebnice: radšej namiesto nej predkladá užívateľskej obci zborník s 32 príspevkami, čiastočne už publikovanými v niektorých periodikách, čiastočne koncipovanými ako príписы konkrétnym kolegom a čiastočne písanými priamo pre tieto „Readings“. Autori sú pracovníci, ktorí sa dlhšie a tvorivo podieľali na rozvoji škálovania a jeho početných variantov: sú to okrem samotných L. Guttmana a J. C. Lingoesa ešte I. Borg (NSR), J. de Leeuw, W. Heiser a E. E. Roskam (Holandsko) a R. W. Schoenemann (USA).

Prvá časť {6 príspevkov na 148 stranách} má názov Úvod a podáva prehľad o základných pojmoch, aspektoch prístupov škálovania. Je iste najinformatívnejšia pre tých, čo ešte veľké skúsenosti s mnohorozmernými analýzami nemajú a ktorí pred pojmom mnohorozmerného priestoru majú — pravdepodobne nie celkom odôvodnene — značný rešpekt.

Druhá časť (tiež sa 6 referátmi) poskytuje prehľad o systémoch dát a o technikách na ich zvládnutie rôznymi modelmi. Dôraz je, pravda, na tzv. MINI-sérii, t. j. Michigansko-Izraelsko-Nizozemských integrovaných postupoch. Tretia časť s 10 príspevkami na 300 stranách je najkonkrétnejšia: pojednáva o mnohých algo-

ritmoch, počítačových programoch a more. Z povahy veci vyplýva, že tu už predeloch, od kvalitatívnych po kvantitatívnu vládu maticové vyjadrovanie a programátorský žargón. No pojmy a veličiny bývajú jednoznačne diferencované a špecialista pre aplikáciu bude mať z tejto časti najväčší úžitok.

Štvrtá, posledná časť (10 referátov a necelých 100 strán) obsahuje rad krátkych informácií o špeciálnych témach, od teórie grafov po matematické dôkazy niektorých riešení a predkladá niektoré menej známe a menej časté modely.

Zborník obsahuje aj ukážky numerických príkladov, pričom často ide i rôzne varianty analýz takých dát, ktoré už publikovali iní autori, takže čitateľ si môže

J. POIGENFÜRST
13. KONGRES RAKÚSKEJ SPOLOČNOSTI ÚRAZOVEJ CHIRURGIE
Hefte zur Unfall heilkunde — Heft 134
Vydalo vydavateľstvo Springer-Verlag Berlin — Heidelberg —
New York 1979, 281 strán, 119 obrázkov, cena DM 98,—.
ISBN 3-540-09180-7

Trinásty kongres Rakúskej spoločnosti úrazovej chirurgie sa venoval hlavne otázkam zlomenín kostí priehlavku. V publikácii sú zachytené všetky referáty, ktoré odzneli na tomto kongrese postupne v časovom slede. Jednotliví prednášatelia a témy prednášok boli starostlivo vybraté a zaradené už pred kongresom do jednotného systému.

Obsah publikácie je rozdelený do štyroch častí: 1. poranenia členkovej kosti, 2. poranenia ostatných kostí priehlavku, okrem pätovej kosti, 3. následné stavy po poraneniach kostí priehlavku, 4. zlomeniny pätovej kosti. Na konci každej časti je zachytená diskusia k uvedenej téme.

V úvodných referátoch prvej časti knihy sa preberá anatómia a funkcia členkovej kosti. Detailne se referuje o diagnostike poranení. V závere sú uvedené referáty o terapii čerstvých zlomenín a poúrazových stavov. Nekrózu talu ako výsledok poranenia najčastejšie zapríčiňuje závažnosť primárneho úrazu. Väčšina autorov sa zhodla v názore, že operačná liečba talu má výhody oproti konzervatívnej terapii a prináša lepšie funkčné

urobiť obraz o tom, čím sa jednotlivé metódy vyznačujú a čo sú schopné povedať. Aplikácie sa netýkajú iba psychologických dát, ale aj fyziológie, demografie, sociológie, anatómie a — keďže mnohé postupy boli rozpracované počas vojny, aj vojenských problémov.

Nie je to kniha na prečítanie jedným dychom. Kládie na čitateľa požiadavky, núti ho rozmýšľať a zaujať kritický postoj k vlastným dátam, najmä poskytuje mu komplexný pohľad na možnosti dané komplexnými metodikami. Sústredenie roztrúsených príspevkov do jedného zborníka je ozaj záslužným činom tak redaktora, ako aj vydavateľstva.

Doc. R. Štukovský,
Bratislava

výsledky. Po exaktnej repozícii je potrebná fixácia Kirschnerovými drôtmí. V pooperačnom období sa odporúča dlhší čas (1 až 2 roky) plne nohu nezaťažovať. Súčasne artrodéza sa ukazuje ako najvhodnejšia metóda na zabránenie použitia zovnej nekrózy talu.

Pri zlomeninách ostatných kostí priehlavku, najmä pätovej kosti, ktoré sú predmetom referátov uvedených v druhej časti publikácie, má význam stupeň poranenia mäkkých častí, hlavne väzov. Pri ťažkých zlomeninách a luxáciách sa odporúča repozícia otvoreným spôsobom, retencia úlomkov Kirschnerovými drôtmí.

V tretej časti publikácie sú uvedené referáty k téme: národné stavy po poranení kostí priehlavku. Veľký význam sa pripisuje rehabilitácii po týchto úrazoch. Hovorí sa aj o otázkach posudzovania úrazových stavov a o problematike liečenia a doliečovania zlomenín priehlavkových kostí v detskom veku.

Štvrtá a posledná časť, ktorá je venovaná zlomeninám pätovej kosti, je najrozsiahlejšia. Preberajú sa typické zlomeniny, ich diagnostika, liečenie a doliečovanie. Viacero referátov je venovaných

aj špeciálnym formám zlomenín pätovej kosti. Zdôrazňuje sa význam presnej repozície, dokonalej retencie úlomkov pätovej kosti pomocou rôznych osteosyntetických operačných metód. Pre zvýšené nebezpečenstvo infekcie pri operáciách pätovej kosti sa venuje pozornosť aj konzervatívnym postupom pri liečení zlomenín pätovej kosti. Pri konzervatívnej liečbe sa odporúča liečenie za použitia prin-

B. PFENNINGER **ERGOTERAPIE BEI ERKRANKUNGEN UND VERLEZTUNGEN DER HAND**

Ergoterapia pri ochoreniach a poraneniach ruky

Vydal Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York 1979,
73 strán, 49 obrázkov, 6 tabuliek. Cena DM 39,—. ISBN 3-540-09134-3

V edícii Rehabilitácia a prevencia vychádza ako ôsmy zväzok Pfenningerovej Ergoterapie, ktorá je vlastne metodickým pohľadom na jednotlivé ergoterapeutické metódy pre rehabilitačných pracovníkov. V jednotlivých kapitolách sa opisujú funkčné skúšky mobilizácie kľbu, v ďalších kapitolách liečebný postup pri Sudeckových syndrómoch, pri fraktúrach prstov, kostí ruky a kostí predlaktia, pri Dupuytrenovej kontraktúre, pri amputácii prstov, pri poraneniach a ochoreniach šliach, pri poruchách periférnych nervových kmeňov. V ďalších kapitolách sa hovorí o liečebných možnostiach v ergoterapii a o pomôckach používaných pri rehabilitácii ruky. Krátky prehľad literatúry a vecný register ukončuje túto publikáciu. Ergotera-

M. WIEGAND **SCHÜLLERBEURTEILUNG UND SCHÜLLERVERHALTENSWEISEN**

Posudzovanie žiakov a spôsoby správania sa žiakov

Vydal Verlag Hofmann, Schorndorf, 1978, ako 65. zväzok edície
Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport, 122 strán, cena
brož. DM 14,80. ISBN 3-7780-4651-9

Podnadpis spresňuje obsah: štúdia v školskom predmete „šport“ na žiakoch štvrtého ročníka. Ide o experimentálny výskum, vychádzajúci zo sociálnopsychologických teórií kognitívnej disonancie v zmysle Festingera. Skúmal sa dosah rôzneho posudzovania žiakov (podľa výsledkov alebo prírastkov výsledkov v komplexnej motorickej úlohe, trénovanej počas 8 týždňov) na socializačné správanie

čipu extrémneho uvoľnenia svalového ťahu.

Publikácia je určená pre chirurgov, úrazových chirurgov, ortopédov, röntgenológov a rehabilitačných pracovníkov. Prináša najnovšie názory na liečenie zlomenín priehlavkových kostí, ktoré ako nosná časť tela majú veľký význam pre pohyb.

Dr. A. Krivosudský,
Bratislava

pia sa stala nedeliteľnou súčasťou komplexnej rehabilitačnej starostlivosti a v nadväznosti na ostatné fyzioterapeutické prostriedky plní významnú úlohu pri obnove funkcie ruky pri poraneniach a ochoreniach tejto oblasti, píše profesor Nigst v úvode tejto publikácie. Tejto liečebnej metóde venuje súčasná rehabilitácia značnú pozornosť, o čom svedčí niekoľko publikácií, ktoré sa objavili v poslednom období na knižnom trhu. Jednou z nich je Pfenningerovej publikácia, účelne napísaná, s prehľadnými ilustráciami, ktoré dopĺňajú vhodné diskutované otázky. Je dobrou pomôckou pre prácu rehabilitačných pracovníkov v oblasti ergoterapie.

Dr. M. Palát, Bratislava

žiakov, meraných jednak empirickými preferenciami v kolektívnej loptovej hre, jednak sociogrammetrickými metódami i priamo dotazníkom.

Autor dôkladne teoreticky rozpracúva a diskutuje problematiku známkovania, najmä v telesnej výchove a športe, a celkového posudzovania žiakov jednak učiteľom, jednak spolužiakmi. Sleduje zmeny, ktoré v dôsledku rôzneho umiestenia

sa žiakov v požadovanej úlohe nastali v sociometrických reláciách, a vyvodzuje niekedy aj kritické dôsledky pre športovú pedagogiku. Kľúčovým pojmom práce je sociálna integrácia kolektívu a z výsledkov vyplýva, že ide o naozaj komplexný stav, na ktorý vplýva mnoho faktorov, ktoré sa však na druhej strane medzi sebou v značnej miere podmieňujú a modifikujú.

Brožúra predstavuje vlastne textovú

U. LANZ

ISCHÄMISCHE MUSKELKROSEN

Ischemické svalové nekrózy
Vydal Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York 1979,
72 strán, 34 obrázkov, 11 tabuliek, cena DM 38,—. ISBN 3-540-09436-9

V rámci Traumatologických zošitov ako zväzok 139 vychádza pozoruhodná drobná monografia od doc. Lanza, ktorá venuje pozornosť ischemickým nekrózam. Ischemické svalové nekrózy s nasledujúcim vývojom kontraktúry sa zaraďovali vždy pod pojem Volkmannových kontraktúr, i keď z hľadiska ich patogenézy neexistoval jednotný názor. Docent Lanz vo svojej monografii rieši problematiku ischemických svalových nekróz predovšetkým z hľadiska experimentu a s prihliadnutím na klinické pozorovania a venuje prvoradú pozornosť otázkam prekrvenia svalového tkaniva. Vo svojej práci dochádza k niektorým pozoruhodným výsledkom. V jednotlivých kapitolách, predložených monografiou po úvode a historickom prehľade, venuje autor pozornosť súčasnému stavu znalostí o ischemickej

H. G. BORST, W. KLINNER, A. SENNING
HERZ- UND HERRNAHE GEFÄSSE

Srdce a cévy blízke srdci
Vychází jako 2. svazek a 2. díl Všeobecné a speciální chirurgie.
Vydal Springer-Verlag Berlin — Heidelberg — New York 1978,
802 stran, 388 obrázků, 7 tabulek, Cena 592 DM. ISBN 3-540-08267-0

V edičnej řadě „Všeobecné a speciální chirurgie“ jako druhý díl druhého svazku vychází v roku 1978 pozoruhodná monografie, věnovaná kardiologickým problémům. Celá řada předních kardiologů zpracovala jednotlivé kapitoly současné srdeční chirurgie, redakci celého díla

část rigorózní dizertace na hodnost Dr. Phil. a treba ľutovať, že nebolo možné zabezpečiť aj uverejnenie konkrétnych ukázkových materiálov a najmä empirickej dokumentácie, dát a tabuliek, ktoré sa v brožúre nenachádzajú, ale ktoré si zainteresovaný čitateľ môže vyžiadať priamo od autora.

Doc. R. Štukovský,
Bratislava

svalovej nekróze, zaoberá sa etiológiou, patofyziológiou a následkami ischemie. V experimentálnej časti, ktorá predstavuje najväčšiu časť celej monografie, opisuje pokusy, ktoré robil na psoch a u ktorých vyvolával ischemické nekrózy a sledoval vopred určené parametre, charakterizujúce prekrvenie svalového tkaniva. V ďalšej kapitole, ktorá sa zaoberá klinikou, venuje pozornosť formou kazuistik jednotlivým pacientom s ischemickou svalovou nekrózou rozličnej etiológie. Krátky záver vyhodnocuje výsledky celej štúdie. Prehľad literatúry a vecný register dopĺňujú túto pozoruhodnú, tematicky závažnú, bohato dokumentovanú a zaujímavú monografiu, dôležitú nielen pre chirurgov a traumatológov, ale aj pre lekárov zaoberajúcich sa rehabilitáciou.

Dr. M. Palát, Bratislava

provedli prof. Borst z Hannoveru, prof. Klinner z Mnichova a prof. Senning z Curychu..

Po úvodnej krátkej kapitole zabývajúcej sa históriou rozvoje srdečnej chirurgie od prof. Zenkera, v ďalších kapitolách sa pojednáva o funkčnej anatomii srdca (Pro. Puff)

o technických predpokladoch srdeční chirurgie (Prof. Sebening, Meisner, Struck a Schmidt-Habelmann), o anomáliách predsíní (Prof. Krian, Rumpf a Birks), o anomáliách vtokovej časti pravej komory (Prof. Helmer), o vrozených vadách s obštrukciou vtokovej časti ľavej komory (Prof. Oelert), o defektu komorového septa (Prof. Hofmeister), o anomáliách výtokovej časti pravej komory (Prof. Klinner a Reichart), o truncus arteriosus communis (Prof. Kirchhoff), o anomáliách výtokovej časti ľavej komory (Prof. Koncz, Brunner a Kirchhoff), o transpozícii veľkých artérií (Prof. Senning a Messmer), o asociovaných srdečných vadách pri kongenitálne korigovanej transpozícii veľkých artérií (Prof. Messmer a Senning). Ďalšie kapitoly tejto vyčerpávajúcej monografie pojednávajú o vrozených anomáliách koronárnych artérií (Prof. Stapenhorst), o aorte a ductus Botalli persistens (Prof. Kraft-Kinz a Friehs), o operačných technikách pri koronárnych ochoreniach (Prof. von der Emde), o chirurgii atrioventrikulárných chlopní (Prof. Borst a Dalichau), o operatívnym riešení aortálnych chlopnových vad (Prof. Dalichau a Borst), o torakálnych aneurysmech (Prof. Schmitz), o poraneniach srd-

THE EXCITEMENT AND FASCINATION OF SCIENCE: REFLECTIONS BY EMINENT SCIENTISTS

Vzrušení a fascinace vědy: reflexe vynikajících vědců.
Vol. 2. Vydal Annual Reviews Inc. Palo Alto, California 1978.
Cena 12 am. dolarů.

Druhý zväzok venovaný autobiografickým prácam popredných predstaviteľov vedy pripravil pro knižní vydání v Annual Reviews Inc. William G. Gibson z university v Britské Columbií. Obsahuje práce publikované v různých časopisech v posledních deseti letech. Jednotlivé práce jsou dělené tak, aby se zvýraznila účast jednotlivých autorů na významných světových vědeckých objevech v nejrůznějších disciplínách. V zväzku najdeme práce autorů, jako jsou Alan C. Burton, John C. Eccles, Oskar Eichler, Ragnar Granit, André Lwoff, David Nachmensohn, P. F. Scholander, Arne Tiselius, Georg von Békésy, U. S. von Euler a mnoho jiných. Mnozí z nich jsou laureáty Nobelovy ceny, mnozí objeviteli základních teoretických poznatků pro další rozvoj aplikovaných věd.

ce (Prof. Schildberg a Stelter), o chirurgii při implantaci pacemakerů (Prof. Schaudig). Závěrečné kapitoly popisují postoperativní léčení po srdečních výkonech (Prof. Messmer) a zásahy na perikardu (Prof. Hammelmann a Struck). Každá kapitola je ukončená přehledem literatury, jmenový a věcný rejstřík ukončují tuto jedinečnou monografii

Předností monografie je beze sporu její prakticky postavená koncepce, popis příslušného kardiologického zákroku s přihlídnutím na funkční anatomii, na kardiologické prostředky a na postoperační terapii. Další předností knihy jsou četné ilustrace doplňující přehledným způsobem diskutované a popisované kardiologické problémy — obrázky jsou jednoduché, při tom velmi názorné a přehledné.

Operační fotografie a přehledné tabulky doplňují text této jedinečné, moderně koncipované, přehledně zpracované monografie, která přináší současný pohled na kardiologii, která překonala v minulých dvaceti letech mohutný rozvoj. Kniha je nejen potřebná, ale i užitečná především pro kardiologu.

Dr. P. Zeman, Praha

Je vždy velmi užitečné, a to platí pro každou vědeckou disciplínu, můžeme-li se zamyslet nad vývojem v dané vědecké disciplíně, nad těžkostmi, které charakterizují cestu objevu a nad úvahami, které doprovázejí práci každého vědeckého pracovníka. Není to jen nostalgie, která doprovází vždy sledování historického vývoje určitého objevu, je to také pocit poznání, jak k objevu dochází.

Uvedenou publikaci by měli číst především mladí adepti vědecké práce, aby poznali nadšení těch, kteří už překonali cestu vědeckého objevu, ale také aby poznali těžkosti a nesnadnost cesty k takovému vědeckému objevu. Rozhodně však podobné publikace je třeba číst.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. F. SCHOLZ
REHABILITATION ALS SCHLÜSSEL ZUM DAUERARBEITSPLATZ
Rehabilitácia ako kľúč k trvalému pracovnému zaťaženiu
Verlag Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York 1979,
712 strán, 116 obrázkov, 88 tabuliek, cena DM 78,—. ISBN 3-540-
-0936-X

V edícii Rehabilitácia a prevencia vychádza ako 10. zväzok kongresová správa z Rehabilitačného kongresu, ktorý sa konal roku 1978 v Neckargemünde. Usporiadateľom kongresu bolo Rehabilitačné združenie v Heidelbergu, prezidentom kongresu bol profesor Peaslack z Heidelbergu, vedecké riadenie kongresu prevzal profesor Schettler z Heidelbergu.

Kongresová správa obsahuje všetky hlavné referáty, ktoré odzneli na troch plenárnych zasadaniach všetkých 24 sympózií. Hlavné referáty boli venované úlohám a hraniciam rehabilitácie a problematike prevencie, ďalej problematike postihnutého dieťaťa z hľadiska jeho života v rodine, v škole, s prihliadnutím na sociálnu integráciu a problematiku telesne postihnutého v spoločnosti. Ďalší z hlavných referátov venoval pozornosť otázkam výskumu v rehabilitácii.

Hlavnú náplň celého kongresu tvorilo 24 sympózií, kde sa diskutovalo o všetkých závažných okruhoch súčasnej rehabilitácie. Jedno zo sympózií bolo venované rehabilitácii chorých s ischemickou chorobou srdca a srdcovým infarktom, iné rehabilitácii reumatikov, ďalšie rehabilitácii postihnutých ortopedickými chorobami. V ďalších sympóziách sa diskutovalo o otázkach rehabilitácie onkologicky

chorých, rehabilitácie po postihnutí centrálného mozgového systému, o problematike rehabilitácie reči, otázkach rehabilitácie chorých s epilepsiou, rehabilitácie centrálnych paréz, rehabilitácie alkoholikov. Ďalšie sympóziá sa zaoberali problematikou kompenzačných pomôcok, otázkami sexuality a problematiky zakladania rodín u telesne postihnutých a pod. Všetky tieto otázky a celý rad ďalších sa zaradili do programu kongresu a kongresorový zborník prináša jednotlivé tematické okruhy, účelne zostavené a prehľadne usporiadané. Prednosťou zborníka je, že okrem jednotlivých prác prináša aj odporúčania, ktoré vyplývajú tak z prednesených prác, ako aj z príslušnej diskusie. Zborník ďalej obsahuje celý rad fotografií, obrázkov, peroviek a prehľadných tabuliek, ktoré dokumentujú textovú časť jednotlivých príspevkov.

Je pozoruhodné, že zborník sa prakticky objavuje ani nie rok po konaní kongresu. Táto skutočnosť je určite prednosťou, pretože v relatívne krátkom čase informuje celú odbornú verejnosť o aktuálnych otázkach rehabilitácie, ktoré boli zaradené do programu Rehabilitačného kongresu — Heidelberg 1978.

Dr. M. Palát, Bratislava

L. BOROVSANÝ A KOL.
SÚSTAVNÁ ANATÓMIA ČLOVEKA, I. a II. DIEL

Vydalo Vydavateľstvo Osveta, Martin 1979, 1. vydanie, počet strán I. dielu 524, II. dielu 440 a 4 farebné prílohy. Cena oboch dielov Kčs 88,—.

Vydavateľstvo Osveta v Martine v rámci edície učebníc pre lekárske fakulty vydáva roku 1979 preklad českej učebnice anatómie pre lekárske fakulty, ktorú napísali profesori anatómie na českých lekárskech fakultách pod vedením prof. Borovského. Na spracovaní jednotlivých častí učebnice sa zúčastnili prof. Hromada, prof. Kos, prof. Zrzavý a prof. Žlábek.

Slovenský preklad vyhotovili slovenskí anatómovia, odbornú revíziu urobil prof. Gomboš a terminologickú revíziu prof. Horecký. V učebnici sa používa anatomická nomenklatúra pripravená Slovenskou akadémiou vied v roku 1962, vychádzajúca z názvoslovia dohodnutého na VI. medzinárodnom anatomickom kongrese v Paríži v roku 1955. Učebnica má klasické

obrázky. Po krátkej kapitole nazvanej všeobecná časť, sa systematicky opisujú jednotlivé anatomické systémy. Učebnica je doplnená mnohými obrázkami, v druhom diele je štvorfarebná príloha. Ilustrovaná časť je nepochybne nedostatkom učebnice tohto vydania anatómie — výber, ktorý bol urobený, predstavuje iba časť obrázkov, publikovaných v pôvodnom českom vydaní. Štúdium anatómie pre poslucháčov medicíny teda vyžaduje ďalšiu príručku, eventuálne anatomický atlas. Anatómia ako jedna zo základných disciplín štúdia na lekárskech fakultách je predovšetkým popisná veda a ako taká vyžaduje znázornenie predmetu opisu — presnosť poslucháča bez príslušnej kreslenej prílohy je určitým spôsobom obmedzená.

V predhovore k učebnici sa píše, že toto vydanie dnes už klasickej učebnice

M. ADLER

PHYSIOLOGISCHE PSYCHOLOGIE. TEIL I.: ALLGEMEINE VORAUSSETZUNGEN UND METHODEN. TEIL II.: SPEZIELLE FUNKTIONSSYSTEME

Fyziológická psychologie. Díl I.: Všeobecné předpoklady a metody. Díl II.: Speciální funkční systémy.

Vydal Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1979. Díl I: 174 stran, 32 obrázků, cena DM 39,—, ISBN 3-432-89511-9. Díl II: 407 stran, 89 obrázků, cena DM 49,80. ISBN 3-432-90031-7.

V edici Klinická psychologie a patopsychologie, kterou vydává stuttgartské nakladatelství Ferdinanda Enkeho, vychází jako svazek 6. a 7. dvojdielná monografie prof. M. Adlera z Kölnu věnovaná problematice fyziologické psychologie. Prof. Adler je lékařem a ve své práci se zabývá především biologickými aspekty prožitků a chování. Oba díly tvoří organický celek, první díl je věnovaný všeobecným otázkám, druhý je speciální. V prvním dílu v jednotlivých kapitolách jsou postupně rozebrány otázky metod fyziologické psychologie a otázky předpokladů fyziologické psychologie, při čemž se do této kapitoly zařazuje problematika morfologických struktur, to je konstituce a celulární jednoty, problematika dědičnosti, problematika vývoje a selekce a problematika vývoje člověka. Jde tedy v podstatě o otázky antropologie a genetiky. Druhý díl potom popisuje v jednotlivých částech všeobecné funkční systémy, to je

Borovského je určitým provizóriem, ktoré má vyplniť medzeru v nedostatku učebnice do tých čias, kým nebude vydaná pripravovaná celoštátna učebnica anatómie pre lekárske fakulty, ktorá má lepšie zodpovedať potrebám dvojsemestrovej výučby anatómie po ukončenej prestavbe štúdia. Naskytá sa otázka, prečo teda bol vydávaný preklad učebnice a nie už nová učebnica, ako je plánované.

Učebnica Borovského a spolupracovníkov je bezpochyby dobrou učebnicou anatómie, ktorá má dobrý štandard aj z hľadiska porovnania s podobnými zahraničnými učebnicami. Slovenský preklad je veľmi dobrý. Cena Kčs 88,— je však pre poslucháčov medicíny trochu vysoká najmä preto, že toto vydanie je iba dočasným vyplnením medzery v oblasti základnej učebnice anatómie.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

především nervový systém, a zabývá se otázkami humorálních regulací; dále probírá speciální funkční systémy, to je systém sensomotoriky, systém analýzátorů, otázky nemocí, otázky bdění a spánku, problém bolesti, příjmu potravin a tekutin, otázky sexuality a pod.

V dalších kapitolách tohoto oddílu se pojednává o strachu a agresi, sociálním chování, o otázkách učení, řeči a myšlení a o problematice osobnosti. Další kapitola tohoto dílu přináší kapitoly o chování organismu jako funkci změn v mozku, o sensorialní deprivaci, o otázkách klinického výzkumu a terapie pro poznání mozkových funkcí, o problematice špičkového sportu z těchto aspektů a o otázkách psychofarmakologie. Každý díl je ukončený přehledem literatury k projednávané tematice, věcným a jmenným rejstříkem, druhý díl má jako dodatek některá data a jiné údaje v podobě tabulek.

Monografie prof. Adlera je pozoruhodná

svým tematickým rozsahem i svým obsahom. Její studium vyžaduje beže sporu určité medicínské znalosti. Představuje biologickou bási psychologických dějů především v oblasti chování, a proto najde jisté své místo i mezi lékaři, kteří se zabývají klinickou medicínou a mají určité

**K. HOLLDAK, H.-W. RAUTENBURG
PHONOKARDIOGRAPHIE**

Fonokardiografie
Vydal Georg Thieme-Verlag Stuttgart 1979, 187 stran, 97 obrázků,
12 tabulek, cena DM 22,80 ISBN 3-13-5736 01-6

Hollackova a Rautenburgova příručka je úvodem do mechanokardiografie se zvláštním přihlídnutím k echokardiografii. Vychází v malém kapesním formátu v nakladatelství Georg Thieme-Verlag ve Stuttgartě. Hollackova publikace v určitém slova smyslu je pokračováním jeho knihy o fonokardiografii, která v roku 1967 vyšla ve třetím vydání. Současná fonokardiografie je přehledem výsledků dlouhodobého vývoje této vyšetřovací metody moderní kardiologie. V celkem čtyřech základních kapitolách — první dvě jsou úvodem a technickými předpoklady mechanokardiografie — zabývají se autoři především technikou záznamu normálních křivek a mechanokardiografickou diagnostikou. Tyto dvě kapitoly také tvoří většinu textu. Poukaz na další literaturu je vždy zařazen za příslušný tematický celek, věcný rejstřík ukončuje příručku.

**D. KATZ
NERV, MUSKEL UND SYNAPSE**

Nerv, sval a synapsa
Vydal Georg Thieme-Verlag 1979, 164 stran, 36 obrázků, 4 tabulky. Cena DM 12,80
ISBN 3-13-4653-03-6

V edicií vreckových příruček vychází vo vydavatelství Georg Thieme-Verlag v Stuttgarte v roku 1979 nemecký preklad anglickej publikácie prof. Katza z londýnskej univerzity, zaoberajúcej sa problematikou elektrofyziológie.

Ide o malú knižočku, ktorej cieľom je — ako píše prof. Katz v úvode anglického vydania — vysvetliť, čo je známe o prenose informácií v živom organizme. Predkladá v jednotlivých kapitolách ele-

porozumení i pro otázky klinické psychologie. Kniha prináša celou řadu faktů a poznatků, její studium však vyžaduje určitý čas a zamyšlení nad touto jistě důležitou problematikou aplikované biologie.

Dr. M. Palát, Bratislava

Jednotlivé kapitoly jsou doplněny celou řadou ilustrací — schém a reprodukcí originálních křivek — a přehlednými informujícími tabulkami.

V současné neinvazivní diagnostice představuje mechanokardiografie a její metody — fonokardiografie a echokardiografie — velmi cenný přínos pro diagnostiku různých kardiopatií. Mechanokardiografické metody staly se běžným vybavením kardiologických laboratoří a znalost fonokardiografických a echokardiografických obrazů při různých onemocněních, především srdce, ale i cév je důležitým doplněním diagnostického komplexu moderní kardiologie.

Hollackova a Rautenburgova příručka o fonokardiografii najde jisté své místo na stole každého lékaře, zabývajícího se kardiologickou diagnostikou.

Dr. M. Palát, Bratislava

mentárne zistenia, ktoré predovšetkým posledných rokov dosiahli veľký pokrok v oblasti nervosvalovej fyziológie. Monografia má dvanásť kapítol, ktoré sa detailne zaoberajú prvkami neuromuskulárnej organizácie, elektricitou a neurofyziologiou, problémom konceptu membránnej otázkami vyvolania impulzu a jeho vedením, problémom vedenia impulzov bunkách a mimo bunky, otázkami prenosu impulzov z nervu na sval, kvantovú po-

rosov chemického prenosu podráždenia, prenosov impulzov na synapsách, otázkou vyvolania svalovej kontrakcie.

V záverečnej kapitole prof. Katz predkladá stručné závery. Prehľad literatúry a vecný register ukončujú túto rozsahom síce malú, ale obsahom závažnú monografiu prof. Katza, jedného v vynikajúcich svetových neurosvalových fyziológov. Mnohé ilustrácie, väčšinou dvojfarebné, dopĺňajú jednotlivé diskutované otázky neu-

**K. VOSSSCHULTE, H. G. LASCH, F. HEINRICH
INNERE MEDIZIN UND CHIRURGIE**

Vnitřní lékařství a chirurgie
Vydal Georg Thieme-Verlag 1979, 1285 stran, 583 obrázků, 235 tabul, cena DM 128,—
ISBN 3-13-5626 01-6.

Rozsáhlé dílo kolektivu autorů pod vedením prof. Vossschultheho, Lasche a Heinricha, představuje pokus o integrovanou učebnici se základním zaměřením na potřeby lékaře prvního kontaktu. Široký rozvoj základních medicínských disciplín, to je vnitřního lékařství a chirurgie a explose informací z oblasti teoretického lékařství a jeho disciplín vedou k snaze připravit především takové přehledy a učebnice, které integrovaným způsobem syntetisují dané informace do logických celků, teoreticky i prakticky fundovaných a přinášejících především dobrý základ pro práci současného lékaře. Pokus uvedeně skupiny autorů připravit takovou integrovanou učebnici se základním zaměřením na práci praktického lékaře a současně vnitřního lékařství a chirurgie a z oblasti hraničních otázek těchto dvou lékařských oborů se vcelku podařil. Čtenář dostává do rukou síce rozsáhlou, ale moderně napsanou a přehlednou učebnici, ze které může čerpat informace nejen praktický lékař a kandidát lékařství, jimž je určena, ale také internista a chirurg, kteří zde dostanou velmi dobře doložené informace ze své vlastní specializované oblasti.

Z hlediska skladby je učebnice klasicky členěná — jednotlivé kapitoly pojednávají o srdci a krevním oběhu, o chorobách cév, o homeostaseologii, o hematologii, o kardiologii a poruchách dýchacích orgánů, o mediastinu a thymu, o postiženích hlavy, krku, hrudní stěny a prsní žlázy, o poru-

rosvalovej fyziológie a názorným spôsobom ilustrujú text monografie, ktorý v mnohých partiách sa nemohol vyhnúť ani matematicko-fyzikálnym interpretáciám. Katzova kniha posluží predovšetkým fyziológom, ale záujem o ňu iste budú mať aj odborníci z lekárskej kybernetiky popri neurológoch a lekároch, zaoberajúcich sa problematikou neurosvalového systému a jeho porúch.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

chách ganstrointestinalných, metabolizmu, vnútrnej sekrecie, ledvinách a močových cestách, o pohybovom systéme, chorobách revmatického kruhu a kolagenosách; veľká kapitola je venovaná traumatológii, hovorí sa o plastické chirurgii a transplantáciach. Poslední kapitoly jsou věnované chirurgickým technikám pro širokou praxi, anestezii, problematice infekcí a akutním otravám. Poslední kapitola rozebírá otázky intenzivní medicíny. Učebnice, která má celkem 23 kapitol, je v dodatku ukončená přehlednými tabulkami nových jednotek podle SI-systému a přepočtových faktorů. Věcný rejstřík doplňuje tuto učebnici, bohatě vybavenou dokumentačním ilustračním materiálem — obrázky, fotografiemi a tabulkami. Každá ucelená kapitola a subkapitola má na závěr doplňující literární prameny.

Pokus prof. Vossschultheho, Lasche a Heinricha se jistě podařil — připravili pro lékaře a mediky dílo, které integrovaným způsobem přistupuje k jednotlivým praktickým otázkám moderní medicíny, totiž vnitřního lékařství a chirurgie z toho co je společné — to je fyziologicko-patologického základu — k tomu, co je rozdílné — to je cílená diagnostika jednotlivých klinických jednotek se současným podáním terapie. Synoptický pohled na jednotlivé nosologické jednotky současných medicínských oborů — moderního vnitřního lékařství a moderní chirurgie charakterizuje tuto integrovanou učebnici.

Dr. M. Palát, Bratislava

C. J. THIJN

ARTHROGRAPHY OF THE KNEE JOINT

Artrografie kolenního kloubu

Vydal Springer-Verlag Berlin — Heidelberg — New York 1979
155 stran, 173 obrázků, 11 tabul. Cena DM 98,—. ISBN 3-540-09129-7

Monografie prof. Thijna z rentgenologického oddělení Státní university v Groningen v Holandsku věnuje pozornost otázkám artrografie kolenního kloubu metodou dvojitého kontrastu. Po úvodní kapitole o historii artrografie je popsána technika artrografie pomocí dvojitého kontrastu. V dalších kapitolách věnuje autor pozornost lésím menisku, lésím patelofemorálního kloubu, zkříženým ligamentům, kloubnímu pouzdru, kolaterálním ligamentům a bursám. Poslední kapitola se zabývá problematikou lésí artikulární chrupavky kolenního kloubu. Přehled literatury a věcný register ukončují tuto monografii bohatě ilustrovanou originálními rentgenogramy a artroskopickými fotografiemi.

Otázky poranění měkkých částí kolenního kloubu představují vždy z hlediska

diagnostiky určitý problém. Metoda dvojitého kontrastu — autor monografie tuto metodu použil i při vyšetřování tlustého střeva — je beze sporu obohacením diagnostických možností právě u poranění měkkých tkání kolena. Kniha je velmi cenná nejen pro teoretický text, ale především pro velké množství technicky vynikajících a ilustrativních rentgenogramů a doplňkových pro lepší porozumění nákresem.

Monografické zpracování problematiky artrografie kolenního kloubu uvítají především ortopedi a rentgenologové, ale také lékaři, kteří se zabývají rehabilitací poruch při poškození kolena. Kniha je rozsáhlá, anglický text je úsporný, jednotlivé kapitoly jsou přehledně uspořádané.

Dr. J. Novák, Praha

JOHN C. ECCLES

THE HUMAN MYSTERY

Tajemství člověka

Vydal Springer-Verlag 1979, Berlin — Heidelberg — New York 1979, 255 stran, 89 obrázků, 7 tabulek. Cena DM 34.—. ISBN 3-540-09016-9.

V roce 1979 vychází v nakladatelství Springer-Verlag v anglickém jazyku soubor giffordských přednášek edinburghské university z roků 1977—1978 prof. Johna C. Ecclese, nositele Nobelovy ceny, světově známého neurofysiologa.

Deset kapitol představuje deset přednášek, věnovaných otázkám vývoje člověka, vývoje kosmických soustav a vývoje především centrálního nervového systému. Vývoj člověka je jistě obklopený velkým tajemstvím a prof. Eccles právě této vědecké základně vývoje člověka věnuje ve svých přednáškách hlubokou pozornost. Jako neurofysiolog všimá si ve stěžejních kapitolách celého díla především otázek vývoje jednotlivých mozkových struktur u člověka a výrazů těchto struktur z hlediska funkční výkonnosti centrálního nervového systému, z hlediska struktury a funkce neokortexu, z hlediska vývoje učení a

paměti a z hlediska psychických funkcí lidského mozku. Všechny přednášky dokumentují bohaté znalosti a zkušenosti autorovy především na poli moderní neurofysiologie. Publikace přináší jednoznačně moderní poznatky a formuluje některé zajímavé hypotézy jako je hypotéza o kortikálních modulech a jejich významu pro činnost centrálního nervového systému. Přehled písemnictví a věcný rejstřík ukončují tuto pozoruhodnou, moderní, bohatě dokumentovanou publikaci prof. Johna C. Ecclese, zajímavou nejen pro neurofysiology, psychology, ale také pro ostatní lékaře a vědecké pracovníky různých směrů, kteří se zabývají člověkem. Je synopsí současných poznatků o vzniku a především vývoji člověka v jeho fylogenetickém a ontogenetickém profilu.

Dr. M. Palát, Bratislava