

Re

habilitácia

CASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

1

OBSAH

EDITORIAL

M. Palát: Farmakorehabilitace — nový směr v terapii 1

PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

M. Palát: Rehabilitácia v gynekológii 3

J. Mičuda, V. Baláz: Polygraficky registrované zmeny kontraktility myokardu u starých ľudí 11

J. Semotán, M. Semotánová: Rehabilitace a duševní a sociální hygiena 21

Z Kubín: K problematice léčebné rehabilitace bolestivého ramene 29

METODICKÉ PRÍSPEVKY

H. Volejníková, K. Janků, M. Černocho, J. Bůžková: Vliv cvičení na průběh porodu u těhotných žen trpících kardiopatiemi 37

V. Tillingeroová: Moderné metódy diagnostiky afázie 41

HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ

M. Palát: 50 roků balneologického musea v Piešťanech 47

RECENZIE KNÍH 47

SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ 59

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP 63

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

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



habilitácia

*Časopis pre otázky liečebnej a pracovnej rehabilitácie Ústavu
pre ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v Bratisla-
ve*

VYDÁVA: Vydavateľstvo OBZOR, n. p., ul. Československej
armády 35, 815 85 Bratislava

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

TAJOMNÍČKA REDAKCIE: Viera Reptová

REDAKČNÝ KRUH: MUDr. Marianna Bendíková, Vlasta Bor-
tlíková, Prof. MUDr. Zdeněk Fejfar, DrSc., Božena Chlub-
nová, MUDr. Tomáš Kaiser, Prof. MUDr. Juraj Kolesár,
DrSc., MUDr. Vladimír Kříž, MUDr. Vladimír Lánik, Doc.
MUDr. Štefan Litomerický, CSc., MUDr. Zbyněk Novotný,
MUDr. RNDr. Miroslav Palát, CSc. (predseda redakčného
kruhu), Doc. MUDr. Ján Pfeiffer, CSc., Jana Raupachová,
MUDr. Vladimír Raušer, CSc., MUDr. Marie Večeřová.

GRAFICKÁ ÚPRAVA: Helena Matejovová

ADRESA REDAKCIE: Kramáre, Limbova ul. 5, 833 05 Bratisla-
va

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

Vychádza štvrtročne, cena jedného čísla Kčs 6,—

Rozširuje, objednávky a predplatné prijíma PNS-ÚED, Bratis-
lava, každá pošta a doručovateľ. Objednávky zo zahraničia
vybavuje PNS — Ústredná expedícia a dovoz tlače, Gottwal-
dovo nám. 6, 813 81 Bratislava.

Podnikové inzeráty: Vydavateľstvo OBZOR, n. p., inzertné od-
delenie, Gorkého 13, VI. poschodie, tel. 522-72, 815 85 Bra-
tislava.

Indexné číslo: 46 190

Registračné číslo: SUTI 10/9

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK XVII/1984

ČÍSLO 1

EDITORIAL

FARMAKOREHABILITACE — NOVÝ SMĚR V TERAPII

Jedním z cílů lékařského snažení je úspěšná a racionální terapie. Podľa prostredků, ktoré slouží tomuto snažení, rozeznáváme dnes terapii medikamentozní, chirurgickou a rehabilitační, kam zařazujeme použití prostředků fyzikální léčby. Existuje jistě ještě mnoho dalších forem terapie — patří sem na příklad psychoterapie, léčba zaměstnáním, muzikoterapie a podobně, základní formy terapie v klasické medicíně jsou však výše uvedené tři směry.

Rehabilitační terapie má za cíl obnovení především funkční samostatnosti u dlhotrvajících a chronických nemocí, při čemž je nutné zdůraznit, že v současnosti jsou předmětem rehabilitace i stavy akutní a subakutní. Nejrozšířenější formou terapie je bez sporu medikamentozní léčba, kde se snažíme kausálně nebo symptomaticky zasáhnout do patofyziologických mechanismů, charakterizujících patologický proces. Chirurgická léčba slouží řešení akutních stavů anebo má za cíl určitou rekonstrukci a obnovu původního zdravotního stavu, narušeného chorobným procesem. Chirurgický výkon je jistě v mnohých případech úspěšnější, než je tomu u medikamentozní terapie. Okamžité zlepšení jako výsledek tohoto výkonu ovlivní i psychiku člověka a upravuje tedy vedle fyziologických funkcí i eventuálně narušenou psychosociální homeostázu.

Rehabilitační léčba je léčba dlouhodobá s cílem obnovení fyzické a pracovní samostatnosti a jako taková má sice za následek určité, avšak pomalé zlepšování, které je v mnohých případech limitované celou řadou faktorů.

V posledních několika letech sa objevujú stále zprávy o tom, že rehabilitační program u některých chorob je možno úspěšněji realizovat při současném použití některých léčiv. Klasickým příkladem je rehabilitační program u nemocných po infarktu myokardu. Aplikace tělesných cvičení v rámci takového rehabilitačního programu u pacientů s infarktem je za určitých okolností omezená výskytem některých příznaků u těchto nemocných, které vylučují pokračování v dalším programu. Objevení se záchvatu stenokardie má vždy za následek přerušení celého programu a nasazení příslušné terapie, to je podání nitroglycerinu. Podáme-li však před započetím cvičení na příklad betablokátory, zajistíme tím určitou výchozí situaci pro lepší zvládnutí cvičebního programu pacientem, a podáme-li na příklad nitroglycerin, vytváříme

předpoklad, že k eventuálními stenokardickému záchvatu vůbec nedojde, a že tedy celý rehabilitační program, reprezentovaný cvičební jednotkou, proběhne v časovém pláň. Oba léky, betablokátory a nitroglycerin představují tedy garanty v situaci, výhodné pro realizaci rehabilitačního programu u pacientů po infarktu myokardu. Tento model může představovat model farmakorehabilitace, kdy účelným způsobem a s přihlédnutím na medicínské kritéria použijeme kombinaci dvou terapeutických principů — léčby medikamentozní a rehabilitační.

Podobnou situaci můžeme vidět v oblasti reumatických chorob. Chronická reumatická onemocnění na příklad reumatická artritida vyžaduje jak medikamentozní léčbu zaměřenou na odstránění bolesti a zabránění progresu patologického procesu, tak i rehabilitační léčbu, sloužící prevenci deformit, korekci už existujících deformit a udržení funkční výkonnosti. Každá tato forma terapie má tedy svoje cíle. kombinace obou forem vytváří účelnou situaci, která vede ke komplexnímu zlepšení. Zásadou pohybové léčby u chronické reumatické artritidy bylo, že jednotlivá cvičení resp. jejich soubory je nutno aplikovat stále bez ohledu na některé klinické nebo laboratorní známky aktivity reumatického procesu, zásadou medikamentozní léčby bylo soustavným způsobem zajišťovat optimální klinický stav pacienta. Kombinace medikamentozní léčby a léčby rehabilitační ukázala pozitivní kumulaci terapeutických efektů. Zdá se, že rehabilitace rehabilitačních programů v medikamentozní cloně je velmi výhodnou kombinací se synergickým efektem. Tyto zkušenosti jistě poslouží tomu, abychom i v dalších oblastech moderní rehabilitační péče využili možnosti kombinace obou forem terapie. Je pravděpodobné, že jednotlivé rehabilitační programy, především pohybové programy v medikamentozní cloně budou v budoucnosti představovat metodu volby, hlavně tam, kde jedním ze základních příznaků při určitém poškození je bolest, která limituje vždy možný rehabilitační program.

Farmakorehabilitace se tedy stává určitou reálnou skutečností v současných rehabilitačních programech, i když ještě jistě není dostatek potřebných zkušeností a také chybí důkazy o možných interakcích při kombinaci medikamentozních a rehabilitačních programů.

Dr. Miroslav Palát, Bratislava

LITERATÚRA

1. NICHOLS, P. J. R.: Rehabilitation Medicine, 2nd Ed. Butterworth London, 1980
2. ROBERTS, M. H. W. — WRIGHT, V.: Int. Rehabil. Med. 5, 1983, s. 29 — 31

**PŮVODNÉ VEDECKÉ
A ODBORNÉ PRÁCE****REHABILITÁCIA V GYNEKOLÓGII**

M. PALÁT

Fyziatricko-rehabilitačné oddelenie, Dérerova nemocnica, Bratislava
Prednosta: MUDr. et RNDr. Miroslav Palát, CSc.

Súhrn: V práci sa rozoberajú otázky postavenia rehabilitácie v súčasnej gynekológii a definujú sa úlohy a ciele rehabilitácie v tomto odbore. Problematika rehabilitácie v gynekológii sa člení do troch okruhov:

1. oblasť konzervatívnej gynekológie
2. oblasť operatívnej gynekológie
3. oblasť onkologickej gynekológie.

Rozoberajú sa jednotlivé indikácie a kontraindikácie pre rehabilitačné programy. Hovorí sa o jednotlivých metódach súčasnej rehabilitácie, ktoré autor rozdeľuje na pasívne a aktívne metódy. Ďalej sa poukazuje na oblasť — „paliatívnej“ — fyzioterapie. Osobitnú problematiku rehabilitačnej starostlivosti predstavujú niektoré špeciálne metodiky, t. j. reflexné, akupunktúra a podobne.

Kľúčové slová: rehabilitácia — metódy rehabilitácie — konzervatívna gynekológia — operatívna gynekológia — onkologická gynekológia — aktívne metódy — pasívne metódy — indikácie a kontraindikácie.

Podobne ako do iných oblastí modernej medicíny, prenikla rehabilitácia ako súbor opatrení, ktoré vedú k obnoveniu fyzickej a pracovnej samostatnosti, aj do oblasti gynekológie a pôrodnictva. Hneď na začiatku je potrebné zdôrazniť, že rehabilitačné prostriedky a rehabilitačné metódy v gynekológii majú svoj špecifický cieľ a tieto prostriedky a metódy v pôrodnictve sú z hľadiska cieľa určitým účelovým spôsobom modifikované.

Špecifickým cieľom v gynekológii pre indikáciu rehabilitačných programov, t. j. pre použitie určitých prostriedkov modernej rehabilitácie v rámci metodických postupov, je obnovenie funkcie porušenej prítomným gynekologickým ochorením, resp. narušenej operatívnym gynekologickým zákrokom. Aj keď v pôrodnictve použijeme niektoré totožné prostriedky v rámci rehabilitačného programu, cieľom je fyziologický vývoj jedinca v priebehu gravidity a udržanie tohoto stavu bez patologických následkov pre zárodok, prípadne plod. Toto platí predovšetkým pre rizikóvu graviditu, normálny priebeh ťarchavosti nevyžaduje nijaké rehabilitačné programy. Inou otázkou je psychoprofylaktická príprava na pôrod, toto je osobitná problematika a s rehabilitáciou súvisí iba rámcovo, predovšetkým z aspektu niektorých používaných metodík. Podobne ako v iných oblastiach klinickej medicíny, aj v gynekológii treba zdôrazniť

M. PALÁT/REHABILITÁCIA V GYNEKOLÓGII

základné teoretické hľadisko, ktoré je rozhodujúce vo všeobecnej podobe pre definovanie patologického procesu a pre terapeutické, event. rehabilitačné konzekvencie.

Organizmus človeka predstavuje určitú biologickú jednotu, ktorá má svoju morfológickú a svoju fyziologickú stránku. Štruktúrna analýza organizmu alebo orgánu, teda anatomické hľadisko, spolu s kauzálnou analýzou patologického procesu, teda funkčné hľadisko, rozhodujú nielen o indikácii pre príslušný terapeutický zákrok, ale aj o jeho metodickej podobe. V oblasti modernej rehabilitácie je prototypom komplexného zásahu do patologického diania a jeho úpravy rehabilitačný program. Bolo by naprosto iluzórne si predstavovať, že prostredníctvom týchto rehabilitačných programov dôjde k morfologickej úprave zmenených tkanív v organizme, avšak úprava fyziologických funkcií narušených patologickým procesom je reálnou skutočnosťou.

Stavba rehabilitačných programov v gynekológii teda musí vychádzať zo štrukturálnej aj kauzálnnej analýzy, pretože korelácia výsledkov týchto analýz predstavuje potom limit pre aplikáciu rehabilitačných prostriedkov v rámci rehabilitačných programov a rozhoduje o efekte rehabilitačnej liečby.

Morfologické hľadiská v gynekológii sú dané príslušným vyšetrením, predoperačným bioptickým alebo pooperačným histologickým vyšetrením, fyziologické hľadiská možno odhadnúť klinickým vyšetrením, event. klinickým priebehom alebo funkčným vyšetrením. Výsledkom je diagnostický vzorec, ktorý obsahuje nielen morfológickú diagnózu, ale aj štádium ochorenia, informujúce o reálnej funkcii, jej poškodení, event. jej výpade a obmedzení.

Problematika rehabilitácie v gynekológii sa v súčasnosti člení do troch okruhov:

1. oblasť konzervatívnej gynekológie,
2. oblasť operatívnej gynekológie a
3. oblasť onkologickej gynekológie.

Konzervatívna gynekológia je veľmi rozsiahlou oblasťou, keď sa pomocou konzervatívnych liečebných metód snažíme ovplyvniť patologický proces na ženských orgánoch. Rehabilitačné programy v tejto oblasti sú veľmi rozšírené, sú obľúbené, aplikujú sa buď samostatne, alebo v kombinácii s medikamentóznou terapiou. Aplikujú sa tu predovšetkým tzv. pasívne metódy, to je metódy elektroliečebné a vodoliečebné, vrátane balneoterapie, aktívne metódy sa menej používajú. Rehabilitačné metódy majú charakter predovšetkým symptomatologický, nie sú to metódy kauzálnnej terapie, majú teda pomocný a doplňujúci význam.

Operatívna gynekológia je oblasťou, kde rehabilitačné metódy získali svoje pevné miesto. Rehabilitačné programy predstavujú predovšetkým aktívne metodiky cielene zamerané, slúžiace na obnovu funkcie postihnutých tkanív, napríklad brušnej steny, porušenej operatívnym výkonom. Máme predoperačné aj pooperačné programy, niektoré špeciálne metodiky doplňujú ďalšie možnosti — je to dýchacia gymnastika, cievný tréning, celý rad relaxačných techník a špeciálnych cvičení.

Oblasť onkologickej gynekológie je osobitnou oblasťou s osobitným terapeutickým prístupom a osobitným rehabilitačným programom. Onkologické ochorenie predstavuje vždy potenciálne ohrozenie života. Morfolo-

M. PALÁT/REHABILITÁCIA V GYNEKOLÓGII

ký substrát spolu s funkčnými zmenami daného orgánu sprevádzajú rozličné zmeny psychosociálneho stavu pacientky, z ktorých vyplýva v porušenej psychosociálnej rovnováhe celá pestrá škála novej symptomatológie. Aj symptomatológia typická pre dané onkologické ochorenia je modifikovaná symptomatológiou z porušenej psychosociálnej homeostázy, a to aj vtedy, keď operatívny výkon priniesol zdarný výsledok. Prítomnosť onkologického ochorenia u žien vytvára nový symptómový komplex, a tento komplex vyžaduje určitý nový model rehabilitačného programu. Aj keď v oblasti onkologickej gynekológie používame pasívne aj aktívne rehabilitačné prostriedky, s prizretím na štádium ochorenia, musíme ich doplniť prostriedkami psychosociálnej rehabilitácie. Cieľom tu nie je iba obnovenie fyziologických a pracovných funkcií, ale aj zabezpečenie určitej kvality života, ako to formuluje Svetová zdravotnícka organizácia.

Nedeliteľnou súčasťou modernej rehabilitačnej starostlivosti v oblasti gynekológie je dobrý prenos informácií od lekára a zdravotníckeho pracovníka k postihnutej žene. Pri chronických ochoreniach formuje si každý pacient svoj postoj k svojej chorobe. Je tomu tak aj u chronických gynekologických afekcií:

1. Chronické gynekologické ochorenia majú svoj pretrahovaný priebeh a pri-nášajú celý rad ťažkostí s výraznou subjektívnou aj objektívnou symptomatológiou.
2. Pri chronických gynekologických ochoreniach terapeutické efekty sú často nedostatočné, nie sú úplné alebo sú málo výrazné.
3. Priebeh týchto chronických ochorení formuje určitým spôsobom osobnosť postihnutej ženy s následnou neurotizáciou.

Zdá sa teda nutné, aby sa pri chronických gynekologických ochoreniach vytvoril určitý plastický vzťah — compliance postihnutej pacientky k osobe lekára, medikácie, ale aj k vlastnému ochoreniu. Nejde tu iba o oblasť aplikácie psychoterapeutických metód najrôznejšej proveniencie, ale o formovanie postoja pacientky k vlastnému ochoreniu.

Moderná rehabilitačná starostlivosť má dnes rozsiahle metodické vybavenie, dostatok možností použitia týchto metód a ich kombinácie, ako aj dostatok skúseností z aplikácie týchto metód v gynekológii.

Jednotlivé metódy súčasnej rehtabilitácie, predovšetkým metódy pasívne, t. j. elektroliečebné a vodoliečebné, majú za cieľ:

- a) zvýšiť prekrvenie príslušného tkaniva,
- b) zvýšenie prekrvenia vnútorných orgánov, teda aj orgánov ženských, pro-
- c) urýchliť reparačný proces v príslušnom orgáne a
- d) zabezpečiť regeneráciu tkaniva určitého orgánu.

Aktívne metódy, to je predovšetkým pohybová liečba slúžiaca na:

- a) reedukáciu funkcie, v prvom rade svalov a svalových skupín, poškodených operatívnym výkonom,
- b) zvýšenie prekrvenia vnútorných orgánov, teda aj orgánov ženských, pro-stredníctvom zvýšenia minútového volumu srdca,
- c) vegetatívnu prestavbu v zmysle stimulácie parasympatika a inhibície sym-patika a

M. PALÁT/REHABILITÁCIA V GYNEKOLÓGII

- d) koordináciu dýchacieho cyklu so svalovým pohybom a využitím zmien intraabdominálneho tlaku pri použití špeciálnych metód dýchacej gymnastiky, vrátane ekonomizácie respirácie.

Ako vidieť, jednotlivé metódy súčasných rehabilitačných programov v gynekológii majú relatívne obmedzený význam v komplexnej starostlivosti o gynekologické ochorenia. Rozhodujúca pre aplikáciu jednotlivých metód je vždy cieľená a účelná indikácia.

V tejto súvislosti je potrebné spomenúť ešte realitu tzv. „paliatívnej fyzioterapie“, ktorá má svoje uplatnenie predovšetkým u bolestivých syndrémov. Ide o aplikáciu protibolestivých fyziatrických prostriedkov, ktoré predstavujú symptomatickú liečbu a ktoré sú za určitých okolností efektívne. Zdá sa, že v týchto prípadoch môžeme hovoriť o „placeboefekte“, najmä keď u pacientky ide o neurotický terén.

Ako sme už spomenuli, osobitnú kapitolu súčasnej rehabilitácie v gynekológii predstavuje starostlivosť o onkologické pacientky. Metódy rehabilitácie, pasívne alebo aktívne, majú svoj cieľ v príslušnom štádiu vývoja ochorenia, postupne však musíme metodické vybavenie modifikovať a prejsť od metód fyziatrických k metódam psychosociálnej oblasti rehabilitácie. Tu sa osvedčuje spolupráca lekára a psychológa, pretože o aplikácii týchto špeciálnych metód rozhoduje popri indikácii a štádia ochorenia aj príslušný psychický stav pacientky a vytvorený vzťah k vlastnému ochoreniu. Logoterapia, ktorú zaviedol Frankl v oblasti niektorých psychosomatických ochorení, má aj tu svoje opodstatnenie. V tejto oblasti sme na začiatku, špeciálny rehabilitačný program u onkologických pacientok predstavuje určitú alternatívu v starostlivosti o tieto choré.

Podobne ako v iných oblastiach modernej medicíny, aj v gynekológii sú určité osobitosti, o ktorých je potrebné hovoriť. Ženu postihujú nielen gynekologické ochorenia, ale celý rad iných chorôb. Tieto prebiehajú ako samostatné nozologické jednotky, môžu však zasiahnuť aj do priebehu gynekologických ochorení práve tak, ako gynekologické ochorenia môžu ovplyvniť priebeh jedného alebo druhého ochorenia sú častým prípadom práve u chronických chorôb. Adnexitída napríklad môže zhoršiť vertebrogénny bolestivý syndróm, tento naopak potencuje klinickú symptomatológiu chronickej adnexitídy. Táto skutočnosť rozhoduje za určitých okolností o rehabilitačnom programe a aplikácii jednotlivých rehabilitačných metód.

Iný model predstavuje napríklad stav hormonálnej homeostázy a jej poruchy u ženy. Sú známe práce o vplyve menopauzy na obsah minerálnych látok v kostiach, podobne známy je vplyv hormonálnej antikoncepcie na vývoj ischemickej choroby srdca, mnohí deklarujú tieto antikoncepcné prostriedky za rizikový faktor pre vývoj ischemickej choroby srdca. Napokon sú známe skutočnosti, že vysoká fyzická aktivita, predovšetkým tzv. špičkový a výkonnostný šport za určitých okolností negatívne ovplyvňuje vývoj ženského organizmu. Všetky tieto otázky predstavujú okrajové problémy, z hľadiska komplexnosti je však potrebné na ne upozorniť.

Osobitnú problematiku rehabilitačnej starostlivosti v gynekológii predstavujú aj niektoré špeciálne metodiky. Ide predovšetkým o tzv. reflexné meto-

M. PALÁT/REHABILITÁCIA V GYNEKOLÓGI

diky, medzi ktorými napríklad akupunktúra získala aj v oblasti ženského lekárstva pozoruhodné miesto. Možno konštatovať, že niektoré z týchto metódik sa používajú v rámci komplexných rehabilitačných programov — ide napríklad o reflexnú masáž, ktorá má svoju indikačnú oblasť. Akupunktúra, ktorá sa v poslednom období dostáva do popredia záujmu lekárov, ale najmä pacientov, predstavuje oblasť s nedostatočne objektívne doloženým mechanizmom účinku, s celým radom nebezpečí, ale aj s veľkým počtom pozitívnych efektov. Mnohí ju považujú za modernú liečebnú metódu, mnohí vysvetľujú jej úspechy „placebo-efektom“, iní pôsobením enkefalinov či endorfínov, naše určité skúsenosti hovoria, že lepšie výsledky možno dosiahnuť na neurotickom teréne.

Rehabilitačné programy a jednotlivé metódy súčasnej rehabilitácie majú tak ako pri iných ochoreniach svoje indikácie a svoje kontraindikácie. Medzi indikácie jednotlivých metód modernej rehabilitačnej starostlivosti patria:

1. Sterilita, infertilita a ich príčinné súvislosti patriace do tejto oblasti, ako sú hypoplázia uteri, ovariálna insuficiencia, anomálie cyklu. Tu používame predovšetkým pasívne rehabilitačné metódy — metódy elektroliečebné a v-doliečebné, resp. ich kombináciu.
2. Neurovegetatívne poruchy so symptomatológiou malej panvy (pelvic pain), ako je primárna a sekundárna dysmenoroe, rôzne pelvipatie — zmeny cievne a obstipačný syndróm. Tu používame pasívne, ale aj aktívne rehabilitačné metódy, prípadne ich kombináciu.
3. Klimaktérium, kde používame popri pasívnych predovšetkým aktívne pohybové rehabilitačné prostriedky pod príslušnou minimálnou medikamentóznou clonou.
4. Zápalové ochorenia ženského genitálu, kde predovšetkým pasívne rehabilitačné prostriedky dopĺňujú základnú gynekologickú terapiu.
5. Stav po operáciách jednotlivých štruktúr gynekologickej oblasti. Tu je primárna pohybová terapia ako aktívny prostriedok s cieľom reštitúcie operatívne postihnutých tkanív. Pasívne prostriedky často dopĺňujú aktívnu rehabilitačnú terapiu, s odlišným prístupom k stavom po abdominálnych, vaginálnych, resp. kombinovaných operáciách.
6. Onkologické ochorenia, ktoré však vyžadujú iný rehabilitačný program, ciele zameraný na zabezpečenie určitej kvality života postihnutej ženy.
7. Gynekologicko-urológické ochorenia, kde popri základnej terapii terapeutickú schému dobre dopĺňujú pasívne prostriedky rehabilitácie.
8. Osobitnú indikačnú oblasť súčasnej gynekológie predstavujú flebitídy a flebotrombózy s rozdielnym klinickým priebehom, pestrou symptomatológiou a rôznym stupňom závažnosti, sprevádzajúce gynekologické ochorenia, ktoré vyžadujú veľkú terapeutickú pozornosť. Rehabilitačné metódy pasívne a v určitom štádiu aj aktívne predstavujú metódu voľby.

Samostatnú kapitolu predstavujú bolesti v krížoch, ktoré môžu byť sprievodným symptómom gynekologických ochorení, alebo predstavujú poruchu osového orgánu tela, teda chrbtice, ale v každom prípade vyžadujú zložitú diferenciálnu diagnostiku s príslušnou, veľmi pestrou a cieleňou terapeutickou konzekvenciou na diagnostický vzorec. Pasívne a aktívne metódy predstavujú spektrum možností pre rozhodovanie lekára.

Kontraindikácie v oblasti gynekologických ochorení vychádzajú jednak zo všeobecných kontraindikácií vôbec a jednak zo stavu pacientky — mnohé me-

M. PALÁT/REHABILITÁCIA V GYNEKOLÓGII

tódy sú neúčinné, iné paliatívne, a tak hlavnou kontraindikáciou je predovšetkým nedostatočná informácia o mechanizme účinku príslušnej rehabilitačnej metódy, resp. „pokus“ o možný terapeutický efekt objektívnych predpokladov pre tento efekt.

Rehabilitačná medicína, tak ako nazývajú niektoré popredné pracoviská oblasť rehabilitácie, je interdisciplinárnym odborom. Zasahuje predovšetkým v oblasti komplexnej terapie do terapeutického procesu, ovplyvňuje ho využitím funkčných rezerv s cieľom reedukácie funkcií postihnutých patologickým procesom a obnovením pracovnej a fyzickej samostatnosti, predovšetkým pri chronických chorobách. Rovnakú úlohu má aj v gynekológii, s príslušnou špecifikáciou na chorý organizmus ženy. Táto skutočnosť modifikuje rehabilitačné programy a ich stavbu, prispôbuje jednotlivé rehabilitačné metódy danému cieľu a vytvára podmienky pre špeciálne funkcie ženského organizmu. V súčasnosti nemožno zďaleka hovoriť o tom, že rehabilitácia a jej metódy sú najdôležitejšími opatreniami starostlivosti o chorý organizmus ženy. Iste sú nepostrádateľné, sú dôležité, majú určité miesto v komplexnej liečebno-preventívnej starostlivosti o ženy, sú žiadané, bývajú úspešné, ale stále zostávajú iba časťou komplexu. Každý medicínsky odbor má svoj špecifický prístup k riešeniu vlastnej problematiky. Tento prístup je vždy základný, ale musí zostať vždy elastický, teda musí prijať potrebné z ostatných odborov a ponechať si vlastné. Musí teda vytvárať novú kvalitu, predstavujúcu organické spojenie toho, čo je špecifické, s tým, čo je účelné, vždy za predpokladu objektívnych, preukázaných a overených faktov. A taký model predstavuje spolupráca gynekológie a rehabilitácie. Nehovoríme o gynekologickej rehabilitácii, ale o rehabilitácii v gynekológii.

Ako ukazuje súčasný vývoj, prekonala aj rehabilitácia obdobie empirie a objavujú sa už určité zákonitosti s celým radom objektívnych dôkazov, ktoré majú všeobecnú platnosť. Tento vývoj prekonalo mnoho odborov, v oblasti gynekológie v určitých otázkach prevláda stále ešte empiria. Iste to nie je zle, dôležité je však urobiť ďalší krok. Je úlohou budúcnosti, aby empirické hľadiská, ktoré definujú v súčasnosti metodické postupy, boli nahradené objektívne platným poznaním, teda určitou zákonitosťou. A v tom spočíva budúci vývoj. Iným smerom vývoja, ktorý už v súčasnosti formuluje myslenie v oblasti rehabilitácie, je farmakorehabilitácia, t. j. použitie rehabilitačných prostriedkov vo farmakologickej clone s cieľom potencovaného liečebného efektu.

Rehabilitácia v gynekológii predstavuje oblasť reálnej spolupráce dvoch medicínskych odborov — odboru klasickej klinickej medicíny s moderným prístupom s odborom funkčnej medicíny, využívajúcim štruktúru a kauzálnu analýzu na plný terapeutický efekt.

LITERATÚRA

1. NICHOLS, P. J. R.: Rehabilitation medicine. 2nd Ed. Butterworths London, Boston 1980
2. LINDQUIST, O.: Acta obstetricia et gynecologica Scand. 1982, suppl. 110
3. GILLMANN, H.: Physikalische Therapie. 5. vyd. Thieme Verlag Stuttgart, New York 1981
4. GÜNTHER, R., JANTSCH, H.: Physikalische Medizin. Springer Verlag, Berlin Heidelberg, New York 1982

M. PALÁT/REHABILITÁCIA V GYNEKOLÓGII

5. MEERWEIN, F.: Einführung in die Psycho-Onkologie. Verlag Hans Huber Bern, Stuttgart, Wien 1981
6. HEALEY, J. E. Jr.: Ecology of the cancer patient. Interdisciplinary Communication Ass. Inc. Washington 1970
7. BARCKLEY, V.: Basic concepts in cancer nursing. UICC Geneva 1980
8. PALÁT, M.: Klinická morfológia a fyziológia vnútorných systémov, Osveta Martin, 1976
9. JOCHHEIM, K. A., SCHOLZ, J. F.: Rehabilitation, Bd. II. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1975
10. BRÄUTIGAM, W., CHRISTIAN, P.: Psychosomatische Medizin. 3. vyd. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York 1981

Adresa autora: MUDr. et RNDr. Miroslav Palát, CSc.,
Fyziatrisko-rehabilitačné oddelenie, Dérerova nemocnica,
833 05 Bratislava-Kramáre, Limbova ul. 5

M. Palát

РЕАБИЛИТАЦИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

Резюме

В работе обсуждаются вопросы о месте реабилитации в современной гинекологии и определяются задачи и цели реабилитации в этой отрасли медицины. Проблематика реабилитации в гинекологии разделяется на три области:

1. область консервативной гинекологии
2. область оперативной гинекологии
3. область онкологической гинекологии.

Рассматриваются отдельные показания и противопоказания для реабилитационной программы. Обсуждаются отдельные методы современной реабилитации, которые автор разделяет на пассивные и активные. Далее указывается на область паллиативной физиотерапии. Особую проблематику реабилитационной помощи представляют некоторые специальные методики, т. е. рефлексивные методы, иглоукалывание и т. п.

M. Palát

REHABILITATION IN GYNAECOLOGY

Summary

The paper discusses problems of the position of rehabilitation in modern gynaecology and defines the role and target of rehabilitation in these spheres:

1. in conservative gynaecology
2. in surgical gynaecology
3. in oncological gynaecology

The individual indications and contraindications for rehabilitation programmes are discussed which the author divides into passive and active methods. The sphere of „paliative“ physiotherapy is mentioned. Special methods of rehabilitation care are reflex, acupuncture and others.

M. PALÁT/REHABILITÁCIA V GYNEKOLÓGII

Palát, M.

REHABILITATIONSTHERAPIE IM BEREICH DER GYNÄKOLOGIE

Zusammenfassung

In diesem Beitrag werden Fragen der Stellung der Rehabilitationstherapie in der modernen Gynäkologie diskutiert und die Aufgaben und Ziele der Rehabilitation in diesem Bereich definiert. Die Problematik der Rehabilitationstherapie im Bereich der Gynäkologie gliedert sich in drei Problemkreise:

1. den Bereich der konservativen Gynäkologie
2. den Bereich der operativen Gynäkologie und
3. den Bereich der onkologischen Gynäkologie.

Diskutiert werden die einzelnen Indikationen und Kontraindikationen für Rehabilitationsprogramme. Dabei werden auch die einzelnen Methoden der modernen Rehabilitationsbehandlung besprochen, die der Verfasser in passive und aktive Methoden gliedert. Ferner wird auch den Bereich der sogenannten palliativen Physiotherapie hingewiesen. Eine besondere Problematik der Rehabilitationstherapie stellen einige Spezialmethodiken dar, und zwar die Reflexmethodiken, die Akupunktur u. ä. m.

M. Palát

RÉADAPTATION EN GYNÉCOLOGIE

Résumé

Le travail traite par la discussion les questions de la position de la réadaptation dans la gynécologie actuelle en définissant les tâches et les buts de la réadaptation dans ce domaine. La problématique de la réadaptation dans la gynécologie se répartit en trois catégories:

1. le domaine de la gynécologie conservatoire
2. le domaine de la gynécologie opératoire
3. le domaine de la gynécologie cancérigène

On y discute différentes indications et contre-indications pour les programmes de réadaptation. On y traite aussi différentes méthodes de la réadaptation actuelle réparties par l'auteur en passives et actives. Ensuite, on y souligne le domaine de la physiothérapie „atténuant la douleur“. Une problématique particulière des soins de réadaptation représentent certaines méthodes spéciales comme: la réflexologie, l'acupuncture et autres.

POLYGRAFICKY REGISTROVANÉ ZMENY KONTRAKTILITY MYOKARDU U STARÝCH ĽUDÍ

J. MIČUDA, V. BALÁŽ

*Výskumný ústav gerontológie, Malacký
Riaditeľ: MUDr. V. Baláž, CSc.*

Súhrn: Sledovali sme zmeny kontraktility a funkcie myokardu pri starnutí pomocou polygrafického vyšetrenia.

Polygrafickým vyšetrením 53 osôb (33 žien) vo veku 55 až 91 rokov (priemerný vek 76,1 roka) sme zistili zhoršovanie myokardiálnej kontraktility v závislosti od veku. Najvýznamnejšie zmeny stiahnuteľnosti myokardu a zníženie výkonnosti ľavej komory sme našli v skupine osôb 80 a viacročných. Preukázali sa tiež štatisticky významné korelácie medzi funkciou kontraktility myokardu a výškou kyslích fosfatáz v krvnom sére.

Kľúčové slová: Kontraktilita myokardu — staroba — elektrická, akustická, mechanická aktivita srdca — polygrafické vyšetrenie.

Starnutie ako fyziologický proces sa výrazne prejavuje na funkcii srdcovo-cievneho systému [12]. Je to hlavne zmena v myokardiálnej kontraktilita, ktorá sa vekom znižuje [4, 14, 24], čo sa preukázalo neinvazívnym kardiologickým vyšetrením — polygrafiou. Polygrafia je cenným diagnostickým vyšetrením pri zisťovaní predpokladaných zmien srdcovej kontraktility u starých ľudí. Špecifický obraz zmien v hodnotách systolických intervalov pri eventuálnej dysfunkcii ľavej komory ľudí s ischemickou chorobou srdca má nesporný význam pri sledovaní dynamiky a prognózy tejto najčastejšej choroby v starobe [2, 11, 25].

V starobe sa prehlbuje vývoj aterosklerózy. Rôznymi vonkajšími faktormi sú navodené zmeny v skladbe lipoproteínov a lipidov v krvnom sére, ktoré vývoj aterosklerózy podnecujú. Exogénne multifaktoriálne vplyvy pri vývoji aterosklerózy pôsobia prostredníctvom zmien neuroregulácie hormonálnej a regulácie humorálnej, ako aj následných zmien v metabolizme glycidov, lipidov a purínov [1].

Súbor osôb a metóda

Polygrafia je časovo integrovaný záznam elektrickej, akustickej a mechanickej aktivity srdca. Z tohoto záznamu určujeme štyri fázy piatich až šiestich za sebou idúcich srdcových cyklov, a to celkovú systolu [EMS], ľavokomorový ejekčný čas [LVET], mechanickú systolu [S₁S₂] a elektrickú systolu [QT], a z ich aritmetického priemeru vypočítame ďalších 14 parametrov srdcovej chronometrie.

Náš súbor má 53 osôb (z toho 33 žien) vo veku 55 až 91 rokov, s priemerným vekom

J. MIČUDA, V. BALÁŽ/POLYGRAFICKY REGISTRované ZMENY KONTRAKTILITY MYOKARDU U STARÝCH LUDÍ

Tab. 1. Výsledky biochemického vyšetrenia z krvi starých ľudí (n = 53).

		CHOLESTEROL mmol/l	TRIGLYCERIDY mmol/l	β -LIPOPRO- TEÍNY %	PRE β -LIPO- PROTEÍNY %	α -LIPOPRO- TEÍNY %	KYSELINA MŮČOVÁ mmol/l	GLYKÉMIA mmol/l
Skupina ľudí do 74 rokov n = 17	\bar{X}_1	5.163	1.806	52.000	26.333 +	21.000	241.000	6.150
	$S\bar{X}_2$	1.483	0.812	5.291	5.686	9.539	52.430	1.202
75 — 79 rokov n = 21	\bar{X}_2	5.152	1.864	53.666	25.400	20.933	218.333	5.240
	$S\bar{X}_3$	0.979	0.783	5.407	6.185	7.814	74.544	2.208
≥ 80 rokov n = 15	\bar{X}_3	4.789	1.567	52.733	21.400 +	25.866	245.400	5.506
	$S\bar{X}_3$	1.574	0.374	6.363	3.737	6.631	63.756	2.410

+

P < 0.05

Tab. 2. Biochemické hodnoty z krvi vyšetreného súboru — pokračovanie

		KREATINÍN mmol/l	BILIRUBÍN mmol/l	AST U/l	ALT U/l	GGTP U/l	KYSLÁ FOSFATÁZA U/l
Skupina ľudí do 74 rokov	X_1	99.666	5.610	20.766 +	29.320 +	114.000	6.500
	$S\bar{X}_1$	20.207	0.961	23.704	41.431	30.789	1.414
75 — 79 rokov	\bar{X}_2	98.833	3.817	6.894 +	7.856 +	90.733	6.687
	$S\bar{X}_2$	15.284	1.513	2.825	3.509	26.252	3.272
≥ 80 rokov	\bar{X}_3	98.928	4.590	7.516 +	9.014 +	96.785	7.375
	$S\bar{X}_3$	14.387	1.771	4.106	5.963	24.863	2.615

+

P < 0.05

J. MIČUDA, V. BALÁŽ/POLYGRAFICKY REGISTRované ZMENY KONTRAKTILITY MYOKARDU U STARÝCH LUDÍ

76,1 roka. Podmienkou výberu do súboru bol sínusový rytmus, bez poruchy vedenia a bez kardiotoník.

Zdravotný stav súboru: ischemická choroba srdca v 37,7 %, arterosclerosis universalis v 37,7 %, m. hypertonicus gr. I. v 7,5 %, gr. II v 9,4 % a stavy po úrazoch v 7,5 %.

Polygrafické vyšetrenie sa urobilo v kľudových podmienkach medzi 8. až 12. hod. štandardnou technikou (3, 13, 21). Cholesterol a triglyceridy sa stanovili Bio-la-testom (Lachema Brno). Lipoproteínový séra sa rozdelili elektroforézou na acetátových fóliách (Sartorius) v tanku Boskamp [fy Boskamp GmbH] pri 200 V za 40 minút. Denzitometrické stanovenie rozdelených lipoproteínov sa robilo pomocou denzitometra IL-377.

Štatistické spracovanie súboru (Studentov t-test) sa urobilo samočinným počítačom.

Výsledky

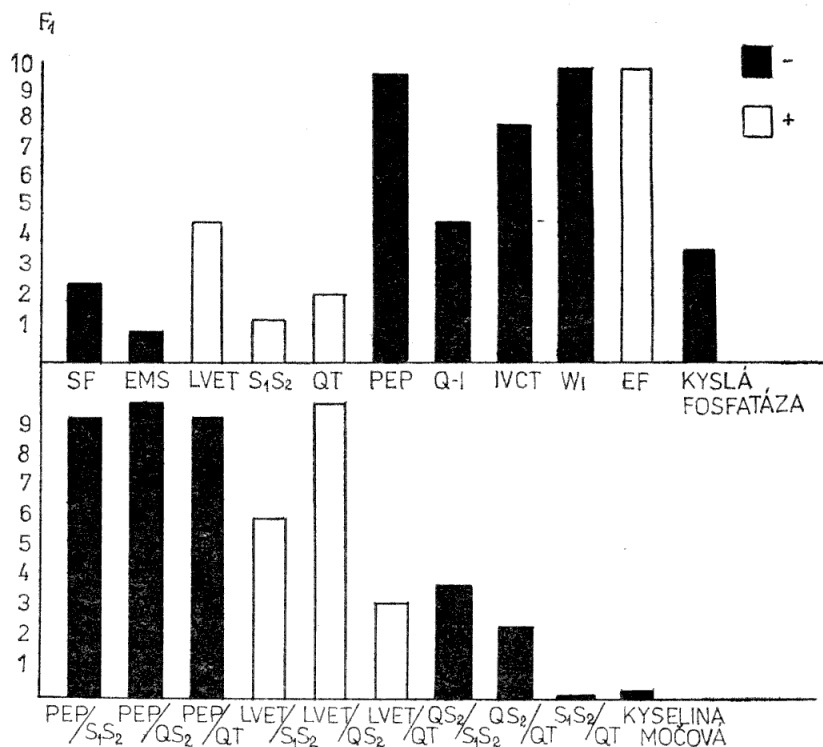
Výsledky z laboratórnych vyšetrení súboru sú v tab. 1. Štatisticky významný je pokles sérových prebetalipoproteínov u osôb 80 a viacročných oproti mladším vekovým skupinám. Štatisticky signifikantné je aj zvýšenie sérových transamináz AST, ALT v skupine u osôb do 74 rokov oproti starším vekovým skupinám — tab. 2.

Patologické laboratórne hodnoty sú len v najmladšej vekovej skupine (do 74 rokov), a to: také zvýšenie prebetalipoproteínov, zvýšená hladina glykémie a sérových AST, ALT a GGTP a nižšie hladiny alfalipoproteínov v krvi. Nález znížených alfalipoproteínov je aj v skupine osôb do 79 rokov. Tieto zmeny v krvných hladinách AST, ALT a GGTP a nepatrné rozdiely v spektre lipoproteínov medzi jednotlivými vekovými skupinami však nemali vplyv na výsledky polygrafie, čo dokazuje obr. 1: rotovaná faktorová matica F_1 . Z tejto faktorovej analýzy vyplýva významný matematický vzťah len medzi hladinou kyslej fosfatázy v plazme a veľkosťou preejekčnej periódy (PEP), izovolumovým kontrakčným časom (IVCT), pomermi PEP (LVET, PEP) S_1S_2 , PEP/ QS_2 a PEP/QT, kde je korelácia priama. Korelácie hladiny kyslej fosfatázy s veľkosťou ejekčnej frakcie (EF), LVET a pomermi LVET/ S_1S_2 a LVET/ QS_2 — sú nepriame. Teda nízka hladina kyslej fosfatázy v krvi je v zhode s dobrou výkonnosťou ľavokomorového myokardu a naopak, zvýšené hodnoty kyslej fosfatázy idú spolu s prejavmi zhoršenia funkcie ľavej komory. Na obr. 2, 3, 4 sú niektoré hodnoty polygrafie súboru rozdelené na 2 skupiny: podľa veku do 74 rokov a 75 a viac rokov. Všetky hodnoty polygrafického záznamu sú pre našu populáciu v normálnom rozmedzí (4).

V skupine ľudí 75 a viacročných zisťujeme predĺženie: celkovej systoly (EMS), mechanickej systoly (S_1S_2), elektrickej systoly (QT), preejekčnej periódy (PEP), intervalu Q-I, izovolumového kontrakčného času (IVCT), zvýšenie pomerov PEP/LVET, PEP/ S_1S_2 , PEP/ QS_2 a PEP/QT. I keď je tento rozdiel v systolických intervaloch štatisticky nevýznamný, charakter zmien tejto staršej vekovej skupiny je prejavom zníženej výkonnosti ľavej komory oproti osobám mladším.

Pri rozdelení súboru na skupinu osôb do 79 rokov a skupinu 80 a viacročných zisťujeme štatisticky významné rozdiely v niektorých hodnotách z polygrafického záznamu medzi týmito vekovými skupinami. V skupine starších osôb je to zvýšenie Weisslerovho kvocientu (PEP:LVET) pomeru PEP/ S_1S_2 a pomeru PEP/QT a zníženie hodnôt pomerov LVET/ S_1S_2 resp. LVET/QT a zníženie ejekčnej frakcie (EF). Tieto výsledky ukazujú na výrazné zhoršenie ľavokomorovej kontraktility u ľudí 80 a viacročných (obr. 5, 6).

J. MIČUDA, V. BALÁŽ/POLYGRAFICKY REGISTROVANĚ ZMENY KONTRAKTILITY MYOKARDU U STARÝCH EUDÍ



Obr. 1.

Faktorová analýza F_1 niektorých hodnôt systolických časových intervalov a kyslej fosfatázy celého vyšetrovaného súboru ($n = 53$).

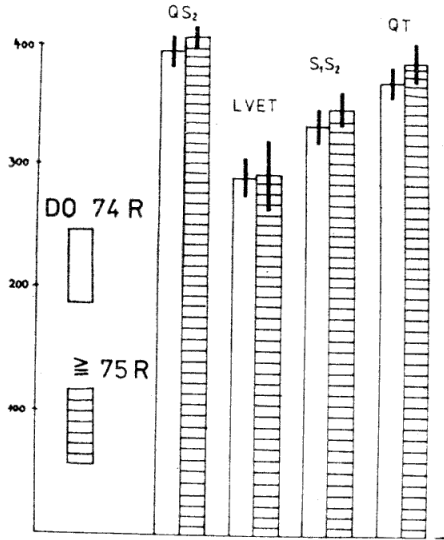
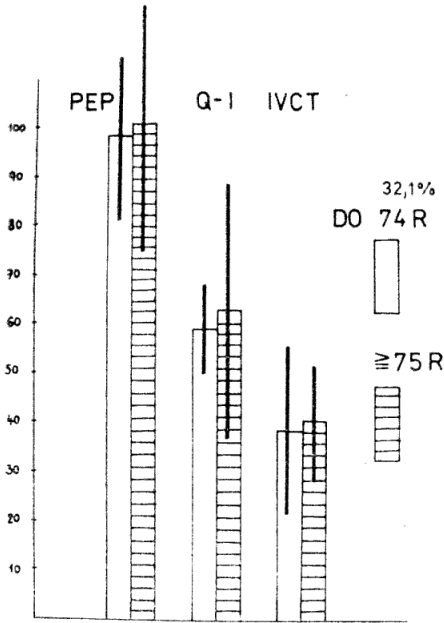
- SF — frekvencia srdcovej akcie,
- EMS — elektromechanická systola,
- LVEI — ľavokomorový ejekčný čas,
- S₁S₂ — mechanická systola,
- QT — elektrická systola,
- PEP — preejekčná perióda,
- Q-I — interval Q (na EKG) po I. srdcovú ozvu,
- IVCT — izovolumový kontrakčný čas,
- Wi — Weesslerov kvocient,
- EF — efekčná frakcia podľa Garrada.

Jednofarebné označenie stĺpov — to sú vzťahy priamoúmerné.

Os Y — veľkosť vzťahu medzi jednotlivými veličinami.

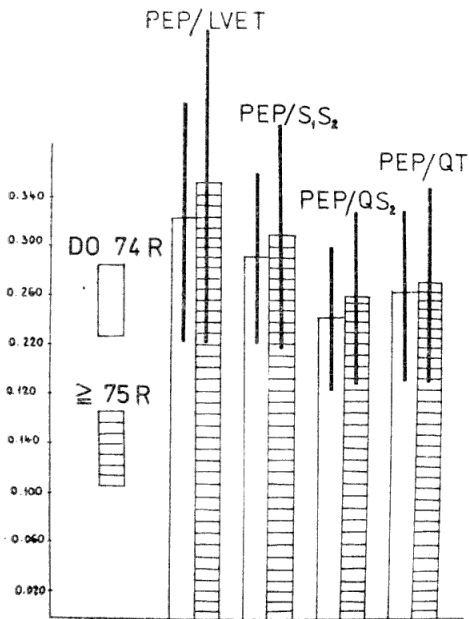
{Ostatné biochemické parametre nie sú na obr. 1 pre ich úplne zanedbateľný vzťah k SČI. Literatúra k faktorovej analýze: Überla, K.: Faktorová analýza. Alfa, 1974, Bratislava}.

J. MIČUDA, V. BALÁŽ/POLYGRAFICKY REGISTROVANÉ ZMENY KONTRAKTILITY MYOKARDU U STARÝCH EŤI



Obr. 3

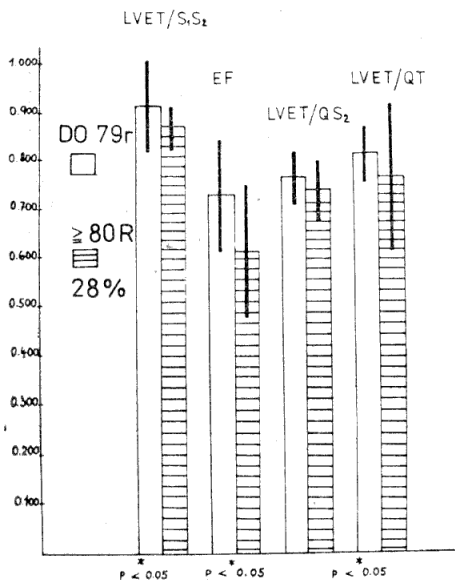
◀ Obr. 2



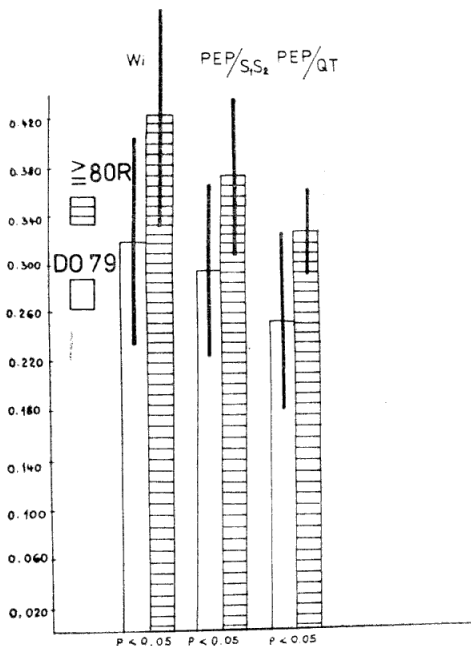
Obr. 4

Obr. 2, 3, 4.
Hodnoty SČI (označenine ako na obr. 1) vo vekovej skupine do 74 rokov — prázdny stĺpec, n = 17 a skupiny vo veku 75 a viac rokov, n = 36. Obr. 2 a 3 na osi Y čas v mmsec⁻¹.

J. MIČUDA, V. BALÁŽ/POLYGRAFICKY REGISTRované ZMENY KONTRAKTILITY MYOKARDU U STARÝCH LUDÍ



Obr. 5



Obr. 6

Obr. 5, 6.

Namerané hodnoty ČI u starých ľudí vo veku do 79 rokov — prázdny stípec ($n = 38$) a 80 a viacročných ($n = 15$). Označenie ako na obr. 1, bližší opis v texte.

Diskusia

Podľa početných spomínaných nálezov je znižovanie ľavokomorovej kontraktility v priamej závislosti od veku [4, 15, 19, 20, 24]. Zníženie kontraktility starého srdca môže podmieňovať znížená schopnosť myofibrilárnych bielkovín štiepiť ATP [12].

Ako sme spomenuli, systolické intervaly zistené polygrafiou dobre vyjadrujú zmeny kontraktility myokardu, ktoré rozhodujúco ovplyvňujú parametre srdcovej chronometrie [17].

Trvanie preejekčnej periódy (PEP je v nepriamej úmere telediastolického tlaku krvi v ľavej komore a jej systolickému objemu a priamo úmerné tlaku krvi v aorte [18]). PEP je výrazom stiahnuteľnosti ľavokomorového myokardu [15] a vekom sa táto fáza predlžuje [20].

Podobne sa predlžuje v závislosti od veku aj IVCT, ktorý výrazne vyjadruje kontraktílnú schopnosť myokardu [16].

V našich výsledkoch predĺženia PEP v najstaršej vekovej skupine bolo o 3 %, IVCT o 15 % oproti mladšej vekovej skupine. Taktiež sa vekom predlžuje aj mechanická systola (S_1S_2) z toho dôvodu, že sarkoplazmatické retikulum u starých ľudí má nižšiu schopnosť akumulovať vápnikové ióny, čím sa predlži

mechanická kontrakcia myokardu, čoho prejavom je dlhšia mechanická systola [12].

Lavokomorový ejekčný čas (LVET) je v zhodnej korelácii s rázovým objemom a kardiálnym indexom (6) a je viac vyjadrením čerpacej funkcie ľavej komory ako je stiahnuteľnosť, pričom jeho validita v hodnotení výkonnosti ľavej komory je slabá [15]. Predlžovanie intervalu Q-T v závislosti od veku môže byť prejavom ischémie myokardu, keďže pri ischémii myokardu sa tento interval predlžuje [22].

V našom sledovaní bolo predĺženie S_1S_2 u najstarších ľudí o 2,5 % a interval QT o 4 % oproti mladším osobám (predĺženie S_1S_2 bolo výrazné u osôb s TKs nad 175 torr, oproti osobám s TKs do 170 torr, a to z 322,4 mmsek na 347,8 mmsek, $p < 0,05$).

Za najcitlivejší indikátor srdcovej kontraktivity s výrazným prognostickým významom považujú autori pomer PEP/LVET [9, 24, 25]. Jeho veľkosť závisí od rýchlosti vzostupu vnútrolavokomorového tlaku [5]. Tento pomer je v nepriamom vzťahu k ejekčnej frakcii podľa Garrada [8]. Vekom hodnota kvocientu PEP/LVET stúpa a ejekčná frakcia klesá [15].

Zvýšenie hodnoty Weisslerovho kvocientu bolo v najstaršej vekovej skupine o 29 % a pokles ejekčnej frakcie v tejto skupine o 14 % oproti mladšej vekovej skupine.

Citlivým parametrom polygrafie je aj pomer LVET/QT, ktorého hodnota sa znižuje už pri latentnej srdcovej insuficiencii [2].

Polygrafické vyšetrenie u starých ľudí a z neho určené systolické intervaly poskytujú citlivé diagnostické indikátory „kontraktilného stavu“ srdca [23] a funkcie ľavej komory [7, 17]. Niektoré parametre polygrafie majú aj značný prognostický význam u pacientov s ICHS [25]. Kyslá fosfatáza je jedným z indikátorov závažnosti metabolických zmien v procese starnutia u ľudí. Podľa našich doterajších literárnych poznatkov vzťahy medzi parametrami srdcovej chronometrie a kyslou fosfatázou ešte neboli publikované.

LITERATÚRA

1. BALÁŽ, V. a kol.: Funkčné vzťahy pri dislipoproteinemickom syndróme. Výskumná úloha č. 26-01-04, 1980, VÚG, Malacky.
2. BRAVENÝ, P. a kol.: Rozbor systolických intervalů v diagnostice ICHS. Časopis lékařů českých 113, 1974, č. 14, s. 441 — 442.
3. ČERNÝ, M.: Návrh jednotného postupu vyšetření systolických časových intervalů polygrafickou metodou. Prakt. lékař (Praha), 61, 1981, č. 4, s. 114 — 147.
4. ČERNÝ, M.: Polygrafická metoda stanovení systolických intervalů v praxi. 2. část: Normální hodnoty systolických intervalů. Vnitřní lék. 26, 1980, č. 5, s. 484 — 490.
5. ČERNÝ, M.: Polygrafická metoda stanovení systolických intervalů v praxi. 3. část: Indexy systolických intervalů zdravých osob. Vnitřní lék. 26, 1980, č. 6, s. 569 — 574.
6. DIAMANT, B., KILLIP, T.: Indirect Assessment of Left Ventricular Performance in Acute Myocardial Infarction. Circulation, Vol. XLII, 1970, N° 4, s. 579 — 592.
7. DVORÁK, I. a kol.: Hodnocení funkce levé komory polohovým polygrafickým testem. Vnitřní lék. 27, 1981, č. 4, s. 332 — 337.
8. GARRAD, P.: The Relationship of Alterations in Systolic Time Intervals. Circulation, Vol. XLII, 1970, N° 3, s. 455 — 462.

J. MIČUDA, V. BALÁŽ/POLYGRAFICKY REGISTROVANÉ ZMENY KONTRAKTILITY MYOKARDU U STARÝCH LUDÍ

9. HŮLA, J., SOVA, J.: Výkonnost levé komory u čerstvého srdečního infarktu. I. Význam polygrafického vyšetření. Vnitřní lék., 19, 1973, č. 8, s. 729 — 737.
10. HŮLA, J.: — TITMAN, O.: Normální hodnoty důležitých systolických časových intervalů. Časopis lékařů českých 115, 1976, č. 6, s. 177 — 180.
11. JEŽEK, V.: Klinická hodnota stanovení průběhu srdečního stahu pomocí polygrafického záznamu. Vnitřní lék. 9, 1963, č. 11, s. 1053 — 1062.
12. KÖLBEL, F.: Fysiologie a patofysiologie oběhového ústrojí ve stáří. Praktický lék. (Praha), 58, 1978, č. 20, s. 833 — 836.
13. Kolektiv IKEM Praha: Kardio 80, VI/2, s. 6 — 32.
14. KOZÁK, P.: Vyšetřování srdeční dynamiky nepřímými metodami. Avicenum, Praha 219, 1973, s. 50 — 202.
15. KOZÁK, P.: Systolické časové intervaly a určování srdeční výkonnosti. Vnitřní lék. 26, 1980, č. 5, s. 478 — 483.
16. KUMAR, R. — SPODICK, D. H.: Study of the Mechanical Events of the Left Ventricle by Atraumatic Techniques: Comparison of Methods of Measurement and This Significance. Amer. Heart J., Vol. 80, 1970, N° 3, p. 401 — 413.
17. LEWIS, R. D. — Welch, T. G.: Usefulness of Systolic Time Intervals in Coronary Heart Disease. Amer. J. Cardiol. 37, 1976, N° 5, p. 787 — 796.
18. LUISADA, A. A. — McCanon, D. M.: The Phases of the Cardiac Cycle. Amer. Heart J., by Atraumatic Techniques: Comparison of Methods of Measurement and This Significance. Amer. Heart J., Vol. 80, 1970, N° 3, p. 401 — 413.
19. MYRON, L. — WEISFELDT, W.: Aging of Cardiovascular System. The New Engl. J. Med., Vol. 303, 1980, p. 1172 — 1173.
20. RIEČANSKÝ, I. — Plachá, L.: Príspevok k metodike systolických časových intervalov. Bratislavské lekárske Listy 79, 1983, č. 1, s. 95 — 102.
22. ŠTEJFA, M.: Diagnostika srdeční hypertrofie. Čs. fysiolo. 27, 1978, č. 6, s. 546 — 556.
23. WARRINGTON, S. J. et al: Noninvasive Assessment of the Cardiovascular Effects of Prostacyclin (PGI₂) in Man. Europ. J. Cardiol. 1980, N° 12, p. 73 — 80.
24. WEISSLER, A. M.: Systolic Time Intervals in Heart Failure in Man. Circulation, Vol XXXVII., 1968, p. 149 — 159.
25. WEISSLER, A. M. et al: Prognostic Significance of Systolic Time Intervals After Recovery From Myocardial Infarction. Amer. J. Cardiol., Vol. 48, dec. 1981, p. 995 — 1002.

Adresa autora: J. Mičuda, Výskumný ústav gerontologie, Zámocká ul., 901 01 Malacky

Й. Мицуда, В. Балаж

ПОЛИГРАФИЧЕСКИ ЗАРЕГИСТРОВАННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОКРАТИМОСТИ МИОКАДРА У СТАРЫХ ЛЮДЕЙ

Резюме

Мы изучали изменения сократимости и функции миокарда вследствие старения при помощи полиграфического обследования.

Полиграфическим обследованием 53 лиц (33 женщин) в возрасте 55 — 91 год (средний возраст 76,1 года) мы обнаружили ухудшение сократимости миокарда в зависимости от возраста. Самые значительные изменения сократимости миокарда и снижение работоспособности левого желудочка мы обнаружили в группе 80-летних и старших лиц. Появились также статистически достоверные корреляции между функцией сократимости миокарда и уровнем кислых фосфатаз в сыворотке крови.

J. MIČUDA, V. BALÁŽ/POLYGRAFICKY REGISTROVANÉ ZMENY KONTRAKTILITY MYOKARDU U STARÝCH LUDI

J. Mičuda, V. Baláž

POLYGRAPHIC REGISTRATION OF ALTERATIONS OF MYOCARDIAL CONTRACTILITY IN THE AGED

S u m m a r y

Alterations of contractility in function of the myocardium in the course of aging were investigated by polygraphic examination.

By polygraphic examination of 53 subjects (33 women) aged between 55 and 91 years (average age 76,1) a deterioration of myocardial contractibility was found which is agedependent. The most significant alterations of myocardial contractibility and functional decrease of the left heart was found in a group of subjects aged 80 years and more. A statistically significant correlation between function of the myocardial contractibility and the level of acid phosphate in the blood serum was established.

J. Mičuda, V. Baláž

POLYGRAFISCH REGISTRIERTE VERÄNDERUNGEN DER KONTRAKTILITÄT DES MYOKARDS BEI ALTEN LEUTEN

Z u s a m m e n f a s s u n g

Beobachtet wurden Veränderungen der Kontraktilität und der Funktion des Myokards als Folge des Alterns, und zwar mit Hilfe polygrafischer Untersuchungen.

Durch polygrafische Untersuchung von 53 Personen (davon 33 Frauen) im Alter zwischen 55 und 91 Jahren (Durchschnittsalter 76,1 Jahre) wurde eine Beeinträchtigung der myokardialen Kontraktilität mit steigendem Alter festgestellt. Die markantesten Veränderungen der Kontraktilität des Myokards und die größte Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit der linken Kammer wurde bei den Untersuchten im Alter von 80 und mehr Jahren verzeichnet. Desgleichen wurden statistisch signifikante Korrelationen zwischen der Funktion der Kontraktilität des Myokards und dem Niveau saurer Phosphatasen im Blutserum festgestellt.

J. Mičuda, V. Baláž

MODIFICATIONS DE LA CONTRACTIBILITÉ DU MYOCARDE ENREGISTRÉES PAR LA POLYGRAPHIE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

R é s u m é

Nous avons contrôlé les modifications de la contractibilité et la fonction du myocarde en raison du vieillissement par exploration polygraphique.

Chez 53 patients (33 femmes) resp. âgés de 55 à 91 ans (moyenne d'âge 76,1) nous avons constaté par cette exploration une aggravation de la contractibilité du myocarde en fonction de l'âge. Les plus importantes modifications de contraction du myocarde et l'abaissement de la fonction du ventricule gauche ont été constatés chez un groupe de personnes de 80 ans et plus. D'importantes corrélations ont été démontrées par la statistique entre la fonction de contractibilité du myocarde et le degré d'enzymes acides dans le sérum sanguin.

E. GRESSER

AKUPUNKTÜR — PHYSIOLOGIE UND IHRE THERAPEUTISCHE ANWENDUNG BEI ERKRANKUNGEN, BAND I

Akupunktúra — Fyziológia a jej terapeutické použitie pri ochoreniach, I. diel

Verlag Carl F. Haug, Heidelberg, 1981.

V roku 1981 vychádza I. diel publikácie autora — Dr. med. Erwina Gressera — Akupunktúra — Fyziológia a jej terapeutické použitie pri ochoreniach. Uvedená problematika je obsiahnutá v dvoch dieloch. I. diel publikácie obsahuje základy energetických princípov živého organizmu. Náplňou II. dielu publikácie je využitie týchto znalostí v praxi pri ochoreniach.

Predpokladom pochopenia čínskeho zmýšľania je schopnosť rozšíriť si uzatvorené západné vedecko-teoretické znalosti. Vzniká dojem, akoby princípy starej čínskej kultúry a myslenia, a teda aj liečebné metódy boli začiatočnicke — nevyvinuté, nie je to však dôvod, aby sme pochybovali o ich správnosti. Je potrebné vynaložiť veľkú námahu pri prenášaní tohoto dedičstva a postupne, analytickou metódou sa vymaniť z nevedomej existencie a neskĺznúť z nevedomosti do mystiky. Základ tejto liečebnej metódy je rovnako dobrý ako uzavretý a úplný princíp, ako ho sprostredkovali Hippokrates a Paracelsus — zástupcovia prastarej medicíny.

Základným prvkom starej čínskej liečebnej metódy je dialektický pomer princípu Yin a Yang, z ktorého sa odvodzuje zákon 5 striedavých fáz. Možno to označiť ako diferencovanú činnosť, alebo pomer Yin a Yang energetického náboja. Autor venuje týmto základným princípom veľkú pozornosť a vždy sa k nim vracia, pretože ich pokladá za základ pochopenia celej problematiky a záverov uvedených v druhej časti publikácie. Nie je jednoduché vyjadriť mentalitu, spôsob aziatského myslenia, prípadne dialektu pomocou našich vyjadrovacích možností. Je možné, že pre niektorých študujúcich nebude zo začiatku správa dosť zrozumiteľná, pre čiastočne „nelogicky vyzerajúci svet“, a preto sa autor snaží o čo najlogickejšie podanie látky. Rozšírenie akupunktúry má svoj význam z dvojakého hľadiska. Najdôležitejší by bol názor považovať akupunktúru za preventívnu medicínu, keďže pomocou zistenia kvality pulzu sa dajú zistiť symptómy vyvíjajúceho sa ochorenia — ako výraz nerovnováhy energie. Pomocou ihly by sa

dalo dosiahnuť energetické vyrovnanie, čím by sa ochorenie potlačilo v zárodku.

Druhým dôvodom by bolo použitie akupunktúry ako fyziologickej liečebnej metódy popri ostatných prípadných liečebných spôsoboch, napr. homeopatii, na zníženie množstva a rozsahu čiastočne škodlivého a drahého konzumu medikamentov.

Kniha sa skladá z úvodu do tematiky, štyroch častí a dodatku.

I. časť — Yin a Yang — symbolika a zákon — je najrozsiahlejšou časťou publikácie, cca na 140 stranách autor rozvádza fyziologické názory na energetické systémy tela a ich zájímavé vzťahy.

II. časť — meridiány a ich anatómia — rozoberá rozloženie energetických bodov na povrchu tela a ich pospájanie do meridiánov.

III. časť — teoretické podklady energetického vzniku chorôb — opisuje jednotlivé energetické sústavy v súvislosti s poruchou zákona 5 párových zmien.

IV. časť — diagnostické možnosti podľa staročínskeho umenia — opisuje význam dôsledného využitia pozorovania, hmatania, počúvania, využitia čuchu a vypytovania sa pacienta pre stanovenie správnej diagnózy.

Dodatok I. dielu publikácie obsahuje opis dermatózy — psoriázy z hľadiska čínskej energetickej medicíny a obrázkovú prílohu topografie meridiánov. I. diel knihy Akupunktúra — Fyziológia a jej terapeutické použitie pri ochoreniach je v nemeckom jazyku. Je určený hlavne pre záujemcov o fyziologické podklady akupunktúry, predovšetkým študentov medicíny a lekárov, ktorí sa chcú bližšie zoznámiť so starými teoretickými poznatkami, významnými pre pochopenie a odvodnenie niektorých praktických výkonov v akupunktúre. Publikácia umožňuje čitateľovi vniknúť do spôsobu zmýšľania starej čínskej školy akupunktúry.

Dr. M. Bendíková, Bratislava

REHABILITACE A DUŠEVNÍ A SOCIÁLNÍ HYGIENA

J. SEMOTÁN, M. SEMOTÁNOVÁ

Súhrn: Človek je psycho-somatosociálna jednotka, ovplyvnená svojím okolím, ktorá má sama vplyv na svoje okolie. Preto treba dbať v každej forme rehabilitácie na psychické a sociálne komponenty, a to od počítačného kontaktu s prevenciou a terapiou. Pritom treba cielavedomou koordináciou brať ohľad na všetky zdravotné služby, podľa možnosti vylúčiť nepriaznivé vplyvy a podporovať spoluprácu všetkých sociálnych kontaktov. Od toho všetkého závisí úspech rehabilitácie.

Kľúčové slová: Rehabilitácia psychická — rehabilitácia sociálna — hygiena duševná — hygiena sociálna — terapia pracovná — neurózy rentové — protézy.

Nemoci alebo úrazem je vždy postihený človek ako celek — jako psycho-somato-sociálna jednotka v interakcii se svým prostředím. Stoupá tedy i emoční a sociální vulnerabilita, stupňující se až v přecitlivělost. I když její specifitou je značná individuální orientace, přece je možno vysledovat určité trendy: např. obavy dětí z postojů až zraňujícího výsměchu spolužáků; u dospívajících většinou převažuje strach z ošklivosti až odpudivosti a z odvržení skupinou vrstevníků, zvláště druhého pohlaví; u dospělých obava z pracovní neschopnosti, ztráty sociálního statutu a ze sociální degradace; u starých lidí bývá dominantou strach ze smrti. Společná bývá zvýšená receptivita, úzkostlivé sledování všech informací o vlastním zdravotním stavu a obavami často zkreslená interpretace veškeré sémantiky zdravotnických pracovníků (lékařů, sester, atd.), ale i představitelů pracoviště, vlastní rodiny, známých a pod. Výsledné psychosomatické procesy zasahují buď adjuvantně, nebo naopak do uzdravovacího procesu. Cílem je orientace emoční receptivity směrem k podporování uzdravovacích tendencí u nemocných duševně, somaticky i u sociopatií.

Koordinace mentálně hygienického působení jednotlivých pracovníků (lékařů, a to i z jejich oborů, sociálních sester a pod.) potencuje rehabilitační efekt, disharmonie tu „může uzdravovací proces a rekuperaci funkcí závažně zdržet až narušit“ (2).

Také na rehabilitační procesy reaguje člověk komplexně, byť ne uniformě, vždy jako celek, řízený ve svém vnitřním hospodářství i ve svém styku s vnějším prostředím nervovým systémem, zvláště jeho nejvyššími složkami, t. j. mozkiem a míchou. Není tedy možné preventivní, terapeutické ani rehabilitační působení, omezené na nějakou část lidského těla, bez odezvy v celém organismu a bez ohledu na individuální specifitu osobnosti i bez ohledu na vlivy prostředí. (5)

Invalidní důchod je dobrodiním, odstraňujícím základní obavy o osud vlastní i rodiny. Významně nadřazenou hodnotou je však rehabilitace pro všechny duševní, sociální i somatické funkce, tedy především pracovní, a tím i získání nové chuti do života. Proti je důležitá přiměřená instruktáž a získávání spolupráce a pomoci rodiny, pracoviště, zájmových organizací atd. To je potencujícím faktorem, který pomáhá udržovat pacientovi vědomí vlastní sociální hodnoty, důležitosti a kladných anticipací pro budoucnost. Předpokladem úspěchu je především šetrné, ale jasné sdělování informací o stavu pacienta, optimisticky laděných, byť zaměřených účelně na postupnou reorientaci zájmů i vlastního sociálního významu rehabilitovaného. (6)

Vztah důvěry mezi pacientem a lékařem je předpokladem aktivní spolupráce pacienta a dodržování lékařových rad a příkazů. Zdravotní výchova nemá nikdy vzbuzovat v pacientovi dojem, že rozumí medicíně lépe než jeho lékař. Laici si to tak často představují, protože nemají pojem o složitosti lidského organismu, jeho funkcí ani o komplexnosti vlivů na něj působících. Nejednou se domnívají, že stačí přečíst několik článků v novinách, aby člověk ovládl celou lékařskou vědu. To není podceňování zdravotní výchovy, která naopak má vztah důvěry k lékaři podporovat, napomáhat prevenci, celkovému zlepšování hygienické úrovně a vynikajícím způsobem napomáhat i rehabilitaci a jejímu ocenění.

Duševní a sociální stránka rehabilitace převážně somatické. Nejrůznější druhy protéz, často velmi důmyslných a nákladných, používá jen poměrně malá část pacientů v plném rozsahu, a „ač jim byly správně ukázány cviky, které mají provádět dále, zcela to zanedbávají“ atd. (1). Rehabilitace bez vhodného doprovodu duševní a sociální hygieny je zřejmě nedostačující. Měla by pacientům dodat chuti k životu, k plnému uplatnění zbývajících schopností i k jejich dalšímu rozvíjení. Význam psycho-sociální složky rehabilitace potvrdily jasné i zkušenosti z II. světové války. (7).

Začátek rehabilitace by měl být v každém případě totožný s prvním kontaktem se zdravotnickou péčí. Rehabilitace má být součástí léčby i doléčování. Tedy nejen medicus primí contactus, ale všichni zdravotníci pracovníci (sestry, posádka sanitního vozu, laboranti ...) by „si měli být vědomí zásad rehabilitace, především po stránce duševní a sociální, a aktivně spolupracovat na rychlém znovuzískávání zdraví.“ (3). Základní pomůcky nejsou složité ani nákladné: dobré slovo, laskavé zacházení, porozumění pro pacientovy zvláštní obtíže.

Do zdravotní péče nebyl svěřen nějaký izolovaný orgán, nýbrž vždy člověk jako celek, na nějž působí nejen léčba, ale i zdravotnické zařízení, genetickým kódem vrozené vlastnosti, předchozí zkušenosti, pracovní i mimopracovní prostředí, i anticipace prostředí (téhož nebo změněného), kam se má pak odebrat, sociální kontakty (jak je zřejmé např. v nemocnici po návštěvním dnu) atd.

Cílevědomé působení je tu nezbytné, protože dědičný kód informací přináší člověku toliko základní pud sebazáchovy a touhu po uzdravení. Bolest jej varuje, že do dynamiky jeho somatických procesů zasahuje nějaká škodlivina. Při procesech duševních a sociálních neexistuje varování na adekvátní úrovni, naopak, zasahují tu ještě více než u funkcí somatických zkreslující civilizační procesy, které mění často jak re-

J. SEMOTÁN, M. SEMOTÁNOVÁ/REHABILITACE A DUŠEVNÍ A SOCIÁLNÍ HYGIENA

akce postiženého, tak i jeho interakci s prostředím, stejně jako naopak postoje prostředí samého v jeho variabilních kombinacích působení i v jeho kvalitativním a kvantitativním působení na emoce, psychiku vůbec, somatický substrát i sociální kontext nemocného.

Mezi komplikacemi invalidity nebo i méně závažných afekcí duševních, somatických i sociálních je poměrně častý komplex méně cennosti, frustrace atd., a to i po poměrně úspěšné rehabilitaci a restauraci základních funkcí nebo po řádném přizpůsobení na nižší úrovni výkonu. Reakce je tu často v nepoměru k objektivnímu nálezu: vynaložená péče byla inadekvátní pouze v jediném, ale krajně důležitém bodě: duševní hygieně rehabilitace.

V nemocnicích jsou poměrně časté případy, že pacient, který se poměrně dobře zlepšoval, po nějaké sociálně bolestivé zprávě ztratí chuť k životu, přestane spolupracovat, upadá do netečnosti, jeho operační nebo úrazové rány se přestávají hojit, rehabilitační úkony provádí jen s nechtutí a nakonec umírá z psychických příčin na ztrátu motivace: mors psychica. Pitevní nález také jiné důvody neuvádí. Nejen v těchto krajních případech, ale všude tam, kde i přes úsilí ošetřujících lékařů není pacientova spolupráce dostatečná, měl by být k dispozici konziliář-psychiater, specializovaný pro tento obor. Nejen medikací, ale především psychoterapií a socioterapií (ve spolupráci na zjištění event. sociálních příčin sociální sestrou) je nutno léčit tyto případy. Pouhá euforizující medikace postačuje jen na krátkou dobu — a je tu i nebezpečí návyku na tyto léky.

Ošetřující lékař tím nikterak neztrácí svou vedoucí úlohu ani odpovědnost. Dává každému pacientovi najevo, že mu záleží na pokroku v jeho zdravotním stavu — nejen paušálně, jako u čísla. V případě potřeby připraví sa na spoluprácu s konziliářem-psychiatrem a uplatňuje postup, o kterém se s ním dohodl atd.

Pracovní terapie je důležitou rehabilitační pomůckou. Je tu opět psychoterapeutická složka — nutnost vysvětlit pacientovi, že práci neprovádí pro zisk zdravotnického zařízení ani v jiný cizí prospěch — nýbrž pro své uzdravení. Úkoly je nutno přidělovat individuálně se zřetelem k základnímu onemocnění i ostatním relevantním indikacím a podporovat radost pacientů z dokončeného díla. Patří sem i jiné formy aktivní terapie (arteterapie, muzikoterapie, atd.), což vše by vyžadovalo zvláštního pojednání. „I sport je důležitý“ (4), opět zvláště svou duševní stránkou. Podmínkou je odborné vedení po stránce prováděných prací resp. cviků, ale především individuální indikace, stanovené lékařem a soustavný lékařský dohled na pacientovy reakce. Dle toho pak se přizpůsobují další indikace, vedení k samostatní práci a konečně na vyšším stupni zařazování do skupiny ke společnému úkolu — opět dle pečlivě volených indikací. Menší účinnost má pasívní účast pouhým nasloucháním nebo přihlížením (televize a pod.).

Hlavní rušivé faktory:

1. Profesionální. Neosobní přístup zdravotnických pracovníků, soustředěnost pouze na somatickou stránku, ponechávání pacienta v nejistotě, ignorování jeho osobních potřeb, koncentrace pouze na techniku rehabilitace, neúpravnost celkového prostředí atd. Tím se stupňují pacientovy obavy, že je již

„odepsaný případ“ a výsledkem je ztráta zájmu o spolupráci, netečnost k okolí nebo naopak přehnaná až neurotická snaha o „sebeprosazení“, o emoční uplatnění, o získání soucitu atd.

2. **Extraprofesionální:** Podceňující postoj okolí nebo opačný extrém: v prvých dnech návratu do domova rodina jeví přehnanou starostlivost o pacienta a pěstuje jeho závislost místo napomáhání maximální dosažitelné samostatnosti. Brzy se však dostavuje únava, kterou pacient srovnáva s počáteční horlivostí. V jiných případech se místo soucítění podporuje sebelitování, nevytváří se nesentimentální jistota pevných emočních vztahů. Vše se orientuje na maximální finanční zisk z invalidního důchodu nebo odškodného. Nejtíživějším pocitem je ovšem opuštěnost, pocit „odepsání“ rodinou, pracovištěm, zájmovými organizacemi atd.

Negativní vlivy prostředí, jehož je každý člověk členem, pak zasahují i do rehabilitačního procesu, a to i po stránce somatické; příčinou může být celá škála emočních reakcí, promítajících se do zdánlivě těžko pochopitelného jednání postižených: odmítají se podrobovat některým procedurám, nevyužívají nabízených léčebných možností, účastní se neochotně, nedodrží rehabilitační ani léčebný režim, provádějí zásadně opak, než je předepsáno. Někdy je tu i reakce na předchozí zkušenosti nebo promítání vlastních bývalých pohrdlivých postojů k invalidním lidem do současného, mnohem laskavějšího prostředí. Nejistota ohledně vlastního stavu a budoucnosti se často deformuje v tzv. rentovou neurózu, spojenou často s agravací až simulací. Méně častým jevem je disimulace plynoucí ze snahy zakrývat vlastní nedostatky i za rizika dalšího úrazu nebo zhoršení, ve snaze uchovat si před určitým emočně významným prostředím zdání zdatnosti a pod.

Duševní a sociální hygiena má být prevencí všech těchto jevů a pokračovat v „udržovacích dávkách“ soustavně. Heslovitě řečeno, spočívá ve všech cílevědomě koordinovaných a okamžité potřebě přizpůsobovaných formách restaurace duševního a sociálního zdraví, resp. rovnováhy. Musí bojovat proti četným předsudkům vyúsťujícím v pěstování invalidity místo v jejím omezení na nejmenší míru. Kromě duševních a sociálních faktorů tu mají významnou úlohu i fyzikální momenty prostředí (barvy, světlo, zvuková kulisa, boj proti úniku do pološera, inaktivitu a pasivitu).

Je nutno varovat před nedostatečnou kontinuitou funkcí a návazností působení intermediárních institucí — např. po rehabilitaci v nemocnici mezera v nečinnosti — a pak přímo nástup na plný úvazek po přechodnou dobu před plným zapojením do pracovního procesu. Počáteční nezdary a zvýšená únava i obavy v předchozí době inaktivitu tu komplikují a znehodnocují výsledky rehabilitace. Rovněž lze těžko předpokládat, že by bylo možno několikaleté nečinnosti pouhým odebráním invalidního důchodu, dosáhnout aktivního zapojení do sociálního života včetně práce. Bez vhodné duševní a sociální rehabilitace se snahy pacienta o zachování dosavadního důchodu stupňují až v jakýsi „boj za práva“, přičemž se stupňuje nebo vytváří jeho neurotizace až po výstřelky typu výhrůžek sebevražděným pokusem a pod.

Opomíjeno bývá i využití změn prostředí k probuzení zájmu a k aktivní rehabilitační spolupráci pacienta, stejně jako mentálně hygienická příprava na řádné využití protéz (i zubních), které pacienti často požadují v nejnákladnějším provedení, aby je pak odkládali bez užitku.

Maximální profesionální a kulturněrekreační rehabilitační léčba vyžaduje vždy na prvním místě tvořivou činnost místo pasivního přihlížení (televize a pod.) a místo pasivního spoléhání na cizí, byť i odbornou pomoc a na ohledy rodiny, spolupracovníků i ostatních sociálních skupin. Důležitou adjuvantní složkou rekreačně kulturní terapie je demonstrace kladných příkladů. Meresjeva — letce bez nohou, Valerije Brummela jako sportovce, Venclovského jako prototypu úspěšných snah o pracovní rehabilitaci a nad to i mimořádného sportovního výkonu i po opakovaných těžkých úrazech, nebo výtvarníků a hudebníků, kteří po zranění jedné ruky se dokonale přeškolili pro tvůrčí výkon prováděný druhou rukou.

Komplexní přístup všech emočně významných činitelů napomáhá pak soustavné spolupráci celé skupiny, která se i po propuštění z intramurální léčby stává zázemím a oporou rehabilitovaného. Do značné míry přejímají pak postupně tuto funkci další emočně důležité skupiny, buď utvořené již před onemocněním, nebo se teprve následně formující: kromě rodiny je to však i opora nebo podrážování dosažených výsledků pracovní situací, přístupem nadřízených i podřízených, celého vedení závodu, bezprostředních sociálních a pracovních kontaktů i sousedů nebo kontaktů ve volném čase atd.

Bylo by si přáti soustavnější spolupráci masových sdělovacích prostředků a masových organizací na rehabilitačních snahách: rozšiřovat informace o správním postupu mezi laickým publikem a zdůrazňovat jej mezi příslušnými činiteli, ale současně ovlivňovat i spolupracovníky postižených na pracovišti.

Kromě toho je základním a významným činitelem od počátku rehabilitační léčby celkové ladění té které individuální skupiny rehabilitovaných: psychická infekce, působení skupiny a jejich za autoritu považovaných členů na duševní stránku může být významnou vzpruhou pro aktivní účast rehabilitovaného na léčbě. Ovšem při přehnaných slibech a nereálných nadějích se může základní, v tomto případě přehnaně euforizující linie zvrátit až ve zklamání a frustraci. Naopak — linie, která měla být reálnou, se může nevhodným zásahem nebo hrubým slovem změnit v ladění deprimující až sklíčenost — a celý rehabilitační proces se zpomaluje, touha po návratu do aktivního života se deformuje atd. Cílem tedy je střední cesta vyváženého základního psychického ladění celé skupiny, usměrňované každým slovem i činem všech zdravotnických pracovníků. Krajně důležitým faktorem je však získání spolupráce a vhodné usměrňování jak „vůdce skupiny“, ostatními pacienty uznávaného, tak i všech extramurálních kontaktů (návštěv, příbuzných, spolupracovníků atd.).

Konečně ještě několik slov o předsudcích, často velmi zakořeněných, komplikujících rehabilitační práci. Sem patří představy pacientů i ostatních zainteresovaných osob, že je možno léčit a rehabilitovat jednotlivý orgán izolovaně — jako když se vymění součástka ve stroji, místo léčit člověka jako celku, a to včetně dodržování životosprávy. Jiní nechtějí lékaři nic sdělit, má prý to vědět sám. Jiní jsou pyšní na to, že jsou „zajímavý případ“, chtějí být demonstrování, ne léčení. Konečně i lékaři jsou někdy orientováni spíše na diagnostický a léčebný problém teoretický než na člověka, pacienta považují za „klinický model“ pro výuku a pod.

Z á v ě r

Při dnešním našem nedostatku pracovních sil a při volání po zvyšování kvality všech produktů jsou nemalým přínosem tisíce těch pracujících, u kterých se díky rehabilitaci podařilo, že se vrátili na svá pracoviště nebo zaujali aspoň jiná pracovní místa podle svých změněných schopností. Jejich průměrné absence jsou vcelku významně nižší než nemocnost zdravých pracovníků, kvalita práce vzorná. Uznání tohoto jejich přínosu a díky zdravotnickým pracovníkům, kteří k tomu přispěli základní i rehabilitační léčbou, by měly být rovněž součástí duševní hygieny.

Každé z témat, zde jen heslovitě uvedených, by si zasloužilo zvláštního zpracování a soustavného uplatnění v praxi. Proto je tento příspěvek jen upozorněním na mnohdy podceňovanou složku rehabilitační léčby — na duševní a sociální hygienu.

LITERATÚRA

1. ANDERSON, E., ANDERSON, Th. P. — Kottke, P. J.: Arch. Physical Medicine and Rehabilitation 38, 1977, 8, s. 345 — 352.
2. BEDNÁROVÁ, V., FEHÉR, J.: V Vědecká konference České rehabilitační společnosti 22. — 23. 11. 1973. Souhrny referátů s. 21 (Plávanie ako pomocný psychoterapeutický prostriedok u dětí).
3. JOCHHEIM, K. A.: Fortschr. Med. 98, 1980, 24, s. 911 — 912.
4. KUNC, P., BEŇOVÁ, A. — ZBOJAN, L.: V. Vědecká konference České rehabilitační společnosti 22. — 23. 11. 1973. Souhrny referátů s. 15 — 16 (Využitie športu v rámci komplexnej rehabilitačnej liečby vo vojenskom kúpeľnom ústave Piešťany).
5. SEMOTÁN, J. — SEMOTÁNOVÁ, M.: V. Vědecká konference České rehabilitační společnosti 22. — 23. 11. 1973. Souhrny referátů s. 11 — 12 (Duševní hygiena rehabilitačního prostředí).
6. SEMOTÁNOVÁ, M., SEMOTÁN, J.: V. Vědecká konference české rehabilitační společnosti 22. — 23. 11. 1973. Souhrny referátů s. 11 — 12 (Duševní hygiena rehabilitačního prostředí).
7. SEMOTÁN, J.: Neurologie a psychiatrie čsl. 10, 1948, 1 — 2, s. 66 — 74 (Význam psychiatrie a duševní hygieny v poslední válce).

Adresa autora: Ing. M. Semotánová, Praha 8 — Bohnice 138

Й. Семотан, М. Семотанова

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ — ПСИХИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА

Человек вместе со своей влияющей окружающей средой является психо-сомато-социальной единицей, которая влияет тоже на свою окружающую среду. Поэтому надо в каждой форме восстановления трудоспособности следить за психическими и социальными компонентами а то с начального контакта, во время профилактики и терапии. Успех восстановления трудоспособности зависит от целеустремленной координации всех медицинских услуг и от исключения всех неблагоприятных условий и поддержки сотрудничества всех социальных контактов.

J. SEMOTÁN, M. SEMOTÁNOVÁ/REHABILITACE A DUŠEVNÍ A SOCIÁLNÍ HYGIENA

J. Semotán, M. Semotánová

REHABILITATION AND MENTAL AND SOCIAL HYGIENE

Summary

Under any conditions, Man is a psycho-somato-social unit which, at the same time, exercises influence on its environment and is influenced with it. Consequently, in any form of rehabilitation procedures, it is necessary to apply mental and social hygiene as well, and that since the first health care contact, and to coordinate the activities of all health services and different contacts. The quoted disadvantageous factors are to be avoided. The rehabilitation success depends of this all.

J. Semotán, M. Semotánová

REHABILITATION UND DIE PSYCHISCHE SOWIE SOZIALE HYGIENE

Zusammenfassung

Der Mensch ist eine durch ihre Umwelt beeinflusste psycho-somato-soziale Einheit, welche auch ihre Umwelt beeinflusst. Somit muss man in jeder Form der Rehabilitation auf die psychische und soziale Komponente seit dem ersten Kontakt mit Prävention und Therapie, und zwar in zielbewusster Koordination aller Gesundheitsdienste achten, womöglich die ungünstigen Einflüsse ausschalten und die Zusammenarbeit aller sozialen Kontakte unterstützen. Dies sichert den Rehabilitationserfolg.

J. Semotán, M. Semotánová

READAPTATION ET L'HYGIÈNE MENTALE ET SOCIALE

Sommaire

L'homme est une entité psycho-somato-sociale, influencée par son environnement lequel subit son influence, à son tour. En conséquent, il faut appliquer l'hygiène mentale et sociale comme une composante intégrale de toutes les procédés de réadaptation, et cela depuis le premier contact avec les services de santé, en leur coordination et en coopération avec tous les autres contacts. Il faut éviter tous les agents nuisibles cités. Le succès de la réadaptation dépend de tout cela.

M. MUMENTHALER, H. SCHLIACK
LÄSIONEN PERIPHERER NERVEN

Léze periferních nervů

4. rozšířené a přepracované vydání. Vydal Georg Thieme Verlag Stuttgart — New York 1982

ISBN 3 13 380204 6.

Už ve čtvrtém vydání, které je přepracované a doplněné vychází v nakladatelství Georg Thieme Verlag ve Stuttgartě

a New Yorku dnes už klasická monografie o diagnostice a terapii lézí periferních nervů. Autoři této publikace jsou prof. Marco

Mumenthaler z Bernu a prof. Hans Schliack z Hannoveru, v autorském kolektivu je dalších osm předních odborníků ze Švýcarska a Německé spolkové republiky.

Prvé vydání vyšlo v roce 1965, kniha byla přeložena do španělského a italského jazyka. Po úvodních předmluvách ke 4. a 1. vydání rozdělují autoři tuto publikaci na všeobecnou část a na část speciálních klinických obrazů. Ve všeobecné části se hovoří o vývoji, anatomii, histopatologii, rozdělení traumatických postižení nervů, biomechanice, nádorech periferních nervů, dále o fyziologii periferních nervů a svalů. Další kapitoly rozebírají otázky klinického vyšetření poruch periferních nervů a otázky topické diagnostiky, otázky elektrodiagnostiky a elektroterapie — kapitola velmi důležitá i pro oblast moderní rehabilitace základními pravidly pro konzervativní a operativní léčbu periferních poruch nervových kmenů.

Druhá část monografie se zabývá detailně speciálními klinickými obrazy. Je rozsáhlejší než obecná část a věnuje pozornost kořenovým lézím, lézím plexu cervikobrachialního, lézím jednotlivých nervových kmenů v oblasti ramene, poruchám nervů trupu, lézím lumbosakrálního plexu a lézím jednotlivých nervových kmenů v oblasti dolní končetiny. Závěrečné kapitoly této speciální části se zabývají syndromy sympatiku, stupni invalidity při periferních nervových poškozeních. Přehled literatury, který obsahuje přes 1330 citací a věcný register ukončují tuto dnes už klasickou učebnici poruch periferních nervů z pera předních evropských neurologů. Kniha ob-

sahuje velké množství obrazové dokumentace, perovek, grafů, ilustrací, fotografií a rentgenových snímků i množství tabulek doplňujících textovou část monografie.

Monografie Mumenthalerova a Schliackova je bezesporu dobrá. Svědčí o tom nejen to, že vychází už ve 4. vydání a že byla přeložena do španělštiny a italštiny, ale i celý přístup autorů k zpracované tematice přístup vysoko teoreticky i klinicky erudovaných špičkových odborníků neurologů a způsob zpracování celé materie. Ten, kdo zná Mumenthalerovy a Schliackovi ostatní publikace může jen prohlásit, že i toto nové vydání monografie o poruchách periferních nervů se důstojně řadí mezi ostatní publikace, učebnice a monografie těchto autorů.

I když z této monografie budou především čerpat neurologové, najdou zde i ostatní lékaři mnoho cenného jak v konceptu, tak i v detailech. Diagnostika a terapie periferních poruch nervových kmenů nachází široký záběr i v oblasti moderní rehabilitace. Elektrodiagnostika a elektroterapie představují významnou část práce rehabilitačních odborníků, rehabilitační programy však vycházejí z celé kliniky těchto poruch a využívají nejen diagnostický proces, ale opírají se také o základní strukturu terapeutického programu. Proto je tato monografie cenná i pro oblast současné rehabilitace. Kniha bude, podobně jako je tomu u všech podobných publikací, jistě tak úspěšná jako při předcházejících třech vydáních.

Dr. M. Palát, Bratislava

K PROBLEMATICE LÉČEBNÉ REHABILITACE BOLESTIVÉHO RAMENE

Z. KUBÍN

*Oddělení léčebné rehabilitace Fakultní nemocnice KŮNZ v Plzni**Přednosta: MUDr. Zdeněk Kubín, CSc.*

Souhrn: V léčebné rehabilitaci ošetřeno 71 osob průměrného věku 54 let se syndromem bolestivého ramene. Vznik nejčastěji po traumatu nebo mikrotraumatizaci přetížením převážně s postižením m. supraspinati. Autor preferuje v terapii interferenční proudy jako analgetizující přípravu před léčebnou tělesnou výchovou.

V akutním stadiu doporučuje indometacinové preparáty. Osvědčila se akupunktura. Průměrná doba léčení včetně terapie na rehabilitačním oddělení 59 dní. Zabývá se i posudkovou problematikou a důraz klade na ergoterapii jako prevenci invalidizace.

Klíčová slova: Syndrom bolestivého ramene — trauma — mikrotrauma — interferenční proudy — léčebná tělesná výchova — akupunktura — posudková problematika — ergoterapie.

V léčebné rehabilitaci se velice často setkáváme se syndromem bolestivého ramene teprve tehdy, když již delší dobu vzdoroval léčbě řady našich předchodců. Býváme tedy většinou poslední instancí, od níž pacient i posudkový lékař požaduje konečné řešení, což není úloha právě záviděníhodná, i když se můžeme opřít o předchozí vyšetření patrná ze zdravotní dokumentace a vyvarovat se terapeutických zásahů, které nedoznaly patřičného efektu. Autoři z ortopedické kliniky v Košicích (5) uvádějí, že jen asi 48 % pacientů se podrobí léčbě rehabilitací. Situaci komplikuje skutečnost, že ramenní kloub je sám kloubem složeným z formací, které mají mimořádný rozsah pohybu a zvláštnost jejich dynamiky se nedá vždy pečlivě sledovat za stavu, kdy chorobné soubory se někdy překrývají, ovlivňovány navíc složkou nervovou a psychickou. Za zmínku třeba stojí jen funkční jednota ramene a cervikální páteře se segmentovou projekcí C4 — C7 v nervus suprascapularis, axillaris a subscapularis nebo svalová oslabení v oblasti pletence pažního, rezultující po celkových závažnějších nemocech nebo v klimateriu či ve stáří. Duplay v roce 1872, když označil omezení pohybu a bolest v rameni za periarthritus humeroscapularis si byl vědom účasti kolemkloubních struktur na rozvoji i perzistenci změn i příznaků, z nichž teprve poslední dobou se vydělují nozologické jednotky nejen traumatické, zánetlivé, či degenerativní etiologie, ale i reflexně dystrofické, zasluhující stále více naší nemalé pozornosti.

Na našem oddělení ve fakultní nemocnici v Plzni za období posledních 5 let 1978 — 1982 jsme měli příležitost ošetřovat v léčebné rehabilitaci 71 osob, 32 žen a 39 mužů průměrného věku 54 let s bolestivým syndromem ramenního kloubu. Nejmladší žena byla 26-letá krmička JZD, u nichž bolesti v rameni začaly po podklouznutí a pohmoždění

Z. KUBÍN/K PROBLEMATICE LÉČEBNÉ REHABILITACE BOLESTIVÉHO RAMENE

ramene nárazem na stěnu kravína, nejstarší žena 82-letá měla přetrvávající bolesti po zhojení odlomeného tuberculum maius humeri. Nejmladšímu muži naší sestavy bylo 19 let a své potíže přičítal přetížení při svém tréninku plavce — reprezentanta, nejstarší 83-letý, dobře celkově komponovaný muž pocítil své bolesti až druhý den potom, kdy pomáhal při zavěšování záclon. Typické věkové rozvrstvení udávané mnohými autory [5, 6] mezi 45 až 55 lety se potvrdilo i v naší sestavě, kdy mimo jiné u žen jsme přičítali převahu spíše vlivu vegetativní disregulace v tomto věkovém období, kdežto u mužů posun vzniku k 7. deceniu přetížením akcí v disproporcii vaskularizace a třecí schopnosti mezi coracoacromiálním obloukem nahoře a hlavicí humeru dole. Tab. 1.

V příčinách vzniku obtíží vede u žen naší sestavy bezpečně trauma, ať přímým pádem na rameno zapříčiňující většinou jen kontúzi kloubní oblasti nebo distorzí nárazem na extendovanou paži v zevní rotaci. Jindy jde o stav po závažnějších poraněních proximálního konce humeru, zvláště u věkově starších. Také se viní jako spouštěcí moment prochlazení a zánět. Podobně jako u žen, hlavně pak u mužů je často spatřovanou příčinou vzniku obtíží přetížení jednostrannou prací, kdy se hlavice humeru tlačí pod akromion a za této exponované polohy, při krátké páce pro m. supraspinatus dochází ke snížené vaskularizaci nejen úponů, ale i svalových vláken s fibrotizací za manipulace v elevaci proti odporu a při vytočení caput humeri, které provází přetažení svalových úponů. Něco podobného se děje hráčům tenisu, odbíjené, nejen závodním, ale i rekreačním, kde navíc dochází k mikrotraumatizaci úderem do míče, kdy rychle započatý pohyb se plynule nepřevádí a nedoznívá, ale je náhle přerušen prudkou zarážkou. Domníváme se, že neúplně lze takovou akci spatřovat i u závodních plavců a veslařů v začátcích tréninku, kdy kromě bolesti v oblasti manžety rotátorů jsme zjistili typické spontánní i pohmatové místo bolesti v krajinně foramen omotricipitale. Pro tuto skutečnost zjištěnou námi již na ortopedickém oddělení v OÚZ Tachov v letech 1971 — 1975 a znovu pak na rehabilitačním oddělení fakultní nemocnice v Plzni jsme stav nazvali syndromem foraminis omotricipitalis do té doby, než nám byla známa práce Pattheo a spoluautorů [4] o bolestivém a nestabilním rameni sportovců opakovanou traumatizací. Přirovnávají ji k lehčím poraněním kolen a hlezna s pocitem nejistoty při pohybové akci, kdy v několika případech dokonce odhalili poškození kloubního labia. Tab. 2.

Skoro u většiny našich nemocných nám podrobné funkční vyšetření dovolilo zařadit bolestivý syndrom ramenního kloubu do jeho přesněji vymezených jednotek, jak ukazuje tab. 3. Ne vždy podle Zaslavského [8] je možné přesně ohraničit tu či onu formu. Se zařazením jsme tak neuspěli u 54-letého muže, kde došlo již k vytvoření tzv. periartrické osobnosti a kdy symptomatologie byla tak střídavá a rozmanitá, že jsme požádali o pomoc při řešení případu kliniku rehabilitace prof. dr. Jandy, DrSc., v Praze. Vyšetřením a posléze artrografií byla objasněna komunikace intraartikulárního prostoru s bursou a jednoznačně potvrzeno a operací ověřeno poškození manžety rotátorů. Operační zákrok ani později cílená rehabilitace, lázeňská léčba a psychoterapie však již nezměnila nic ve vytvořené a fixované pasivitě muže, který nakonec odhalil, že v invalidní rentě spatřuje naplnění své spokojenosti a dovršení zaujatého postoje proti svým prvotním léčitelům — obvodnímu lékaři a chirurgovi. Lepšího výsledku terapie jsme dosáhli u 48-leté ženy, velice úspěšné řídicí pracovnice, kde jsme byli u samého začátku bolestivého syndromu. Přes značnou svízeľ,

Z. KUBÍN/K PROBLEMATICE LÉČEBNÉ REHABILITACE BOLESTIVÉHO RAMENE

Tab. 1

věková skupina	ženy	muži
11 - 20 let		1
21 - 30	1	1
31 - 40	2	5
41 - 50	9	6
51 - 60	14	14
61 - 70	2	7
71 - 80	3	3
81 - 90	1	2
celkem	32	39
průměrný věk	54,21	54,69

Tab. 1. Věkové rozložení osob trpících syndromem bolestivého ramene.

Tab. 2. Příčina vzniku obtíží bolestivého ramene.

Tab. 3. Bližší diagnóza po provedených vyšetřeních.

Obviňovaná příčina vzniku	ženy	muži
přetížení jednostran. prací	6	14
přímý nád na rameno	6	4
zlomenina nebo luxace	4	2
sportovní přetížení	1	5
jednorázové přetížení	3	2
nachlazení a zánět	4	2
vibrace	1	2
dnavé nebo jiné metabol. onemoc.		3
postížení krční páteře	1	
stav po mozkové příhodě	1	
příčina neznámá	4	5
celkem	32	39

Tab. 2

Tab. 3

DIAGNOZA	ženy	muži
Arthritis humeroscapularis	6	3
Arthritis acromioclavicularis	4	1
Bursitis subacromiodeltoidea	4	3
Tendinitis m. supraspinati	5	10
Tendinitis m. infraspinati	1	1
Tendinitis m. subscapularis	1	2
Tendinitis m. bicipitis brachii	1	4
Rpt. manžety rotátorů	6	9
Rpt. tend. m. bicipitis brachii cl.	1	2
Idiopatické zmrzlé rameno	3	4
CELKEM	32	39

kteřou nám připravila osobnost nemocné s těžkou vegetativní disregulací provázenou úzkostným sebepozorováním a nízkým prahem bolesti, jsme zdůrazněním dobré prognózy, nekompromisním vedením terapie a využitím terapie vhodné u algodystrofií dospěli s pomocí reflexní terapie k ústupu obtíží.

Jednotky uváděné v tab. 3 již dále nerozlišují artritidu humeroskapulární, kdy ve dvou případech žen i mužů jsme odhalili arthritidu urice. U jedné ženy vznikla artritida po prodělané viróze. Zbývající pacienti měli pozitivní revmatologické testy. Artritida akromioklavikulární byla u dvou žen traumatického původu, u dalších žen a mužů šlo spíše o projev artrózy v namáhaném spojení prací na lisu keramického závodu. Až na jediný případ operačně ověřené villózní bursitidy subakromiodeltoidní byla rentgenogramem ve všech případech potvrzena diagnóza bursitidy subakromiodeltoidní byla rentgenogramem ve všech případech potvrzena diagnóza bursitidy subakromiodeltoidní byla rentgenogramem se podrobily operačnímu řešení s evakuací vápenných hmot. Ruptura manžety rotátorů

Z. KUBÍN/K PROBLEMATICE LÉČEBNÉ REHABILITACE BOLESTIVÉHO RAMENE

byla operována u dvou žen a jednoho muže, ostatní nemocní byli léčeni konzervativně. V tabulce figuruje jako bližší diagnóza idiopatické zmrzlé rameno. Pokladáme za ně jednotku spouštěnou přetížením kloubu, nepatrným traumatem nebo vůbec bez prokazatelné anamnézy, charakterizovanou postupně narůstající bolestí v rameni, kdy původní malé omezení funkce přechází v kloubní ztuhlost. Ta trvá přes rozličnou terapii 3 — 4 měsíce. Pak bolest postupně mizí, pohyb se uvolňuje, aby se po několika měsících vrátil k normálním hodnotám. Obraz histologicky doložený podal De Palma (3).

V diagnostice syndromu se názory na přínos rentgenového vyšetření různí, takže jedni cenu nativní grafie popírají, jiní jako Kamieth (2) soudí, že za určitého stupně dochází v oblasti hlavice k poróze, k drobným pseudocystickým projasněním a případně eburnizaci tuberculum maius humeri. Z vlastní zkušenosti však víme, že hodnota takového vyšetření se ztrácí, není-li hlavice přesně ve středu snímku, v centru paprsku.

K terapii užitě na našem rehabilitačním oddělení (tab. 4) jsme v období velkých bolestí přistupovali většinou za podpory indometacinových preparátů ve formě kapslí nebo čípků. U zánětlivé nebo artrotické etiologie jsme volili raději Voltaren dražé jako nesteroidní antiflogistikum nebo jsme užili Brufen. Nikdy jsme nebyli nuceni zvýšit dávku na více jak 4 dražé nebo 4 kapsle denně. Obzvláště jsme byli zdrženliví v aplikaci Kenalogu, přestože Weiss (7) uvádí s ním potěšitelné výsledky. Domníváme se totiž, že povědomost o předchozích aplikacích kortizonoidu není vždy úplná a že naši předchůdci v terapii obvykle této možnosti většinou využili, i když třeba nikoliv právě cíleně. Tam, kde došlo k vegetativní rozladě užili jsme u tří žen a jednoho muže léčení zvyklého u algodystrofického syndromu v kombinaci Plegomazin, Promethazin a DH-ergotoxin denně a jen výjimečně přídavek Nicoflavinu. Dosáhli jsme tu průměrně za 2,3 měsíce velmi dobrého efektu vymizením všech příznaků. Pokud se efekt léčení ve smyslu snížení bolesti a jistého uvolnění pohybu nedostavil, a to hlavně u idiopatického zmrzlého ramene, užili jsme ve II. a III. fázi cyklu akupunkturu. Zjistili jsme výrazné zlepšení obvykle již po šesté aplikaci jehel většinou v sestavě, která se nám již dříve osvědčila. Volili jsme body Dd 15 SZJAŇ-CZJUN, Dd 15 PI-NAO, Dd 4 CHE-GU, 3 E 5 WAI-GUAN, Dd 11 GU-GHU a Du 3 HOU-XI a k tomu Aši body. Po uvolnění pohybu vyjma běžně užívaných postupů v léčebné tělesné výchově nabyli jsme dobré zkušenosti s nenásilným redressment za dechové synchronizace. Tak se podařilo udržet terapii v optimálním průměrném trvání 59 dní, kdy jsme zaznamenali úspěch jednou za 28 dní, ale v druhé krajnosti až za 363 dní.

Druh užitě terapie	ženy	muži	celkem
Diadynamické proudy a LTV	9	8	17
Masáž klasická a LTV		1	1
Výhradně léčebná těl. vých.	5	1	6
Fysiodyn analg. dávka a LTV	9	13	22
Ultrazvuk a LTV	6	15	21
Obstřik	3	1	4
Terapie doplněna akupunkt.	4	4	8

Tab. 4. Užitá terapie na rehabilitačním oddělení v syndromu bolestivého ramene.

Závěrem třeba konstatovat, že není-li snadná diagnostika a terapie, není ani posudková problematika jednoduchá tam, kde funkční poruchy trvají určitou dlouhou dobu a nacházejí odraz v netrpělivosti posudkového lékaře, který ji přenáší na pacienta. Ze syndromu se tak stává nakonec i závažný sociální problém, který musí pracovníci rehabilitačního oddělení kupírovat působením na sebevědomí rehabilitovaného. Daří se to nejlépe srovnáním požadavků v ergoterapii s existujícími funkčními schopnostmi, aby se postižený sám porovnáním úkonů obecného a speciálního charakteru stále přesvědčoval o zdárném vedení léčení. Jen tak nepřipustíme posun k rezignaci, ústící v invalidní řízení, jak tomu bylo právě ve třech případech naší sestavy.

Obr. 1. Na rentgenogramu není bursa subacromialis zcela naplněna, je však patrná ostrá hrana retrahované aponeurózy.



Obr. 2 Nepravidelná náplň i zřetelná komunikace bursy subacromialis s dutinou kloubu.

Z. KUBÍN/K PROBLEMATICE LÉČEBNÉ REHABILITACE BOLESTIVÉHO RAMENE

LITERATURA

1. ABDRACHMANOV, A. Ž., ORLOVSKIJ, N. B.: O chirurgičeskom lečenii plečelopatočných povreždenij nadostnoj myšcy. Ortop. Travm. Prot. 7, 1980, s. 37 — 39.
2. KAMIENT, H.: Periarthritis humeroscapularis im Röntgenbild der Schulter. Arch. arthop. Unfall. chir. 58, 1965, s. 191 — 199.
3. DE PALMA, A. F.: Surgery of the Shoulder, Lippincot, Philadelphia, 1973.
4. PATTE, D., BERNEGEAU, J. — RODINEAU, J. a kol.: Épaules douloureuses et instables, Rev. chir. orthop. 66, 1968, 2, 157, s. 165.
5. POLAN, P., BUGÁŇ, F. — HALUZICKÝ, M.: Periarthritis humeroscapularis v našom materiáli. Acta Chir. orthop. Traum. čech. 42, 1975, s. 385 — 389.
6. DE SÉZE, S. a kol.: Periarthritis scapulohumeralis Rev. Rheum. 27, 1960, s. 443 — 450.
7. WEISS, J. J.: Intraarticular Steroids in the Teratment of the Rotator Cuff Tear. Arch. Phys. Med. reh. 62, 1981, 11, s. 555 — 557.
8. ZASLAVSKI, E. S.: O kliniko-topografičeskych variantach plečelopatnovo periartrita. Ortop. Travm. Prot. 7, 1980, s. 39 — 42.

Adresa autora: MUDr. Z. Kubín, Alešova 23, 320 24 Plzeň

З. Кубин

К ПРОБЛЕМАТИКЕ ЛЕЧЕБНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЕЗНЕННОГО ПЛЕЧА

Резюме

Лечебная реабилитация была осуществлена у 71 лица в среднем возрасте 54 года с синдромом болезненного плеча, возникшего чаще всего вследствие травмы или микротравматизации от перегрузки, преимущественно с поражением надостной мышцы. Автор предпочитает в терапии интерференционные токи как анальгезирующую подготовку перед лечебной физкультурой.

В острой стадии рекомендуются индометациновые препараты. Хорошие результаты дало и иглоукальвание. Средняя продолжительность лечения составляла 59 дней, включая терапию в отделении реабилитации. Автор занимается и проблематикой экспертизы и подчеркивает эрготерапию как предупреждение инвалидности.

Z. Kubín

THE PROBLEM OF REHABILITATION THERAPY PAINFUL SHOULDER

Summary

Seventy one subjects with an average age of 54 years with the syndrome of the painful shoulder underwent therapeutical rehabilitation. Pains appeared most frequently after trauma or microtraumatic overload, usually in m. supraspinati. The author prefers the therapy of interferential currents as analgetic preparation before exercise therapy.

In the acute stage the author recommends indomethacin preparations. Also acupuncture has been effective. The average period of treatment, including therapy at the rehabilitation department is 59 days. Also the problem of recommendation activity is discussed and ergotherapy recommended for prevention of invalidity.

Z. KUBÍN/K PROBLEMATICE LÉČEBNÉ REHABILITACE BOLESTIVÉHO RAMENE

Z. Kubín

ZUR PROBLEMATIK DER REHABILITATIONSBEHANDLUNG SCHMERZHAFTER SCHULTERN

Zusammenfassung

Im Zuge der Rehabilitation wurden 71 Personen im Durchschnittalter von 54 Jahren, die am Syndrom schmerzhafter Schultern leiden, behandelt. Das Leiden entstand meistens nach einem Trauma oder infolge von Mikrotraumatisierung durch Überlastung, mit Schädigung des m. supraspinati. Der Autor bevorzugt in der Therapie Interferenzströme als analgetisierende Vorbereitung vor der Heilgymnastik.

Im akuten Zustand werden Indometazinpräparate empfohlen. Auch Akupunktur hat sich bewährt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer einschließlich der Therapie an der Rehabilitationsabteilung beträgt 59 Tage. Der Beitrag behandelt auch die Problematik der Kontrollbegutachtung. Hervorgehoben wird die Bedeutung der Ergotherapie als Vorbeugungsmaßnahme gegen Invalidisierung.

Z. Kubín

A LA PROBLÉMATIQUE DE RÉADAPTATION MÉDICALE DU BRAS DOULOUREUX

Résumé

71 patients dont l'âge moyenne était 54 ans avec le syndrome de bras douloureux furent soignés à la réadaptation médicale. La douleur se présente le plus fréquemment après traumatisme ou microtraumatisme dûe, en général, à la surpression du m. supraspinati affecté. En thérapie l'auteur préfère les rayons interférents comme préparation analgésique à la kinésithérapie.

Dans l'état aigu de la douleur, il recommande le traitement médicamenteux à l'indométacine. La durée moyenne de traitement y compris la thérapie à la section de la réadaptation est de 59 jours. Elle s'occupe aussi de la problématique d'expertise et accentue l'ergothérapie comme prévention d'invalidité.

J. CH. CORDES, W. ARNOLD, B. ZEIBIG

PHYSIOTHERAPIE — ORTHOPÄDIE

Fyzioterapia — Ortopedia

Vydal VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1983

Fyzioterapeutické metódy predstavujú jeden z dôležitých terapeutických smerov modernej ortopédie. Jednotlivé rehabilitačné metódy, ktorých súčasťou sú aj fyzioterapeutické procedúry, sú nedeliteľnou súčasťou moderného ortopedického myslenia.

Kolektív autorov prof. Cordes, doc. Arnold a rehabilitačná pracovníčka Zeibigo-

vá vydávajú v roku 1983 v berlínskom vydavateľstve Volk und Gesundheit pomerne malú publikáciu, určenú predovšetkým na výchovu rehabilitačných pracovníkov, ktorá sa zaoberá jednotlivými otázkami fyzioterapeutických metód v oblasti ortopédie. Kniha má celkom 21 kapitol a je ukončená vecným registrom, má početné obrázky a

dve tabuľky. V jednotlivých kapitolách venuje pozornosť špeciálnym fyzioterapeutickým metódam pri poruchách držania tela a pri poruchách pohybového systému. Zaoberá sa otázkami zápalových chorôb chrbtice, degeneratívnych chorôb chrbtice, problematikou deformít hrudníka. Pozornosť je venovaná aj priečnym léziám miechovým. Otázky porúch kox, kolena a nohy predstavujú náplň ďalších kapitol.

Z hľadiska pedagogického kniha sa delí tak, že v jednej kapitole sa rozoberú otázky ortopédie a v nasledujúcej kapitole sa venuje pozornosť fyzioterapeutickým otázkam a postupom pri danej problematike.

Hoci sa v našej krajine termín fyziote-

rapia používa, predsa len väčšie rozšírenie dostal termín rehabilitácia. V recenzovanej publikácii sú jednotlivé metódy definované ako fyzioterapeutické, ale vždy ide o metódy rehabilitačné, a to z oblasti liečebnej rehabilitácie, tento termín zaviedla koncepcia fyziatrie balneológie a liečebnej rehabilitácie. Napriek terminologicky rozdielnym stanoviskám je publikácia dobre napísaná, poslúži účelne výučbe rehabilitačných pracovníkov a je dokladom snahy nemeckých odborníkov preniesť poznatky z modernej rehabilitácie už na úroveň základného štúdia.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. CH. CORDES, W. ARNOLD, B. ZEIBIG

PHYSIOTHERAPIE — NEUROLOGIE

Fyzioterapia — Neurológia

Vydal VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1983, 1. vydanie

V krátkom čase po sebe vychádzajú vo vydavateľstve VEB Verlag Volk und Gesundheit v Berlíne učebnica fyzioterapie zameraná na neurológiu a učebnica fyzioterapie zameraná na ortopédiu (o tejto uverejňujeme osobitnú recenziu).

Kolektív autorov, profesor Cordes, docent Arnold a Brigita Zeibigová, ktorá pracuje na Ústave pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Postdame, vydávajú pozoruhodnú učebnicu pre výučbu rehabilitačných pracovníkov z oblasti fyzioterapie v neurológii. Celkom v dvanástich kapitolách zaoberajú sa teoretickými, klinickými a fyzioterapeutickými otázkami, ktoré musia rehabilitační pracovníci poznať, aby mohli dobre vykonávať svoju profesiu. V prvých kapitolách sa hovorí o fyzioterapii v neurológii, o funkčnej výstavbe senzomotoriky, o jednotlivých symptómoch a syndrómoch porušenej senzomotoriky a ich fyzioterapie.

Ďalšie kapitoly zachovávajú už klasické členenie podľa ochorení jednotlivých systémov v neurológii. Hovorí sa tu o cho-

robách svalov, periférnych nervov, miechy, bazálnych gangliách, mozgu, s príslušným fyzioterapeutickým programom. Posledné kapitoly rozoberajú otázku neepileptických záchvatov a problematiku vegetatívnych syndrómov. Vecný register ukončuje túto učebnicu fyzioterapie v neurológii doplnenú početnými obrázkami, tabuľkami, ilustráciami, z ktorých niektoré sú viacfarebné.

Učebnica je pedagogicky dobre spracovaná a predstavuje dobrý informačný základ pre rehabilitačných pracovníkov. Z učebnice je vidieť, aký rozsah látky rehabilitačný pracovník v NDR vo svojej príprave musí absolvovať, a je pozoruhodné, do akých detailov napr. v neurológii celá výučba ide. Tento pohľad je totožný aj s našim pohľadom na celú problematiku, pretože funkcia a činnosť rehabilitačných pracovníkov v systéme liečebno-preventívnej starostlivosti vyžaduje veľkú prípravu, široké vedomosti a hlboké poznatky. Tieto ciele spĺňa aj recenzovaná učebnica.

Dr. M. Palát, Bratislava

METODICKÉ PRÍSPEVKY**VLIV CVIČENÍ NA PRŮBĚH PORODU U TĚHOTNÝCH ŽEN TRPÍCÍCH KARDIOPATIEMI**

H. VOLEJNÍKOVÁ, K. JANKŮ, M. ČERNOCH, J. BŮŽKOVÁ

*I. porodno-gynekologická klinika LF v Brně
Přednosta: doc. MUDr. Zdeněk Čupr, CSc.*

Souhrn: Cvičení těhotných žen trpících kardiopatií může ovlivnit průběh porodu, je-li prováděno diferencovaně, podle hemodynamické závažnosti srdeční vady. Oproti dřívějším názorům, které propagovaly u srdečních vad před porodem především tělesný klid, proběhly porody u našich 85 kardiálně nemocných rodiček, které před porodem cvičily, lépe než porody u podobně kardiálně nemocných, které necvičily.

Klíčová slova: Cvičení těhotných — srdeční vady — kardiopatie v těhotenství — metodické postupy.

Největší zatížení oběhového systému pro rodičku, která trpí srdeční vadou, představuje období porodu. Proto se snažíme, aby její kardiovaskulární soustava byla před porodem v co nejlepší kondici. Kromě indikované medikamentózní léčby (kardiotonika, diuretika, kyslík) ordinujeme našim vybraným kardiálně nemocným také cvičení před porodem. Toto cvičení provádíme systematicky od roku 1979 a zúčastnilo se ho 85 rodiček.

Rodičky se srdečními vadami přijímáme na prepartální oddělení přibližně 14 dnů před termínem porodu. Naším cílem je připravit kardiálně nemocnou rodičku k porodu tak, aby uměla maximálně spolupracovat s personálem na porodním sále, aby porod probíhal fyziologicky a zbytečně se neprodlužoval.

Cvičení je zaměřeno na:

1. nácvik ekonomické respirace;
2. nácvik svalové práce během porodu;
3. nácvik relaxace;
4. zlepšení odtoku krve z venózního řečiště DK a návratu do pravého srdce. Toho dosahujeme břišním dýcháním a izometrickými kontrakcemi svalů DK. Současně zabráňujeme vzniku tromboembolické nemoci;
5. zlepšení psychické kondice současnou psychoterapií.

H. VOLEJNÍKOVÁ, K. JANKŮ, M. ČERNOCH, J. BUŽKOVÁ/VLIV CVIČENÍ NA PRŮBĚH PORODU U TĚHOTNÝCH ŽEN TRPÍCÍCH KARDIOPATIEMI

Rodičky jsou rozděleny do tří skupin:

1. skupina — rodičky se srdeční vadou hemodynamicky nevýznamnou (skupina I), t. j. bez zvětšení srdce, bez závažného EKG nálezu a bez známek dekompenzace.

Nacvičujeme s nimi:

- a) uvolňování pletenca pánevního,
- b) relaxaci vleže na zádech s pokrčenými DK a hlubokým dýcháním,
- c) k první době porodní
— břišní dýchání,
odlehčovací manévry,
masáž kříže, podbřišku, tlakovou masáž
k druhé době porodní
— porodní polohu,
zadržované dýchání,
tlačení v porodní poloze.

Stupeň intenzity zatížení se řídí subjektivními pocity ženy při cvičení (únava, dušnost).

2. skupina — rodičky se srdeční vadou hemodynamicky významnou (skupina II.a), t. j. se zvětšením srdce, event. se závažnou poruchou rytmu, avšak dosud oběhově kompenzované.

Cvičení jsou stejná jako u první skupiny, pouze tempo je ještě pomalejší, častěji zařazujeme relaxaci, odpočinkové pauzy, volné dýchání. Okamžitě respektujeme nepříznivé příznaky subjektivní nebo objektivní (dyspnoe, nepřiměřený pocit únavy, cyanózu, tachykardie, stenokardie), ať již se objeví při cvičení, nebo do 24 hodin po cvičení.

3. skupina — rodičky se srdeční vadou hemodynamicky subkompenzovanou a nebo dekompenzovanou (skupiny II. b, III.).

Cvičení je minimální a provádí se pouze na lůžku. Nacvičujeme relaxaci, dechové cviky, izometrické kontrakce DK. Intenzivnější cvičení neprovádíme, abychom neomezovali transplacentární přenos kyslíku plodu.

Rodičky ve všech třech skupinách průběžně při cvičení informujeme, jak se mají při porodu chovat a kdy kterého cviku či polohy využít.

Z á v ě r

Zatím nemáme objektivní kritéria, podle nichž bychom mohli hodnotit výsledek cvičení. Opíráme se pouze o subjektivní příznivé pocity rodiček, které cvičení hodnotí kladně, dobře spolupracují a samy se cvičení dožadují. Z objektivního hlediska máme za to, že porody u kardiálně nemocných rodiček, které cvičily, probíhají klidněji, vyváženěji a lehčeji než porody u podobně nemocných rodiček, které necvičily. Cvičení musí však být diferencované podle hemodynamické závažnosti jejich vady. Potom tělesný pohyb nepůsobí škodlivě, ale, naopak, podle našich pozorování blahodárně.

H. VOLEJNÍKOVÁ, K. JANKŮ, M. ČERNOCH, J. BUŽKOVÁ/VLIV CVIČENÍ NA PRŮBĚH PORODU U TĚHOTNÝCH ŽEN TRPÍCÍCH KARDIOPATIEMI

Adresa autora: H. Volejníková, Fakultní porodnice, nám. Sovětských hrdinů 11
662 33 Brno

Г. Волейникова, К. Янку, М. Чернох, Й. Бужкова

ВЛИЯНИЕ УПРАЖНЕНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ КАРДИОПАТИЯМИ

Резюме

Физические упражнения беременных женщин, страдающих кардиопатией, могут оказать влияние на течение родов, если они проводятся дифференцированно, согласно гемодинамической важности порока сердца. В отличие от прежних мнений, на основании которых в случае сердечных пороков рекомендовали перед родами главным образом физический покой, роды у наших 85 сердечно больных рожениц, которые перед родами занимались физкультурой, проходили лучше чем роды у таких же сердечно больных, которые не занимались физкультурой.

H. Volejníková, K. Janků, M. Černoch, J. Bůžková

THE INFLUENCE OF EXERCISE ON THE COURSE OF CONFINEMENT IN PREGNANT WOMAN WITH CARDIOPATHIES

Summary

Exercise in pregnant women suffering from cardiopathies can influence the course of confinement in carried out differentiated, according to the severity of the heart defect. In contrast to previous opinions which propagated rest before the confinement in cardiopathies, it was observed that the confinement in our group of 85 pregnant women with cardiopathies had a better course than in similar cardiac patients who had not exercised.

Volejníková, H., Janků, K., Černoch, M., Bůžková, J.

DER EINFLUß VON GYMNASTIKÜBUNGEN AUF DEN ABLAUF DER GEBURT BEI SCHWANGEREN FRAUEN MIT KARDIOPATHIEN

Zusammenfassung

Gymnastikübungen von schwangeren Frauen, die an Kardiopathien leiden, können den Ablauf der Geburt beeinflussen, wenn sie differenziert, je nach dem hämodynamischen Schwierigkeitsgrad des Herzfehlers, durchgeführt werden. Entgegen früheren Ansichten, die bei Herzfehlern vor der Geburt vor allem körperliche Ruhe empfahlen, war der Ablauf der Geburten bei 85 beobachteten herzkranken schwangeren Frauen, die vor der Geburt Gymnastik betrieben, besser als die Geburten bei ähnlich herzkranken Frauen, die nicht Gymnastik betrieben hatten.

H. VOLEJNÍKOVÁ, K. JANKŮ, M. ČERNOCH, J. BUŽKOVÁ/VLIV CVIČENÍ NA PRŮBĚH PORODU U TĚHOTNÝCH ŽEN TRPÍCÍCH KARDIOPATIEMI

H. Volejniková, K. Janků, M. Černoch, J. Bůžková

EFFECT DE LA GYMNASTIQUE SUR LE DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES FEMMES ENCEINTES AFFECTÉES DE CARDIOPATHIE

Résumé

Si la gymnastique des femmes enceintes affectées de cardiopathie est effectuée de façon différentielle suivant la gravité hémodynamique du défaut cardiaque, elle peut influencer le déroulement de l'accouchement. Par rapport aux opinions d'autrefois qui propageaient chez les cardiaques le repos physique avant l'accouchement, les accouchements se déroulèrent mieux chez les 85 accouchées cardiaques ayant fait de la gymnastique avant l'accouchement que chez celles qui n'ont pas fait d'exercices physiques.

L. BRESLOW, J. E. FIELDING, L. B. LAVE

ANNUAL REVIEW OF PUBLIC HEALTH

Roční přehled veřejného zdravotnictví

Vol. 4, 1983, Vydal Annual Reviews Inc., Palo Alto California 1983, ISBN 0-8243-2704-7

V sérii „Ročních přehledů veřejného zdravotnictví“ vychází jako 4. svazek v roce 1983 množství prací s nejrůznější tematikou. Ve zvláštní sekci na závěr tohoto čtvrtého svazku je připojený soubor prací věnovaných otázkám biologického monitorování. Svazek jako obvykle je ukončen věcným rejstříkem a souborným indexem autorským i přehledem prací za uplynulé čtyři ročníky. Každý čtenář tím dostává přehled o tom, co v této řadě ročních přehledů v oblasti veřejného zdravotnictví zatím vyšlo, a není toho málo.

V celé řadě prací, zařazených do čtvrtého svazku je několik prací pozoruhodných. Zajímavá je práce autorů Burbyho a Okuna o plánování na venkově a zdraví, protože venkov má svoje specifické zdravotní problémy. Shapiro a Jacob ve své práci o nefarmakologických možnostech léčby hypertenzivní choroby přinášejí některé pozoruhodné aspekty, které stojí za zamyšlení. Lindheimová a Syme opět se

zabývají otázkami prostředí a vzniku chorob, problematikou základní důležitosti především z hlediska vzniku a vývoje chronických chorob.

Svazek obsahuje několik prací věnovaných otázkám analytických metod ve výzkumu a otázkám použití některých statistických postupů při hodnocení výsledků získaných výzkumem anebo klinickým sledováním. Jsou velmi vhodným doplněním tematiky tohoto svazku „Ročních přehledů veřejného zdravotnictví“.

Roční přehledy v nejrůznějších medicínských anebo příbuzných oblastech představují soubor prací základní důležitosti. I v posledním svazku z oblasti veřejného zdravotnictví jsou takové práce. Předností těchto přehledů je jistě možnost rychlé publikace zajímavých a významných prací z nejrůznějších pracovišť, a proto vždy vítáme nové ročníky. A tak je tomu i u nového ročníku z oblasti veřejného zdravotnictví.

Dr. M. Palát, Bratislava

MODERNÉ METÓDY DIAGNOSTIKY AFÁZIE

V. TILLINGEROVÁ

*Neurologická klinika LF UK Bratislava, Limbová 5**Vedúci: Prof. MUDr. P. Nádvorník, DrSc.*

Súhrn: Práca referuje o najmodernejších vyšetrovacích postupoch pri diagnostike afázie, ktoré sa u nás v súčasnosti zavádzajú do praxe. Opis metódy vyšetrenia podľa Hrbka, Token test a opis vyšetrovacieho postupu navrhnutého pre potreby neurochirurgického pracoviska v Bratislave sú doplnené štatistickým porovnaním postupov na báze vyšetrenia vzorky 25 afatických chorých neurochirurgickej kliniky. Výsledky preukázali, že každý z porovnaných vyšetrovacích postupov má špecifické uplatnenie. Hrbkov test pri potrebe (a možnosti) komplexného detailného vyšetrenia fatických funkcií; Token test na zisťovanie jemných odchýlok v oblasti porozumenia reči; test, ktorý sa používa na neurochirurgickej klinike na základné vyšetrenie ťažkých a imobilných afatikov. Test vyhovuje aj trom postulovaným požiadavkám: umožňuje špecifikáciu typu afázie, je časovo nenáročný a umožňuje kvantifikáciu výsledkov. Aj keď s ním pracuje logopéd, zásadne vyžaduje tímový prístup. Špecifické zacielenie rehabilitácie afatika je totiž podmienené presnou diagnózou a správnym výberom vyšetrovacieho postupu spomedzi navrhnutých metód.

Kľúčové slová: afázia — rehabilitácia — vyšetrovacie metódy.

Diagnostika porúch reči patrí u nás medzi oblasti, ktoré si naliehavo vyžadujú vypracovanie špecifických postupov na precízne vyšetrenie tej-ktorej poruchy reči. Mimoriadne akútna sa javí táto potreba v oblasti rehabilitácie afázie, kde by mal tím lekár-logopéd-psychológ disponovať vyšetrovacím postupom, ktorý vyhovuje trom atribútom: Mal by umožniť precíznu špecifikáciu typu afázie, mal by byť časovo nenáročný (pacient-afatik často trpí zvýšenou unaviteľnosťou) a mal by umožniť kvantifikáciu, pokiaľ ide o stupeň poruchy (aby sa dal určiť rozsah narušenia fatických funkcií, no súčasne aj ako kritérium pre dosiahnuté pokroky v rámci rehabilitácie afatika). Z hľadiska praktickej aplikácie je — ako uvádza Lechta (1982) — problémom tímová spolupráca, ktorá sa tradične postuluje (Obrda a Karpíšek, 1960) ako základná požiadavka, menej však už prakticky realizuje. Cieľom nášho príspevku je z hľadiska potrieb tohto tímu informovať o vyšetrovacích postupoch, ktoré v súčasnosti vyhovujú spomenutým kritériám.

Materiál a metódy

1. Hrbkov test (Hrbek, 1976) obsahuje vyšetrenie všetkých základných fatických funkcií. Bodovým a percentuálnym zastúpením vyjadruje stav fatických funkcií. Vychá-

V. TILLINGEROVÁ/MODERNÉ METÓDY DIAGNOSTIKY AFÁZIE

dza sa v ňom z Hrbkovej teórie analyzátorov (Hrbek, 1955). Výhodou testu je možnosť objektívneho kvalitatívneho a kvantitatívneho hodnotenia fatickej poruchy, vrátane grafického znázornenia. Vyšetrenie sa vždy fixuje v presnom protokole. Realizácia sa podľa Hrbka [1976] uskutočňuje v dvoch etapách: a) Podrobné vyšetrenie funkcií jednotlivých analyzátorov, ich vzájomnej spolupráce, tvorby stereotypov, výskum prvosignálových a druhsignálových funkcií. b) Vlastné vyšetrenie rečových funkcií, ktoré robí logopéd. Keďže tento test je relatívne najznámejší, obmedzili sme sa iba na základnú charakteristiku.

2. Token test (test so značkami) je v súčasnosti vo svete jedným z najuznávanejších postupov pri vyšetrovaní afázie. Tento test sa aplikuje u afatikov, u ktorých sa poruchy receptivity zdajú veľmi jemné, alebo pri normálnej komunikácii, resp. rutinnom vyšetrení chýbajú. Ide teda o mierne sensorických afatikov, alebo o motorických afatikov s diskretným defektom v oblasti receptivity. De Renzi a Vignolo [1972] vyšetřili týmto testom afatikov, ktorí pri bežnom vyšetrení sa javili ako „čisto“ motorickí. Test so značkami však u väčšiny z nich odhalil jasné poruchy aj v oblasti porozumenia reči. Odvtedy sa tento test čoraz viac uplatňuje v svetovom meradle. Odhaľuje aj ľahké poruchy chápania reči bez toho, aby boli provokované intelektuálne funkcie. Keďže tento vyšetrovací postup zatiaľ naša odborná verejnosť v adekvátnej miere nepozná, treba ho aspoň čiastočne charakterizovať. Materiálom pre test sú značky (ang. Token) podobné tým, ktoré sa používajú pri kartových hrách. Pokiaľ ide o tvar, používajú sa krúžky a obdĺžniky. Pokiaľ ide o veľkosť, sú malé a veľké značky. Z hľadiska farieb sú červené, zelené, žlté, modré a biele. Skúška sa skladá z piatich častí, pričom sa postupuje od ľahších úloh k ťažším. Značky sú položené na stole pred pacientom. Afatik má za úlohu realizovať so značkami určité činnosti: (napr. „Zoberte zelený krúžok“; „Zoberte veľký modrý obdĺžnik a malý červený krúžok“; „Dotknite sa modrým krúžkom červeného obdĺžnika“.)

3. Test, ktorý sme zostavili pre potreby našej neurochirurgickej kliniky, sleduje okrem anamnestických údajov, najmä tieto položky: spontánna reč (časová a priestorová orientácia s obligátnymi otázkami, vymenovanie dní v týždni a mesiacov v roku a číselný rad 1 — 10, pomenovanie ukázaných obrázkov), porozumenie počutej reči (ukázať pomenované predmety — minimálne 5 v miestnosti), reprodukcia počutej reči (opakovať vetu, slová, slabiky a hlásky), čítanie, spontánne písanie, počítanie (spamäti a písomne), praxia (jednoduché úlohy — napr. jest príborom). Jednotlivé odpovede sa bodujú a celkový súčet sa prevádza na percentá.

Na Neurochirurgickej klinike LF UK v Bratislave sme vyšetřili týmito testmi 25 chorých s fatickými poruchami po náhlych cievnych príhodách mozgu. Vyšetřovaní chorí boli hospitalizovaní na klinike. V súbore bolo 18 mužov, 6 žien a jedno dieťa. Najmladší vyšetřovaný mal 11 rokov, najstarší 78 rokov, priemerný vek bol 48,4 roka.

Výsledky pozorovania

Token test ukázal, že v porozumení počutej reči je citlivejší ako Hrbkov test. Štatistické porovnanie metódou chí kvadrátu (χ^2) ukázalo medzi Token testom a Hrbkovým testom vysoko významný rozdiel (na hladine významnosti $p = 0,01$), aj testom, ktorý sme zostavili pre potreby našej neurochirurgickej kliniky (tab. 1). Tento test však nevyšetřuje ostatné rečové funkcie. V ďalších funkciách, ako je spontánna reč, reprodukcia počutej reči, čítanie, písanie, kalkulia a praxia, je Hrbkov test štatisticky nevýznamne citlivejší ako test používaný na našej klinike (tab. 2).

V. TILLINGEROVÁ/MODERNÉ METÓDY DIAGNOSTIKY AFÁZIE

Tab. 1 Porovnanie citlivosti Token testu, Hrbkovho testu a testu neurochirurgickej kliniky v oblasti porozumenia počutej reči metódou chí kvadrátu. N = 25.

	zistil	nezistil	spolu
Token test	20	5	25
Hrbkov test	8	17	25
Spolu	25	25	

$$x^2 = 11,7 > x^2_{0,10} = \mathbf{6,63}$$

	zistil	nezistil	spolu
Token test	20	5	25
NCH test	7	18	25
Spolu	25	25	

$$x^2 = 11,7 > x^2_{0,01} = \mathbf{6,63}$$

Tab. 2 Porovnanie citlivosti Hrbkovho testu a testu používaného na neurochirurgickej klinike pre rôzne fatické funkcie. Hodnoty udávajú citlivosť testu v %. N = 25. (SR — spontánna reč; PR — porozumenie reči; RP — reprodukcia počutej reči; Č — čítanie; P — písanie; K — kalkúlia; PX — praxia).

	SR	PR	RP	Č	P	K	PX
Hrbkov test	71,4	80,0	78,6	66,2	64,4	73,6	81,4
NCH test	66,2	78,0	75,4	63,2	62,0	70,4	78,6

V. TILLINGEROVÁ/MODERNÉ METÓDY DIAGNOSTIKY AFÁZIE

Vzájomným porovnaním jednotlivých vyšetrovacích postupov sme zistili, že Hrbkov test je z nich najkompletnejší, vyšetruje podrobne všetky fatické funkcie a je dostatočne citlivý. Nevýhodou aplikácie testu na neurochirurgickom pracovisku je jeho časová náročnosť a skutočnosť, že nie všetky jeho úlohy možno realizovať u ťažkých, často ležiacich chorých. Token test je veľmi citlivý, pomerne jednoducho realizovateľný, časovo menej náročný. Výhodou testu je, že odhalí aj najjemnejšiu senzorickú poruchu fatických funkcií, neskúma však komplexne všetky fatické funkcie. Test, ktorý bol navrhnutý pre potreby neurochirurgického pracoviska, sa na základe nášho pozorovania javí ako najvýhodnejší vzhľadom na našich pacientov. Ukázalo sa, že je časovo nenáročný, pritom však umožňuje základné vyšetrenie všetkých fatických funkcií, dá sa bežne realizovať u ťažkých a imobilných chorých a výsledky sa môžu kvantifikovať.

Z á v e r

Práca referuje o najmodernejších vyšetrovacích postupoch pri diagnostike afázie, ktoré sa u nás v súčasnosti zavádzajú do praxe. Opis metódy vyšetrenia podľa Hrbka, Token test a opis vyšetrovacieho postupu navrhnutého pre potreby neurochirurgického pracoviska v Bratislave sú doplnené štatistickým porovnaním postupov na báze vyšetrenia vzorky 25 afatických chorých neurochirurgickej kliniky. Výsledky preukázali, že každý z porovnaných vyšetrovacích postupov má špecifické uplatnenie: Hrbkov postup pri potrebe (a možnosti) komplexného detailného vyšetrenia fatických funkcií; Token test, na zisťovanie jemných odchýlok v oblasti porozumenia reči; test, ktorý sa používa na neurochirurgickej klinike na základné vyšetrenia ťažkých a často imobilných afatikov. Test vyhovuje aj trom postulovaným požiadavkám: umožňuje špecifikáciu typu afázie, je časovo nenáročný a umožňuje kvantifikáciu výsledkov. Aj keď s ním pracuje logopéd, zásadne predpokladá tímový prístup. Špecifické zacielenie rehabilitácie afatika je podmienené presnou diagnózou a správnym výberom vyšetrovacieho postupu spomedzi navrhnutých metód.

LITERATÚRA

1. DE RENZI, E., VIGNOLO, L. A.: The Token Test: A sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. *Brain*, 85, 1962, s. 665 — 678.
2. HRBEK, J.: Nová schéma o stavbě a funkci mozgových hemisfér. Výklad afázie a jiných porúch kúrové činnosti. Sborník LK UK v Praze, sv. XVII, 1955.
3. HRBEK, J.: Základní vyšetření řeči a přidružených semiotických soustav procesu gnosie a praxie. Olomouc, 1976.
4. LECHTA, V.: Súčasnosc a perspektívy logopédie na Slovensku. In: *Logopedia a škola*, Prešov, SAV, 1982, s. 3 — 11.
5. OBRDA, K., KARPÍŠEK, J.: Rehabilitace nervově nemocných. Praha, Státní zdravotní nakladatelství, 1960.

Adresa autora: Valéria Tillingerová,
Neurochirurgická klinika LF UK Bratislava, Limbová 5

V. TILLINGEROVÁ/MODERNÉ METÓDY DIAGNOSTIKY AFÁZIE

V. Тиллингерова

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ АФАЗИИ

Резюме

Работа докладывает о самых современных методах обследования при диагностике афазии, которые у нас в настоящее время вводятся в практику. Описание метода обследования по Грбеку, Токен-тест и описание диагностического метода, предложенного для потребностей нейрохирургической клиники в Братиславе, дополнено статистическим сопоставлением методов на базе исследования группы 25 больных афазией на нейрохирургической клинике. Результаты показали, что каждый из сопоставляемых методов имеет свое специфическое применение. Тест Грбека при необходимости (и возможности) комплексного и подробного исследования функций; Токен-тест для выявления тонких отклонений в области понимания речи; тест, применяемый на нейрохирургической клинике для основного обследования тяжелых и недвижимых больных афазией. Тест удовлетворен и тремя предъявляемым требованиям: он дает возможность специфицировать тип афазии, не требует большой затраты времени и дает возможность выразить результаты в цифрах. И в том случае, если его применяет логопед, принципиально требуется коллективный подход. Дело в том, что специфическая направленность реабилитации больного афазией обусловлена точным диагнозом и правильным выбором среди предложенных методов обследования.

V. Tillingerová

MODERN METHODS OF DIAGNOSIS IN APHASIA

Summary

The paper discusses the latest examination methods in the diagnosis of aphasia which is now, in our country, being introduced into practice. The description of the examination method according to Hrbko, the Hoken Test and an explanation of the examination method suggested for the application at the Neurosurgical Clinic in Bratislava is supplemented by a statistical comparison of methods on the basis of a sample of 25 aphasic patients from the Neurosurgical Clinic. Results indicated that each of the examination methods has a specific possibility of application: Hrbko's test in cases for complex and detailed examination of symbolic functions, the Token Test for the investigation of subtle deviations in the sphere of comprehension of speech; the test meant for application at the Neurosurgical Clinic is used for basic examinations of difficult, immobile aphasics. The test also meets all three requirements: it enables a specification of the type of aphasia, it is undemanding in time and provides quantification of results. Even when a logopedist uses the test, it principally requires team work. Specific work of rehabilitation in aphasic patients can be carried out only on the basis of an accurate diagnosis and the correct choice of the examination method among the three methods mentioned.

V. TILLINGEROVÁ/MODERNÉ METÓDY DIAGNOSTIKY AFÁZIE

Tillingerová, V.

MODERNE METHODEN DER APHASIE-DIAGNOSTIK

Zusammenfassung

Im Artikel wird über die modernsten Untersuchungsmethoden in der Aphasie-Diagnostik berichtet, die gegenwärtig in der ČSSR eingeführt werden. Die Beschreibung der von Hrbko ererbten Untersuchungsmethode, des Token-Tests sowie der für den Gebrauch an der Neurochirurgie in Bratislava ausgearbeiteten Untersuchungsmethode wird durch einen statistischen Vergleich der Resultate dieser Methoden aufgrund der Untersuchung von 25 Aphasiepatienten der Neurochirurgischen Klinik ergänzt. Die Ergebnisse zeugen davon, daß jede der verglichenen Untersuchungsmethoden ihren spezifischen Anwendungsbereich hat. Der nach Hrbko benannte Test bewährte sich bei der Notwendigkeit (und Möglichkeit) komplexer detaillierter Untersuchungen der phasischen Funktionen; der Token-Test eignet sich zur Feststellung geringfügiger Abweichungen im Bereich des Sprachverständnisses; der an der Neurochirurgischen Klinik angewandte Test schließlich bewährt sich bei der umfassenden Untersuchung schwerer Fälle und immobiliter Aphasiker. Der Test entspricht auch den drei geforderten Postulaten: er ermöglicht eine Spezifikation des Typs der Aphasie, stellt keine großen temporären Ansprüche und ermöglicht eine Quantifizierung der Resultate. Auch dann, wenn ein Logopäde die Untersuchung leitet, ist grundsätzlich Teamwork erforderlich. Die spezifische Zielsetzung für die Rehabilitationsbehandlung eines Aphasikers ist nämlich durch die genaue Diagnose und die richtige Wahl der Untersuchungsmethode unter den empfohlenen anwendbaren Methoden bedingt.

V. Tillingerová

MÉTHODES MODERNES DE DIAGNOSTIC DE L'APHASIE

Résumé

L'article traite les procédés d'exploration les plus modernes dans le diagnostic de l'aphasie mis en pratique chez nous actuellement. La description de la méthode d'exploration selon Hrbko, le test de Token et la description de la méthode d'exploration proposée pour les besoins de la section de neurochirurgie à Bratislava est complétée par la comparaison statistique des procédés sur la base des explorations de 25 personnes affectées d'aphasie de la clinique neurochirurgicale. Les résultats ont démontré que chacune des méthodes d'exploration comparées a une fonction spécifique; le test de Hrbko à la demande (et moyen) d'exploration complexe détaillée des fonctions phasiques; le test de Token à la détection des écarts légers dans la compréhension l'exploration fondamentale des aphasiques gravement affectés et immobiles. Le test convient aussi à trois demandes postulées: permet la spécification du type de l'aphasie, exige peu de temps et permet la quantification des résultats. Bien que ce travail soit le domaine du logopède, par principe il exige un travail de team. Certes, la réadaptation visée spécifique de l'aphatique est conditionnée par le diagnostic juste et le choix exact de la méthode d'exploration parmi les méthodes proposées.

HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ

50 rokú BALNEOLOGICKÉHO MUSEA V Piešťanech

Piešťany, jedny z našich neznámějších lázní, oslavují v roce 1983 50. výročí založení Balneologického musea. Balneologické museum, slávnostně otevřené 29. června 1933, navazuje svou činností na práci piešťanské museální společnosti zřízené Imrichem Winterem v roce 1928 a schválené v roce 1930, kdy bylo zvolené první předsednictví v čele se zakladatelem Imrichem Winterem. Piešťanská museální společnost organizovala po dobu své existence mnoho akcí zaměřených na poznání minulosti Piešťan. Její činnost neměla jen charakter čistě balneologicko-historický, věnovala pozornost i ostatním aspektům, jako je archeologie, etnografie, botanika, historie a podobně, i když jeden z hlavních zájmů byl zájem o balneologii a lázeňství.

V průběhu roků, především však v období po druhé světové válce, Balneologické museum se dále rozvíjelo, vzkvétalo a získávalo další úspěchy ve své činnosti. V květnu roku 1970 se stává Balneologické museum v Piešťanech regionální museální institucí města a lázní Piešťan s celoslovenskou působností v balneologii. Toto poslední období vývoje piešťanského musea je také obdobím velkého rozmachu a intenzivního rozvoje. Rámcový program musea má svou regionální část zabývající se dějinami města a lázní, archeologií, piešťanským národopisem a dějinami dělnického hnutí v Piešťanech. Celoslovenská tematika, která tvoří druhou část činnosti musea, věnuje pozornost všeobecné balneologii, okruhu L. van Beethovena na Slovensku a konečně ediční činnosti děl významných lékařů, učenců a cestovatelů z 15. až 18. století.

Balneologické museum v Piešťanech oslavilo v roce 1983 padesát roků svého trvání. Je to jistě ne dlouhá doba, ale vývoj ukázal právo na existenci tohoto musea, které se věnuje ve své činnosti i otázkám balneologie a rehabilitace — je jistě prvním museem u nás, které věnuje dnes už rozsáhlému oboru fysiatrie, balneologie a léčebné rehabilitace pozornost, která mu bezosporu patří. Z příležitosti 50. výročí vzniku Balneologického musea v Piešťanech byla vydána drobná publikace přinášející historii vzniku a vývoje tohoto musea, kterou připravil do tisku ředitel musea dr. Ing. E. Čelko.

Věříme, že Balneologické museum v Piešťanech na své další cestě přispěje, tak jako v minulosti, svým způsobem k dalším poznatkům o balneologii a rehabilitaci.

Dr. M. Palát, Bratislava

RECENZIE KNÍH

EPIDEMIOLOGIA

Kolektiv autorů

Vydalo nakladatelství Osveta, n. p. Martin spolu s Avicem Praha 1983

V nakladatelství Osveta, n. p. Martin vychází v roce 1983 celostátní učebnice o epidemiologii, určená posluchačům lékařských fakult. Autorský kolektiv pod ve-

dením prof. Kmetyho pripravil pomérne stručnou učebnici, ktorá v celkeme 19 kapitolách rozberá jednotlivé dielí problémy modernej epidemiologie. Učebnice vycházi z klasického schematu podobne jako to bylo u předcházajících děl — vzpomínáme dnes už klasickou učebnici Raškovu z roku 1959.

Po úvodní kapitole o definici kolektivu věnují pozornost metodám epidemiologie, evoluci parasitismu a infekčních chorob, pramenům nákazy, mechanismu přenosu nákazy a klasifikaci infekčních chorob. V dalších kapitolách jsou konkrétně rozbrány otázky střevních nákaz, krevních nákaz, nákaz kůže a sliznic; pozornost je věnována nemocničním nákazám, otázkám epidemického procesu a všeobecným zásadám boje proti infekčním chorobám. Velkou kapitolu představuje specifická profylaxe. Otázkám dekontaminace, desinfekce a sterilisace, otázkám desinsekce a deratisace jsou věnovány další kapitoly této učebnice. Učebnice je ukončená kapitolou o statistických metodách v epidemiologii. Odporučená literatura a rejstřík ukončují tuto novou učebnici epidemiologie, určenou jako vysokoškolská učebnice pro lékařské

fakulty. Jednotlivé kapitoly jsou doplněny přehlednými tabulkami, obrázky a grafy, v učebnici je vložena čtyřstranová barevná příloha. Učebnice epidemiologie kolektivů autorů má klasickou formu i klasické dělení. V porovnání s podobnými učebnicemi ze zahraničí je pomérne málo rozsáhlá, v porovnání se současným vývojem řeší jen problémy epidemiologie infekčních a parazitárních onemocnění, které nacházíme v stručnější podobě v učebnicích infekčního lékařství. Otázky aplikované epidemiologie a otázky aplikace epidemiologických metod na jiné oblasti masově se vyskytujících onemocnění táto učebnice ponechává stranou a neřeší je.

V současném pojetí epidemiologie je věda, která se zabývá chorobami s epidemickým výskytem, tedy i chorobami jinými, než jsou jen choroby infekční. Dnes hovoříme o epidemiologii kardiovaskulárních onemocnění anebo na příklad o epidemiologii onkologických onemocnění. Učebnice kolektivů autorů je dobře napsaná, přehledně zařazuje jednotlivá fakta, drží se přísně na bási infekčních chorob.

Dr. M. Palát, Bratislava

R. GEORGE, R. OKUN, A. K. CHO
ANNUAL REVIEW OF PHARMACOLOGY AND TOXICOLOGY

Roční přehled farmakologie a toxikologie

Vydalo Annual Reviews Inc., Palo Alto, California 1983, Vol 23

ISBN 8243-0423-3

Obsiahly 23. zväzok „Ročného prehľadu farmakológie a toxikológie“ prináša 28 prác od 55 vybraných autorov z významných vedeckovýskumných a klinických pracovísk. Tematicky sú tieto práce zostavené do 20 kapitol. Publikované sú v nich najnovšie poznatky a pokroky získané výskumom v oblasti experimentálnej a klinickej farmakológie. Veľmi cenné je, že vo viacerých prácach tohoto zväzku sa venuje pozornosť mechanizmom účinku študovaných liečiv a chemikálií, ako aj niektorých prírodných látok.

Z jednotlivých kapitol a prác chceme čitateľa upozorniť najmä na tieto: Vzťahy medzi štruktúrou a aktivitou dopamínových agonistov [Cannon, J. G.]. Táto práca je bohatá dokumentovaná chemickými vzorcami skúmaných látok. V kapitole o

metabolizme liečiv a chemikálií je to jednak práca o lokalizácii dezaktivačných systémov v pľúcach a práca o inaktivácii cytochrómu P-450 v priebehu oxidatívneho metabolismu substrátov. Klinicky veľmi cennou je stať o antimykotikách v terapii systémových mykotických infekcií [Medoff G. et al.]. Sú to nové poznatky o amfotericine B derivátov imidazolu [mikonazol, ketokonazol]. Fridovich publikoval v tomto zväzku prácu chemoterapia rakoviny pod názvom: Superoxidový radikál O_2 — ako endogénny toxikant. Kapitola Kardiovaskulárna farmakológia obsahuje 3 práce: o blokátoroch betareceptorov v sekundárnej prevencii srdcovej choroby, o mechanizme účinku antagonistov kalcia a o kardiovaskulárnych účinkoch endogénnych opiátových systémov [Holaday].

V kapitole renálnej farmakológie sú publikované jednak požiadavky na diuretiká a v ďalšej práci sa hovorí o transporte organických iónov na izolovanej renálnej membráne. V oblasti neurofarmakológie a neurochémie sa venuje pozornosť nonopioidným neuropeptidom CNS savcov (Iversen, L. L.) a endorfínom (Jacobs, S. a Cuatrecasas, P.). Do tejto problematiky patrí aj práca o biosyntéze enkefalínov a peptidov obsahujúcich enkefalín (Lewis, R. V. a Stern, A. S.). Neuromuskulárnu farmakológiu študovali a publikovali v tomto zväzku štyria autori. V rámci endokrinnej farmakológie je zaradená práca švédskych autorov (Gustafsson, J. A. et al.). Klinicky významná je aj problematika alergie a senzitivity na lieky. Ide tu o látky, ktoré uvoľňujú histamín (látky závislé od IgE receptorov, cytotoxické látky, enzýmy, polysacharidy, lektíny, analytotoxíny a i).

Zaujímavá je kapitola o farmakologicky aktívnych prírodných látkach, a to purínových nukleotidoch ako transmitteroch a v ďalšej práci sa študoval mechanizmus účinku pyretroidných insekticídov (Casida, J. E. et al.). Predposledné kapitoly „Prehľadov“ sa zaoberajú otázkami priemysel-

nej farmakológie a toxikológie, ako aj klinickej toxikológie a interakcií liekov. V tejto stati má veľký význam terapia otráv acetamínofénom (paracetamol). Ako hepatoprotektíva sa vyzdvihujú látky typu cysteamín, cystín, N-acetyl-cysteín a metionín (Prescott, L. F. a Critchley, J. A. J. H.). Posledná kapitola sa týka farmakológie antiidiaróik. Za ňou nasleduje prehľad „Prehľadov“ (Way, E. L.).

Každá kapitola je doplnená značným počtom citovanej literatúry. Tak ako v predchádzajúcich zväzkoch „Prehľadov“ aj v tomto je zaradený sled indexov: autorský, predmetový, kumulatívny index autorov zväzkov 19 až 23 a kumulatívny index názvov jednotlivých kapitol. Zostava týchto indexov veľmi sprehľadňuje doteraz publikované práce v jednotlivých zväzkoch, a to po obsahovej aj po autorskej stránke.

Záverom možno s uznaním konštatovať, že 23. zväzok „Ročných prehľadov“, vydaný v r. 1983, predstavuje precízne a názorne spracovanú vedeckú publikáciu. Umožňuje výskumným pracovníkom a klinikom včas sa zoznámiť s novými poznatkami tohoto náročného odboru, ktorý sa tak intenzívne rozvíja.

Dr. Š. Kišoň, Bratislava

BELASTUNGSUNTERSUCHUNGEN IN DER PRAXIS

Vyšetrenie námahovými testmi v praxi

R. ROST, W. HOLLMANN

Vydal Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York 1982,

ISBN 3-13-626901-2

Profesor Rost a profesor Hollmann s ďalšími spolupracovníkmi z Inštitútu krvného obehu a športového lekárstva Nemeckej vysokej športovej školy v Kolíne pripravili do tlače praktickú príručku vyšetrovania záťažovými testmi. Táto metodika sa stala bežným vybavením funkčne diagnostických, rehabilitačných a telovýchovných oddelení aj u nás. Pracovisko Rosta a Hollmanna má bohaté skúsenosti s touto metodikou, o čom svedčí celý rad publikácií a prác. Po úvodnej kapitole, v ktorej autori vysvetľujú význam záťažového vyšetrenia, rozoberajú v ďalších niektoré praktické otázky — predpoklady pre vyšetrenie záťažovými testmi, prevencie týchto testov, ich riziká a interpretácie výsledkov získaných týmito vyšetrením.

V ďalšej kapitole sa autori zaoberajú špeciálnymi aspektmi pri vyšetrovaní pacientov s koronárnou chorobou, s infarktom myokardu, pacientov s implantovaným pacemakerom a pacientmi so srdcovými chybami. Posledná kapitola venuje pozornosť medikamentóznym vplyvom, ako je vplyv digitálistu, betablokátorov, nitritov a antagonistov kalcia na niektoré parametre pri námahových testoch. Prehľad literatúry a vecný register ukončujú túto prehľadne napísanú, informatívnu a praktickú príručku, ktorá iste poslúži každému, kto sa zaoberá námahovými testmi v diagnostike a evaluácii, ako cenný zdroj predovšetkým praktických informácií.

Dr. M. Palát, Bratislava

K. D. HÜLLEMANN
PRÁVENTIVMEDIZIN
Preventívna medicína

Vydalo vydavateľstvo Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York, 1982,
ISBN 3-13-6213-01-7

Profesor Hüllemann vydal v roku 1982 v spolupráci s ďalšími 12 odborníkmi vo vydavateľstve Georg Thieme Verlag v Stuttgarte monografiu venovanú otázkam preventívneho lekárstva. Publikácia má dve časti — všeobecnú a špeciálnu.

Vo všeobecnej časti sa v jednotlivých kapitolách autori príspevkov zaoberajú problematikou všeobecných zdravotníckych otázok, otázok lekárskej praxe, postavením obvodného lekára ako integrujúcej osobnosti v oblasti „orgánovej“ a „psychologickej“ medicíny. Jedna z kapitol tejto časti venuje pozornosť problematike psychológie a ďalšia otázke voľného času a športu.

V špeciálnej časti Hüllemannovej monografie venujú jednotlivé kapitoly pozornosť jednak klinickým jednotkám, ako sú arterioskleróza, koronárna choroba srdca, poruchy rytmu, srdcové chyby, hyperten-

zia, a jednak rizikovým faktorom, ako sú obezita, fajčenie a podobne. V záverečnej kapitole špeciálnej časti predkladajú tzv. „zelený recept“, t. j. lekársky predpis, ktorý predstavuje aktívnu spoluprácu lekára a pacienta a slúži samokontrolu pacienta, a tzv. „zelenú platňu“, ktorá predstavuje symbolickú iniciatívu lekára k preventívnej medicíne a prináša niekoľko cvičebných programov. Záverečná kapitola sa zaoberá bežeckým tréningom.

Vecný register ukončuje túto pomerne malú, dobre dokumentovanú a ilustrovanú dokumentáciu, ktorá predovšetkým v špeciálnej časti prináša zaujímavý pohľad na postupnú diagnostiku pomocou jednotlivých stupňov. Kniha je dobre napísaná, poslúži iste ako zaujímavá informácia pre tých, ktorí sa zaoberajú sekundárnou prevenciou a rehabilitáciou v kardiológii.

Dr. M. Palát, Bratislava

L. BORECKÝ
VÍRUSY, IMUNITA A INTERFERÓN

Vydalo nakladatelství Osveta, n. p. Martin 1983,
2 přepracované a doplnené vydání

V edici pro postgraduální studium lékařů vychází v Dérerově sbírce jako 74. svazek už ve druhém přepracovaném a doplněném vydání monografie Boreckého, věnovaná velmi aktuální problematice virů, imunitě a interferonu. Úvodní slova napsal k této moderně spracované pozoruhodné publikaci akademik Blaškovič.

Kniha má tři oddíly — první je věnován virům a virovým infekcím včetně vztahu virus a organizmus; druhý pojednává o charakteristice imunitních procesů, popisuje mechanismy imunity a rozebírá specifickou profylaxi virových onemocnění a třetí věnuje pozornost problematice interferonu — buněčnému regulátoru. Početné ilustrace, některé z nich jsou barevné, mnohé grafy a tabulky doplňují textovou část monografie, ukončenou bohatým přehledem literatury, ruským, anglickým

a německým souhrnem a věcným rejstříkem.

Virová onemocnění, která představují v moderní medicíně zatím ještě dostatečně nepoznané pole, začínají hrát velmi závažnou úlohu nejen z hlediska klinického, ale i z hlediska imunobiologického. Interferon patřící mezi lymfokiny, inhibuje rozmnožování jednoho viru v tkáni infikované druhým virem — hovoříme o jevu zvaném interference. Tomuto objevu se věnovala od roku 1957 velká pozornost a do něj se vkládala velká naděje právě v boji proti mnohým virovým onemocněním.

Autor, který má sám velmi bohaté zkušenosti v oblasti imunitních dějů s přihlédnutím k poznatkům o interferonu, věnuje velkou část své monografie právě tomuto problému. A je to dobré, protože čtenář dostává velmi kvalifikované stanovisko.

I když interferon po začátečním nadšení dnes posuzujeme reálněji, přece jen má svoje místo v hierarchii terapeutických možností u některých virových onemocnění.

Boreckého kniha je určená pro postgra-

duální studium lékařů. Je zajímavá, obsažená a myšlenkově provokující. Skutečnost, že vychází ve druhém vydání, je dostatečným doporučením její odborné kvality.

Dr. M. Palát, Bratislava

B. EGYED

MOZGÁSSZERVI SÉRÚLTEK REHABILITÁCIÓJA

Rehabilitácia poranených v oblasti pohybového ústrojenstva

Vydalo vydavateľstvo Medicina, Budapešť 1983, 1. vydanie

ISBN 963-241-074-2

Základom recenzovanej monografie je 15-ročná traumatologická a 30-ročná rehabilitačná skúsenosť autora, získaná na rehabilitačnom oddelení Celoštátneho traumatologického ústavu v Budapešti. Cieľom knihy je jednak načrtnúť teóriu, z ktorej má vychádzať traumatologická rehabilitácia, a jednak prakticky ukázať, v čom sa líši rehabilitácia poúrazových stavov od rehabilitácie neúrazových lézií pohybových orgánov.

Autor považuje traumatickú rehabilitáciu za plynulý proces, ktorý má tri tesne sa prelínajúce stupne. Cieľom prvého stupňa je dosiahnuť čo najlepšiu adaptáciu jedinca po traume na požiadavky okolitého sveta prostriedkami tzv. aktívnej komplexnej funkcionálnej terapie (ide vlastne o liečebnú telesnú výchovu). Teoretickým podkladom tejto terapie je venovaná 2. kapitola monografie. V podstate ide o stimulačnú liečbu, vychádzajúcu z teórie Hackenbrocha: podmienkou regenerácie každého tkaniva je dráždenie vlastným špecifickým funkcionálnym stimulom, teda u svalov kontrakciou, u kostí záťažou atď. 3. kapitola je prehľadom prostriedkov a metód aktívnej komplexnej funkcionálnej terapie, a to vlastných (izometrické a izotonické cvičenia, aktívny pohyb s dopomocou, resp. proti odporu) i doplnkových (termo-, hydro- elektroterapia). Nasledujúce štyri kapitoly sú venované rehabilitácii jednotlivých oblastí pohybového ústrojenstva [4.: rameno, lakeť, zápästie, 5.: ruka, 6.: chrbtica a dolná končatina, 7.: stavy po amputácii]. Zvlášť podrobne a dôkladne je spracovaná kapitola o rehabilitácii ruky. Autor zdôrazňuje, že distálne interfalangeálne kĺby nie sú „poslednými“ kĺbmi hornej končatiny: Človek

má ešte ďalšie dva tzv. „spoločenské“ kĺby, a to proximálny medzi rukou uchopiacou náradie a vlastným náradím a distálny medzi náradím a spracovaným predmetom. A pretože týmito „kĺbmi“ prejdú smerom do mozgu dôležité aferentácie, musíme človeka s poranenou rukou posúdiť vždy s náradím v ruke a s prihliadnutím na jednotu: náradie — spracovaný predmet. Nikdy nesmieme zabudnúť, že „ruka je bližšie k oku, ako ku koži“, čiže snažiť sa ju reedukovať ako senzomotorickú jednotku. Samostatné podkapitoly sú venované rehabilitácii ruky po lézii šliach flexorov, extenzorov, ako aj stavom po poranení periférnych nervov ruky. V boji proti hypotrofizácii denervovaných drobných svalov rúk autor na základe vlastných priaznivých skúseností doporučuje aplikáciu diadynamických prúdov. Je to v rozpore s názorom Wynna Parryho, autora najobsiahlejšej monografie o rehabilitácii ruky, ktorý považuje impulzoterapiu vyvolané kontrakcie za nedostačujúce na prevenciu degenerácie svalov. Špeciálnu oblasť traumatickej rehabilitácie tvorí starostlivosť o pacienta po amputácii končatiny. Treba totiž nahradiť nielen funkčný, ale aj morfológický defekt, a to s vedomím, že „dať amputovanému protézu a naučiť ho protézu správne používať je aspoň taký zodpovedný čin, ako samotná amputácia“ [Lescoeur]. Rehabilitácia po traumatických amputáciách by mala vychádzať z novej liečebnej koncepcie, z tzv. fantómovej terapie. Podstatou tejto terapie je fantómový pocit (nie bolesť!), čo je klinickým prejavom zachovanej interakcie medzi kortikálnymi centrami amputovanej končatiny a centrami ostatnej, nepoškodennej časti tela. Zachovaný, fyziolo-

gický fantómový pocit (fantómová bolesť je patologická) je potom ten základ, pomocou ktorého — pretože pacient cíti svoju chýbajúcu končatinu — jednotka kýpeľ-protéza-obuv je organicky zabudovaná do pohybovej koordinácie organizmu. Protetizovaný kýpeľ nezostane potom „cudzím telesom“, ale práve naopak — bude pomocou pre vybudovanie približne normálnej aferentácie z oblasti protézy. Mozgové centrá pomocou týchto aferentácií zabezpečujú potom adekvátnejšiu distribúciu svalovej práce v zdravých, intaktných segmentoch tela. Podľa skúseností autora funkčný výsledok pacientov rehabilitovaných fantómovou liečbou je ďaleko lepší ako výsledok rehabilitantov bez tejto liečby. 8. kapitola je venovaná liečbe prácou, ktorá má byť organickou súčasťou kinezoterapie u každého rehabilitanta. Jedine liečbou prácou možno premeniť jednotlivé, izolované pohyby dosiahnuté liečebnou telesnou výchovou na užitočné, pracovné stereotypy.

Kým prvý stupeň rehabilitačného procesu má vytvoriť adaptáciu jedinca k svojmu okoliu, v druhom a treťom stupni sa snažíme okolitý svet (predovšetkým pracovisko, náradie, byt) adaptovať k špeciálnym požiadavkám práceschopnosti, a to buď v pôvodnej profesii, alebo v profesii adekvátnej obmedzeným funkčným možnostiam rehabilitanta. Zásadnou podmienkou úspešnosti rehabilitácie je aj obnovenie mobility — pracovisko autora dis-

ponuje perónom (dar dopravného podniku), kde rehabilitanti môžu nacvičovať nastupovanie aj vystupovanie. Týždenne raz majú k dispozícii aj pohyblivé schody na stanici metra, kde si rehabilitanti pod dozorom rehabilitačnej pracovníčky môžu osvojiť bezpečné užívanie schodov. Cieľom posledného stupňa rehabilitačného procesu je vrátiť pacienta do spoločnosti ako plnohodnotného občana. Autor prízvukuje nevyhnutnosť spolupráce rehabilitačného lekára a príslušného závodného lekára, ktorý najlepšie pozná pracovné prostredie a možnosti využitia pracovného potenciálu. S nastúpením rehabilitanta do pracovného procesu sa rehabilitačný proces skončí len zdanlivo — rehabilitant, najmä ak má protézu, má zostať v dispenzárnej starostlivosti rehabilitačného pracoviska.

Včasná a účinná traumatologická rehabilitácia má obrovský význam aj pre národné hospodárstvo. Každý rehabilitovaný pacient, ktorý vďaka rehabilitácii môže ešte ďalších dvadsať rokov pracovať vo svojom odbore — namiesto toho, aby prešiel do invalidného dôchodku — znamená prínos šesť miliónov forintov pre národné hospodárstvo.

Rozsahom síce nevelká, ale prehľadne napísaná monografia prináša nové teoretické, ale hlavne praktické informácie predovšetkým pracovníkom rehabilitácie, traumatológom, ale aj závodným lekárom.

Dr. L. Kiss, Šahy

WILLIAM H. PERKINS

LANGUAGE HANDICAPS IN ADULTS

Řečový hendikep u dospělých

Vydal Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York 1983,

ISBN 3-13-644001-3

Otázky afasií se stávají vysoko významnou problematikou současnosti. Se stále stoupajícím výskytem náhlých cévních mozkových příhod a traumata, dochází velmi často ke komplikacím v oblasti řeči.

Perkinsova monografie, nevelká svým rozsahem, ale významná svým obsahem, zabývá se detailně problematikou afasií výhradně z terapeutického hlediska. Jednotlivé kapitoly neřeší ani problematiku etiopatogeneze, ani problematiku diagnostiky, diferenciální diagnostiky a kliniky.

Jsou zaměřeny jen a jen na terapeutické možnosti a metodické postupy.

Monografie má celkem 14 kapitol, úvodní kapitolu autora — prof. Perkinse z kalifornské university v Santa Barbare, seznam všech autorů jednotlivých příspěvků a na závěr rejstřík, pomáhající orientaci. Jednotlivé kapitoly stručně a přehledně sestavené a napsané, zabývají se terapeutickou problematikou jednotlivých typů afasií a poruch spojených s narušením komunikace, to je alexie a agrafie. Závěreč-

né kapitoly venujú pozornosť deficitu komunikačných schopností a poruchám komunikácie, posledná kapitola je venovaná otázkam evaluácie liečenia poruch reči v dospieľosti.

Předností monografie je beze sporu zaměření na terapeutický postup u jednotlivých poruch komunikace, především u jednotlivých typů afasií. V tomto tkví i základní princip — věnovat pozornost pře-

devším metodickému vybavení celého terapeutického postupu.

Kniha Perkinse a spolupracovníků je velmi podnětná, informativní a pro praktické použití cenná. V oblasti vlastního jazyka jednotlivé terapeutické přístupy by si vyžádali určitě jazykovou modifikaci, ale jako základní přístupový princip je monografie vynikajícím příspěvkem pro řešení této závažné problematiky.

Dr. M. Palát, Bratislava

W. J. DARKY, H. B. BROQUIST, R. E. OLSON

ANNUAL REVIEW OF NUTRITION

Roční přehled o výživě, Vol. 3, 1983

Vydal Annual Reviews Inc. Palo Alto 1983

ISBN 0-8243-2803-5

V roku 1983 vychádza tretí zväzok „Ročného prehľadu o výžive“. Obsahuje niektoré práce z oblasti proteínov, peptidov a aminokyselín z oblasti vitamínov, z oblasti anorganických výživných látok a z oblasti lipidov. Ďalšie práce venujú pozornosť výžive pri chorobných stavoch a otázkam detskej výživy. Pozoruhodná je práca z tzv. nutričnej antropológie. Niektoré metodické práce a niektoré iné práce dopĺňujú tento zväzok, ktorý nadväzuje obsahom aj rozsahom na predchádzajúce dva zväzky týchto „Ročných prehľadov“. Pozoruhodná je aj úvodná práca od M. P. Casmanovej, ktorá z historického hľadiska venuje pozornosť diéte a sexu.

Jednotlivé práce rôzneho rozsahu prinášajú zaujímavé informácie o danej problematike uvedené na súčasný stav poznatkov, mnohé sú sprevádzané tabuľkami, grafmi a obrázkami a každá práca má bohatý zoznam literatúry ako zdroj ďalších informácií. Zväzok je ukončený vecným registrom.

„Ročné prehľady“ v rôznych oblastiach poskytujú vysokoaktuálne informácie a sú prehľadom súčasnej vedeckej a odbornej produkcie v danej oblasti. Je tomu tak aj u tretieho zväzu „Ročného prehľadu o výžive“.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

M. A. FERGUSON — SMITH: EARLY PRENATAL DIAGNOSIS

SKORÁ PRENATÁLNA DIAGNOSTIKA

British Medical Bulletin, Vol 39, 1983, Nr. 4

Vydal British Council by Churchill Livingstone London 1983,

ISSN: 0007 — 1420

Otázkam skorej prenatálnej diagnostiky venuje sa už mnoho rokov veľká pozornosť. Brit. Med. Bulletin vo svojom poslednom čísle z r. 1983 prináša celý rad prác, ktoré sa zaoberajú týmito otázkami prenatálneho lekárstva. Profesor Ferguson — Smith z Inštitútu lekárskej genetiky glasgowskej univerzity redigoval tieto práce a vydal ich v podobe tohto čísla. Jednotlivé práce sú dobre dokumentované, s početnými ilustráciami, tabuľkami a pre-

hľadom písomníctva uvádzajú poznatky na súčasný stav. V týchto prácach sa hovorí o genetickom poradenstve a prenatálnej diagnostike (Harper), o etických a právnych aspektoch skorej prenatálnej diagnostiky (D'A Crawford), o ultrazvukom zvýraznených kongenitálnych malformáciách (Cambell, Pearce), o biopsii chorionu v prvom trimestrii (Prodeck, Morsman), o bunkových typoch a kultúrach v amniotickej tekutine (Gosden) a o prenatálnej

chromozómovej analýze a chromozómových poruchách (Ferguson-Smith). Ďalšie práce sa zaoberajú problematikou testov amniotickej tekutiny z dôvodov určenia porúch fetálnej nervovej trubice (Brock), o vrodených metabolických poruchách (Patrick) a o prenatalnej diagnostike fetálnych imunologických porúch (Linsch, Levinsky). Niektoré ďalšie práce dopĺňujú tento zväzok.

Otázky skorej prenatalnej diagnostiky sú veľmi dôležité pre celý ďalší možný alebo

nutný priebeh terapie prípadných porúch. Sústavná starostlivosť o túto oblasť moderného lekárstva využíva všetky moderné techniky, aby čím skôr získala presný diagnostický vzorec, ktorý je východiskom pre ďalšie opatrenia.

Tak ako vždy pri týchto monotematických číslach Brit. Med. Bulletinu aj toto číslo o otázkach skorej prenatalnej diagnostiky dôstojne zapadá do celého konceptu tohto časopisu.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. CH. CORDES, W. ARNOLD, B. ZEIBIG
PHYSIOTHERAPIE — KRANKENGYMNASTIK

Fyzioterapia — Liečebná telesná výchova
Vydal VEB Verlag Volk und Gesundheit Berlin, 1983,
Tretie prepracované vydanie

V rade učebníc pre rehabilitačných pracovníkov vychádza Liečebná telesná výchova, ktorá dopĺňa ostatné učebnice. Hydroterapiu a elektroterapiu, Ortopédiu a Neurológiu sme recenzovali v našom časopise, teraz predkladáme učebnicu venovanú pohybovej terapii. V 10 kapitolách autori rozoberajú teoretické základy pohybovej liečby, otázky vyšetrenia a dokumentácie a zameriavajú sa na pohyby a pohybové programy pre horné končatiny, pre dolné končatiny, pre hlavu a trup. V ďalších kapitolách rozoberajú niektoré špeciálne cvičenia v ľahu, v sede, v stojí, v podpore klačmo. Siedma kapitola je ve-

novaná problematike kontraktúr. V ôsmej sa hovorí o otázkach preoperatívnej a postoperatívnej fyzioterapie a v posledných kapitolách o otázkach trakcií a cvičeniach vo vode. Vecný register ukončuje túto dobre napísanú učebnicu pre rehabilitačných pracovníkov. Knižka je doplnená početnými fotografiami. Je dobre pedagogicky zostavená a predstavuje veľmi dobrú pomôcku pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí sa zameriavajú predovšetkým na kinéziterapeutické programy. Knihu odporúčame.

Dr. M. Palát, Bratislava

R. BECKER, J. KATZ, M. J. POLONIUS, H. SPEIDEL
PSYCHOPATHOLOGICAL AND NEUROLOGICAL DYSFUNCTIONS FOLLOWING OPEN — HEART SURGERY

Psychologické a neurologické poruchy po operáciách srdca
Vydal Springer — Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1982
ISBN 3-540-11621-4

Monografia je vlastne zborníkom prednášok zo sympózia v Milwaukee vo Wisconsin z marca 1980, kde sa stretlo početné množstvo odborníkov z 18 krajín a zo Spojených štátov severoamerických. Celkovo v 8 sekciách sa rozoberali pod vedením moderátora jednotlivé závažné o-

tázky súčasnej modernej kardiológie z aspektu psychopatologických a neurologických porúch. V prvej sekcii, ktorú moderoval H. R. Spiro, sa hovorilo o výskyte a formách neurologických a psychiatrických komplikácií v kardiológii.

V druhej sekcii, ktorú moderoval R.

Blacker, sa jednotliví odborníci zaoberali postoperatívnymi neuropsychiatrickými syndrómami.

Tretia sekcia venovala pozornosť organickým nálezom u pacientov po kardiocirurgickom výkone s postoperatívnymi neuropsychiatrickými komplikáciami. Moderátorom bol M. J. Polonius.

Štvrtá sekcia pod vedením R. J. Flemma sa zaoberala otázkami klinických zásad v psychológii starostlivosti u pacientov v kardiocirurgickom programe.

V piatej sekcii sa diskutovali neuropsychologické zásady starostlivosti a liečby u detí s kardiocirurgickým zákrokom. Moderátorom bol R. Becker.

Šiesta sekcia, ktorú moderoval Ch. P. Kimball, sa zaoberala postchirurgickou adaptáciou.

V siedmej sekcii pod vedením B. A. Stanton sa hovorilo o základných psychologických aspektoch.

Záverčná ôsma sekcia, ktorú moderoval D. Longmare, venovala pozornosť vplyvu chirurgickej techniky na postoperatívne neuropsychiatrické komplikácie.

Monografia je zakončená záznamom o záverečnej panelovej diskusii a ideou me-

dzinárrodnej štúdie v tejto oblasti pre budúcnosť.

Prof. Robin D. Becker, jeden z editorov tohto zborníka, zomrel 19. 2. 1981 a jemu je venovaný nekrológ na záver tejto pozoruhodnej publikácie.

Kardiocirurgia a jej výkony, ktoré v súčasnosti predstavujú jeden z moderných prostriedkov liečby niektorých ochorení kardiovaskulárneho aparátu, prináša so sebou početné problémy. V súčasnosti nie sú problémom technické otázky kardiocirurgickej diagnostiky a kardiocirurgického výkonu, problémom zostávajú iné otázky, napr. psychopatológie, psychológie a neurologických komplikácií pri kardiocirurgickom výkone, a práve tejto problematike sú venované sympóziá popredných kardiocirurgov celého sveta. Recenzovaný zväzok, polygraficky dobre vybavený, je odrazom súčasných názorov na túto závažnú problematiku. Jednotlivé príspevky zaradené do tohto monografického zborníka predstavujú súčasný pohľad na ďalšie otázky tejto zaujímavej problematiky v oblasti kardiológie. Publikácia je vysoko informatívna a prospeje každému, kto pracuje na tomto poli.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. G. TRAVELL — D. G. SIMONS

MYOFACIAL PAIN AND DYSFUNCTION. THE TRIGGER POINT MANUAL

Myofasciálna bolesť a porucha funkcie. Príručka spoušťových bodů
Williams and Wilkins, Baltimore, London 1983, 713 strán

Rozsáhlá publikace je prvním svazkem dŕva, které pojednává o funkční anatomii svalové a o patofyziologii, diagnóze, klinice a terapii bolesti, která vzniká v kosterním svalstvu. Svalstvo tvoří téměř polovinu tělesné váhy a ve svalstvu vzniká nejvíce projevů bolesti ať už pocházejících ze samé pohybové soustavy nebo i mimo ní. Přes obrovský počet nemocných trpících takovými bolestmi jsou naše teoretické i praktické znalosti zcela nedostačující, a proto panuje zde pohříchu terapeutická bezradnost a při neznalosti klinických projevů a vyšetřovací techniky nezdůtky tendence vinit nemocného z našich terapeutických nezdarů.

Obsažná obecná část začíná velmi vhodně terminologií a dokazuje zničujícím způsobem zmatek panující při pouhém ozna-

čování bolestivých změn. V druhé kapitole autoři zdůvodňují pojem spoušťových bodů, ukazují jejich klinické charakteristiky včetně příznačného vyzařování bolesti, jejich vyhledávání a patomechanismus; zdůrazňují zejména skutečnost, že bez léčení spoušťová zóna se může stát trvalým ložiskem podráždění, které se pak může stát dystrofickým s charakteristickými změnami morfologickými. Diagnóza se opírá o vyzařující bolest, kterou nemocný sám kreslí, o poruchy pohyblivosti, vyhledávání spoušťových bodů (které jsou často latentní); terapie spočívá především v technice „spray and stretch“ (mrazení a protažení).

Postřikuje se fluor-metanem a postřik se aplikuje v celém průběhu svalových vláken od úponu k úponu a během aplikace

se sval protahuje. Kromě této techniky používají především obštríků nebo jehly do spoušťových zón. Obecná část je zakončena rozбором hlavních příčin působících přetrvávání potíží případně recidivy. Zdůrazňují asymetrie, zejména rozdíl v délce dolních končetin a špatné držení těla.

Část speciální se zabývá jednotlivými svaly, při čemž je propracována klinika i tak málo známých svalů, jako je například m. sternalis nebo coracobrachialis. U každého svalu je zvláště probírán: průběh vyzařující bolesti, funkční anatomie, t. j. zejména úpony a inervace, funkce, synergisté a antagonisté, symptomatologie, mechanismus vzniku spoušťových bodů, technika vyšetřování spoušťových zón a vyhledání asociovaných (sekundárních) spoušťových bodů (obvykle v jiných svalech); pokud jde o terapii je zejména přesně udána a také ilustrována technika spray and stretch a obštríková technika u jednotlivých svalů a na konec vhodné aktivní cvičení pro rehabilitaci a prevenci recidivů.

Je zřejmé, že u bolestivých stavů, téměř ve všech medicínských oborech je při diferenciální diagnóze nutno uvažovat o myogenním původu. Platí to stejně u bolesti hlavy včetně obličejové bolesti, jako u bolesti viscerálních a kloubních; dokonce závratě mohou mít původ ve spoušťových bodech, např. v m. sternocleidomastoides. Svalové spasmy jsou často příčinou „tunelových“ syndromů tehdy, když nerv prochází nebo je stlačován hypertonickým svalem.

Vnučuje se pochopitelně myšlenka, že co bylo právě řečeno o bolesti původu svalového platí o vertebrogenních poruchách, kde naše pozornost platila více destičkám a kloubům. Jde skutečně velmi často o stejné nemocné, nebo jinak vyjádřeno, o dvě stránky stejné věci. Zatímco jsme se naučili lépe vyšetřovat klouby a pohybové segmenty páteře, nebyla vyšetřování svalů

ani terapii bolestivých svalů věnována tak velká pozornost. Při nesmírné schopnosti svalstva reagovat na každé podráždění proprioceptivní nebo nociceptivní je však zřejmé, že se právě sval vždy účastňuje při funkční poruše, a to často jako složka nejvýznačnější.

Kniha mohla vzniknout pouze na základě obrovských klinických zkušeností, které umožnily autorům určit bezpočet spoušťových bodů, způsob vyzařování, asociované a sekundární spoušťové zóny, t. j. celý klinický obraz způsobený poruchou určitého svalu. Aby si autoři ověřili co zjistili čistě empiricky, zjišťovali bolest a jiné změny jednak provokací spoušťových oblastí, jednak jejím vyřazováním. Provokace spočívá ve specifické palpační technice, kterou vyvolávají i svalový záškub (twitch response), jež sledují i pomocí EMG a u pokusných osob také injekcí hypertonických roztoků NaCl; vyřazování technikou spray and stretch i obštríků.

Vynikající ilustrace dotváří, co je v textu: anatomii jednotlivých svalů, spoušťové body, vzorce vyzařující bolesti, palpační techniku, techniku zmrazování i protažení a obštríků.

Na konci každé kapitoly je rozsáhlá literatura týkající se každého probíraného svalu. Na konci celého svazku je rozsáhlý věcný rejstřík. (Svazek končí břišním svalstvem a svaly torakolumbálního přechodu.)

Souhrnně by bylo možno knihu nazvat „neuroortopedií“ svalové soustavy. Poněvadž je svým zaměřením a rozsahem bez obdoby, stane se klasickým dílem ve svém oboru. Bude mít pochopitelně největší význam pro léčebnou rehabilitaci, pro neurologii, ortopedii a revmatologii. Není však oboru, ve kterém by byla bez významu. Její zpřístupnění širšímu kruhu našich čtenářů by bylo velmi záslužné.

K. Lewit, Praha

L. PLANK, A. BESEDA, J. PLANK

FAREBNÝ ATLAS MALIGNÝCH LYMFÓMOV

Vydalo nakladateľstvo Osveta, n. p. Martin 1983, 1. vydání

Maligní lymfómy predstavujú skupinu onemocnění s generalisovaným postihom človeka, vedoucí v krátké alebo po delší době ke smrti. Již dlouho byly předmětem zájmu především patologů, ale i kliniků, protože vždy představovaly a stále ještě představují z hlediska terapeutického a z hlediska prognostického závažnou problematiku.

Skupině patologů martinské lékařské fakulty se podařilo připravit do tisku pozoruhodnou publikaci — učebnici a atlas zároveň, věnovanou otázkám maligních lymfómů.

V principu vycházejí autoři při klasifikaci této rozmanité skupiny chorobných stavů postihujících lymfatické tkanivo z Kielské imunologické klasifikace, opírající se o histogenetické stanovisko; v jednotlivých kapitolách věnují po úvodní kapitole, která se zabývá diagnostikou a klasifikací, pozornost Non-Hodgkinovým maligním lymfómům s nízkym stupněm malignity, Non-Hodgkinovým maligním lymfómům s vysokým stupněm malignity a Hodgkinově chorobě. Poslední dvě kapitoly přinášejí pohled na angioimunoblastické lymfadenopatie a jiné nenádorové lymfadenopatie jako problém diferenciální diagnostiky maligních lymfómů. Textová část je doplněna bohatou obrazovou částí, která je samostatným dílem a predstavuje vlastně atlas onemocnění lymfatického systému. Fotografie jsou barevné,

přehledně uspořádané a informující. Přehled literatury, ruské, anglické a německé resumé ukončují tuto postgraduální příručku s atlasem, určenou především patologickým anatomům, ale stejně klinikům a chemoterapeutům-onkologům.

Problematika maligních onemocnění je zdánlivě problematikou, kterou se zabývají úzké skupiny odborníků — patologů, patologických anatomů, onkologů a klinických internistů. Toto klasické „určení“ je jen zdánlivé. Otázky léčby maligních onemocnění jsou jistě především doménou onkologů, ale s přihlídnutím k současnému vývoji medicíny a účasti psychosociálních faktorů v průběhu a vývoji této choroby alebo těchto nemocí svědčí o podstatně širším poli zájmů o taková onemocnění. Je jistě předčasně stavět vedle sebe onkologickou terapii, další medikamentosní léčbu, či léčbu zářením a možnosti terapie zásahu do porušené psychosociální homeostasy v průběhu například maligního onemocnění, ale tyto začátky se stávají pozvolna realitou — jak o tom svědčí některé práce ze Světového onkologického kongresu v Houstoně. A proto je potřebné informovat o takových úzce zaměřených monografiích i širší medicínskou veřejnosť. Kniha je dobře polygraficky vybavená, na křídovém papíře s dobrým tiskem. Je myslím pokusem, který se podařil.

Dr. M. Palát, Bratislava

A. F. ROCHE, R. M. MALINA

MANUAL OF PHYSICAL STATUS AND PERFORMANCE IN CHILDHOOD

Volume 1A + B: Physical Status

Príručka fyzického stavu a výkonu v detstve

1A + 1B: Fyzický stav

Vydalo Plenum Press, New York and London, 1983, 2 zväzky, str. 1440, cena neuvedená, ISBN 0-306-41136-9

Autori, známi svojimi antropologickými a somatometrickými výskumami, si kládli za cieľ nadväzovať na klasickú kompiláciu W. M. Krogmana z r. 1941 a treba hneď konštatovať, že tento cieľ veľmi úspešne aj dosiahli. V dvoch veľkých zväzkoch lexikónového formátu prinášajú takmer neprehľadné množstvo čiastkových údajov o

somatickom stave ľudského organizmu od narodenia do 18 rokov, pričom, ako v úvode upozorňujú, sa vedome obmedzili jednak na publikácie po roku 1940, jednak na údaje o severoamerickom kontinente.

Zväzok 1A obsahuje údaje o stave a dynamike základných somatometrických mier, veľkosti tela v stoji a v ľahu, hmotnosti a

niektorých indexoch [a o efektoch sezón, prírastkoch za rôzne obdobia], kým druhá polovica je venovaná kraniofaciálnym mieram (najrôznejšie uhly, vzdialenosti, rozmery jednotlivých zubov a oblúkov — spolu asi 440 strán). Zväzok 1B obsahuje údaje o jednotlivých dimenziách končatín a trupu, ďalej o konštitúcii, o kostre a o celkovej maturácii organizmu. Posledný blok tabuliek je venovaný predikcii výšky postavy. Tu nájde čitateľ aj rôzne kritériá na hodnotenie stavu maturácie, kostný a zubný vek, až po detailne dáta o vplyve ekonomických faktorov na prerezávanie zubov. Na konci zväzku rozsiahla bibliografia, predovšetkým publikácií, ktorých výsledky boli prevzaté [s údajmi o počte, veku, rase, bydlisku atď. probandov], ale aj takých, ktoré z rôznych dôvodov sa nedali zahrnúť do príručky. Táto anotovaná bibliografia už sama osebe predstavuje mimoriadne cenný prehľad pre každého, kto sa zaoberá somatickými aspektmi ľudského tela.

Pravda, napriek dôkladnému redakčnému spracovaniu spôsob prezentovania nemôže byť celkom jednotný: niektorí autori uvádzajú iba priemery a štandardné deviácie, iní zase percentily ap. Každá tabuľka aj v nadpise obsahuje základné charakteristiky meranej populácie, teda napr. či ide o mládež jedného spolkového štátu

a ktorého. Severoamerický kontinent je teda veľmi dôkladne zmapovaný, aj pre dáta príslušníkov menšinových etnických skupín. Pravda, okrem regionálneho obmedzenia, ktoré si autori sami vytýčili, platí aj obmedzenie rečové, ide totiž o práce v angličtine. V metofologickej obecnnej časti je jedinou neanglickou prácou I. zväzok Martinovho Lehrbuchu [1956]. Konečne, angličtina je logickým predpokladom pre práce o USA. Údaje o iných populáciách či štátoch slúžia iba na dokreslenie: pomerne často zastúpené sú Kanada, Anglicko, Austrália, ojedinele ešte Švédsko, Dánsko a ukážkovo Aleuty, Fínsko, Francúzsko a Írsko. Podrobný register na konci druhého zväzku dovoľuje ľahko nájsť údaje o príslušnej hľadanej veličine, od „abdominálnej plochy“ anglických chlapcov v rámci mier trupu až po „Y-axis-sella-nasio“ detí v štáte New York v rámci kefalometrických dimenzií a obsahu fluóru vo vode.

Technická úprava príručky zodpovedá predpokladu, že sa často používa ako lexikon: kvalitný papier, prehľadná organizačná úprava jednotlivých tabuliek, jasne čitateľné číslice. Redaktori si zaslúžia veľmi pozitívne hodnotenie za zostavenie takého obsiahleho bibliografického diela a Plenum Press za starostlivú a kvalitnú úpravu.

Doc. R. Štukovský, CSc., Bratislava

R. M. MALINA, A. F. ROCHE
MANUAL OF PHYSICAL STATUS AND PERFORMANCE IN CHILDHOOD
Volume 2: Physical Performance

Príručka fyzického stavu a výkonu v detstve

zväzok 2: fyzická výkonnosť

Vydalo Plenum Press, New York and London, 1983, strán 803, cena neuvedená, ISBN 0-306-41137-7

Hoci poradie autorov je tu prehodené, ide o druhý diel (tretí zväzok) rozsiahlej a prehľadnej príručky o základných údajoch mladého organizmu. Pritom zoznam veličín sa neobmedzuje len na fyzickú výkonnosť v užšom slova zmysle, ale obsahuje mnohé iné pohľady na rastovú dynamiku človeka.

Ťažisko je vo funkčných charakteristikách, mierach sily, šikovnosti, pohyblivosti a nachádzame tu aj množstvo ďalších informácií o zložení tela, o rozmeroch jednotlivých orgánov a o fyziologických a biochemických dátach mládeže. Spomínajú sa tu aj rôzne respiračné ukazovatele, hod-

noty motorickej výkonnosti, kardiologické charakteristiky, ale aj dáta o menarché a o hormonálnych hladinách. Autori v úvode výslovne poukazujú na význam zhromaždených dát pre design školského zariadenia, šatstva, hračiek, no užitočné informácie si nájde aj pediater, antropológ, rehabilitačný pracovník, rádiológ, ortodontista, telocvikaár a mnohí iní špecialisti.

Tak ako v predchádzajúcich dvoch zväzkoch, aj tu ide o vekové rozpätie od narodenia do 18 rokov a o obyvateľstve severoamerického kontinentu, prevažne kaukazoidného plemena. Pravda, sú zastúpené

aj údaje o černošskej mládeži (dost podrobne) a príležitostne aj o ostatných menšinových skupinách USA a Kanady, samozrejme ak boli publikované v angličtine. Rýchly prehľad citovanej literatúry v rámci anotovanej bibliografie (20 str.) poskytol iba jedinú neanglickú publikáciu (Oberhausen et al., O raste zásoby kálie v telehamburskej mládeži). Geograficky je ešte zastúpené Anglicko, prípadne Nemecko a ojedinelé zmienky nájdeme z Rakúska, Belgicka, Dánska, Izraelu, Guatemaly a Švajčiarska. Aj Československo je zastúpené odkazom na jednu prácu Pařízkovej, uverejnenú tiež v angličtine.

Tabuľky príručky poskytujú veľmi informatívny prehľad o rastovej dynamike najrozličnejších dimenzií a ukazovateľov ľudského organizmu. Aj skúsení autori sa však občas dopúšťajú nedôslednosti, ilustruje to tabuľka o 19 somatometrických a somatotypologických premenných, kde pre celú vekovú skupinu od 7 do 12 rokov (illinois-kí chlapci) sa udáva iba spoločný, teda celkový priemer a smerodajná odchýlka: tento údaj bude málokomu užitočný. Pravda, v ďalších tabuľkách sa potom väčšina premenných uvádza detailnejšie, pre jed-

noročné vekové skupiny. No to je iba výnimka. Prevažná väčšina tabuliek, od veľkosti obličiek cez amplitúdu S-vlny v EKG až po diameter areoly texaských černochoch dovoľuje hodnotiť a porovnať aj konkrétne údaje, pretože je dost špecifická tak v biologickom, ako aj bioštatistickom zmysle slova. Kladne treba hodnotiť aj to, že sa neuvádzajú iba rastové údaje ako také, ale veľmi často s prihliadnutím na ekonomickú situáciu rodiny, na nutričné zvyklosti, ap.

Príručka predstavuje takmer nevyčerpatelnú zásobárňu komparastických dát o veľmi širokej palete premenných mladistvého organizmu. Spolu s predošlým dvojzväzkom o fyzickom stave poskytuje vyčerpávajúci (v obojakom zmysle slova) obraz o súčasných poznatkoch toho, čo sa v detskom, resp. mladistvom organizme severoamerických jedincov odohráva od narodenia po osemnásť rok života.

Aj tento zväzok sa vyznačuje vzornou technickou a redakčnou úpravou. Podrobný register podstatne zvyšuje použiteľnosť a vedie užívateľa priamo k hľadaným dátam.

Doc. R. Štukovský, CSc., Bratislava

SPRÁVY Z ČLEBŔNYCH SPOLOČNOSTI

LÉČEBNÁ REHABILITACE STARÝCH OSOB

Na toto téma se konaly na zámku Žinkovy 25. 4. — 27. 4. 1983 II. pracovní dny. Pořádala je geriatrická komise České rehabilitační společnosti. Tématický okruh zahrnoval problematiku vyšetřování a testování starých lidí pro rehabilitaci, s cílem určit vhodnost a limit rehabilitace u starých lidí.

Určení limitu léčebné rehabilitace starých lidí není snadné, zátěžové testy jsou v geriatrii problémem (Kubín). Testování gerontů je plynulý proces, ve kterém hraje významnou roli testování ve všedních činnostech. Často imobilizace v důsledku artrózy převažuje nad kardiální imobilizací. Vývoj plicního emfyzému ve stáří představuje důležitý rizikový moment pro vznik respirační insuficience.

Tělesná zdatnost osob staršího věku do značné míry závisí na zdatnosti kardiovaskulárního aparátu [Jeschke]. Ve stáří dochází k poklesu minutového objemu. Srdeční objem se zvětšuje po 50 letech věku. Vlivem tělesného tréninku, po submaximální zá-

těži, dochází i u starých osob k poklesu tepové frekvence. Maximální tepová frekvence však ve stáří výrazně klesá. Diastolický tlak se většinou po 50. roce věku nemění. S věkem narůstá i minutová ventilace a to v důsledku většího dechového objemu (u mladších osob dechová frekvence po zátěži). V 6. — 7. deceniu se snižuje maximální spotřeba kyslíku, zmenšuje se statická a dynamická práce. Ve stáří dochází k poklesu maximální pracovní kapacity. Stejně tak klesá ve stáří variabilita fyziologických funkcí. S nácivkem vytrvalosti by se mělo začít již ve 4. — 5. deceniu a to se zaměřením na sílu dynamickou.

Indikace a specifikace rehabilitace gerontů v nemocnici naráží dosud v praxi na řadu potíží (Hampfl). V posledních letech se úspěšně začíná rozvíjet rehabilitační ošetřovatelství. Zdůrazněn význam informovanosti o náplni rehabilitace u zdravotníků jiných oborů v nemocnici, nutnost kvalifikované indikace rehabilitace, její optimální dávkování, diferenciacie a limitování z časového hlediska. Psychologickou způsobilost gerontů k rehabilitaci lze objektivizovat. Bylo provedeno porovnání testování motoriky a psychiky u těchto osob (Smitka, Beránková, Břicháček). Důležité místo v adaptačním procesu starých lidí v geriatrických zařízeních zaujímá sociální rehabilitace (Nováková). U starých lidí v zařízeních dlouhodobé ústavní péče dochází často k projevům maladaptace. Adaptační fáze trvá v průměru 5 týdnů, významně ji ovlivňují faktory zdravotního stavu, pohyblivosti, soběstačnosti, možnosti komunikace a kontaktů s okolím, způsob bydlení. Zdůrazněna nutnost poskytovat intenzivní ošetrovatelskou péči zejména nemocným starým lidem v období adaptační fáze, kdy je největší riziko dekompenzace zdravotního stavu. V léčebnách pro dlouhodobě nemocné naráží dosud zavedení kvalifikované rehabilitace v plné šíři na řadu problémů (Dohnal). Značným problémem tu je široká škála onemocnění od poškozeních somatických až po těžší psychické alterace (ty činí až 1/3 hospitalizovaných v LDN). Více by se mělo rozvíjet rehabilitační ošetrovatelství a LDN by měli dostat i více kvalifikovaných rehabilitačních pracovníků. Připravuje se nová koncepce oboru geriatricie.

K posouzení funkčního stavu kardiovaskulárního systému nemocných s revmatickými chorobami a ve stáří lze s výhodou použít neinvazivních metod, které v podstatě nejsou limitovány věkem (Šmid, Kučera). Osvědčilo se vyšetření elektrokardiografické, spolu s fonokardiografickým a určení systolických časových intervalů, apexokardiografie, echokardiografie, dynamometrické testování (zde závisí hodně na spolupráci starého nemocného). Výběr testů z hlediska použití v rehabilitační praxi se řídí hlavně potřebou určit funkční potenciál oběhového aparátu.

V systému komplexní lázeňské péče o starší a staré občany je kladen zvláštní důraz na rehabilitaci. V budoucnu bude patrně narůstat význam lázeňské péče také v modelu celospolečenského gerontologického programu. Při výběru starších pacientů do lázní je třeba vycházet ze zvláštnosti vztahu: stárnoucí člověk — prostředí. Důraz v komplexu jednotlivých prvků léčebné rehabilitace je kladen na vytrvalostní trénink, při němž působí tzv. formativní podněty ve třech stupních. Byly uvedeny některé praktické zkušenosti, získané na II. klinickém pracovišti Výzkumného ústavu balneologického v Karlových Varech (Ždichynec). Vzhledem ke specifitám gerobalneoterapie, bylo by vhodné, zabývat se v organizaci péče o starou generaci také možnostmi zřídit specializovanou lázeňskou oddělení a léčebny s upraveným režimem pro starší a staré lidi (Ždichynec).

Při rehabilitaci revmatiků je třeba průběžně sledovat ukazatele zánětu (Šuchová, Kučera, Racek, Slabý). Při použití protetických pomůcek ve stáří je třeba zvolit takový typ a systém pomůcek, který odpovídá funkční poruše fyzické i psychické. Korzety laminátové a z plastů se pro staré lidi nehodí (Mikyška). U nemocných vyššího věku se zlomeninami dlouhých kostí je nutné zvolit v rehabilitaci poněkud odchylný postup než u mladších (Wierer, Němcová). Rehabilitace starých nemocných po operaci kyčle totální endoprotézou vyžaduje úzkou týmovou spolupráci mezi rehabilitačním lékařem, chirurgem a internistou (Ruppert, Rybka, Čech). Častou operační komplikací bývá degradace gluteálního svalstva. Pacienti se v průměru do 11 dnů po operaci postavují, půl roku se nemá končetina zatěžovat, ale je třeba s ní aktivně rehabilitovat pohybem. Při rehabilitaci, zejména v časně fázi po operaci při polohování, je třeba dát pozor na možné poškození fibulárního nervu. V prevenci senilní osteoporózy se doporučuje léčebná tělesná výchova, ergoterapie, léky a životospráva (Řáha). Příčiny jsou hormo-

nální, ze špatné výživy a při fyzické inaktivitě. 70 % osob starších 70 let, trpí bolestmi v zádech. Autor doporučil a názorně předvedl soustavu 5 cviků, které lze provádět vždy a všude (ve stoje). Otázka rehabilitace nemocných s osteoporózou by si zasloužila ďalšieho bádání.

V rámci sekundárnej prevencie stárnutí se v praxi osvědčila metodika skupinové léčebné tělesné výchovy, prováděná v ambulantních podmínkách (Koutný). Řada sdělení byla věnována zkušenostem s aplikací rehabilitace v léčebnách dlouhodobě nemocných a v domovech důchodců (Berešová, Boučková, Mellanová, Fučík, Soustružníková, Gippová aj.). Není zde zatím jednotná koncepce. Zatímco někde se staří lidé jen pasivně ošetřují, v jiných zařízeních vlivem mimořádné aktivity těchto zdravotnických pracovníků, se ukazuje, že řádně prováděná diferencovaná rehabilitace (a případně i ergoterapie) může představovat významný léčebný stimul.

Organizace pracovních dnů byla velmi dobrá, včetně kulturního programu a společenského večera, což je dobrou vizitkou pořadatelů z Plzně (dr. Z. Kubín, CSc. a dr. V. Jiroušek).

Dr. B. Ždichynec, CSc., Písek

VI. CELOŠTÁTNY ZJAZD ČESKOSLOVENSKEJ REHABILITAČNEJ SPOLOČNOSTI

Každé štyri roky rehabilitačná spoločnosť usporadúva celoštátny zjazd. V dňoch 28. až 30. 9. 1983 sa konal VI. CELOŠTÁTNY ZJAZD ČESKOSLOVENSKEJ REHABILITAČNEJ SPOLOČNOSTI v Košiciach v Dome kultúry ROH VSŽ.

Košice, metropola Východoslovenského kraja, privítala 416 zdravotníkov z celej ČSSR, ktorí si vymenili skúsenosti z vlastných pracovísk.

Organizačne bol zjazd veľmi dobre pripravený, na jeho prípravu sa zúčastnili zdravotníci z fyziatricko-rehabilitačných oddelení v Košiciach, ktorí prispeli k dobrej pracovnej atmosfére zjazdu.

Za prítomnosti vedúcich činiteľov straníckych a štátnych orgánov a predstaviteľov zdravotníckych zariadení Východoslovenského kraja a mesta Košíc zahájil po úvodnom koncerte celoštátny zjazd predseda spoločnosti krátkym hodnotiacim referátom.

Predsedovia Českej a Slovenskej rehabilitačnej spoločnosti odovzdali čestné uznanie vybratým pracovníkom z celej republiky za dlhoročnú prácu v liečebnej rehabilitácii.

Na záver slávnostného otvorenia zjazdu odznela prednáška s veľmi aktuálnou tematikou zachovania svetového mieru, ktorý je ohrozený horúčkovitým zbrojením s možnými následkami jadrovej katastrofy.

Odborná časť programu prebiehala paralelne v dvoch sálach. Hlavnou témou zjazdu bolo uplatnenie liečebnej rehabilitácie v jednotlivých medicínskych odboroch, s jej nadväznosťou na liečbu prácou a pracovnú rehabilitáciu. V programe odborných sekcií sa rozoberala tematika uplatňovania najnovších rehabilitačných metódik.

V úvode vlastného programu zjazdu odzneli prednášky koncepčného charakteru v odbore fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie (FBLR).

V bloku prednášok o rehabilitácii vnútorných chorôb odzneli práce s veľmi aktuálnou problematikou kardiovaskulárnych ochorení, ktoré majú narastajúci trend. Vzhľadom na to, že tieto ochorenia sú závažné nielen po stránke zdravotnej, ale aj celospoločenskej, predstavuje liečebná rehabilitácia svojou pohybovou aktivitou, formou primárnej a sekundárnej prevencie významné miesto v komplexnej liečebnej starostlivosti.

V oblasti chirurgických odborov bola odprednášaná problematika rehabilitácie poúrazových a pooperačných stavov pohybového aparátu. Medzi najhodnotnejšie patrili prednášky z oblasti ošetrovania a rehabilitácie mutilujúcich úrazov, ako sú popáleniny,

ktoré reprezentovali MÚNZ — Závodný ústav národného zdravia pri VSŽ, n. p. Tieto poukázali na moderný trend vývoja liečebných rehabilitačných metodík aj netradičných odborov, ako sú napr. popáleniny.

Boli prekonzultované liečebné postupy u detí s chybným držaním a skoliózami.

V oblasti neurológie odzneli témy o rehabilitácii pacientov po cievnej mozgovej príhode.

Zaujímavá bola tematika liečby prácou, ktorá rozoberala obnovovanie stratených funkcií pri postupnom pracovnom zatažovaní v podmienkach rehabilitačných ústavov a fyziatricko-rehabilitačných oddelení. Pozoruhodné boli prednášky pracovníkov z Rehabilitačných ústavov Kladruby a Hrabyně.

Súbežne s hlavným programom zjazdu sa konal odborný program sekcií.

V sekcii manipulačnej a reflexnej liečby bolo prekonzultované využitie najnovších a najmodernejších špeciálnych postupov pri funkčných poruchách chrbtice a periférie.

V sekcii detskej mozgovej obrny bola prebratá tematika komplexnej liečby s využitím špeciálnych facilitačných a relaxačných metodík, s využívaním športových činností, ako aj umiestňovania detí v Ústave sociálnej starostlivosti.

Blok jogy rozoberal tematiku využitia spinálnych cvičení u porúch chrbtice, jogové dýchanie a možnosti celkovej relaxácie.

V rámci programu zjazdu odzneli dve panelové rozpravy:

1. O otázkach terminológie, kde predmetom diskusie bola publikácia Svetovej zdravotníckej organizácie o otázke klasifikácie, ktorá v blízkej budúcnosti bude knižne vydaná v ČSSR a bude východiskovou bázou pre terminológiu a šandardizáciu v oblasti nášho odboru.
2. O problematike pracovnej rehabilitácie, ako dôležitej formy pre zaradenie osôb telesne a inak postihnutých do pracovného života. Táto diskusia priniesla niektoré hľadiská, ktoré sú veľmi závažné pre celú oblasť pracovnej rehabilitácie.

Zjazd bol ukončený hodnotením doterajšej práce v našom odbore s rozšírením odborných poznatkov a s využívaním najmodernejších liečebných metodík v širokej rehabilitačnej praxi. Záverom bola prijatá rezolúcia, ktorá súvisí s riešením niektorých závažných otázok a problémov v súčasnej rehabilitácii v ČSSR.

R e z o l ú c i a Federálneho výboru Československej rehabilitačnej spoločnosti:

1. Federálny výbor sa obracia na hlavných odborníkov a poradcov príslušných ministerstiev so žiadosťou, aby formulovali rehabilitáciu ako vedecký odbor — rehabilitačné lekárstvo.
2. Vzhľadom na celospoločenský význam rehabilitácie pokladá sa za nutné, aby vedecká a pedagogická problematika v tejto oblasti sa riešila celoštátne a koordinovane. Ide o spoločné riešenie vedeckých úloh na úrovni príslušných vedeckých a odborných inštitúcií.
3. Federálny výbor oceňuje pokrok v zriadení vysokoškolského štúdia pre odbor rehabilitácie, avšak podľa školského zákona je potrebné zdôrazniť zdravotnícky profil absolventov tohoto štúdia.
4. Doterajšia štruktúra kádrov podieľajúca sa na realizácii rehabilitačného procesu je nedostačujúca a vyžaduje úpravu, to znamená, že je potrebné zriadiť ergoterapeutický smer výchovy rehabilitačných pracovníkov. Rovnako je potrebné zaviesť možnosť doškolenia, resp. reprofilizácie defektológov, logopédov a sociálnych pracovníkov pre využitie v rehabilitačnom lekárstve.

VI. celoštátny zjazd Československej rehabilitačnej spoločnosti poukázal predovšetkým na súčasné štádium vývoja liečebnej rehabilitácie ako klinickej disciplíny v rámci socialistického zdravotníctva.

Ak máme hodnotiť VI. celoštátny zjazd Československej rehabilitačnej spoločnosti, je treba citovať záverečné hodnotenie, že zjazd bol prínosom pre ďalší rozvoj a rozšírenie našich odborných poznatkov s možnosťou ich aplikácie v praxi.

MUDr. M. Zanická

MUDr. M. Česneková

MUDr. O. Gohnová, Košice

INFORMATION UNDERSTANDING
AWARENESS FOR INTEGRATION



FIFTEENTH WORLD CONGRESS OF
REHABILITATION INTERNATIONAL

V Lisabone v Portugalsku sa koná v dňoch 4. až 6. júna 1984 15. svetový kongres REHABILITATION INTERNATIONAL.

Informácie podáva: Rehabilitation International, 432 Park Avenue South, New York, N. Y. 10016 alebo Feira Internacional de Lisbon, Praça das Industrias, 1399 Lisbon odex, Portugal.

SPRAVY Z USTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

V dňoch 18. októbra, 20. až 22. októbra 1983 sa uskutočnili podľa nových Základných pedagogických dokumentov záverečné skúšky pomaturitného špecializačného štúdia na úseku práce liečebná telesná výchova. Skúšky sa konali na školiacej báze katedry rehabilitačných pracovníkov Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP v BRATISLAVE.

Záverečné skúšky úspešne absolvovalo 22 poslucháčok:

Eva Boriková
Gabriela Caffková
Mária Dobešová

Čsl. štátne kúpele Rajecké Teplice
OÚNZ Galanta
OÚNZ Humenné

Kvetoslava Fifliková
Anna Grešnerová
Olga Igazová
Mária Kováčová
Agnesa Kovalyová
Mária Kudláčová
Daniela Kovaľová
Mária Letková
Eva Mečiarová
Eva Mikušová
Zuzana Peregrínová
Mária Rudavská
Olga Škulibová
Darina Štrbová
Marta Timurová
Veronika Vadová
Helena Valachovičová
Ida Vasilišinová
Eudmila Zummerová

OÚNZ Spišská Nová Ves
Čsl. štátne kúpele Bojnice
OÚNZ Topoľčany
OÚNZ Levice
ÚP Šmidkeho, Bratislava
Ústav želez. zdrav. Bratislava
VKÚ Piešťany
OÚNZ Považská Bystrica
NsP akad. L. Dérera Bratislava
NsP akad. L. Dérera Bratislava
MÚNZ Košice
OÚNZ Humenné
OÚNZ Komárno
OÚNZ Prešov
FN Košice
MÚNZ Košice
OLÚ Tatranská Polianka
OÚNZ Humenné
OÚNZ Poprad

Viera Reptová, Bratislava

V Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v BRNĚ se uskutečnily ve dnech 23. — 26. května 1983 závěrečné zkoušky pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova.

Studium ukončilo a specializaci získalo 15 rehabilitačních pracovníků:

Čudová Alena
Dvořáková Jarmila
Chaloupková Šárka
Jenčová Anna
Klotz Alexander
Krsková Jitka
Musílková Marie
Pravdová Libuše
Ředina Radovan
Sedmera Pavel
Skallová Jarmila
Sloupová Ludmila
Smejkalová Alena
Švecová Marie
Tumpachová Jiřina

PL Bohnice, Praha
ÚNZ Praha 2
KÚNZ FNsp Brno
OÚNZ Mladá Boleslav
Čsl. státní lázně Jeseník
OÚNZ Pardubice
Ústřední voj. nemocnice Praha
Čsl. státní lázně Karlova Studánka
OÚNZ Kroměříž
Čsl. státní lázně Karlovy Vary
Státní sanatorium Praha
Ústav žel. zdrav. Pízeň
OÚNZ Ústí nad Labem
FNsp Praha 2
OÚNZ Praha

B. Chlubnová, Brno

aktuality aktuality

Autor sledoval na skupine 40 detí nefajčiarok a ďalej matiek, ktoré v priebehu gravidity fajčili denne viac ako 20 cigariet, krvnú viskozitu. Krv odobral z pupočníkovej vény. Krvná viskozita je u detí fajčiarok o 30 % zvýšená. Súčasne konštatoval, že pôrodná váha bola signifikantne menšia. Fajčenie považuje autor za príčinu fetálnej retardácie v raste.

(Bachon, P. C.: Brit. med. J. 286, 1983, 6374, s. 1315).

Podľa správ z najrôznejších krajín priemerný vek európskeho obyvateľstva bude sústavne stúpať až do roku 2000. Každý piaty obyvateľ v škandinávskych krajinách je starší nad 60 rokov. Predpokladá sa, že v NSR, vo Švajčiarsku, Taliansku a Grécku v roku 2000 bude viac ako 20 % obyvateľov starších ako 60 rokov. V ostatných krajinách počet starších nad 60 rokov sa bude pohybovať medzi 15 — 20 %.

(O'Neill, P. D.: Brit. med. J. 286/1983, 6376, s. 1506).

V práci se sledovaly hodnoty systolického a diastolického krevního tlaku a hodnoty pulsové frekvence. Sledovali se kontinuálně — intraarteriálně. Konstatuje se, že systolický krevní tlak měřený v domácím prostředí a v nemocnici se signifikantně liší — doma jsou hodnoty systolického krevního tlaku vyšší v průměru až o 15 mm Hg. Diastolický krevní tlak a pulsová frekvence nevykazují v obou případech žádné signifikantní změny. Autoři zatím nenašli vysvětlení pro tato pozorování.

(Young et al.: Brit. Med. J., 286, 1983, 6373, 1235—1236).

V poslednom období spomínané ochorenie nazvané imunodeficitný syndróm (AIDS — Acquired Immunodeficiency Syndrome) sa považovalo za ochorenie, ktoré vzniká pri sexuálnych kontaktoch. Posledné práce ukazujú, že toto ochorenie, ktoré má veľmi zlú prognózu (2/3 pacientov zomierajú do 2 rokov), sa nevyskytuje iba u homosexuálov, ale aj u ľudí, ktorí sú závislí na drogách a u pacientov s hemofiliou. Za príčinu choroby sa považuje neznámy pôvodca (azda vírus?), ktorý sa prenáša pri sexuálnom kontakte, pri intravenózných injekciách a krvnej transfúzii. Autori opisujú 7 pacientov, u ktorých došlo k objaveniu sa niektorých prodrómov tohto ochorenia pri heterosexuálnom styku.

(Harris, C. a kol.: New England J. Med. 308, 1983, s. 1181 — 1184).

aktuality aktuality

Je známou skutočnosťou, že v Spojených štátoch došlo v posledných desiatich rokoch k ústupu mortality na koronárnu chorobu srdca oproti európskym krajinám. Zaujímavú štúdiu publikovala švédka skupina, ktorá sledovala populáciu mužov v období desiatich rokov podľa skupiny ročníka narodenia. Autori rozoberajú otázku telesnej nadváhy, ktorá pri porovnaní medzi mužmi USA a Švédska bola rozdielna, ostatné rizikové faktory nevykazovali rozdiely. Ďalej autori poukazujú na to, že pacienti narodení r. 1923 dostávali častejšie diuretiká a dávajú si otázku, či tieto diuretiká predstavujú nevýhodu. Na otázku neodpovedajú.

(Welin, L. a kol.: Lancet, 1983, I, 8333, s. 1087 — 1089).

U 1213 žien a 7368 mužov v Nórsku vo veku 20 až 50 rokov sa sledoval vzťah sérových lipidov a konzumovanie kávy, zistilo sa, že čím viac sa pije káva, tým väčšie sú hodnoty cholesterolu a triglyceridov v sére. U žien okrem toho bola negatívna tolerancia na HDL — cholesterol.

(Thelle, D. S. a kol.: New England J. Med. 308, 1983, s. 1454—1457).

U skupiny 7 zdravých a 12 pacientů-kardiaků sledovali arytmiie po podání kofeínu jednak v kávě, jednak po intravenosním podání citrátu kofeínu. Arytmie byly elektrofyziologicky analyzované, celý záznam byl registrován pomocí intrakardiálního svodu. Práce dochází k závěru, že kofeín má arytmogenní účinek, není však vždy nutné zakázat kávu pacientům s arytmiemi. Jestliže si pacienti po podání kávy stěžují na pocit nevolnosti, anebo objeví-li se poruchy rytmu, je potřebné zakázat kávu, čaj, kolu a ostatní nápoje, obsahující kofeín.

Dobmeyer et al.: New England J. of Med. 308, 1983, 814—816).

Doteraz sa verilo, že ženy po hysterektómii nemôžu byť gravidné. Bol opísaný prípad 37-ročnej pacientky, u ktorej bola odstránená maternica pre myóm. Po 11 týždňoch pacientka udávala bolesť v podbrušku, únavu a zväčšenie prsníkov a zvracanie. Ultrazvukové vyšetrenie ukázalo plod.

Pri laparotómii sa odstránil intaktný aniový vak spolu s 12 cm veľkým macerovým plodom. K oplodneniu pacientky došlo pravdepodobne 12 — 72 hodín pred hysterektómiou. Literatúra ďalej uvádza 14 podobných prípadov. V ďalších 9 prípadoch došlo k oplodneniu 7 až 11 rokov po hysterektómii. (Meizner, I. a kol.: Israel med. J. 19, 1983, s. 283 — 285).