

# Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

1

OBSAH

EDITORIAL

*M. Palát:* Komplexné a nekomplexné rehabilitačné programy 1

PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

*J. Vrbík:* Význam údajů o incidenci cévních mozkových příhod pro jejich rehabilitaci . . . . . 3

*Z. Kubín:* Pokus o zlepšení výsledků konzervativního léčení skolióz . . . . . 13

METODICKÉ PRÍSPEVKY

*J. Pešl:* Rehabilitační přístup k tzv. postkommočnímu syndromu  
*Z. Karkan, K. Mikeš, F. Vurm, B. Marešová:* Naše zkušenosti s léčením tuhnutí ramena . . . . . 31

*A. Topič, J. Strossová, P. Hlavinka:* Některé možnosti sociosexuální rehabilitace schizofreniků v ústavních podmínkách . . . . . 39

HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ . . . . . 43

RECENZIE KNÍH . . . . . 43

SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ . . . . . 60

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP . . . . . 63

Táto publikácia sa vedie v prírastku dokumentácie BioSciences Information Service 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.

# **Re** habilitácia

*Časopis pre otázky liečebnej a pracovnej rehabilitácie*

**VYDÁVA:**

Ústav pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave vo Vydavateľstve 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 Bortlíková, prof. MUDr. Zdeněk Fejfar, DrSc., Božena Chlubnová, MUDr. Tomáš Kaiser, MUDr. Vladimír Kříž, doc. MUDr. Štefan Litomerický, CSc., MUDr. Zbyněk Novotný, MUDr. RNDr. Miroslav Palát, CSc. (predseda redakčného kruhu), prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc., Jana Raupachová, MUDr. Vladimír Raušer, CSc., MUDr. Jaromír Stříbrný, MUDr. Miroslav Tauchman, MUDr. Mária Večerová.

**GRAFICKÁ ÚPRAVA:**

Melánia Gajdošová

**REDAKCIA:**

Kramáre, Limbova ul. 5, 833 05 Bratislava

**TLAČ:**

Nitrianske tlačiarne, n. p., ul. R. Jašíka 18, 949 50 Nitra

Vychádza štyrikrát ročne, cena jedného čísla Kčs 6,—

Rozširuje Poštová novinová služba. Objednávky na predplatné i do zahraničia prijíma PNS — Ústredná expedícia a dovoz tlače, Gottwaldovo nám. č. 6, 813 81 Bratislava

Podnikové inzeráty: Vydavateľstvo OBZOR, n. p., inzertné oddelenie, Gorkého 13, VI. poschodie, tel.e 522-72, 815 85 Bratislava

Indexné číslo: 49 561

Imprimatur: 20. 3. 1985

Číslo vyšlo v marci 1985

# Rehabilitácia

CASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK XVIII/1985

ČÍSLO 1

EDITORIAL ...

## KOMPLEXNÉ A NEKOMPLEXNÉ REHABILITAČNÉ PROGRAMY

Rehabilitačný program predstavuje komplex rehabilitačných metodík, službiacich racionálnej obnove funkcií, poškodených patologickým procesom. Tento všeobecný aspekt necharakterizuje detailné úlohy a ciele rehabilitačných programov, ale skôr základné hľadisko, vyplývajúce z teórie a praxe modernej rehabilitačnej starostlivosti.

Rehabilitačný program je komplexom a ako taký sa skladá z celého radu jednotlivých metodík a techník, účelne usporiadaných a synergisticky zoradených. Okrem metodík a techník zameraných na jednotlivé somatické funkcie má aj svoju psychosociálnu zložku, ktorá zahŕňa celý program do jedného celku, predstavujúceho súčasť rehabilitačného procesu.

Jednotlivé metodické postupy a jednotlivé rehabilitačné techniky sa dajú použiť ako samostatné prvky alebo ako súčasť spomenutého komplexu.

V ostatnom čase sa diskutuje o otázkach, či rehabilitačné programy je potrebné realizovať v rámci rehabilitačného procesu komplexne, alebo či postačujú pre konečný efekt — obnovu poškodenej funkcie — aj čiastkové úlohy týchto programov, teda jednotlivé rehabilitačné metodiky či rehabilitačné techniky. Dôvodov je niekoľko. Základným dôvodom je skutočnosť, že nároky na rehabilitačnú starostlivosť sústavne stúpajú, že pre realizáciu týchto nárokov nie je dostatok pracovníkov a že nie vždy je dostatok možností využiť modernú techniku pre rehabilitačné programy, teda dôvody odborné, kádrové a materiálne.

Iným dôvodom je to, že realizácia komplexných rehabilitačných programov naráža aj na určité námietky zo strany samotného pacienta, spočívajúce predovšetkým v značnom časovom náklade na takýto program. Pacienti sa veľmi radi zúčastňujú rehabilitačných programov, ale na dlhodobom rehabilitačnom procese strácajú záujem predovšetkým preto, že je časovo náročný.

Dostávajú sa teda do určitej kontraverzie indikačné potreby, ktoré vychádzajú z objektívnych medicínskych kritérií, a potrebný čas, ktorý pacient musí venovať realizácii rehabilitačných programov. Výsledkom teda je, že komplexné rehabilitačné programy v určitých prípadoch ustupujú nekomplexným

rehabilitačným programom, ktoré sú síce zamerané cieľovo na obnovu poškodennej funkcie, ale zabúdajú na časový faktor, ktorý určujúcim spôsobom charakterizuje biologickú zložku obnovy fyziologických funkcií, poškodených patologickým procesom.

Úlohou modernej rehabilitačnej starostlivosti je zabezpečenie takých rehabilitačných programov, ktoré by s využitím moderných vedeckých a technických poznatkov prispeli optimálne k obnoveniu poškodených funkcií, teda k zabezpečeniu komplexných rehabilitačných programov. Skutočnosťou však zostáva, že práve nekomplexné rehabilitačné programy, medzi ktoré počítame práve široké spektrum tzv. pasívnych procedúr z oblasti elektroliečby a vodoliečby, predstavujú väčšiu časť náplne fyziatricko-rehabilitačných oddelení. Nie je zatiaľ známe, akým spôsobom a do akej miery je ovplyvnený rehabilitačný proces pri aplikácii iba nekomplexných rehabilitačných programov, a nie je známe ani to, či takéto nekomplexné programy okrem svojho symptomatického zásahu urýchľujú možnosti reedukácie poškodených funkcií. Treba však podotknúť, že takéto nekomplexné rehabilitačné programy predovšetkým z oblasti elektroliečby a vodoliečby, sú práve pre svoj vplyv na odstránenie určitých symptómov u pacientov veľmi obľúbené. Akú úlohu tu hrá otázka nedostatku času pre účasť na rehabilitačnom programe zo strany pacienta, taktiež nie je známe.

Ako vidieť, ide o veľmi závažnú, dosiaľ neriešenú a nedoriešenú problematiku súčasnej praktickej rehabilitácie. Inú otázku predstavuje oblasť motivácie pacienta, ktorého ochorenie alebo poškodenie je indikované pre dlhodobý rehabilitačný proces a ktorý vyžaduje z medicínskych a psychosociálnych hľadísk komplexné rehabilitačné programy. Tu tiež nenachádzame uspokojivú odpoveď.

Skúsenosti ukazujú, že u väčšiny pacientov, ktorí prichádzajú na fyziatricko-rehabilitačné oddelenia, vystačíme s nekomplexným rehabilitačným programom. Zostáva otázkou, či tento prístup a všeobecná prax z prizretím na spomenuté dôvody splňajú aj etickú požiadavku na optimalizáciu rehabilitačného programu.

Dr. Miroslav Palát, Bratislava



**PŮVODNÉ VEDECKÉ  
A ODBORNÉ PRÁCE**

**VÝZNAM ÚDAJŮ O INCIDENCI CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD PRO  
JEJICH REHABILITACI**

J. VRBÍK

*Institut pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů Praha  
Ředitel: prof. MUDr. Pavel Macúch  
Katedra posudkového lékařství  
Vedoucí: MUDr. Jiří Jerábek, CSc.*

*Souhrn:* V příspěvku se upozorňuje na možnost operativně využívat údajů ze statisticky dočasné pracovní neschopnosti a ze statistiky příčin invalidity pro kvantitativní vyjadřování rozsahu potřeb komplexní rehabilitace též u cévních příhod mozkových. Podíl připadající na tato onemocnění zatím stále vzrůstal. Zvětšují se proto také nároky na jejich rehabilitaci. Podle uvedených snadno dostupných a přesvědčivých údajů lze proto racionálně odvozovat a zdůvodňovat požadavky na komplexní rehabilitaci stavů po cévních mozkových příhodách.

*Klíčová slova:* Pracovní neschopnost — statistické údaje — invalidita — komplexní rehabilitace — náhlé cévní mozkové přírhydy.

Jistě není větších sporů ani pochyb o tom, že rehabilitace stavů po cévních příhodách mozkových je náročná, že trvá dlouho a že se proto i obtížně prosazuje v plném rozsahu. Přesto otvírá široké možnosti a přináší až nečekané úspěchy. Její limity takto naznačuje mj. nedávné sdělení WHO ze 4 různě vyvinutých zemí (Itálie, Finsko, japonsko, Uruguay), že v průměru z každých 10 nemocných, kteří přežili cévní mozkovou příhodu, je jeden schopen vrátit se k svému dřívějšímu životu bez omezení, čtyři sice s jistými omezeními, ale bez ovlivnění své samostatnosti, další čtyři že potřebují navíc určitou pomoc a poslední, desátý, vyžaduje toto přispění dokonce formou trvalé ústavní péče (2). Aby komplexní rehabilitace mohla takto splňovat u cévních mozkových příhod své možnosti, musí globál jejích opatření vyhovovat po stránce kvalitativní i kvantitativní. Jinými slovy řečeno, kapacita rehabilitace v obou ohledech musí odpovídat souhrnu těch nemocných, kterým má být poskytována. Tento příspěvek se cíleně zaměřuje jen na kvantitativní stránku uvedené problematiky a zvláště na ty její praktické souvislosti, kterými je možné nejpersvědčivěji, a proto i nejnázve v tomto ohledu argumentovat.

Celkové kvantitativní údaje o počtech cévních mozkových příhod, čili o incidenci iktů, je možno získávat globálně např. ze statistiky hospitalizovaných. Tak např. zdů-

## J. VRBÍK / VÝZNAM ÚDAJŮ O INCIDENCI CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD PRO JEJICH REHABILITACI

razňuje Bartko podle této oficiální statistiky, že v r. 1977 vzniklo u nás více než 50 000 iktů (1). Údaje z ČSR za rok 1981 obsahuje tabulka 1 (4).

Z širších epidemiologických šetření jsou v poslední době dokonce k dispozici údaje (kooperativní studie WHO ze 14 center) o tom, s kolika iktu je nutno v různých populacích počítat ročně na každých 1000 žijících s přihlédnutím k jejich věku a pohlaví (2).

V uvedeném ohledu jsou však zvláště pro plánování významné především časové řady těchto informací, aby z nich vyplynul též potřebný časový průběh, příslušný trend.

Jako určitý doplněk těchto informací je proto možno užít i údajů o úmrtnosti. Tabulka 2 přináší vývoj úmrtnosti pro cévní příhody v ČSSR, v ČSR a v SSR za léta 1968 — 1981. V prvních třech sloupcích jsou údaje o celkové úmrtnosti a v následujících třech o úmrtnosti na cévní mozkové příhody vždy na 100 000 obyvatel. Počty zemřelých vykazují postupný vzrůst jak v ČSR, tak i v SSR. Celková úmrtnost stoupala však méně výrazně než úmrtí na cévní mozkové příhody, která se zvýšila více než o třetinu svých výchozích hodnot. Pokud jde o absolutní hodnoty, zemřelo r. 1980 v ČSSR na cévní onemocnění mozku 30 697 osob (z celkového počtu 185 116 zemřelých) (3). Letalita cévních mozkových příhod globálně se však nemusí vyvíjet jenom fa-

**Tab. 1.** Cévní mozková onemocnění jako důvod hospitalizace

V ČSR bylo hospitalizováno v r. 1981			
pro základní diagnózu stat. zn.	mužů	žen	z nich ze- mřelo cel- kem
430 subarachnoideální krvácení	665	649	268
431 intracerebrální krvácení	1377	1268	1783
432 jiné nebo NS nitrolebeční krvácení	216	175	142
433 okluse nebo stenosa mimolebečních tepen	891	504	211
434 okluse mozkových tepen	3783	3548	2546
435 přechodná mozková ischemie	4645	4379	437
436 akut. ale nepřesně určené cévní onemocnění mozku	9988	9956	7084
437 jiné nepřesně určené cévní onemocnění mozku	2745	3484	1626
438 pozdní následky cévních onemocnění mozku	1342	1210	546

# I. VRBÍK / VÝZNAM ÚDAJŮ O INCIDENCI CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD PRO JEJICH REHABILITACI

dlně. Z jiného šetření WHO (40101, 1955 — 1970) vyplývá, že se již podařilo v řadě zemí, alespoň v určitých věkových skupinách, negativní vývoj úmrtnosti dlouhodobě vrátit. Tím větší jsou ovšem potom úkoly pro rehabilitaci.

Chceme upozornit na to, že z našich dalších statistik, již doluhou dobu používaných k jiným účelům, ale běžně, snadno a rychle dostupných i svým způsobem velmi podrobných, totiž ze statistik pracovní neschopnosti a invalidity, lze získat významné údaje též o výskytu cévních mozkových příhod a o tom, jak se jejich výskyt vyvíjí. Týkají se ovšem jenom pracujícího obyvatelstva, tím spíše ovšem mohou naznačit kvantitativní potřeby komplexní rehabilitace. Tyto statistiky lze členit i podle krajů. Globálně jsou opakovaným předmětem rozborové činnosti, zaměřené ovšem k těm účelům, pro něž jsou získávány. Vyplývá z nich, že absolutní počty cévních mozkových příhod

Tab. 2. Cévní mozková onemocnění jako příčina smrti

Úmrtnot (počet zemřelých) na 100 000 obyvatel						
Rok	celková (pro všechny příčiny úmrtí)			pro cévní onemocnění mozku		
	ČSSR	ČSR	SSR	ČSSR	ČSR	SSR
1968	1066	1164	849	142	167	87
1969	1117	1216	898	154	180	97
1980	1143	1243	926	165	192	106
1971	1145	1241	938	170	198	111
1972	1107	1204	899	177	202	121
1973	1151	1250	941	187	214	129
1974	1167	1265	958	188	216	130
1975	1146	1236	955	191	218	134
1976	1142	1234	948	191	217	137
1977	1151	1235	974	194	220	140
1978	1152	1236	976	195	219	145
1979	1154	1243	968	188	214	133
1980	1216	1313	1015	202	237	130
1981 (predběžně)	1170	1258	989	190	235	97

**J. VRBÍK / VÝZNAM ÚDAJŮ O INCIDENCI CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD PRO JEJICH REHABILITACI**

**Tab. 3.** Invalidní a částečně invalidní důchody nově přiznané pro cévní mozková onemocnění

Rok	Pro cévní mozkové příhody bylo v ČSSR nově přiznáno důchodů			Podíl nově přiznaných důchodů inval. a částeč. inval. pro cévní mozk. příhody [I + Ič CMP] ze všech nově přizn. inval. a část. inval. důchodů v %
	invalidních	částečných invalidních	invalidních a částečných invalidních	
	(I)	(I + Ič)	(Ič)	
1959	739	145	884	1,43
1960	823	110	933	1,46
1961	957	152	1109	1,68
1962	979	145	1124	1,86
1963	1082	202	1284	2,12
1964	1086	207	1293	2,40
1965	1054	218	1272	2,26
1966	1072	268	1340	2,12
1967	1119	247	1366	2,20
1968	1014	222	1236	1,89
1969	988	238	1226	2,39
1970	983	220	1203	2,24
1971	1136	222	1358	2,57
1972	1083	286	1369	2,82
1973	1038	256	1294	2,84
1974	1043	326	1369	2,96
1975	963	295	1258	2,94
1976	1176	348	1524	3,13
1977	1277	341	1618	3,38
1978	1364	394	1758	3,61
1979	1426	406	1832	3,96
1980	1452	441	1893	3,86
1981	1280	485	1765	3,58

## J. VRBÍK / VÝZNAM ÚDAJŮ O INCIDENCI CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD PRO JEJICH REHABILITACI

v produktivním věku, které takto zachycuje statistika pracovní neschopnosti u invalidity, nejsou samy o sobě ve srovnání s celkovým počtem všech episod pracovní neschopnosti a s celkovou incidencí invalidity příliš vysoké. Proto většinou nevykukají do popředí při jednorázovém pohledu v běžných rozbořech pracovní neschopnosti a invalidity a proto také v nich nejsou náležitě zdůrazňovány. V přítomné době připadá v ČSSR takto na cévní mozkové příhody ročně přes 11 000 případů pracovní neschopnosti u pracovníků a vzniká kolem 1800 nových invalidit a částečných invalidit. Sestaví-li se však z těchto údajů časová řada, vyjde náležitě najevo jejich vzestup. Cévní mozkové příhody znamenaly v uvedeném ohledu totiž takový vzrůst, že podíl na ně připadající se za poměrně krátkou dobu zvětšil tak strmě, jak tomu nebylo u žádné jiné skupiny nemocí.

Tabulka 3 přináší údaje o podílu cévních mozkových příhod na invalidizaci v letech 1959 — 1981 (6). První sloupec obsahuje absolutní počet nově uznaných invalidních důchodů a druhý sloupec počet nově přiznaných částečných invalidních důchodů pro cévní mozkové příhody ze všech druhů zabezpečení v ČSSR v příslušném roce. Třetí sloupec je součet invalidních a částečných invalidních důchodů pro cévní mozkové příhody. Poslední (čtvrtý) sloupec uvádí podíl (v %), jaký připadá na invalidní a částečně invalidní důchody pro cévní mozkové příhody ze všech v příslušném roce nově přiznaných invalidních a částečných invalidních důchodů. Tento podíl se zvětšil v uvedené době více než 2,5krát.

Sestaví-li se obdobně časová řada údajů o dočasné pracovní neschopnosti, je vzrůst ještě rychlejší; jenom od r. 1969 do r. 1981 na 219 % (v r. 1969 to bylo pro cévní mozkové příhody v ČSSR u pracovníků 5078 případů pracovní neschopnosti, v r. 1981 již 11 104) jak podrobněji ukazuje i tabulka 4 pro posledních pět let (1977 — 1981) uvedeného časového úseku (5).

Dvě následující tabulky (5 a 6) přináší tyto údaje za léta 1977 a 1978 v podrobnějším členění, aby tak bylo dokumentováno, co je možné běžně čer-

**Tab. 4.** Ukončené případy pracovní neschopnosti u cévních onemocnění CNS v ČSSR 1977 — 1981

Rok	Počet případů	Počet prστο-naných dnů	Počet případů na 100 000 pracovníků	Průměrné trvání 1 případu ve dnech	Průměrný denní stav práce neschopných na 10 000 pracovníků
1977	8 772	631 971	128	72,0	25
1978	9 553	717 144	138	76,1	28
1979	10 949	824 045	156	75,3	32
1980	10 602	768 987	148	73,2	30
1981	11 104	834 166	155	75,1	32

**J. VRBIK / VÝZNAM ÚDAJŮ O INCIDENCI CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD PRO JEJICH REHABILITACI**

**Tab. 5. Ukončené případy pracovní neschopnosti u cévních onemocnění CNS v ČSSR v r. 1977**

stat. značka	Diagnóza	Počet případů	Počet pracovních dnů	Počet případů na 100 000 pracovníků	Poměr relativní četnosti žen k mužům	Průměrné trvání 1 případu ve dnech			Průměrný denní stav práce neschopných na 100 000 pracovníků
						celkem	muži	ženy	
430	subarachnoidální krvácení	856	75 717	13	0,5	88,5	87,3	91,4	3
431	mozkové krvácení	766	48 078	11	0,6	62,8	75,0	36,3	2
432	mozkový infarkt s okluzí mimolebeč. tepen	147	6 799	2	0,7	46,3	62,0	17,5	2
433	mozková trombóza	729	50 036	11	0,6	68,6	73,1	59,9	2
434	mozková embolie	239	14 833	3	1,3	62,1	83,1	38,6	1
435	intermit. mozková ischemie	1336	81 676	20	0,5	61,1	65,8	50,0	3
436	akutní cévní onemocnění mozku nepřesně určené	1527	137 791	22	0,5	90,2	97,0	72,9	6
437	generál. ischem. cévní onemocnění mozku	406	26 278	6	1,0	64,7	54,2	79,6	1
438	jiné a nepřes. defin. cévní onemocnění mozku	2766	190 763	40	0,5	69,0	75,8	53,5	8
430-- 438	Cévní nemoci CNS celkem	8772	631 791	128	0,6	72,0	78,1	58,7	25

**J. VRBÍK / VÝZNAM ÚDAJŮ O INCIDENCI CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD PRO JEJICH REHABILITACI**

**Tab. 6. Ukončené případy pracovní neschopnosti u cévních onemocnění CNS v ČSSR v r. 1978**

stat. značka	Diagnóza	Počet případů	Počet pracovních dnů	Počet případů na 100 000 pracovníků	Poměr relativní četnosti žen k mužům	Průměrné trvání 1 případu ve dnech			Průměrný denní stav práce neschopných na 100 000 pracovníků
						celkem	muži	ženy	
430	subarachnoidální krvácení	835	69 493	12	0,6	83,2	83,7	82,1	3
431	mozkové krvácení	756	53 272	11	0,5	70,5	76,5	58,4	2
432	mozkový infarkt s okluzí mimolet. tepen	115	6 649	2	0,5	57,8	58,9	55,3	3
433	mozková trombóza	818	70 714	12	0,5	86,4	100,6	64,7	1
434	mozková embolie	265	16 695	4	0,8	63,0	65,6	58,9	4
435	intermit. mozkové ischemie	1679	99 220	24	0,7	59,1	63,8	49,9	7
436	akut. cévní onemocnění mozku nepřesně určené	1910	169 692	28	0,4	88,8	89,9	85,7	1
437	general. ischem. cévní onemocnění mozku	442	29 444	6	0,3	66,6	65,8	69,4	8
438	jiné a nepřes. defin. cévní onemocnění mozku	2733	201 965	39	0,6	73,9	78,8	63,9	28
430— 438	Cévní nemoci CNS celkem	9553	717 144	139	0,5	76,1	79,8	65,0	

## J. VRBÍK / VÝZNAM ÚDAJŮ O INCIDENCI CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD PRO JEJICH REHABILITACI

pat ze statisticky ukončených případů pracovní neschopnosti a výskytu cévních příhod mozkových. První sloupec v nich udává počet případů pracovní neschopnosti, druhý počet prstonaných dnů (oboje je v absolutních číslech), třetí sloupec je počet případů pracovní neschopnosti na 100 000 pracovníků, čtvrtý relativní četnost žen k mužům, následující tři sloupce (tj. pátý až sedmý) průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti celkem, dále pro muže a pro ženy. Poslední sloupec je tzv. průměrný denní stav práce neschopných připadající na 100 000 pracovníků. Je to číslo informující o tom, jaký počet je denně během celého roku v pracovní neschopnosti pro uvedenou diagnózu. Jednotlivé vodorovné řádky přinášejí tyto údaje pro příslušné diagnostické položky podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti (v těchto tabulkách podle její 8. decenální revize), poslední řádek pro celou skupinu cévních mozkových příhod.

Protože uvedené statistiky jsou předmětem předepsaných rozborů a podle nich se mají navrhopvat a uskutečňovat příslušná další opatření pro zlepšení léčebně preventivní péče, zdůrazňuje tento příspěvek uvedené skutečnosti, a to zvláště z toho důvodu, že uvedený vzrůst cévních příhod mozkových mezi příčinami pracovní neschopnosti a invalidity nebyl dosud v souvislosti s jejich rehabilitací u nás náležitě akcentován. Lze právem předpokládat, že všemi uvedenými okolnostmi je možno účinně argumentovat zvláště při prosazování a zavádění tzv. cerebrovaskulárního programu [Bartko, 1] a s ním nedílně související komplexní rehabilitace těchto nemocných, zvláště když takto postižení patří výlučně do tzv. produktivní části populace.

### LITERATURA

1. BARTKO, D.: Cerebrovaskulární program. Čsl. neurol. a neurochirurg., 44, 1981, č. 5, s. 280 — 288.
2. GOLDSTEIN MURRAY et al., Ed.: Cerebrovascular Disorders and Stroke, Advances in Neurology, vol. 25, Raven Press, 406 s., 1979.
3. ÚSTAV zdravotnických informací a statistiky. Praha, Bratislava; ČSSR zdravotnictví.
4. ÚSTAV zdravotnických informací a statistiky. Praha: Hospitalizování. 1981. Zdravotnická statistika ČSR, 1983, sv. 22, s. 39.
5. ÚSTAV zdravotnických informací a statistiky, Praha: Zdravotnická statistika ČSSR. Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz.
6. ÚŘAD důchodového zabezpečení v Praze (Bratislavě), dříve MPSV ČSR, SSR: Statistika příčin invalidity.

Adresa autora: J. V., Vostrovská ul. č. 23, 160 00 Praha 6

И. Врбик  
ЗНАНИЕ ДАННЫХ О СОВПАДЕНИИ СОСУДИСТЫХ ИНСУЛЬТОВ ДЛЯ ИХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Резюме

В статье обращается внимание на возможность оперативно использовать данные статистики временной нетрудоспособности и данные статистики причин инвалидности для количественного выражения объема потребностей комплексной реабилитации даже у инсультов. Удельный вес, выпадающий на эти заболевания пока все



## **J. VRBÍK / VÝZNAM ÚDAJŮ O INCIDENCI CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD PRO JEJICH REHABILITACI**

нарастал. Вследствие того повышаются и требования к их реабилитации. По приведенным, легко доступным и убедительным данным можно, таким образом, вывести и обосновывать требования к комплексной реабилитации состояний после инсультов мозга.

*J. Vrbík*

### **THE IMPORTANCE OF DATES ABOUT THE INCIDENCE OF CEREBRAL STROKE FOR ITS REHABILITATION**

#### **S u m m a r y**

This contribution is calling attention to the possibility to use operatively the dates from statistics of temporary working inability and from statistics of the causes of invalidity for the quantitative extent of the needs of complex rehabilitation also in cerebral strokes. The share of this disease is steadily increasing. Therefore are the demands of its rehabilitation also greater. Accordingly can from the convincing and easily available dates requirements for complex rehabilitation of conditions after cerebral stroke be derived and motivated.

*J. Vrbík*

### **DIE BEDEUTUNG DER DATEN ÜBER DIE HÄUFIGKEIT VON GEHIRN-GEFÄßSCHÄDEN FÜR DEREN REHABILITATIONSBEHANDLUNG**

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

In diesem Beitrag wird auf die Möglichkeit hingewiesen, die in der Statistik über vorübergehende Arbeitsunfähigkeit sowie in der Statistik der Invaliditätsursachen erfaßten Daten für eine quantitative Darstellung des Umfangs des Bedarfs an komplexer Rehabilitationsbehandlung auch von Gehirngefäßschäden zu nutzen. Der Anteil dieser Arten von Erkrankung ist bislang stetig gewachsen. Daher steigen auch die Anforderungen hinsichtlich ihrer Rehabilitationsbehandlung. Anhand der genannten leicht zugänglichen und zugleich verlässlichen Daten ist es daher möglich, die Anforderungen bezüglich einer komplexen Rehabilitationsbehandlung von Patienten nach Gehirngefäßschäden rationell zu berechnen und zu begründen.

*J. Vrbík*

### **IMPORTANCE DES DONNÉES SUR L'INCIDENCE DES APOPLEXIES CÉRÉBRALES VASCULAIRES POUR LEUR RÉÉDUCATION**

#### **R é s u m é**

L'article traite la possibilité de profiter de façon opérative des données de la statistique sur l'incapacité de travail temporaire et de celle causant l'invalidité dans le but d'exprimer l'étendue quantitative des nécessités de rééducations complexes aussi chez les apoplexies cérébrales vasculaires. Cependant, la partie incombant à ces maladies augmentait sans cesse. De ce fait, les prétentions pour leur rééducation augmentent aussi. Selon les données mentionnées facilement accessibles et convaincantes, il est donc possible de déduire rationnellement et de justifier aussi les exigences sur la rééducation complexe des états après les apoplexies cérébrales vasculaires.

---

## POKYNY PRE DOPISOVATELOV

1. Príspevky musia byť písané strojom na jednej strane papiera formátu A/4.
2. Príspevky musia byť stručné, štylisticky a jazykove správne upravené. Každý rukopis sa podrobí jazykovej úprave.
3. Nadpis článku musí vyjadrovať stručne rozobranú tematiku.
4. Mená autorov sa uvádzajú bez akademických titulov s uvedením pracoviska.
5. Práce zaslané na uverenie musia byť schválené vedúcim pracoviska.
6. Pri pôvodných prácach treba uviesť základnú literatúru.
7. Redakcia si vyhradzuje právo na úpravu prác bez dohovoru s autorom.
8. Redakcia si vyhradzuje právo určiť poradie uverejnenia a právo konečnej úpravy do tlače.
9. Fotografický materiál a kresby musia byť dodané vo vhodnom prevedení pre tlač.
10. Práce, ktoré nebudú vyhovovať týmto požiadavkám, redakcia vráti autorom na doplnenie.
11. Práca musí obsahovať stručný súhrn v rozsahu 10 — 15 riadkov písaných strojom, napísaných v 5 exemplároch, každý na osobitnom liste papiera, pre cudzojazyčné súhrny. Cudzojazyčné súhrny zadováži redakcia.
12. Citácia literatúry musí byť uvedená podľa platných medzinárodných zvyklostí. Napr. Rehabilitácia 1, 20—25, 1968 (t. j. ročník, strany a rok).
13. Práce publikované v časopise „Rehabilitácia“ sa honorujú.

**POKUS O ZLEPŠENÍ VÝSLEDKŮ KONZERVATIVNÍHO LÉČENÍ SKOLIÓZ**

+ Z. KUBÍN

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

*Souhrn:* Hodnocena soustavná rehabilitace u 23 osob se skoliózou nestrukturální, u 56 osob se skoliózou strukturální, idiopatickou juvenilní a adolescentní. Odkazuje se na vlastní záznam hodnocení páteře, k němuž přispívá i použití měřidla vlastní výroby s možností měřit výši paravertebrálního, kostálního valu i úhly lopatek, sklon krční a bederní páteře i pánve. Autor předkládá vybranou osnovu cvičení užitého v konzervativním léčení, kdy Milwaukee korzet nasadil u skolióz s Cobbovým úhlem větším 20 stupňů. Přes postup, který zvolil na svém oddělení v ambulantní péči konstatuje skoro žádné zlepšení v bezmála polovině sledovaných případů a dokonce zhoršení u 9 osob. Příčinu neúspěchu spatřuje ve špatné spolupráci především se strany postiženého a jeho okolí, v důsledku podceňování závažnosti skoliózy pro další život.

*Klíčová slova:* Skoliózy — rehabilitační program — měřidlo — osnova cvičení.

Skoliotická choroba (dle Lánika a spol.) (2), dnes považována za dědičnou s multigenním přenosem typu autosomálně dominantního (4), ohrožuje jedince nejen po celou dobu kosterního růstu, ale u těžších křivek III. a IV. stupně i po něm, byť ne již rychlým, ale plíživým způsobem. Svému nositeli mimo kosmetický handicap přináší především restriktivní poruchu dechová funkce s patologickou distribucí vdechovaného vzduchu (5, 6), což je sledováno alveolární hypoventilací, vedoucí k arteriální hypoxemii a hyperkapnií (1). Mnozí hodnotili, že takto ukracuje průměrný věk a již v jeho středním pásmu sužuje bolestivými pocity nejen v oblasti páteře a kostovertebrálních kloubů, ale i bolestmi ve svalech a kloubech někdy skolióze vzdálených.

V léčebné rehabilitaci si všímáme skolióz z toho důvodu, že naše prostředky jsou součástí všech metod terapie. Jsou nám pochopitelně známy extrémní názory přeceňující nebo zase podmiňující naše možnosti.

Na oddělení léčebné rehabilitace Fakultní nemocnice KÚNZ v Plzni respektujeme stanovisko, že každá skolióza potřebuje vlastní terapii a že neexistuje univerzální návod léčebného postupu. Zavedli jsme vlastní záznam hodnocení páteře (tab. 1), který v údajích postihuje důležité parametry, mající vztah k posturální situaci. Vedla nás k tomu ta skutečnost, že k léčebné rehabilitaci jsou posílány děti nebo mladiství z různých úrovní záchyty tak, že diagnóza byla stanovena většinou aspekty bez dalšího hodnocení a bez provedení rtg snímku. Je s podivem, že ač se naše odborná

## Z. KUBÍN / POKUS O ZLEPŠENÍ VÝSLEDKŮ KONZERVATIVNÍHO LÉČENÍ SKOLIÓZ

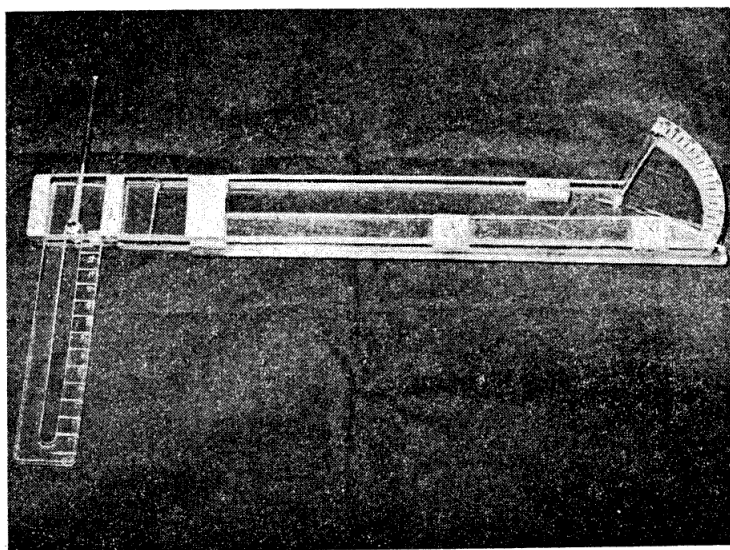
Tab. 1. Pracovní záznam o vadě páteře.

Jméno :	datum nar.	bydliště :
dat.pohl.zr.:	dat.zjišť.vady	kdo zjistil:
konst.typ:	elast.kůže	kožní skvrny:
DG		
Datum	Datum	
Výška	Váha	
držení hlavy	hrudník	
žebra	ramena	
lopatky	dýchání	
obvod hrudi	obvod břicha	
Crampton		
Maplová osa C		
sklon lopat.		
sklon pánve		
sklon trupu		
olovnice		
linie boků		
fen.předbíhá		
Schober		
Stibor		
lateroflexe		
Thomayer		
plochonoží		
later.val		
břišní svaly		
lordosa L	Cobb úhel	
genua	Nash	
chůze	trap.	trap.
souhyb HK	lev.	lev.
souhyb pánve	SCM	SCM
m.glut.medius	pect.	pect.
m.glut.maxim.	Q.L	Q.L.
vrchol	erect.	erect.
	illop.	illop.
	R.F.	R.F.
	T.F.L.	T.F.L.
	add.	add.
	tric.	tric.
	ham.	ham.

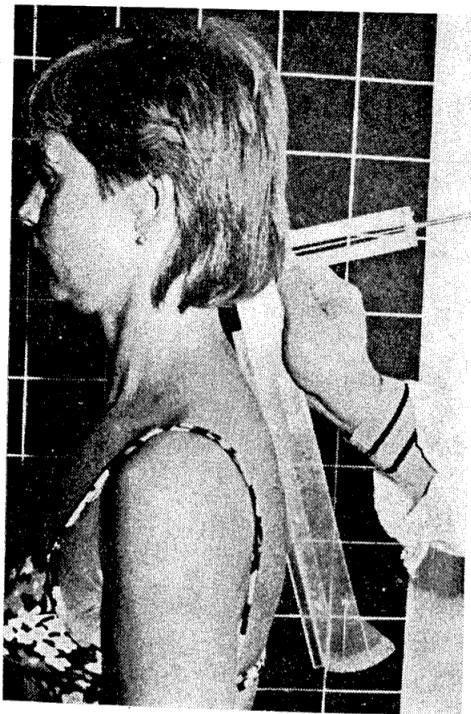
literatura zabývá skoliózou v poslední době více a spondylologická komise ČSOCHT již řadou závěrů vyznačila cestu, kterou se má ubírat péče o skoliotiky, zatím vlastní opatření v terénu nepřekročila rámec proklamovaných usnesení a ani terminologie navržená prof. dr. Vlachem [7] není jednotně užívaná. Je proto logické, že suplujeme-li v konzervativní terapii hlavní část péče, a to včetně hodnocení stavu, ba dokonce kontrolních vyšetření, museli jsme k tomu zvolit jistá sledovatelná kritéria, schopná i kódového nebo numerického vyjádření. Tak jsme pokročili od všeobecných záznamů k hodnocení držení hlavy, tvaru hrudníka, uložení žeber, postavení ramen, lopatek, typu dýchání, obvodu hrudníku k části speciální, která řadou údajů kontroluje proměření naše vyšetření aspektů. Hodnocení podle Cramptona, olovnicí, sledování linie boků bylo snadné. Pro hodnoty dle Maplové a hodnocení paravertebrálníhovalu jsme potřebovali však přesnější údaje bez hrubších chyb. Vznikl tím úmysl sestrojení měřidla, které poskytuje celkem spolehlivé údaje o úhlu sklonu C páteře, úhlu lopatek, sklonu pánve dle postavení processus spinosi k vertikále a o úhlu trupu uloženého nad pánví. Úkolu se zhostili dr. Jiroušek a ing. Hořejší v rámci komplexní racionální zační brigády. (obr. 1 — 7).

Do pracovního záznamu o vadě páteře jsme zařadili dále běžné hodnoty hybnosti, údaje o typu chůze, vadě dolních končetin, o zkrácených svalectech dle Jandy, hodnocení Cobbova úhlu a rotace podle Nashe a Moe. Hodnocení podle Mehtyové [3] jsme pro naši sestavu neprováděli, protože některé snímky nebylo možno znovu získat k přeměření rotace, když v začátku byly hodnoceny podle Nashe, a proto jsme v hodnocení do dokončení sestavy již setrvali.

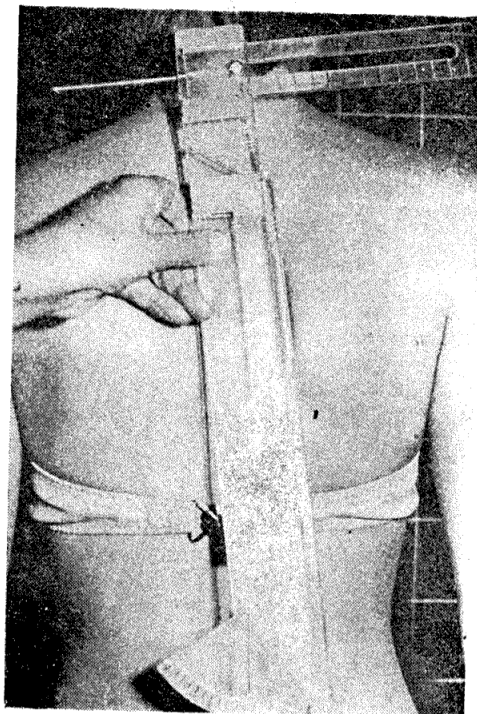
Z naší dokumentace je patrné, že záchyt postižení páteře a odeslání k rehabilitaci dělá především pediatr (tab. 2), pak jsou to hned sami rodiče, kterým se páteř nepozdává, a ti upozorňují zdravotní službu a staví požadavek léčení.



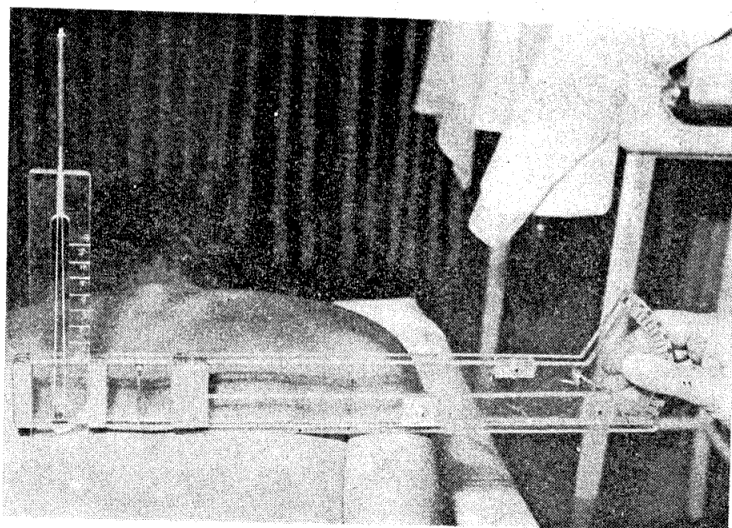
Obr. 1. Měřidlo



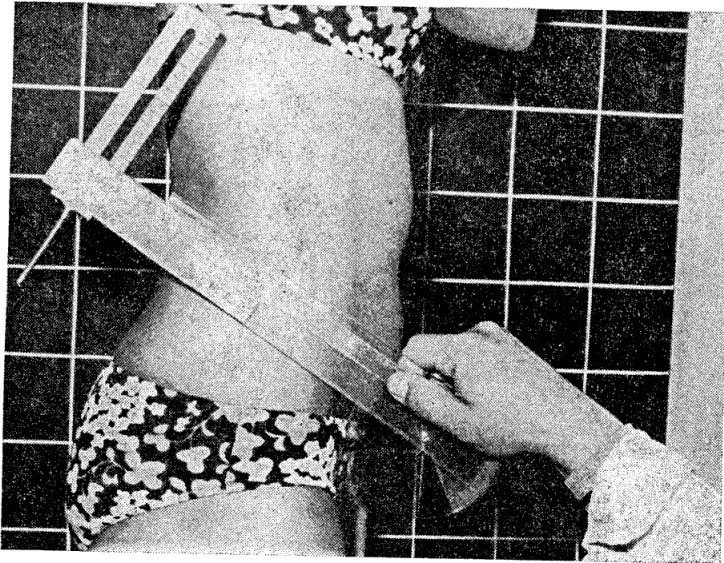
Obr. 2. Měření úhlu páteře s vertikálou  
— normálně 5 st.



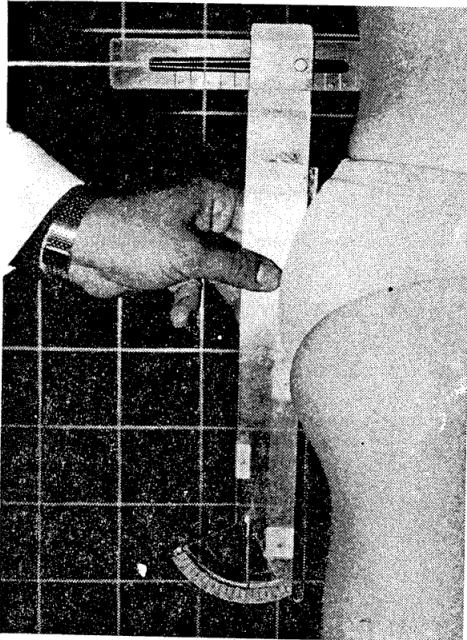
Obr. 3. Měření úhlu vnitřního okraje lopatky s vertikálou — normálně 10 st.



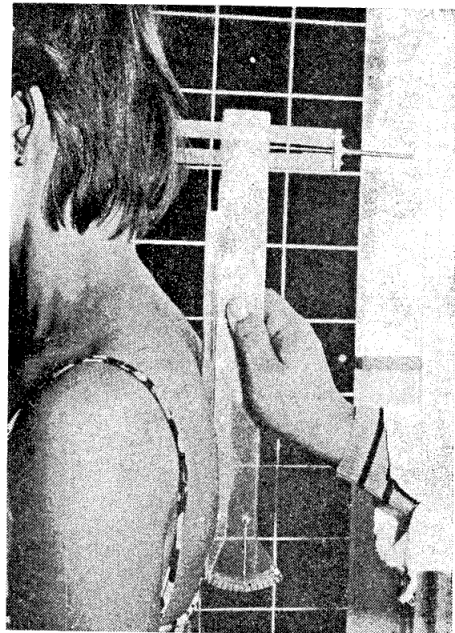
Obr. 4. Měření paravertebrálního valu



Obr. 5. Měření úhlu proc. spinosi s vertikálou — normálně 60 st.



Obr. 6. Měření lordózy bederní — normálně 2,3 cm



Obr. 7. Měření fleche dle Forestiera modifikované měřidlem



Tab. 2. První záchyt skoliózy.

Způsob zjištění	STRUKTURÁLNÍ	NESTRUKTURÁLNÍ
	S	SKOLIOSA C
ORTOPÉD	9	3
PEDIATR	20	6
ŠKOLNÍ LÉK.	8	5
REHAB. LÉK.	2	—
RODIČE	17	9

Ne zanedbatelným a varovným zjištěním je, že od stanovení diagnózy u chlapců průměrného věku 11,6 roku a děvčat 10,4 roku trvá v rozmezí 1 — 16 měsíců, průměrně však 3 měsíce, než se zahájí skutečně nějaké léčení. Mladiství jsou převážně normosomatičtí nebo astheničtí, pykniků v obou skupinách strukturálních i nestrukturálních skolióz bylo poměrně málo. Do naší péče přišlo v letech 1977 — 1981 23 osob se skoliózou nestrukturální (tab. 3) (7 hochů a 16 dívek) průměrného věku 11,1 roku (nejmladší 6 let, nejstarší 15 let) a 56 osob se skoliózou strukturální (tab. 4), většinou idiopatickou (20 hochů, 36 dívek) průměrného věku 11,6 roku (u chlapců a 10,4 roku u děvčat; nejmladší 5 let, nejstarší 16 let). Tyto naše pacienty jsme sledovali soustavně 3 roky.

Časté zkrácení tkání u skolióz, kontraktury a nedostatečná svalová síla, zřejmě rozdíl v zapojení jednotlivých svalových skupin, ale i změny v oblasti hrudníku vedly k vypracování zásad komplexního rehabilitačního postupu podle vlastního rozboru. Tyto zásady pak rozváděla rehabilitační pracovnice v průběhu terapie tvůrčím způsobem.

Pokud byla ordinována trakce, souhlasili jsme s vývěsem na žebřinách po dobu 30 sekund opakovaně. Prosté polohování na břicho jsme užili u lehčího stupně kyfózy, s vypodložením ramen a úměrným zatížením na vrcholy kyfózy u forem těžších. Prosté polohování na boku jsme doporučili jen u lehčích forem skoliózy, ale již s vypodložením prostěradly nebo válci a poloválcí v místě vrchlu tam, kde Cobbův úhel osciloval nebo přesahoval 10 st. Vždy bylo respektováno, aby spodní končetiny se nevychylovaly z osy a dolní byla protažena v pokračování trupu. Relaxaci jsme považovali vždy za vhodnou a její navození prováděli formou nižšího stupně autogenního tréninku. Nevyloučili jsme ani masáž k odstranění zvýšeného napětí některých svalových skupin prvky klasickými, protahováním a hnětáním do délky spolu s protažením kůže, podkoží i svalové masy. Cviky aktivní, symetrické a izometrické jsme volili v základní poloze na břicho s podložením na vyrovnání lordózy bederní, při lehu na zádech s podsazenou pávní a přiloženou páteří, dále v podpoře klečmo, v sedu na patách a obkročném sedu na švédské lavičce raději než v sedu tureckém, kdy pánev rotuje. Asymetrické cviky jsme použili ojedinele a výhradně na vytčenou ordinaci lékařem v záměru na uvolnění křivky. Kontroly pak byly častější, aby bylo ihned fixováno dosažené zlepšení.

K terapii skolióz v rehabilitaci patří i nácvik správného stoje s podsazenou pávní, který jsme začínali vždy u stěny, a dále dechová gymnastika s využitím



## Z. KUBÍN / POKUS O ZLEPŠENÍ VÝSLEDKŮ KONZERVATIVNÍHO LÉČENÍ SKOLIÓZ

**Tab. 3.** Vrchol a strana skoliotického zakřivení.

NESTRUKTURÁLNÍ

DXT	Vrcholový obratel	SIN
Th6	Th6	
Th7	Th7	
Th8	Th8	
Th9	Th9	
Th10	Th10	
Th11	Th11	
Th12	Th12	
L1	L1	

**Tab. 4.** Vrchol a strana skoliotického zakřivení.

STRUKTURÁLNÍ

DXT	Vrcholový obratel	SIN
Th6	Th6	
Th7	Th7	
Th8	Th8	
Th9	Th9	
Th10	Th10	
Th11	Th11	
Th12	Th12	
L1	L1	

■ zlepšen    ▨ zhoršen    □ nezlepšen

■ zlepšen    ▨ zhoršen    □ nezlepšen

lokalizovaného dýchání a jógovými prvky. Užili jsme i cviků sunutí vpřed, hadovitého vlnění a lezení mimochoďníkem z metodiky Klappovy, kdy u těžších gibů jsme volili jednostranná provedení se zdůrazněním ke straně zakřivení. Spinální cvičení jsme užili především cíleně ke zvýšení rozsahu pohyblivosti v požadovaném úseku páteře, ale rovněž přísně individuálně podle ordinace lékaře, stejně jsme postupovali u spinálních cviků prováděných asymetricky k ovlivnění křivky skoliózy.

Při aplikovaném korzetu Milwaukee v konzervativním léčení jsme užili v celém rozsahu cvičební jednotky zpracované při ortopedické klinice v Brně.

Užitý rehabilitační postup v terapii juvenilních a adolescentních skolióz byl na oddělení prováděn zprvu denně, po navození sledovaných cvičebních návyků pak již v prodloužených časových intervalech dohledu rehabilitační pracovníci. Doba dohlídek však nikdy nebyla delší než 3 týdny u vyspělých cvičenců a vždy se patřičně zkracovala až k denním návštěvám tam, kde v průběhu našeho sledování došlo k nějakému tělesnému oslabení. Milwaukee korzet byl založen v případech, kde Cobbův úhel přesáhl 20 stupňů, kde byl přítomen paravertebrální val vyšší než 1 cm a když v průběhu rehabilitace

## Z. KUBÍN / POKUS O ZLEPŠENÍ VÝSLEDKŮ KONZERVATIVNÍHO LÉČENÍ SKOLIÓZ

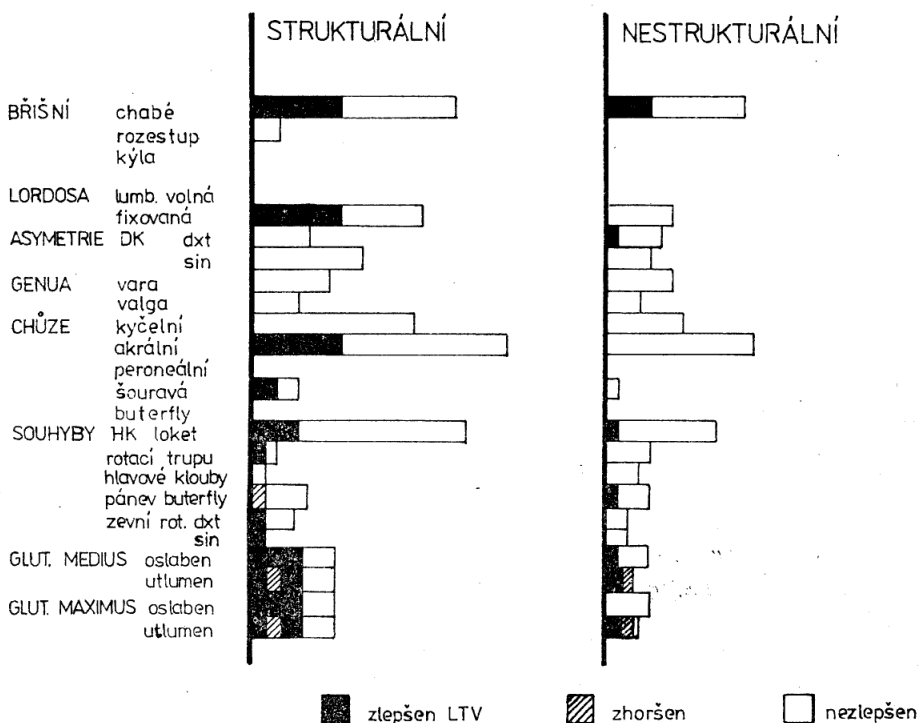
se progresivně horšil úhel skoliózy nejméně ke 20 stupňům, což se stalo v 9 případech.

Naše počáteční zjištění byla optimistická pro námi zavedený režim rehabilitační terapie. Dařilo se vylepšit hodnoty Crampton i Maplové parametrů, zlepšily se výsledky měření olovnicí, ovlivnila se asymetrie pánve, rozvolnila a změnila bederní lordóza, podařilo se zlepšit chůzi i souhyb horních končetin, posílit svalstvo gluteální, vytáhnout zkrácené struktury svalové. (tab. 5).

To všechno ukazuje k jednomu — že máme skoliotiky s velmi dobrým držení těla, kdy prostý pohled laika neodhalí kosmetickou vadu, ale rentgenogram neúprosně kreslí skoliotickou křivku. Nepodařilo se nám vytěsnit návyk břišního dýchání, jeví se jako pevně fixovaný k jedinci. Hodnocení a soustavné sledování Cobbova úhlu pak dle tabulky ukázalo vylepšení ve 23 případech, ale zhoršení u 7 osob. V oněch vysloveně nezdařených případech 5 dívek a 2 chlapců jsme konstatovali liknavý přístup mladistvých i rodičů k cvičení i navozenému režimu. Tato skutečnost však nemůže být omluvou, neboť dokazuje, že naše argumentace k tomu byla málo úspěšná a že se ani lékaři ani rehabilitační pracovníci nezdařila správná motivace pro vlastní rehabilitaci nám svěřeného jedince.

Zvláštní útěchu neposkytne ani 26 dalších případů, kdy nedošlo k zhoršení ani ke zlepšení skoliózy.

Tab. 5. Skoliózy — graficky vyznačené patologické hodnoty a jejich ovlivnění terapií.



## Z. KUBÍN / POKUS O ZLEPŠENÍ VÝSLEDKŮ KONZERVATIVNÍHO LÉČENÍ SKOLIÓZ

Máme za to, že skolióza páteře jako chorobná jednotka není laickou veřejností, ale ani zdravotníky brána s patřičnou vážností. Vad páteře, držení a stoje v poslední době v hypomobilní civilizaci tak přibýlo, že jsou pokládány za běžné důsledky nošení tašek na řemeni přes rameno, za projev „klackovitých let“ a volný splývavý oděv poslední módy, který zahalil kontury těla a skryje lecjakou disproporcí, kterou nemilosrdně odhalí jen plavecký úbor. Vada páteře a především skolióza vyžaduje spolupráci lékaře, školy, rodičů, rehabilitačního pracovníka a především samotného nositele tohoto postižení. Selže-li jeden článek tohoto řetězu, je úspěch minimální. Důvodů pro selhání je přitom více než důvodů pro úspěch.

Konzervativní terapie skolióz vyžaduje čas, trpělivost, důslednou a soustavnou práci, tedy faktory, které akcelerace moderní doby již jistou formou paralyzuje ve výše uvedených člancích. Přistoupí-li k tomu skutečnost, že skolióza bezprostředně svého nositele neohrožuje, je pro 14-letého mladistvého výše průměrného věku skoliotika 46 let ještě za horizontem života, který mu dosud skrývá jeho dechové a další obtíže.

### LITERATURA

1. KAZMIN, A. I., MALOVA, N. N., KAPUSTINA, G. M.: Funkce zevního dýchání u skoliotiků. Acta Chir. orthop. Traum. čech., 41, 1974, č. 2, s. 121 — 126.
2. LÁNIK, V., URBÁNKOVÁ, H., SOJAKOVÁ, M., RUPCOVÁ, A.: Príspevok k problematike depistáže detí vo včasnom štádiu skoliózy. Acta Chir. orthop. Traum. čech., 44, 1975, č. 5, s. 423 — 430.
3. MEHTA, M. H.: Radiographic Estimation of Vertebral Rotation in Scoliosis. J. Bone, Jt. Surg. (Lond.), 55, 1973, č. 3, s. 513 — 520.
4. MONGRID — NOKONIECZANIA, J., KOZŁOWSKI, B.: Rodzinne występowanie idiopatycznych skrzywień kregoslupa. Chir. Narz. Ruchu, 41, 1976, č. 2, s. 161 — 165.
5. VARMUŽKOVÁ, J.: Anesteziologická problematika při operační léčbě skolióz. Acta Chir. orthop. Traum. čech., 45, 1978, č. 3, s. 279 — 282.
6. VARMUŽKOVÁ, J., VLACH, O.: Změny plicních funkcí u nemocných se skoliózou. Acta orthop. Traum. čech., 46, 1979, č. 3, s. 220 — 233.
7. VLACH, O.: K terminologii skolióz. Acta Chir. orthop. Traum. čech., 44, 1977, č. 5, s. 437 — 439.

† З. Кубин

ПОПЫТКА УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОЗОВ

Резюме

Обсуждается систематическая реабилитация 23 лиц с бесструктурным сколиозом, 56 лиц со структурным, идиопатическим ювенильным и подростковым сколиозом. Отсылка к собственной записи обсуждения позвоночника, чему способствует и приращение измерительного прибора собственного производства с возможностью измерять высоту паравертебральной, реберной губы и углов лопаток, наклон шейного

## Z. KUBÍN / POKUS O ZLEPŠENÍ VÝSLEDKŮ KONZERVATIVNÍHO LÉČENÍ SKOLIÓZ

и бедренного позвоночника и доханки. Автор предлагает избранную программу упражнений, примененную в консервативном лечении, где корсет Милуоки использовался при сколиозах с углом Кобба больше 20 градусов. Несмотря на прием, избранный им в отделении амбулаторного лечения, он констатирует почти ничтожное улучшение в почти половине исследуемых случаев, и даже ухудшение у 9 больных. Причину неудачи автор видит в недостаточном сотрудничестве прежде всего пострадавшего и его окружающей среды, в результате недооценки жесткости сколиоза для дальнейшей жизни.

+ *Zd. Kubín*

TRIAL FOR THE IMPROVEMENT OF RESULTS IN CONSERVATIVE THERAPY OF SCOLIOSIS

### Summary

We evaluated systematic rehabilitation in 23 patients with non-structural scoliosis, in 56 persons with structural, idiopathic juvenile and adolescent scoliosis. Presented are our own records of the evaluation of the spine with the use of a gauge of our own construction enabling to measure the paravertebral costal muscle and the angle of the shoulder blades, the angle of deviation of the cervical and lumbar spine and the pelvis. The author presents a programme of exercises applied in conservative therapy when a Milwaukee corset was fixed in scoliosis with Cobb's angle greater than 20°. In spite of the method chosen at the Department for Outpatients it can be stated that there was almost no improvement in nearly half of the treated cases, and even a deterioration in 9 patients. The cause of failure can be seen in the inadequate collaboration, particularly by the patients and his environment in consequence of an underestimation of the consequences of scoliosis in the course of life.

+ *Zd. Kubín*

EIN VERSUCH ZUR VERBESSERUNG DER ERGEBNISSE DER KONSERVATIVEN BEHANDLUNG VON SKOLIOSEN

### Zusammenfassung

Berichtet wird über die systematische Rehabilitationsbehandlung von 23 Personen mit struktureller Skoliose, juveniler idiopathischer und adoleszenter Skoliose. Dabei wird auf die eigenen Aufzeichnungen der Wertung des Rückgrats hingewiesen, die unter Anwendung eines Meßgerätes eigener Produktion gewonnen wird, das es ermöglicht, die Höhe des paravertebralen, kostalen Damms und die Winkel der Schulterblätter, die Neigung der Halswirbelsäule, der Lenden wirbeln und des Beckens zu messen. Der Verfasser empfiehlt ein grundlegendes Gymnastikprogramm, das bei der konservativen Behandlung angewandt wurde, nachdem man bei Skoliosen mit einem mehr als 20gradigen Winkel das Milwaukee-Korsett angelegt hatte. Trotzdem stellt er fest daß nach der Behandlung mit der von ihm in der ambulanten Betreuung angewandten Methode nahezu bei der Hälfte der beobachteten Fälle fast überhaupt keine Besserung und bei 9 Personen sogar eine Verschlechterung zu verzeichnen war. Die Ursache dieses Mißerfolges besteht seines Erachtens in der mangelhaften Mitwirkung vor allem der Patienten und ihrer menschlichen Umgebung infolge der Unterschätzung der Auswirkungen des Skoliose auf den weiteren Lebenslauf.

## Z. KUBÍN / POKUS O ZLEPŠENÍ VÝSLEDKŮ KONZERVATIVNÍHO LÉČENÍ SKOLIOZ

† *Zd. Kubín*

EXPÉRIENCES AYANT POUR BUT D'AMÉLIORER LES RÉSULTATS DE LA THÉRAPIE CONSERVATIVE DES SCOLIOSES

### Résumé

Evaluation systématique de la réadaptation chez 23 individus affectés de scoliose non structurelle, 56 personnes de scoliose structurelle, idiopathique juvénile et adolescente. On se reporte à l'enregistrement individuel de l'évaluation du rachis où contribue l'application du programme propre avec possibilité de mesure de la hauteur des muscles costaux paravertébraux et les angles scapulaires, l'inclinaison du rachis cervical et lumbosacral et du bassin. L'auteur présente un programme choisi d'exercices appliqués dans la thérapie conservatrice, où utilise le corset Milwaukee chez les scolioses avec l'angle de Cobb supérieur à 20 degrés. Malgré le procédé choisi dans son service de dispensaire, il ne constate presque aucune amélioration chez à peu près de la moitié des cas contrôlés et même l'empirisme chez 9 individus. Il détermine la raison de l'insuccès par la mauvaise collaboration, tout d'abord, de la part de l'affecté et son entourage, du fait de la sous-estimation de la gravité de la scoliose pour la vie future.

K. HEILMANN

### TERAPEUTISCHE SYSTEME

Terapeutické systémy

3. prepr. vyd. *Vydal Ferdinand Enke Verlag Stuttgart, 1983,*  
ISBN 3 — 432 — 88943 — 7

Vo vydavateľstve Ferdinand Enke v Stuttgarte vychádza v roku 1983 relatívne malá monografia, ktorá venuje pozornosť terapeutickým systémom. Autor publikácie profesor Klaus Heilmann sa tu zaoberá otázkami koncepcie a realizácie podávania liečiv. Pri súčasnej explózii informácií o farmaceutických prostriedkoch používaných v dnešnej modernej medicíne je iste potrebné vypracovanie konceptu, akým spôsobom treba postupovať pri podávaní liečiv v rôznych oblastiach medicíny, s prihliadnutím na moderné poznatky. Autor po úvodnej kapitole, v ktorej hovorí o súčasnom postavení výskumu liečiv, venuje v ďalších kapitolách pozornosť otázke definícií, problematike terapeutických systémov z hľadiska všeobecného, ako aj z hľadiska systematického lokálneho použitia. V záverečnej kapitole diskutuje o problémoch terapeutických systémov s uzavretým regulačným okruhom a o ďalších výhľadoch. V závere kni-

hy je uvedená bohatá literatúra a vecný register. Kniha je doplnená početnými ilustráciami, schémami a tabuľkami, ako aj informujúcimi grafmi. Použitie liečiv je neoddeliteľnou súčasťou systému liečby, predovšetkým v oblasti vnútorných chorôb. Rozvoj farmaceutického priemyslu, ako aj explózia moderných liečiv, veľakrát účinných a vefakrát menej účinných, dáva do rúk lekárom v súčasnosti mnohé prostriedky, ktoré majú slúžiť racionálnej a účelnej farmakoterapii.

Heilmannova monografia rieši niektoré závažné otázky terapeutických systémov na základe nových poznatkov s prihliadnutím na účinok lieku pri danej chorobnej jednotke. Je veľmi vhodná pre štúdium všetkým, ktorí sa zaoberajú farmakoterapiou, a iste sa stane dôležitou pomôckou myslenia každého lekára, ktorý využíva farmakoterapiu ako jednu z moderných metód zásahu proti chorobám.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

K. MĚKOTA, P. BLAHOŠ  
**MOTORICKÉ TESTY**

*Prvé vydanie 1983. Vydalo Státní pedagogické nakladatelství Praha*

Státné pedagogické nakladateľstvo v Prahe vydalo v roku 1983 publikáciu oľmouckých autorov doc. Měkotu a doc. Blahuša, ktorá sa zaoberá motorickými testmi ako dôležitým prostriedkom telovýchovnej diagnostiky. Uvedená publikácia súčasne predstavuje vysokoškolskú príručku pre poslucháčov telesnej výchovy a športu. Po predhovore, v ktorom autori vysvetľujú zameranie tejto publikácie, celkom v štyroch kapitolách rozoberajú problematiku merania a testovania, otázky konštrukcií a teórie motorických testov, testovanie motorických schopností a konečne použitie mot. testov v tel. praxi. Piata kap. obsahuje prílohy v podobe tabuliek, rovníc a grafov. Kniha je ukončená bohatým prehľadom literatúry a vecným registrom. V jednotlivých kapitolách je dobrá matematická a grafická dokumentácia a ich spracovanie svedčí o dlhodobých

skúsenostiach obidvoch autorov. Autori, ktorým sú pedagógovia, riešia vo svojej publikácii modernú problematiku motoric. testov z hľadiska teoretického, ale aj praktického s orientáciou na školskú telesnú výchovu, čiastkovo sa zaoberajú aj športom. Ide o prvé monografické spracovanie tejto problematiky v československej literatúre a publikácia iste nájde svoje široké uplatnenie. Veľa informácií nájdu tu telovýchovní pedagógovia, ale aj ostatní odborníci, poslúži samozrejme taktiež poslucháčom fakúlt telesnej výchovy a športu a svojich čitateľov nájde medzi výskumnými pracovníkmi. Rehabilitační odborníci sa iste so záujmom zoznámia so širokou problematikou motorických testov.

Knihu možno získať priamou objednávkou cez Státné pedagogické nakladateľstvo v Prahe (Praha 1, Palackého 9).

*Dr. M. Palát, Bratislava*

P. RÖTHIG, H. BECKER, K. CARL, D. KAYSER  
**SPORT — WISSENSCHAFTLICHES LEXIKON**

Športovo-vedecký lexikon

5. novoprepracované vydanie

*Vydal Hofman — Verlag — Schorndorf 1983, ISBN 3 — 7780 — 4495 — 8*

Vydavateľstvo Hofmann-Verlag v svojom edičnom rade tematicky zameranom na výučbu a výskum v športe vydáva ako 49. — 50. zväzok v piatom prepracovanom vydaní lexikon venovaný problematike vedy v športe. Autorský kolektív vedený prof. Röthigom z Frankfurtu, pripravil pre piate vydanie informačnú príručku, ktorá sa zaoberá niektorými základnými a dôležitými termínmi v športe. Kniha má lexikónový charakter, jednotlivé heslá sú abecedne spracované a toto spracovanie je uvedené na súčasný stav poznatkov. Príslušné definície vyjadrujú výsledok odborných diskusií odborníkov, ktorí sa zaoberajú problematikou športu, výskumu v športe a športovej vedy ako súboru poznatkov, skúseností a metód, ktorých predmetom je šport ako jeden z fenoménov modernej epochy. Lexikon obsahuje okrem heslára zoznam autorov jednotlivých he-

siel, poukazy pre čitateľa, ako má s lexikom narábať, zoznam autorov a zoznam použitých skratiek. Niektoré heslá sú doplnené tabuľkami, obrázkami alebo inou grafickou dokumentáciou.

Prvé vydanie tohto lexikonu vyšlo r. 1972 a za 11 rokov sa tento lexikon dočkal už piateho vydania. Tento fakt samotný svedčí o dôležitosti a potrebe podobných príručiek pre širokú verejnosť. Jednotlivé informácie uvedené na súčasný stav dostávajú sa do širokej masy tých, ktorí majú záujem o túto oblasť ľudskej činnosti.

Je dobrým edičným činom, že vydavateľstvá produkujú podobné lexikony, ktoré sa stali oblúbeným informačným zdrojom nielen pre odborníkov, ale aj pre ostatných, ktorí majú záujem o túto činnosť.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

**METODICKÉ PRÍSPEVKY****REHABILITAČNÍ PŘÍSTUP K TZV. POSTKOMMOČNÍMU SYNDROMU**

J. PEŠL

Rehabilitační oddělení OÚNZ Prachatic  
Přednosta: MUDr. J. Pešl

**Souhrn:** Otřes mozku je definován jako plně reversibilní funkční porucha. Proto musíme považovat termín postkommoční syndrom za nevhodný. Potíže zahrnovaná pod tento obraz (bolesti hlavy, zvracení, závratě) se vyskytují běžně i u úrazů lbi bez poruchy vědomí. Lze je jednoznačně vysvětlit funkčním postižením krční páteře. Nejčastější poúrazové blokády jsou v oblasti C2/3 a v C/Th přechodu. Blokáda C/Th se jeví jako primární po násilné hyperflexi či hyperextenci krční páteře. U 88 nemocných odeslaných jako kommoce bylo jen 68 se skutečnou poruchou vědomí, zbývajících 20 bez poruchy vědomí. U 30 nemocných s otřesem mozku přetrvávaly bolesti hlavy, zvrát a nausea. Stejně potíže přetrvávaly i u 12 osob z 20 s prostým úrazem lbi. U všech postižených prokázána blokáda hlavových kloubů a C/Th. Po manipulaci recidíva potíží celkem u 5 osob. Po opakované manipulaci definitivní úleva. Zdůrazněna možnost spolupráce rehabilitačního lékaře s traumatologem a neurologem u všech úrazů lbi.

**Klíčová slova:** Postkommoční syndrom — poúrazové blokády — porucha vědomí — manipulační léčba — spolupráce traumatologa, neurologa a rehabilitačního lékaře.

Po úrazech lbi přetrvávají často bolesti hlavy, nausea, zvracení a závratě. Tyto potíže bývají neprávem označovány obsolentním termínem postkommoční syndrom, ačkoliv v řadě případů vůbec nešlo o kommoce. Nezřídka je diagnóza otřesu mozku stanovena jen na podkladě poúrazových bolestí hlavy či zvracení.

Pro diagnózu kommoce je nutná přechodná ztráta vědomí s retro — či anterográdní amnézií.

Učebnice vojenské neurologie definuje otřes mozku jako „funkční, akutně vzniklou a plně reversibilní poruchu neuronů. Rozhodující je pohyb likvoru a nárazem na diencefalon a stěny III. komory s vlivem na buněčné membrány retikulární formace, které ztrácejí schopnost polarizace a depolarizace. Membrány se stávají prostupné pro elektrolyty, což je příčinou intracelulárního edému, který dále zhoršuje činnost mozkových buněk“.

Akceptujeme-li tuto definici, pak nemůžeme z poúrazových obtíží vinit kommoce

## J. PEŠL / REHABILITAČNÍ PŘÍSTUP K TZV. POSTKOMMOČNÍMU SYNDROMU

a hovořit o postkommočním syndromu. Přetrvávají-li po úrazu lbi bolesti hlavy, neusea či závratě, pak nešlo o kommoci, ale o kontusi mozku (s ev. průvodním ložiskovým nálezem klinickým či na EEG), nebo jsou zaviněny jiným mechanismem než vlastním poškozením mozku.

Ošetřující lékaři bývají často u pouřazových komplikací v rozpacích. Provádějí se vyšetření k vyloučení pouřazového krvácení, arahnoditid atd. a pokud jsou organické intrakraniální patologické stavy vyloučeny, bývá nemocný považován za aggravanta a s touto nálepkou putuje od lékaře k lékaři. Rozpačitost přístupu ilustruje řada učebnic neurologie i novější data, napr. Quandt-Sommerova z r. 1974 „vyskytují se také nemocní, kteří udávají pouřazové příznaky věrohodně ačkoliv poranění bylo relativně velmi lehké. Velkou roli zde hrají jistě konstituční faktory...“

S racionálnjším přístupem k problematice „postkommočního syndromu“ se setkáváme již v padesátých letech v literatuře neurologické.

V r. 1949 označuje Bärshi-Rechaix tyto obrazy jako cervikální migrénu. Junghanns v *Ärztliche Praxis* v r. 1952 uvádí, že potíže označované jako postkommoční syndrom, jsou ve skutečnosti následky poškození krční páteře. Totéž zdůrazňuje v r. 1955 Gutmann. Stejně tak jak je zdůrazněn úzký vztah mezi úrazem lbi a poškozením funkce krční páteře v práci Terrese a Shapiro z r. 1961 „*EEG in Whiplash Injury*“.

Lewit v učebnici *Manuelle Medizin in Rahmen der Rehabilitation* říká: „...často pozorujeme po traumatu latentní periodu, po níž se pak progresivně rozvíjí posttraumatický syndrom. Patří k tradičním omylům traumatologie, že u většiny poranění trupu, končetin a zvláště hlavy nepozná současné poškození páteře. To je zpravidla přehlédnuto. Za příklad může sloužit otřes mozku. Je snadno pochopitelné, že při působení násilí na lebku se musí počítat s poškozením krční páteře. Při rozměrech a hmotnosti lidské lebky ve srovnání s hmotností krčních obratlů je zřejmé, kde je *locus minoris resistentiae*... Proto není náhodné, že většina poranění krční páteře včetně zlomenin obratlů je průvodním jevem poranění lbi a mozku... otřes mozku... by měl být vždy označen současně za úraz páteře. Přesto je dosud hodnocen jen jako trauma lbi a mozku. Když neurolog nenachází žádné známky poškození mozku a pacient stále udává přetrvávající potíže, je snadno označen za „traumatického neurotika“. Při správném vyšetření páteře a odpovídajících reflexních změn se v takových případech najdou vždy dostatečně objektivizovatelné nálezy, vysvětlující obtíže nemocného. Včasnou terapií tak mohou být odstraněny mnohé komplikace... Při posuzování nemocných po otřesu mozku musíme proto trvat na vyšetření krční páteře. Podobně je tomu při poranění trupu a končetin“.

Hrazdíra ve Speciální neurologii souhlasně uvádí, že „traumatické poškození cervikokraniálního přechodu a krční páteře je velmi časté a zodpovědné za řadu potíží, které jsou mylně interpretovány jako důsledek mozkové kommoce, kontuse, subarachnoideálního krvácení atd. Ve skutečnosti patří k symptomatologii pouřazového cervikokraniálního syndromu“.

Na základě těchto a podobných literárních údajů a naší osobní zkušenosti provádíme u všech úrazů lbi rtg krční páteře. Současně hodnotíme při neurologickém vyšetření i funkční stav krční páteře a po vyloučení traumatické destrukce obratlů provádíme ihned manipulační uvolnění pouřazových blokády.

Po úrazech lbi nacházíme pravidelně blokády v oblasti hlavových kloubů s maximem na C2/3. Současně však téměř vždy zjišťujeme pouřazové blokády C/Th přechodu. Pokud uvolníme jen bloky hlavových kloubů, dochází k recidivám. Je nutné současně uvolnit i blok C/Th. Tuto manipulaci provádíme jako první a nezdívka pozorujeme po tomto zákroku spontánní uvolnění blokády hlavových kloubů. Lze tedy usuzovat, že primárně bývá poškozen cervikothora-



kální přechod. Je zřejmé, že poúrazová hyperflexe či hyperextenze krční páteře má svůj vrchol v C/Th přechodu.

Za kontraindikaci manipulačního zákroku považujeme samozřejmě destrukci obratle nebo tvrdou antalgickou kontrakturu šíjových svalů. I zde však můžeme stav příznivě ovlivňovat reflexní terapií či šetrnými mobilizačními technikami.

O tom, že není třeba se obávat terapeutického rizika u posttraumatických blokád, mluví opět Lewit: „... akutní blokáda má být odstraněna co nejdříve, aby se předešlo komplikacím s chronickým průběhem. Můžeme s plnou zodpovědností prohlásit, že při jemné technice a správné indikaci nezpůsobíme nemocnému žádnou škodu“.

Stejně tak nepovažujeme za kontraindikaci vyšší věk nemocného. Pourazová blokáda u starších osob většinou zhorší vertebrobasiální insuficienci. Uvolnění blokády staršímu pacientovi vždy uleví, zvláště při závrativých stavech.

Pro ilustraci uvádíme soubor 88 nemocných, vyšetřených pro úraz lbi neurologicky a vertebrologicky v 1. 1982 — 83. Průměrný věk nemocných byl 36 let (od 8 do 80 let). Diagnóza kommoce potvrzuje se jen v 68 případech. U zbývajících 20 šlo o prostý úraz lbi s následnými vegetativními projevy.

Ve skupině pacientů s verifikovanou kommocí bylo 30 žen a 38 mužů. 45 % pacientů si stěžovalo na poúrazové bolesti hlavy, 38 % na nauseu a zvracení a 19 % na závratě. Často byly potíže kombinované. Druhý až třetí den po úrazu přetrvávaly podobné obtíže u 30 nemocných, tj. u 44 %. U všech těchto nemocných byly prokázány poúrazové blokády C páteře a C/Th přechodu a uvolněny. S odstupem několika týdnů byli pro recidivující potíže vyšetřeni jen 2. Je třeba obezřetně klasifikovat úrazy lbi a pod diagnózou kommoce zařazovat.

Ve skupině nemocných s prostým úrazem lbi bez kommoce (20 osob) udávalo po 3 dnech od úrazu bolesti hlavy, nauseu či závratě 12 osob (8 žen a 4 muži). Také u nich byly prokázány poúrazové blokády a uvolněny. S přetrvávající cefaleou se na kontrolu dostavila pouze 1 žena. Po opakované manipulaci cefalea ustoupila.

### Z á v ě r

1. Neexistuje postkommoční syndrom. Potíže zahrnované pod tento protiřečící si termín lze jednoznačně vysvětlit funkční poruchou krční páteře.
2. Je třeba obezřetně klasifikovat úrazy lbi a pod diagnózou kommoce zařazovat jen nemocné s prokázanou poruchou vědomí, s retro či anterográdní amnézií. Diagnózu kommoce nelze stanovit jen na podkladě poúrazových bolestí hlavy, nevolnosti či závratí.
3. Všechny stavy po úrazu lbi s přetrvávajícími potížemi by měl spolu s traumatologem a neurologem vyšetřit vždy rehabilitační lékař. Je nutné vyšetřit a uvolnit nejen blokády hlavových kloubů, ale — a to především — C/Th přechodu.
4. Při správné indikaci a terapeutickém postupu nepovažujeme za kontraindikaci vyšší věk nemocného. Poúrazová blokáda zhoršuje téměř vždy reflexně vertebrobasiální insuficienci. Uvolnění blokády nemocnému vždy uleví.
5. Z uvedeného vyplývá, že u všech úrazů lbi by měl rehabilitační lékař spolupracovat s traumatologem a neurologem.

## J. PEŠL / REHABILITAČNÍ PŘÍSTUP K TZV. POSTKOMMOČNÍMU SYNDROMU

### LITERATURA

1. GUTMANN, G.: Schädeltraum und Kopfgelenke. Dtsch. med. Wschr., 80, 1955, s. 1503 — 1505.
2. GUTMANN, G.: Der zervikale Kopfschmerz. Landarzt, 47, 1971, s. 996 — 1007.
3. HRAZDÍRA, Č. L. a kol.: Speciální neurologie. Praha, Avicenum 1980, s. 119 — 120.
4. JUNGHANNS, H.: Bandscheibenverfall und Trauma. Ärztl. Praxis, 1952.
5. Neurologie. Psychiatrie. Dermatovenerologie. Praha, NV 1983, s. 35.
6. LEWIT, K.: Vertebrogenní činitel v rehabilitaci poranění lbi a krční páteře. Rehabilitácia, 6, 1973, s. 95 — 99.
7. LEWIT, K.: Kommoce a krční páteř. Rozhledy v chirurgii, 41, 1962, č. 4, s. 258 — 261.
8. LEWIT, K.: Manuelle Medizin in Rahmen der Medizinischen Rehabilitation. J. A. Barth, Leipzig 1978. 3. vyd. s. 464 — 468.
9. PFALTZ, C. R.: Diagnose und Therapie der Gleichgewichtsstörungen. Schweiz. Med. Wschr., 1956, s. 425.
10. QUANDT — SOMMER: Neurologie, Grundlagen und Klinik. II. Leipzig, VEB Verlag Georg Thieme 1974, 620 s.
11. TORRES, F., SHAPIRO, S. E.: EEG in Whiplash Injury. Arch. Neurol., 5, 1961, s. 28 — 35.
12. ZELENKA, J., JANDA, V.: Cervikoveštibulární syndrom. Čs. otolaryng., 8, 1959, s. 325.
13. ZUCKSCHWERDT, L.: Unfallverletzungen der Wirbelsäule und Beurteilung ihrer Folgen. Dtsch. Med. J., 3, 1952, s. 536.

*Adresa autora:* Dr. J. P., Rehabilitační odd., OÚNZ  
Prachatice

*Й. Пешл*

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОДХОД К Т. НАЗ. ПОСТКОММОЦИОННОМУ СИНДРОМУ

Резюме

Сотрясение мозга определяется как вполне обратимое функциональное расстройство. Поэтому термин посткоммоционный синдром следует считать неподходящим. Затруднения, подводимые под эту картину (головные боли, рвота, головокружения) встречаются обычно и при травмах долей без расстройства сознания. Их можно однозначно объяснить функциональным расстройством шейного позвоночника. Наиболее частые послетравматические блокады встречаются в области C2/3 и в C/Th перехода. Блокада C/Th проявляется в качестве первичной после насильственной гиперфлексии или гиперэкстензии шейного позвоночника. У 88 больных, отправленных как сотрясения, лишь у 68 речь шла действительно о расстройстве сознания, у оставшихся 20 больных расстройства сознания не было. У 30 больных с сотрясением мозга продолжались головные боли, головокружения и тошнота. Те же затруднения продолжались и у 12 из 20 больных с простой травмой доли. У всех пострадавших была доказана блокада головных суставов и C/Th. После манипуляции рецидив затруднений отмечен у 5 больных. После повторной манипуляции окончательное облегчение. Подчеркивается необходимость сотрудничества врача по лечебной физкультуре с травматологом и неврологом во всех случаях травматизации долей.

## J. PEŠL / REHABILITAČNÍ PŘÍSTUP K TZV. POSTKOMMOČNÍMU SYNDROMU

J. Pešl

REHABILITATION IN THE SO-CALLED POST-CONCUSSION SYNDROME

### Summary

Concussion of the brain is defined as a fully reversible functional disorder. The term „post-concussion syndrome“ must therefore be considered as unsuitable. Complaints connected with the above disorder (headaches, vomiting, dizziness) occur usually also in injuries of the skull without disturbances of consciousness. They can be clearly explained as functional affection of the cervical spine. Most frequent are post traumatic blockades in the region of C2/3 and C/Th. The blockade of C/Th manifests itself primary after forced hyperflexion or hyperextension of the cervical spine. In 88 patients dispatched as concussions only 68 showed real disturbances of consciousness, while the remaining 20 patients showed none. In 30 patients headaches, dizziness and nausea persisted. The same complaints were registered in 12 out of 20 persons who had suffered from simple injuries of the skull. In all affected persons blockade of the skull joints and C/Th was diagnosed. After manipulation there was a recurrence of complaints in 5 patients. After repeated manipulation there was a definite alleviation. The collaboration with the rehabilitation physician, the traumatologist and the neurologist is necessary in all cases of head injuries.

J. Pešl

REHABILITATIONSBEHANDLUNG BEI DEM SOGENANTEN POSTKOMMOTIONSSYNDROM

### Zusammenfassung

Die Gehirneschütterung wird als eine völlig reversible funktionale Störung definiert. Daher muß der Terminus Postkommotionssyndrom als ungeeignet angesehen werden. Die unter dieser Bezeichnung zusammengefaßten Beschwerden (Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwindelgefühl) kommen in der Regel bei Schädelverletzungen auch ohne Bewußtseinsstörung vor. Sie lassen sich eindeutig als funktionale Störung der Halswirbelsäule erklären. Die häufigsten posttraumatischen Blockaden befinden sich im Bereich der Wirbel C2/3 und im C/Th des Übergangs. Die Blockade von C/Th ist nach einer gewaltsamen Hyperflexion oder Hyperextension der Halswirbelsäule die primäre Ursache. Bei 88 Patienten, die als Kommotionsfälle eingeliefert wurden, war nur in 68 Fällen eine tatsächliche Bewußtseinsstörung zu verzeichnen, die übrigen 20 blieben ohne Bewußtseinsstörung. Bei 30 Patienten mit Gehirnerschütterung dauerten Kopfschmerz, Brechreiz und Übelkeit an. Die gleichen Beschwerden dauerten auch bei 12 von 20 Personen mit einfachen Schädelverletzungen fort. Bei allen diesen Personen wurde eine Blockade der Kopfwirbeln sowie des C/Th nachgewiesen. Nach der Manipulation war eine Wiederkehr der Beschwerden nur bei 5 Personen zu beobachten. Nach wiederholter Manipulation stellte sich eine endgültige Erleichterung ein. Hervorgehoben wird die Notwendigkeit der Zusammenarbeit des Rehabilitationsarztes mit dem Traumatologen und dem Neurologen bei allen Schädelverletzungen.

J. Pešl

PROGRAMME RÉÉDUCATIF DANS LE SYNDROME DIT POSTCOMMOTIONNEL

### Résumé

La commotion cérébrale est définie comme un trouble fonctionnel réversible. C'est pourquoi le terme syndrome postcommotionnel doit être considéré comme inconvenant.

Les difficultés y comprises (maux de tête, vomissements, vertiges) se manifestent couramment aussi dans les lésions crâniennes sans perte de connaissance. Il est possible de les expliquer de façon déterminée par l'affection fonctionnelle du rachis cérébral. Les blocades traumatologiques les plus fréquents sont dans les régions C2/3 et la partie cervico-thoracique. La blocade de cette partie se manifeste comme primaire après hyperflexion ou hyperextension violentes du rachis cervical. Chez 88 malades avec commotion cérébrale, 68 seulement avec perte réelle de connaissance. Chez 30 patients avec commotion cérébrale, les maux de tête, vomissements et nausées persistaient. Les mêmes troubles se manifestaient aussi chez 12 individus sur vingt avec traumatisme crânien simple. Chez tous les affectés fut démontrée la blocade des articulations entre le crâne et le rachis. Après manipulation, la récurrence des troubles chez 5 patients. Après manipulation répétée, soulagement définitif. Nécessité accentuée de collaboration du médecin de rééducation avec le traumatologue et neurologue dans les traumatismes crâniens.

---

W. KÖNIG, A. BÖHM  
**PSYCHOLOGIE IN DER KRANKENPFLEGE**  
*Psychologie v ošetrovatelství*  
Berlin, VEB Verlag Volk und Gesundheit 1984

Jde o učebnici určenou pro výuku na odborných středních školách pro zdravotnické pracovníky — především zdravotní sestry. Učebnice má celkem deset kapitol. Prvá pojednává o psychologických úlohách v činnosti zdravotní sestry, druhá se zabývá funkcí a strukturou psychických jevů, v dalších se hovoří o posuzování osobnosti nemocného, o všeobecných psychologických problémech choroby, o psychicky změněném chování pacienta a o psychosociálních faktorech za podmínek choroby. Poslední kapitoly rozebírají otázky skupinové situace v nemocnicích a vztah pacient — zdravotní sestra. Věcný řejstřík ukončuje tuto středně rozsáhlou, moderně koncipovanou učebnici pro výuku zdravotních sester. Několik obrázků doplňuje text učebnice. Na závěr jednotlivých kapitol jsou formulovány některé úlohy a

otázky zaměřené na text příslušné kapitoly.

Psychologie a její metody pronikly poměrně rychle do oblasti zdravotnictví a do okruhu jednotlivých úseků práce středních zdravotnických pracovníků. Je to jen důkaz logického vývoje současné medicíny a funkce jednotlivých kategorií středních zdravotnických pracovníků v plnění úloh moderního lékařství. Königova a Böhmova učebnice je dokladem těchto vývojových trendů v oblasti práce zdravotní sestry. Učebnici je nutno uvítat, je dobrou pomůckou pro studium, ale i vlastní práci zdravotních sester, protože nejen informuje, ale i poukazuje na základní psychologické a psychosociální problémy v práci této kategorie středních zdravotnických pracovníků.

Dr. M. Palát, CSc., Bratislava

## NAŠE ZKUŠENOSTI S LÉČENÍM TUHNOUČÍHO RAMENA

Z. KARKAN, K. MIKEŠ, F. VURM, B. MAREŠOVÁ

*Ortopedicko-rehabilitační oddělení ZÚNZ UP Příbram  
Přednosta: MUDr. K. Mikeš*

*Souhrn:* V období březen 1983 — květen 1984 bylo léčeno na ortopedickém oddělení ZÚNZ UP Příbram 18 pacientů se syndromem zmrzlého ramene, označovaným jako adhesivní kapsulitis, v minulosti spíše jako periartthritis humeroscapularis adhesiva. Pacienti byli léčeni dvěma odlišnými metodami: 9 pacientů jsme léčili klasickou metodou — předehřátím tkání parafinem nebo Soluxem a ILTV ramenního kloubu, druhá polovina byla léčena postupným tahem na kladkách za současně transkutánní elektrostimulace. Ve skupině druhé jsme zaznamenali významně lepší terapeutické výsledky.

*Klíčová slova:* Syndrom zmrzlého ramene — aplikace tepla — parafín — solux — pohybová léčba — transkutánní elektrostimulace.

Na každé ortopedické a rehabilitační oddělení přichází mnoho pacientů s tuhoucím nebo již zmrzlým ramenem. Za příčinu se obvykle pokládá adhesivní kapsulitida ramenního kloubu se sraštěním kloubního pouzdra a zmenšením kloubní dutiny. Nemusí to však být příčina jediná, jak prokazuje Binder a spol., kteří prokázali adhesivní kapsulitidu jako příčinu tuhounoucího ramene u 50 % svých pacientů, kdežto u 33 % šlo o rupturu disku rotátorů. Nemoc začíná bolestivostí a postupným omezováním hybnosti ramenního kloubu. Obtíže se stupňují, propagují se difúzně do horní končetiny a do oblastí zad, v nejtěžších případech zcela invalidisují pacienty. Dosud bylo vypracováno a vyzkoušeno několik metod léčení tohoto stavu. V r. 1983 publikoval Rizk a kol. novou metodu, kterou jsme na naše pracoviště převzali. Tato metoda se nám zdá velmi logická a kausální, proto jsme ji vyzkoušeli na ortopedicko-rehabilitačním oddělení ZÚNZ UP Příbram, kde jsou léčeni zejména horníci zatížení náročnou prací v dolech a vystaveni četným drobným traumatům.

### Materiál a metoda

Do našeho souboru bylo zahrnuto celkem 18 pacientů. Všichni nemocní trpěli bolestmi a omezením jednoho nebo obou ramenních kloubů po dobu 14 dní, půl roku i déle. Po tuto dobu pociťovali také bolest při spánku na postiženém boku. Rtg. vyšetřením ramenního kloubu a metodami screeningového vyšetření byly vyloučeny jiné lokální nebo celkové podmínky, které by mohly dělat podobný obraz jako prostá adhesivní kapsulitis. Ze souboru byli vyloučeni pacienti s kostními změnami v oblasti

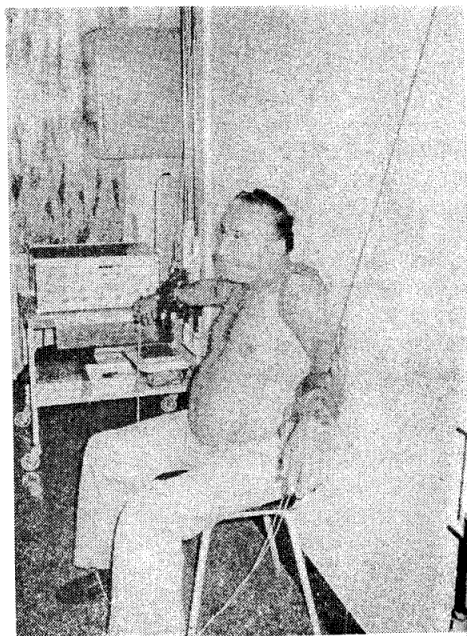
## Z. KARKAN, K. MIKEŠ, F. VURM, B. MAREŠOVÁ/NAŠE ZKUŠENOSTI S LÉČENÍM TUHNOUCÍHO RAMENA

pažního pletence, pacienti s neurologickými komplikacemi a také rheumatici. Kritéria zařazení do souboru byla následující:

- a) bolestivost při abdukci proti odporu
- b) bolestivost při zevní a vnitřní rotaci
- c) maximální pasivní rozsah hybnosti — abdukce 80 st., flexe 90 st.
- d) patologický souhyb lopatky.

Do souboru bylo nakonec zahrnuto celkem 18 pacientů, 8 žen a 10 mužů. Věkový průměr 56 let (43 — 69 let). U 3 nemocných se jednalo o postižení obou ramenních kloubů. Podle typu léčby byli rozděleni do dvou skupin: Skupina A — 9 pacientů, 1× bilaterální postižení — celkem 10 ramen. Skupina B — 9 pacientů, 2× postižení bilaterální — celkem 11 ramen. Před zahájením terapie byl ve všech rovinách změřen rozsah hybnosti a výsledky byly zaneseny do tabulky. Ve skupině A byli pacienti léčeni tepelnými procedurami, po kterých následovalo rozvíjení ramenního kloubu. Terapie byla doplněna celkovou medikamentosní analgetickou terapií. Ve skupině B jsme použili následující terapeutický postup:

1. pacient je usazen na židli ke zdi, na které jsou po jeho obou stranách upevněny kladky. Horní končetiny má volně svěšeny podél těla tak, že jejich osa je paralelně s táhly kladek



**Obr.** Pacient při proceduře, tah oboustranně, vlevo stimulace.

2. elektrody neurostimulátoru TUR RS12—1 jsme umístili v okolí ramenního kloubu v počtu 4, a to následujícím způsobem: 1. do žlábků bicipitálního, 2. nad akromio-klavikulární skloubení, 3. za akromion, 4. distálně od elektrody, 3. o 5 cm
3. používané konvenční stimulace, s frekvencí 50 — 150 Hz, délky 20 mikrosekund, síla impulsu je závislá na mentální toleranci pacienta k prahu bolesti
4. stimulace je zavedena 10 minut před vlastní trakcí a během ní tak, že redukuje pacientův diskomfort během trakce

**Z. KARKAN, K. MIKEŠ, F. VURM, B. MAREŠOVÁ / NAŠE ZKUŠENOSTI S LÉČENÍM TUHNOUCÍHO RAMENA**

5. je aplikována trakce závažím 1 — 2 kg při první léčebné kúře, postupně se váha zvyšuje až na 3 — 5 kg, opět v závislosti na pacientově toleranci
6. při dosažení maximálně tolerované abdukce již další závaží nepřidáváme a ponecháme působit trakci v dosažené poloze po dobu 15 minut
7. po této proceduře je pacient uvolněn z tahu kladek a končetina se vrátí opatrně do připažení
8. v klidu ponecháme pacienta po dobu 5 minut a po této době léčebný postup opakujeme ještě 3× — 4× takže celková doba, kterou působíme tahem trakce, je asi jedna hodina při jednom sezení.

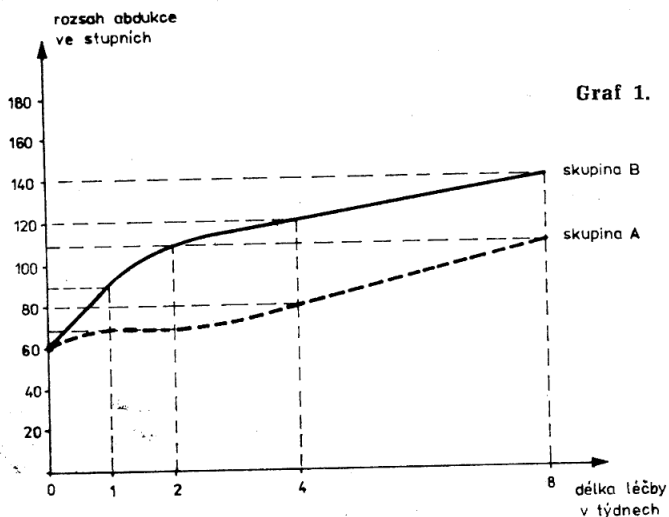
V obou skupinách byla terapie prováděna v prvních 2 týdnech 5× týdně, v dalších 3 týdnech 3× za týden a dle stavu hybnosti a subjektivních obtíží pacienta jsme pokračovali v dalším období i po dobu několika měsíců. Měření byla prováděna na konci každého týdne, měřili jsme průměrné rozsahy hybnosti abdukce, flexe a obou rotací v ramenním kloubu. V obou skupinách jsme nemocným doporučovali samostatné domácí cvičení, zejména cviky abdukce proti odporu.

**V ý s l e d k y**

Metodou A bylo léčeno 9 pacientů — 5 mužů a 4 ženy s věkovým průměrem 56 let. U jednoho muže se jednalo o oboustranné postižení. Průměrné iniciální rozsahy hybnosti jsou uvedeny v tabulce, průměrné rozsahy hybnosti

**Tabulka a graf 1. Závislost rozsahu abdukce na délce léčby oběma metodami**

	skupina	začátek terapie	1. týden	2. týden	4. týden	8. týden
abdukce	A	60 st	70 st	70 st	80 st	110 st
	B	55 st	90 st	110 st	120 st	140 st

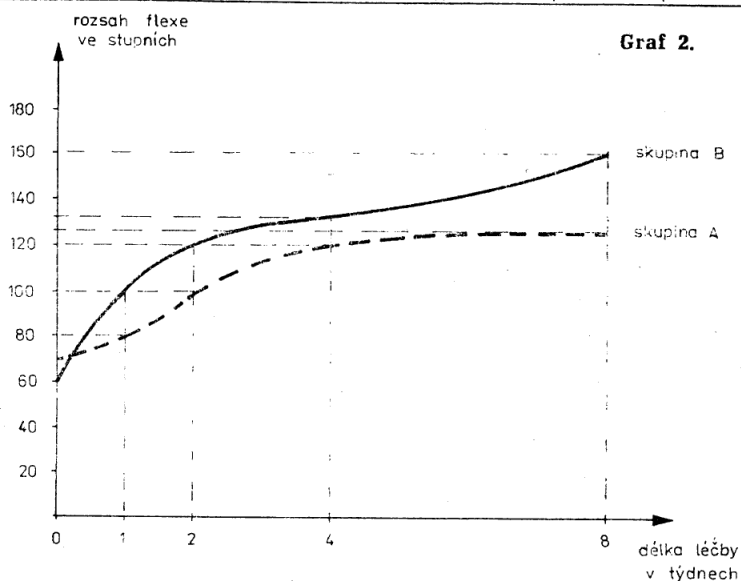


měřené vždy na konci 1., 2., 4. a 8. týdne jsou uvedeny také v tabulkách a znázorněny graficky.

Metodou B jsme léčili také 9 pacientů — 5 mužů a 4 ženy s věkovým průměrem 56 let. Oboustranné postižení jsme zjistili u jednoho muže a jedné ženy. Průměrné rozsahy hybnosti při zahájení terapie a v daných časových odstupech od zahájení terapie jsou opět v tabulkách a vyjádřeny graficky.

**Tabulka a graf 2.** Závislost rozsahu flexe na délce léčby oběma metodami

	skupina	začátek terapie	1. týden	2. týden	3. týden	4. týden
flexe	A	70 st	80 st	100 st	120 st	125 st
	B	60 st	100 st	120 st	130 st	160 st

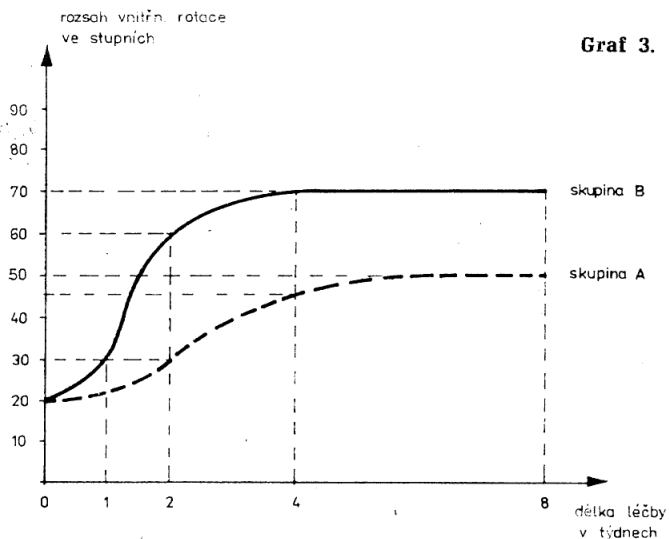


**Tabulka a graf 3.** Závislost rozsahu vnitřní rotace na délce léčby oběma metodami

	skupina	začátek terapie	1. týden	2. týden	4. týden	8. týden
vnitřní rotace	A	20 st	20 st	30 st	45 st	50 st
	B	20 st	30 st	60 st	70 st	70 st

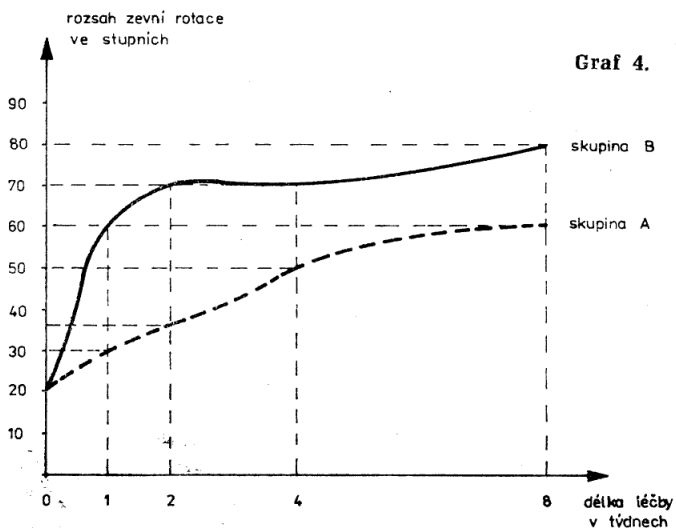


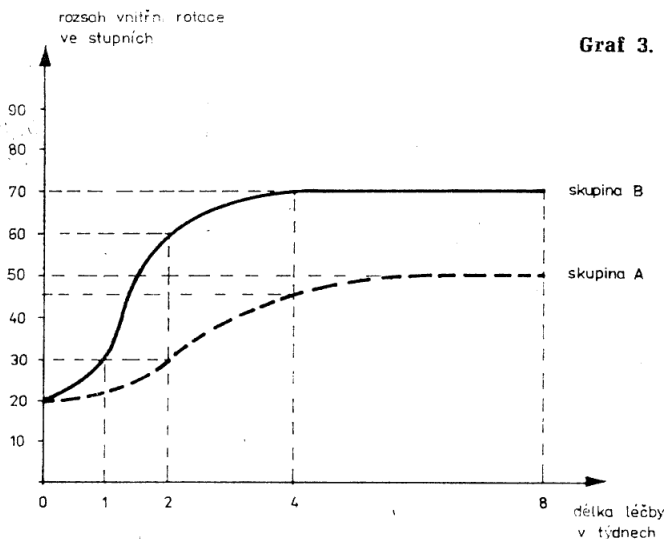
**Z. KARKAN, K. MIKEŠ, F. VURM, B. MAREŠOVÁ / NAŠE ZKUŠENOSTI S LÉČENÍM TUHNOUCÍHO RAMENA**



**Tabulka a graf 4.** Závislost rozsahu zevní rotace na délce léčby oběma metodami

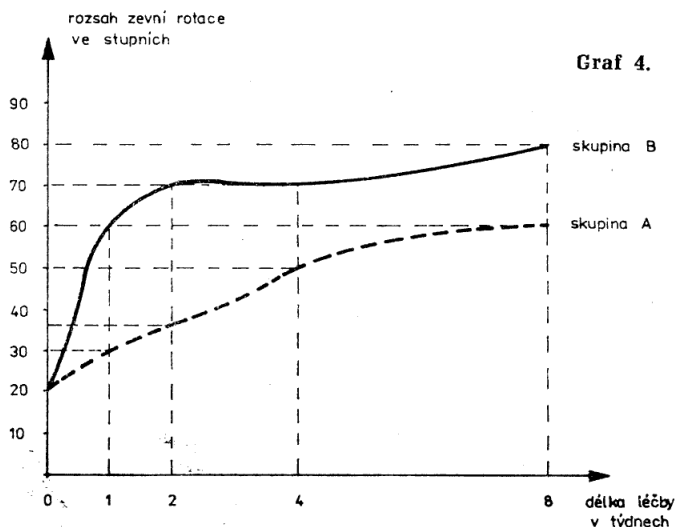
	skupina	začátek terapie	1. týden	2. týden	4. týden	8. týden
zevní rotace	A	20 st	30 st	35 st	50 st	60 st
	B	20 st	60 st	70 st	70 st	80 st





Tabulka a graf 4. Závislost rozsahu zevní rotace na délce léčby oběma metodami

	skupina	začátek terapie	1. týden	2. týden	4. týden	8. týden
zevní rotace	A	20 st	30 st	35 st	50 st	60 st
	B	20 st	60 st	70 st	70 st	80 st



Při hodnocení subjektivních obtíží jsme zjistili, že noční bolestivost se ve skupině A objevovala ještě po dvou měsících terapie, zatímco u skupiny B došlo k ústupu subjektivních obtíží již během prvních 6 týdnů.

Ke zlepšení hybnosti v obou skupinách, ve skupině B byla však tato změna vyjádřena více. Rozsah hybnosti se v prvních 2 týdnech terapie novou metodou zvětšil výrazněji ve srovnání se skupinou A. Trakce je u nové metody prováděna sice jenom v jedné rovině — frontální — ale zlepšuje se tak i pohyblivost v jiných rovinách.

### Diskuse

Termín zmrzlé rameno — frozen shoulder — je spíše než diagnóza pouze připodobení obrazu choroby. Onemocnění se vyskytuje nejčastěji v 5. — 6. dekádě, může být vyvoláno úrazem, infekcí, nejčastěji však idiopatické a nesouvisí s žádnou primární nemocí. Subjektivně postižený trpí bolestmi ramenního kloubu. Málokdy je bolestivost lokalizována, pacienti však popisují maximum subjektivních obtíží v zadní a horní části ramenního kloubu. Omezení hybnosti není v první fázi onemocnění, postupně však dochází k omezování hybnosti ramenního kloubu v různých rovinách (jak aktivně tak pasivně). Pacienti se snaží překonat funkci poškozeného glenohumerálního skloubení použitím přídatných svalů a pohyb kompenzují také rotací skapuly. Výsledkem je stupňování bolesti jako následek zvýšeného svalového spasmu. Často zjišťujeme bolestivost v žlábkku bicipitálním a v oblasti akromioklavikulárního skloubení. Rutinní hematologické testy jsou negativní. Také rtg vyšetření neprokazuje v začátcích onemocnění žádné změny. V případech, kdy onemocnění trvá již dlouho, může dojít k odvápnění hlavice humeru. Jediná metoda, která zpřesňuje diagnózu, je arthrografie. Ukáže ztrátu normálního zřasení v dolní části kloubu a artikulární stín má hranatý tvar důsledkem kontrahovaného klobního pouzdra. Kloubní pouzdro je kontrahované, ztlustělé a pevně adhezuje k hlavici humeru, tím omezuje hybnost.

Nová metoda terapie tohoto stavu je založena na předpokladu, že pojivové tkáně mají schopnost plastické elongace, jsou-li vystaveny rovnoměrnému déletrvajícimu tahu. Naopak při náhlém prudkém natažení mají snahu se kontrahovat. Jelikož hlavním patologickým nálezem je zkrácení vláken kloubního pouzdra, cílem terapeutickým je tyto fibrily prodloužit, zejména tu část kloubního pouzdra, která omezuje abdukcí — t. j. spodní část. K dosažení toho je nutno aplikovat trakci. Samotná prolongovaná trakce by však byla pacienty těžko snášena, proto je nutné ji doplnit analgetickým efektem neurostimulátoru. Všichni pacienti léčení novou metodou popisovali v prvních 24 hodinách po první léčebné kúře bolesti v rameni, při opakovaných kúrách však již tyto bolesti neměli a ochotně absolvovali další terapii. Jen výjimečně pro intenzivnější bolestivost bylo nutno proceduru na několik dnů přerušit. Terapie trvala v průměru 8 týdnů, ve skupině B rychleji docházelo již během prvních 14 dní k úpravě stavu. Zlepšení hybnosti v jedné rovině mělo za následek zlepšení hybnosti v ostatních rovinách.

Tato metoda je neinvasivní, nemá komplikace a vede ke zkrácení doby pracovní neschopnosti. Dosažené výsledky jsou velmi povzbudivé.

LITERATURA

1. RIZK, T. E., CHRISTPHER, R. P. et col.: Adhesive Capsulitis (Frozen shoulder): A New Approach to Its Management, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, Vol. 64, January 1983, p. 29 — 33.
2. KUBÍN, Z.: K problematice léčebné rehabilitace bolestivého ramene. Rehabilitácia, 17, 1984, č. 1, s. 29 — 37.
3. BINDER, A. I., BULGEN, D. Y., TUDOR, J. a kol.: Adhesive Capsulitis or Frozen Shoulder? An Arthrography Study of the Painfull Stiff Shoulder. Ann. Rheum. Dis. 42, 1983, č. 3, s. 226.

*Adresa autora:* Dr. Z. K., Čechovská 123, 260 01 Příbram 8

*Z. Karkan, K. Mikeš, F. Vurm, B. Marešová*  
НАШ ОПЫТ В ЛЕЧЕНИИ ЗАСТЫВАЮЩЕГО ПЛЕЧА

Резюме

В период от марта 1984 до мая 1984 г. на ортопедическо-реабилитационном отделении Института народного здравоохранения УП Прибрам лечилось 18 больных с синдромом застывающего плеча, означаемым как адгезивный капсулит, в прошлом скорее как (peri)arthritis humeroscapularis adhesiva. Больные лечились двумя различными методами: 9 больных лечились классическим методом — предварительным нагреванием парафином или соллюкс-лампой и ИЛФК плечевого сустава, вторая половина лечилась постепенным протягиванием на блоке при одновременной чрезкожной электростимуляции. Во второй группе мы отметили достоверно лучшие терапевтические результаты.

*Z. Karkan, K. Mikeš, F. Vurm, B. Marešová*  
OUR EXPERIENCES WITH THE THERAPY OF THE STIFFENING SHOULDER

Summary

Presented are experiences with the therapy of the stiffening shoulder specified as adhesive capsulitis, in the past as peri(arthritis) humeroscapularis adhesiva, within the period between March 1983 and May 1984. Eighteen patients with this syndrome were treated at the Rehabilitation Department of ZÚNZ OP Příbram by two different methods: nine patients were treated by the classical method, i. e., warming up with parafine or solux and exercises of the shoulder joint; the second group of patients was treated by graded traction and simultaneous transcutaneous electrostimulation. In the second group significantly better therapeutical results were recorded.

*Z. Karkan, K. Mikeš, F. Vurm, B. Marešová*  
UNSERE ERFAHRUNGEN MIT DER BEHANDLUNG VON SCHULTER-STEIFIGKEIT

Zusammenfassung

In der Zeit von März 1983 bis Mai 1984 wurden an der Orthopädischen Rehabilitationsabteilung des Krankenhauses in Příbram 18 Patienten mit einem Schultersteifig-

keitssyndrom, als adhäsive Kapsulitis, früher häufiger als periarthritus humeroscapularis adhaesiva bezeichnet, behandelt. Die Patienten wurden nach zwei verschiedenen Methoden behandelt — durch Vorwärmen des Gewebes mit Paraffin oder mit Solluxlampen und Heilgymnastik des Schultergelenks, die andere Hälfte durch allmähliches Ausziehen auf Flaschenzugeinrichtungen bei gleichzeitiger transkutanelelektrostimulation. In der zweiten Gruppe wurden markant bessere Heilergebnisse beobachtet.

Z. Karkan, K. Mikeš, F. Vurm, B. Marešová

NOS EXPÉRIENCES AVEC LA THÉRAPIE DE RAIDISSEMENT HUMÉRAL

#### Résumé

Dans la période de mars 1983 à mai 1984, 18 patients affectés du syndrome de raidissement huméral ont été traité à la section orthopédique de réadaptation de l'Établissement ZÚNZ OP Příbram, désigné comme capsulaire adhésif, dans le passé plutôt périarthrite scapulo-humérale adhésive. Les malades étaient traités par deux méthodes différentes: 9 patients par la méthode classique — réchauffage du tissu par la paraffine ou les rayons ultra-violetts (solux) et ILTV de l'articulation humérale. L'autre moitié était soumise au traitement successif sur poulies avec électrostimulation transcutanée simultanée. Dans le second groupe on a enregistré des résultats thérapeutiques bien plus importants.

H. J. ILGAUDS

**NORBERT WIENER. 2. vydání**

Vydalo nakladatelství BSB B. G. Teubner Verlagsgesellschaft, Leipzig  
1984

Norbert Wiener je otec kybernetiky, autor slavné knihy o kontrole a komunikaci v živých organismech a strojích, která ho proslavila na celém světě a uvolnila cestu kybernetice, jež zasáhla do mnohých a ovlivnila početné vědní obory, včetně moderního lékařství. Osobnost profesora Wienera byla předmětem mnoha pojednání a existuje i mnoho publikací, které se zabývají jeho životem.

Jednou z takových publikací, která stručně předkládá životopis Norberta Wienera, je i knížka Hanse Joachima Ilgause, kterou vydalo roku 1984 lipské nakladatelství B. G. Teubnera v edici biografí vynikajících přírodovědců, techniků a lékařů. V šesti kapitolách, rozdělených na jednotlivé podkapitoly, si autor všimá dětství a vzdělání, prvního zaměstnání a další činnosti Norberta Wienera na M. I. T. (Massachusetts Institute of Technology).

Další kapitola sleduje období druhé světové války a další věnuje pozornost objevu kybernetiky. Poslední, šestá kapitola hovoří o Wienerovi jako světoznámé osobnosti. Přehled chronologických dat, přehled potřebné literatury a jmenový rejstřík ukončují tuto stručnou, ale zajímavou publikaci, určenou především široké veřejnosti.

Osobnost Norberta Wienera ovlivnila vědu a vědecký život dvacátého století jako málokdo předtím. Norbert Wiener byl jeden z mála těch, o kterých je možné říci, že geniálním způsobem přispěli k rozvoji mnoha vědeckých a technických disciplín. Knížka Ilgause, stručným, ale zajímavým způsobem poukazuje na jednotlivá období života Norberta Wienera a klade akcenty na ty skutečnosti, které představují hranice vědeckého pokroku.

Dr. M. Palát, Bratislava

## NĚKTERÉ MOŽNOSTI SOCIOSEXUÁLNÍ REHABILITACE SCHIZOFRENÍKŮ V ÚSTAVNÍCH PODMÍNKÁCH

A. TOPIAŘ, I. STROSSOVÁ, P. HLAVINKA

*KÚNZ Psychiatrická léčebna v Opavě*  
Reditel: prim. MUDr. S. Hřebíček

*Souhrn:* V sociální rehabilitaci hospitalizovaných schizofreniků je kladen důraz na otevřeně koedukované stanice s terapeutickou komunitou s demokratizací režimu a patientskou samosprávou. Sociosexuální rehabilitace je živena zavedenou skupinovou psychoterapií a tvořením partnerských komunikačních dvojic.

*Klíčová slova:* Schizofrenici — ústavní léčba — psychosociální rehabilitace — sociosexuální rehabilitace — partnerské komunikační dvojice.

Akcentace studu, bludy žárlivecké a erotomanické s destrukcí sociosexuální komunikace narušují heterosexuální skutečnost, emoční angažovanost a aktivitu schizofreniků. Slabost kontaktu a snížená schopnost mezilidské komunikace je zde dána ambivalencí a autismem. Při akutních symptomech vidíme stejně jako při těžších tělesných chorobách snížení apetence a potence, nezřídka i poruchy sexuální funkce včetně orgasmické insuficience. Sexuální nezájem je součástí anhedonie, nižší schopnosti interpersonální komunikace při celkovém poklesu vitální zdatnosti; jde zde o takzvanou „dynamickou redukci“. Sexuální chování může být též dezintegrováno vlivem bludných obsahů, zvláště bludů hypochondrických. Dostávají se tendence k irealizaci partnerských vztahů, je zde i návrat k sexuálnímu chování již překonaného procesem sociosexuální maturace a psychosexuálního vývoje, jako je například autoerotická, masturbační, taktilní a promiskuitní aktivita. Při úbytku sociálního kontaktu, při frustraci sociosexuální, při restrikci psychosociálních stimulů se ochuzují eroticko-sexuální projevy. Snížená sexuální aktivita, chudost sexuálních projevů může být i arteficiální, to je atributem hospitalismu. Sexuální chování schizofreniků je též v přímém vztahu k akutnosti choroby. Při zlepšování, remisi, úspěšné resocializaci se dostavuje větší sebedůvěra, větší pohotovost v sebeprosazování, vzrůstá mezilidská komunikace, přibývá partnerská potřeba a též jistota v reálném sexuálním prožívání.

U internovaných chronicky nemocných, jejichž sexualita není ovlivňována jen chorobou, eventuálně deteriorací osobnosti, ale především sociálními, životními podmínkami, působením hospitalizačních faktorů včetně jisté karence psychosociálních stimu-

## A. TOPIAŘ, I. STROSSOVÁ, P. HLAVINKA / NĚKTERÉ MOŽNOSTI SOCIOSEXUÁLNÍ REHABILITACE SCHIZOFRENÍKŮ V ÚSTAVNÍCH PODMÍNKÁCH

lů, vidíme jisté inadekvátnosti v sociosexuálních projevech. Podíl svobodných bez partnerského vztahu je zde vysoký, až třiašedesátiprocentní. Je výraznější u mužů než u žen. Sňatečnost a fertilita se snižuje u schizofreniků též jejich hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních.

Význam sexuality v jejich individuálních i sociálních dimenzích je dnes nesporný. Zdravému člověku je přiznána emoční angažovanost a genitální sexuální aktivita. Ve zcela jiném postavení je jedinec s duševní poruchou, chorobou. Je mu uprána schopnost k partnerství, manželství a jeho sexuální projevy jsou přijímány s rozpaky. Dosud je tradován názor, že sexualita a psychiatrický ústav se vylučují. Proto jsou též muži a ženy umísťovány odděleně, jsou kontrolní a restriktivní opatření, aby nevznikaly kontakty. Schizofrenici takto zůstávají v sociosexuální izolaci a anonymitě. Malá sexuální aktivita psychicky nemocných je též dána nedostatkem vhodných prostorů, v mlčenlivém až otevřeném nesouhlasu a neschvalování sociosexuálních kontaktů personálem. Z hlediska sociosexuální rehabilitace schizofreniků se ukazuje jako spěšná změna postojů k této problematice. Je třeba zajistit vhodnou antikoncepci pro ženy, též ireverzibilní. Prosazují se otevřená oddělení, přibývá koedukovaných stanic, léčebných komunit, patientských klubů. Organizují se společenské příležitosti jak v rámci pracovní terapie, tak v rámci kulturně rekreační činnosti. Zavedením komplexní péče o tyto nemocné se jim prodloužil život ve společnosti a mohou mít více příležitostí pro partnerství. Neuroleptická terapie jim usnadňuje sexuální funkce, a to především zmírněním anxiózní tenze, dezorganizace myšlení a strachu před tělesnou důvěrností s potenciálními sexuálními partnery.

Je třeba obohacovat resocializační, remotivační programy pro tyto nemocné. V léčebně-rehabilitačním procesu je zde třeba pracovat na zlepšení a možnostech kladné emoční angažovanosti, schopnosti figurovat jako sexuální partner se svými požadavky a v neposlední řadě na zlepšení schopnosti odhadnout eroticko-sexuální situace a účastnit se jich vstřícnými reakcemi, a tím obnovení, eventuálně uskutečnění reálné sociosexuální komunikace. Schizofrenika nelze odsuzovat k sexuální abstinenci a sociosexuální izolaci. Naopak, je třeba podporovat tendence k sociálním i intimním komunikacím, a to též mobilizací a uplatňováním resocializačních programů a s tím souvisejících potřebných opatření při akceptaci tvorby tak zvaných komunikačních partnerských dvojic našich pacientů.

V psychoterapeutickém procesu musíme zjemnit své interpretační schopnosti toho, co jiní komunikují a naopak být schopni učít pacienty jasnějšímu výrazu jejich vlastního úmyslu. V této souvislosti nelze zanedbávat nonverbální signalizování motivace (neverbální známky biologických a sociálních potřeb pacientů). Je třeba učít pacienta komunikativnímu chování, a to též obohacováním a aktivizováním režimu na koedukované situaci včetně zkvalitnění interakce pacient-personál, a to jak v psychoterapeutickém procesu, tak i v angažovanosti na léčbě prací. Je třeba pacientu poskytnout a umožnit větší prostor k sociální interakci a k dialogu. Je třeba pacientům dovolit, aby participovali na své léčbě spíše než legitimovat jejich role. Je třeba schvalovat tvoření partnerských komunikačních dvojic. Intimní gesta pacientů podporovat a náležitě je interpretovat. Terapeutická komunita dovoluje pacientům, aby se

**A. TOPIAŘ, I. STROSSOVÁ, P. HLAVINKA / NĚKTERÉ MOŽNOSTI SOCIOSEXUÁLNÍ REHABILITACE SCHIZOFRENIKŮ V ÚSTAVNÍCH PODMÍNKÁCH**

naučili definovat svou roli při estetizaci prostředí a organizovanosti společenského a kulturního života na stanici.

LITERATURA

1. BARTOSZEWICZ, J., DOLIWA, G., ZAKOWSKA-DABROWSKA, T.: Zachowania seksualne w psychiatrycznym oddziale koedukacyjnym. Předneseno na 5. československo-polské psychiatrické konferenci, Martin, červen 1977.
2. BOURGEOIS, M.: Sexualité et institution psychiatrique. *Evolut. psychiat.*, 40, 1975, s. 551 — 573.
3. MIMITROV, Ch., GEORGJICOV, I.: Aspects of psychosexual development of schizophrenic patients. *Nevrol. Psychiat. Nevrochir.* (Sofia), 14, 1975, s. 22 — 25.
4. ERICHSEN, F.: Schizophrenie und Sexualität. Bern, H. Huber 1975.
5. GITTLESON, M. L., DAWSON — BUTTERWORTH, K.: Subjective ideas of sexual chance in femal schizophrenics. *Brit. J. Psychiat.*, 113, 1967, s. 491 — 494.
6. IPPF Medical Bulletin, Vol. 11, Oktober 1977, Nr. 5, s. 2 — 4: Family planning for psychiatric patients.
7. JANCZARIK, W.: Zur Sexualität und sexuellen Thematik chronisch schizophrener Kranken. *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 207, 1965, s. 280 — 295.
8. KLAUF, F. S.: Female homosexuality and paranoid schizophrenia. A survey of seventy-five cases and controle. *Arch. gen. Psychiat.*, 4, 1961, s. 84 — 86.
9. KHOKHLOV, L. K., BREZGIN, V. D., SYREIŠNIKOV, V. V.: The reproductiveness of mental patients. *Zn. Nevropat. Psychiat. Korsakow*, 76, 1976, č. 12, s. 1367 — 1370.
10. MATULAY, K., POLAKOVIČ, A.: Chronická schizofrenia a možnosti jej rehabilitácie. I. a II. Rehabilitácia, 7, 1974, č. 2 a 3, s. 159 — 173.
11. PINDERHUGHES, C. A.: Psychiatric disorders and sexual functioning. *Amer. J. Psychiat.*, 128, 1972, s. 1276 — 1283.
12. PŘIBYL, R., MOLČAN, J., PŘIBYLOVÁ, C.: K realizácii koncepcie rehabilitácie. Moravskoslezský referátový výběr z psychiatrie. Kroměříž, PL, 12, 1980, č. 4, s. 132 — 134.
13. ROSENBERGER, S. D., TUCKER, G. S.: Sexual behaviour in schizophrenia. *Med. Aspects Hum., Sex.*, 10, 1976, č. 4, s. 32 — 47.
14. STROSSOVÁ, I.: Systém skupinové psychoterapie psychotiků v PL Opava. Moravskoslezský referátový výběr z psychiatrie PL Kroměříž, 12, 1980, č. 3, s. 50 — 52.
15. TOPIAŘ, A., STROSSOVÁ, I.: Sexuální projevy schizofreniků na koedukovaném oddělení psychiatrické léčebny. Moravskoslezský referátový výběr z psychiatrie PL Kroměříž, 14, 1982, č. 1, s. 44 — 47.
16. TOPIAŘ, A.: Partnerské a sexuální vztahy osob s duševním poruchami. Předneseno na 12. sympoziu sociální psychiatrie. Kroměříž, září 1984.
17. WITHERSTY, D. J.: Sexual attitudes of hospital personal: a model continuing education. *Am. J. Psychiat.*, 135, 1976, č. 5, s. 573 — 575.

Adresa autora: Dr. A. T., Vyhřídalova 9, 746 01 Opava

А. Топиарж, И. Строссова, П. Главинка  
НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СОЦИОСЕСКУАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ШИЗОФРЕНИКОВ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Резюме

В социальной реабилитации госпитализированных шизофреников делается упор на открытые смешанные станции с терапевтической общностью, с демократизацией



**A. TOPIAŘ, I. STROSSOVÁ, P. HLAVINKA / NĚKTERÉ MOŽNOSTI SOCIOSEXUÁLNÍ REHABILITACE SCHIZOFRENÍKŮ V ÚSTAVNÍCH PODMÍNKÁCH**

режима и самоуправлением больных. Социосексуальная реабилитация опирается на введенную групповую психотерапию и создание коммуникационных пар партнеров.

*A. Topiař, I. Strossová, P. Hlavinka*

POSSIBILITIES OF SOCIO-SEXUAL REHABILITATION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN INSTITUTES

Summary

In social rehabilitation of hospitalized schizophrenic patients particular stress is being laid on open coeducational departments with a therapeutic community, a democratization regimen and patient's autonomy. Socio-sexual rehabilitation is fed by the introduced group psychotherapy and the creation of partner communication couples.

*A. Topiař, I. Strossová, P. Hlavinka*

EINIGE MÖGLICHKEITEN DER SOCIOSEXUELLEN REHABILITATION VON SCHIZOPHRENIKERN IN HEILANSTALTEN

Zusammenfassung

Im Rahmen der sozialen Rehabilitationsbehandlung hospitalisierter Schizophreniker wird die Einführung von offenen Koedukationsstationen mit einer therapeutischen Kommunität, mit Demokratisierung des Regimes und einer Patienten-Selbstverwaltung als notwendig hervorgehoben. Die soziosexuelle Rehabilitation wird mit Hilfe einer Gruppen-Psychotherapie und durch die Bildung von Kommunikations-Partnerpaaren gefördert.

*A. Topiař, I. Strossová, P. Hlavinka*

CERTAINES POSSIBILITÉS DE RÉÉDUCATION SOCIOSEXUELLE DES SCHIZOPHRENES DANS LES CONDITIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE CURE

Résumé

Dans la rééducation sociale des schizophrènes hospitalisés, un accent est posé sur les stations ouvertes de coéducation avec communauté thérapeutique, la démocratisation du régime et l'autonomie des patients. La réadaptation sociosexuelle est alimentée par la mise en route de la psychothérapie de groupe et la formation de couples sexuels.

Dňa 20. októbra 1984 zomrel vo veku 53 rokov prim. MUDr. Zdeněk Kubín, CSc., prednosta oddelenia liečebnej rehabilitácie Fakultnej nemocnice v Plzni.

## RECENZIE KNIH

L. R. SCHMIDT

### PSYCHOLOGIE IN DER MEDIZIN

Psychologie v lékařství

Georg Thieme 1984, Stuttgart — New York

ISBN 3 — 13 — 650901 — 3

V roce 1984 vychází v nakladatelství Georg Thieme v řadě malých příruček kniha prof. Lothara R. Schmidta z univerzity v Trieru, která se v sedmi kapitolách zabývá jednotlivými základními otázkami moderní psychologie v současném lékařství. Po úvodní kapitole (kde autor zdůrazňuje větší zájem o psychologii v medicíně) o možnosti přenosu psychologických poznatků do oblasti lékařství, věnuje jednotlivé kapitoly pozornost současnému stavu a postavení psychologie v lékařství, metodám psychodiagnostiky a psychoterapie, otázkám vztahu lékař — pacient. V dalších kapitolách se autor zabývá problematikou psychologických aspektů práce nemocnice a psychologických aspektů choroby, rozebírá problémy symptomatologie a etiologie somatické i psychické při organických a psychosociálních poruchách, otázky stressu a oblast psychologické terapie i organických chorob a oblast psychicky podmíněných poruch a onemocnění. Poslední, závěrečná kapitola Schmidtovy monografie hovoří o psychologii v orgánové medicíně. Tato kapitola je rozsahem největší a představuje jádro celé knihy: Těžiště je zde dané jednak problematikou operačních zákroků,

jednak problematikou chronických onemocnění a terminálních stavů. Bohatý přehled literatury a věcný rejstřík ukončují tuto poměrně málo rozsáhlou, přehledně napsanou a dobře dokumentovanou monografii, která věnuje pozornost stále aktuálnějšími otázkám klinické psychologie. Početné obrázky a tabulky doplňují text jednotlivých kapitol. Kniha má malý kapesní formát a bude jistě vítanou příručkou pro všechny lékaře, kteří se setkávají ve své klinické i praktické činnosti s otázkami psychologie a problematikou psychosociálních aspektů jednotlivých — především chronických chorob.

Kniha prof. Schmidta je prakticky zaměřená, v tom vidíme její přednost. Je zaměřená na některé aktuální problémy současné medicíny, což je její cíl.

Hlavní aspekty uvedené knihy spočívají v oblasti klinické psychologie v intenzivní medicíně, anestezii a resuscitaci a v oblasti chronických onemocnění.

Klinická psychologie se stává v současnosti nedělitelnou součástí medicínského myšlení prakticky u všech lékařů v klinické i široké praktické činnosti.

Dr. M. Palát, Bratislava

Tento najnovší zväzok známej a informatívnej série Ročných prehľadov sa vyznačuje tematickou šírkou záberu a neobvyklým rozsahom (751 strán!). Obsahuje 23 príspevkov, na ktorých sa podieľalo 35 autorov, z nich iba dvaja majú pracovisko mimo USA, prof. Fraisse v Paríži a prof. Diaz — Guerrero v Mexico — City.

Prvý príspevok je z pera nestora francúzskej experimentálnej psychológie a zaoberá sa vnímaním a odhadnutím uplynutia času (Fraisse). A keďže tohoročný Medzinárodný kongres psychológov sa konal v Mexiku, aj referát o stave vedy v konkrétnom štáte je venovaný súčasnej psychológii v Mexiku (Diaz Guerrero).

O gonadálnych steroidoch a ich účinkoch u pokusných zvierat a u človeka informuje referát Hormóny a pohlavné správanie (H. H. Feder, Rutgersova univerzita). Neurofyziológii, ale aj niektorým patologickým stavom je venovaná stať Priesťatorové videnie (G. Westheimer, Berkeley); štruktúra a funkcia CNS so silným neurochemickým dôrazom je venovaná zase Funkcia mozgu: neurálna adaptácia, obnovenie činnosti po poškodení (J. F. Marshall, Irvine Calif.).

Veľmi podnetná je kapitola Biologická motivácia, ktorej autormi sú R. E. Whalen a N. G. Simon — Riverside, Calif.). Nie kedy až príliš stručne vodia čitateľa od motivačných systémov cez neuromechanizmus agresivity a cez cholecystokinín až po biologické rytmy ako regulátory cyklických dejov. Pre zdravotníkov, ktorí sú čím ďalej tým väčšími konfrontovaní s úlohami zdravotnej výchovy, bude zaujímavý aj referát Postoje a zmeny postojov, v ktorom J. Cooper a R. T. Croyle (Princeton) opisujú najnovšie výskumy, ale aj základné zásady vzťahov medzi postojmi a správaním.

Problematikou kvantitatívnych, teda štatistických metód sa zaoberajú dva príspevky: Škálovanie (F. W. Young, Chapel Hill) nás zavedie do sveta matematickoštatistických úvah, teórií dát a modelov

podobnosti, kde však konkrétne použitie závisí od špeciálnych programov a počítacích možností. Ide tu o jednu z mála stať zborníka, ktorá intenzívne cituje aj práce neanglosaských, teda európskych a japonských autorov, pravda, prevažne v angličtine. Úplné iné zameranie má druhý metrický príspevok Kvantitatívne metódy pre literárne prehľady (B. F. Green, John Hopkins, J. A. Hallová, Harvard). Zásady o tom, ako porovnať, zväziť a hodnotiť rôznorodé výsledky rôznych autorov, sa dajú rovnako dobre použiť na vyhotovenie súborného referátu v psychológii, ako aj vo fyziológii, či biológii. Za citovanie stojí posledný odstavec, kde autori konštatujú, že „kvantitatívna analýza dát je pomôcka pre myslenie, ale nie jeho nahrážka“.

S otázkami tak somatického, ako aj mentálneho zdravia sa stretávame v staťi M. P. Honzíkovej (Berkeley) o celoživotnom vývine či dynamike v priebehu životnej dráhy. Cituje dokonca aj pražskú štúdiu o longitudinálnom sledovaní nechcených detí, pravda, publikovanú v medzinárodnom časopise v angličtine. Pre lekára môže byť zaujímavá aj kapitola Usudzovanie a rozhodovanie: teória a prax (G. F. Pitz a N. J. Sachsová, Carbondale, III.), alebo Psychopatológia detstva (T. M. Achembach a C. S. Edelbrock). Ďalšie príspevky sa týkajú napr. aj športovej psychológie, poradenskej a vývinovej psychológie, formovania pojmov, kádrovej práce a hodnotenia pracovníkov, ako aj iných sociálno-psychologických tém.

Veľmi zaujímavým javom je, že mnohé práce, zrejme bez redakčnej koordinácie, čoraz väčšími zdôrazňujú význam interindividuálnych a nie iba interskupinových rozdielov. Dá sa z toho usudzovať, že aj americká psychológia pomaly uznáva jedinca ako základnú „tehličku“ svojej teoretickej stavby a že teda fókusom aj vedy je reálny človek.

*Doc. R. Štukovský, Bratislava*

N. DATTA

**ANTIBIOTIC RESISTANCE IN BACTERIA**

Bakteriální resistance na antibiotika

*Brit. Medical Bulletin* vol. 40, 1984, Nr. 1

Vydal Churchill Livingstone pre Brit. Council, 10 Spring Gardens, London

ISSN 0007 — 1420

Vědeckým redaktorem tohoto posledního čísla *British Medical Bulletin* je prof. Naomi Dattaová z londýnské university. Je odbornicí genetiky mikrobů. Číslo obsahuje celkem 15 prací od různých předních odborníků v oblasti bakteriologie, mikrobiologie, biochemie, farmakologie a lékařství, kteří v jednotlivých kapitolách podávají současný pohled na aktuální problémy resistance na různá antibiotika. Tato základní otázka je rozebírána z různých aspektů — jednotlivých antibiotik, genetiky i evoluce a resistance. Práce jsou dobře dokumentované, některé ilustrace, fotografie, grafy a početné tabulky doplňují jednotlivé příspěvky, na konci každého je další literatura.

V úvodě, který napsala redaktorka celého čísla, prof. Dattaová hovoří o tom, jaký význam mají nové poznatky o resistenci na antibiotika, i na léky, které jsou zaváděny poměrně rychle do terapie. Na základě zkušeností z vlastní práce poukazuje na důležitost praktických a klinic-

kých aspektů resistance a na důležitost prevence. Je samozřejmé, že každý, kdo se zabývá těmito otázkami musí dobře pochopit a rozumět základním — basálním poznatkům. Práce, které zařadila do tohoto čísla *Brit. Medical Bulletin* přináší nové pohledy především na mechanismus vzniku bakteriální resistance z aspektu genetického a biochemického. Poznatky o tom, jak dochází k této resistenci zatím nedávají základní směr pro prevenci. Jisté bude úlohou dalšího zkoumání a dalších vědeckých prací, abychom došli k závěru platnému pro širokou praxi.

Prvé číslo ročníku 1984 *Brit. Medical Bulletin* je vypravené obvyklým standardním způsobem, který svědčí o citlivé, nejen redakční a autorské práci, ale také o vynikajícím polygrafickém přístupu. Traďiční je také monotematicky zpracovaná tematika, uvedená na současný stav poznatků.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

I. FORGO

**SPORTMEDIZIN FÜR ALLE**

Športové lékařstvo pre všetkých

*Vydal Verlag Karl Hofmann Schondorf* 1983

ISBN 3 — 7780 — 3991 — 1

Široká laická verejnosť má bezpochyby záujem o šport a jednotlivé športové disciplíny. Šport sa stal v súčasnosti jedným z fenoménov, ktoré charakterizujú našu epochu. So športom a vykonávaním športovej činnosti súvisí celý rad otázok, ktorých poznanie dnes už predstavuje samostatné oblasti. Jednou z takých oblastí je športové lékařstvo — medicínska disciplína, ktorá predstavuje veľmi závažnú oblasť modernej medicíny. V svetovej literatúre existuje celý rad publikácií, učebníc a ostatných diel, ktoré sa zaoberajú športovou medicínou a jej čiastkovými problémami, ktoré sú však určené predovšetkým pre odborníkov.

Dr. Forgo, ktorý pracuje na univerzitnej poliklinike v Bazileji, vydal pre potreby širokej verejnosti pozoruhodnú publikáciu, ktorá venuje pozornosť základným otázkam športovej medicíny. V jednotlivých kapitolách sa hovorí o vplyve tréningu na rôzne systémy, o otázkach výkonu a výkonnosti. Je tu spracovaná problematika výživy a vitaminizácie. Ďalšie kapitoly hovoria o problematike žena a šport, o problematike športu k veku a sú rozobrané niektoré otázky fyzioterapie a možnosti použitia týchto metód pri športových poraneniach.

Ďalšia kapitola sa zaoberá problémom fajčenia a doping. Doping predstavuje v

súčasnosti v športe základný problém, a preto sa naň osobitne poukazuje. Posledné kapitoly hovoria o športe ako terapii a o možnostiach športu v primárnej prevencii, napr. koronárnej choroby srdca. Jedna kapitola rozoberá otázky stresu a stresorov. Záverečná kapitola prináša prehľad športových poranení, hovorí o možnostiach terapeutického zásahu pri týchto poraneniach.

Jednotlivé kapitoly sú doplnené tabuľkami grafmi, obrázkami a fotografiami. Ako sme už spomenuli, kniha je určená ako informácia širokej laickej verejnosti. Je sviežo napísaná a každý, kto má záujem o otázky zdravia, choroby a športu, nájde tu dostatok cenných informácií.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

W. POPPE, A. TENNSTEDT  
**MATHEMATISCHE DIAGNOSTIK PRAESENILE DEMENZEN**  
*Matematické diagnostikovanie presenilných demencií*  
VEB Georg Verlag Thieme, Leipzig, 1984

Štúdia vychádza z kvantifikovaných neuropatologických nálezov a demonštruje aplikáciu multivariálnych metód na klasifikáciu mozgových atrofií.

Prvé kapitoly sú venované súbornému pohľadu na problematiku klinických a morfológických nálezov pri „normálnom“ a patologickom strnutí mozgu, so silným dôrazom na morfológiu neuroglií. Autori porovnávajú 5 diagnostických skupín s 5 prípadmi v každej: M. Alzheimer (A), M. Pick (B), senilná demencia (C), normálne mozgy v preseníu (D) a normálne mozgy v seníu (E). Nutno konštatovať, že autori síce definujú skupinu E ako mozgy normálnych osôb vo veku 71 a 101 rokov, no v tejto skupine iba jediný prípad mal 101 rokov, kým ostatné mozgy pochádzajú — ako z kazuistik vyplýva — od osôb, ktoré zomreli vo veku 71 až 76 rokov.

Konkrétne sa zamerali na Cornu Ammonis, z ktorého vybrali z každej hemisféry 10 rezov, z každého rezu spracovali 4 „areály“ (subikulum a sektory  $h_1$ ,  $h_2$  a  $h_3$ ) a kvantitatívne vyhodnotili všade po 10 zorných polí, kde zisťovali počet nervových buniek, astrocytov, mikroglí a oligodendroglí. Z každého mozgu teda mali 3200 číselných údajov. Výpočtom proporcií medzi druhmi buniek mali za osobu 4000 údajov, za diagnostickú skupinu 20 tisíc údajov a za celú štúdiu teda 100 000 proporcií. Aby zvládli tento počet, spriemerňovali nielen cez obidve hemisféry všetkých 10 políčok, ale aj všetkých 5 mozgov každej skupiny, takže interindividuálna fyziologická variabilita sa úplne

stratila a v analýzach sa ani nezohľadňuje.

Základom analýzy je teda pre každú skupinu a areu 170 proporcií (teda priemerných údajov), a to pre 5 rôznych vzťahov medzi druhmi buniek. Individuálne kazuistiky sú veľmi podrobne dokumentované, kým opisu štatistických metód je venovaná 2-krát necelá strana. Porovnanie diagnostických skupín pomocou rôznych postupov, najmä diskriminačnej analýzy (vždy priemerov), ukazuje, že skupiny A a C sa líšia najvýraznejšie, a že aj skupina B je špecificky charakterizovaná. „Normálne“ skupiny D a E sa jasne líšia od patologických, ale medzi sebou nevykazujú prakticky nijaké rozdiely. Výsledky výpočtov sú tiež podrobne prezentované, od počiatočného globálneho porovnania pomocou všetkých sektorov a proporcií cez postupné obmedzovanie a zužovanie rozsahu dát, až sa nakoniec ukazuje, že na uspokojivé a jednoznačné rozlišovanie stačia dáta sektoru  $h_3$ , a to iba dvoch proporcií („astrocyty: nervové bunky“ a „astrocyty: oligodendroglie“). Pomocou 5 rovníc autori dokážu numericky aj graficky na rovne s dvoma osami podľa spomenutých proporcií správne rozlišovať všetky tri patologické skupiny jednak medzi sebou, jednak od „normálnych“ skupín D + E.

Validizáciu uskutočnili tak, že pre každú skupinu ešte vybrali dáta ďalšieho prípadu, ktoré boli rovnako korektne zaraďované.

Štúdia sa zrejme opiera o rozsiahle

množstvo konkrétnej laboratórnej aj výpočtovej práce, má modelový charakter pre diferenciálnu diagnostiku pomocou morfológických údajov. Autori dostali za

túto štúdiu v roku 1983 cenu Spoločnosti pre neuropatológiu NDR.

*Doc. Štukovský, CSc., Bratislava*

R. M. BERNE, J. F. HOFFMAN

**ANNUAL REVIEW OF PHYSIOLOGY**

*Ročný prehľad fyziológie. Vol. 46, 1984*

*Annual Reviews Inc., California, Palo Alto, 1984*

*ISBN 0 - 8243 - 0346 - 6*

Štyridsiatyšiesty zväzok Ročného prehľadu fyziológie nadväzuje formálne aj obsahovo na predchádzajúce zväzky. Po úvodnej stati Alexandra von Muralta z bernskej univerzity, ktorá je určitou reminiscenciou významného fyziológa na uplynulé úseky svojho života, nasledujú jednotlivé práce zaradené podľa tematických okruhov. Pozornosť je venovaná endokrinológii, kardiovaskulárnej fyziológii, renálnej fyziológii, gastrointestinálnej fyziológii, fyziológii buniek a membrán, porovnávačej fyziológii a fyziológii respirácie. Špeciálnu tematiku predstavujú pokroky vo fyziológii sluchového analyzátora.

Každý tematický celok má krátky úvod, ktorý zostavil sektorový redaktor. Každá práca obsahuje zoznam citovanej literatúry, niektoré práce sú doplnené ilustračným materiálom a tabuľkami.

Ročný prehľad fyziológie predstavuje tak ako v minulosti súbor jednotlivých prác, ktoré sa zaoberajú aktuálnymi otázkami tej-ktovej oblasti fyziológie. Všetky práce sú ako zvyčajne uvedené na súčasný stav poznatkov a predstavujú komplexný po-

hľad na danú tematiku. Niektoré pozoruhodné práce sú zaradené do oblasti kardiovaskulárnej fyziológie — otázky reflexnej regulácie krvného tlaku chovaním, interakcia stresu, soli a krvný obeh alebo kardiovaskulárna odpoveď na stres u človeka. Podobne je to aj v oblasti fyziológie respirácie, kde je väčšina prác venovaná niektorým základným otázkam respirácie u novorodencov.

Špeciálnu tému, ako už bolo uvedené, predstavujú pokroky vo fyziológii sluchového analyzátora. Hovorí sa tu o ontogéneze funkcie sluchového systému, o otázkach kochleárnej mechaniky, o problematike nervového kódovania komplexných zvukov — reči a konečne o nervových mechanizmoch lokalizácie zvukov.

Kniha bezpochyby spĺňa požiadavky na publikáciu, ktorá prináša to najpodstatnejšie z oblasti výskumu a vedy v rôznych fyziologických systémoch. Je už tradičné, že vydavateľstvo Annual reviews Inc. v Palo Alto práve týmto spôsobom prispieva k rozšíreniu nových poznatkov.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

ROY L. WALFORD

**LEBEN ÜBER 100**

*Život nad sto*

*Vydal R. Piper und Co. Verlag, München, Zürich 1983*

*ISBN 3 - 492 - 02841 - 1*

Prof. Roy L. Walford, ktorý pracuje jako patolog na univerzite v Los Angeles, venuje veľkou pozornosť moderní problematice súčasnej gerontologie. Ve své knize, vydané v roku 1983 ve Spojených státech pod titulem Maximum Eife Span, která

vychází ve stejném roce v nakladatelství R. Piper v Mnichově a Curychu, věnuje autor pozornost vědecké oblasti biologické gerontologie pod zorným úhlem historických, teoretických, praktických a sociálních aspektů. Kniha představuje populár-

ní pohled na tuto problematiku a je určena široké veřejnosti. Autor v úvodě této poměrně drobné, obsahem však závažné publikace vysvětluje celý koncept knihy a zdůrazňuje celou fascinaci moderní cesty vědy o stárnutí.

Knihy má celkem devět kapitol, v jednotlivých kapitolách se pojednává o otázkách trvání života, dlouhé cestě gerontologie, teoriích stárnutí, otázkách výživy a podvýživy v současném období, problematické praktického přístupu k prodlužování lidského věku o otázkách přechodu k dlouhověkosti. Kniha je doplněna přehledem výživných hodnot některých potravin, jídelníčky a recepty. Závěr knihy přináší přehled dalšího písemnictví a je uspořádaný podle jednotlivých kapitol. Kniha je doplněna obrázky, tabulkami a grafy, které vhodně doplňují diskutované otázky v jednotlivých kapitolách.

Walfordova publikace představuje pozoruhodné čtení. Je vysloveně „čtivá“. Každý, kdo se ponoří do jednotlivých kapitol, které kromě aktuálních odborných a vědeckých informací jsou i dobře stylisticky a obsahově uspořádané, nachází potě-

šení z každé další stránky této pozoruhodné knížky. Každý čtenář jistě nachází v knihách především to, co ho osobně zajímá, Walfordova kniha je však celá zajímavá a je potřebné zdůraznit, že i když je určena široké laické veřejnosti, najde zde dostatek informací i odborně erudovaný čtenář. Celé podání jednotlivých kapitol a jednotlivých otázek v rámci těchto kapitol je pozoruhodné i z toho hlediska, že autor nejen věcně, ale s optimistickým pohledem představuje jednotlivé problémy, které už pro sám fakt nejsou právě pro stárnoucího člověka naplněné nádejí. A právě tento přístup autora, profesora patologie, je potřebné vysoko ocenit, protože vychází z reálných pozic moderní medicíny, které i populárně vysvětluje a čtenáře přenáší přímo do centra dění bez toho, že by cítil subjektivní handicap daný jeho biologickým věkem.

Knihy je dobrá. Skutečnost, že už v roce původního vydání vychází i její německý překlad, hovoří pro její místo v oblasti dobré literatury.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

**K. S. TĚRNOVOJ, A. A. KRAVČENKO, A. F. LEŠČINSKIJ**  
**REABILITACIONNAJA TĚRAPIJA PRI TRAVMACH KOSTNOSUSTAVNOGO APPARATA**

*Rehabilitace po poraněních pohybového aparátu*  
*Zdarov'ja 1982, Kyjev*

V nakladatelství Zdarov'ja vyšla v roce 1982 kniha známých sovětských odborníků v oboru léčebné rehabilitace — akademika K. S. Těrnovoje, profesora Oděského balneologického ústavu A. A. Kravčenko, a vedoucího laboratoře experimentální terapie těžkého ústavu, profesora A. F. Leščinského.

Knihy o 184 stranách je rozdělena na úvod a čtyři kapitoly. V první se vysvětlují fyzikální metody léčení při poranění kostí, druhá je věnována experimentálnímu zdůvodnění účinku slatinných obkladů a dalších fyzikálních prostředků při poranění pohybového aparátu. Ve třetí kapitole jsou rozebrány způsoby fyzikálního léčení nemocných se zlomeninami dlouhých kostí.

Knihy je dokumentována fotografiemi (65), doplněna tabulkami (43) a seznamem literatury, který obsahuje 82 titulů sovětských i západních autorů.

Poranění pohybového aparátu jsou vážným sociálním problémem, neboť představují značné procento pracovní neschopnosti a invalidity. V mnoha zemích se tedy věnuje výzkumu léčení těchto stavů velká pozornost.

V recenzované monografii jsou uvedeny výsledky experimentů na zvířatech a popisovány mechanismy působení různých fyzikálních faktorů (účinky peloidů, radonových koupelí, radioaktivního fosforu, magnetoterapie, přístrojové masáže aj.) na proces hojení kostí.

Tyto výzkumy byly podkladem pro ná-

vrh léčebných rehabilitačních postupů, které byly aplikovány ve spolupráci lékařů — ortopedů, traumatologů a balneologů.

Jedním z důležitých výsledků výzkumů je zjištění příznivého účinku terapie peloidy na proces hojení kosti. Autoři dokazují účinky peloidoterapie na metabolické děje určující bioenergetické procesy a na mechanismy neurohumorální regulace.

V monografii jsou objasněny možnosti klinického využití fyzikálních faktorů a nutnost diferencovaného užití těchto faktorů v závislosti na lokalizaci poranění.

Kniha přináší mnoho zajímavých poznatků pro ortopedy, revmatology, fyziatry a balneology.

*Dr. T. Dvořáková, Praha*

**E. BÖSZÖRMENYI, F. ENDERSZ, A. HOFFMAN SZÍV — ÉS ÉRBETEGETEK REHABILITÁCIÓJA**

*Rehabilitácia pacientov s kardiovaskulárnym ochorením*

*Budapest, Balatonfüred 1983*

*ISBN 963 — 02 — 2552 — 2*

Po velmi úspěšnej monografii o rehabilitácii poranených v oblasti pohybového ústrojenstva (recenzovaná v Rehabilitácii 1/84) vychádza ďalšia monografia maďarských autorov o nemenej závažnej problematike. Kolektív 28 autorov — pracovníkov Štátnej nemocnice v Balatonfürede a Štátneho kardiologického inštitútu v Budapešti sa pokúsil zhrnúť všetky dôležité teoretické a praktické vedomosti, potrebné pre úspešnú rehabilitáciu kardiovaskulárnych pacientov. Hlavným podnetom k napísaniu monografie bola nepriaznivá situácia vo vývoji invalidity: v porovnaní s okolitými štátmi [autori sa odvolávajú na výsledky v ČSSR a NDR] v MLR po prekonaní srdcového infarktu sa vráti do výrobného procesu len 20 % pacientov (v NDR a v ČSSR okolo 70 až 80 %). Dosiahnuť pozitívnu zmenu tohto nepriaznivého trendu možno podľa autorov predovšetkým zmenou v myslení lekárov: treba odmietnuť alibistickú opatrnosť v posudzovaní pracovného potenciálu kardiakov, a naopak, rehabilitačné postupy treba začleniť do liečebného procesu hneď od vzniku ochorenia.

Úvodné kapitoly knihy sa zaoberajú hlavne organizačnými a koncepčnými otázkami kardiologickej rehabilitácie. Rozsiahla časť je venovaná vyšetrovacím metódam, zameraným na diagnostikovanie funkčnej zdatnosti srdcovo-cievneho aparátu. Veľmi podrobne a inštruktívne sú opísané jednotlivé varianty záťažového testu. Druhá časť monografie sa zaoberá jednotlivými klinickými jednotkami kardiológie a angiológie z pohľadu rehabilitácie.

Sú to: srdcové chyby, vrodené aj získané, stavy po srdcových operáciách, hypertenzná choroba, kardiomyopatie, cor pulmonale chronicum, obliterujúce choroby tepien, chronické ochorenia žilového systému. Samostatná kapitola o rehabilitácii kardiakov vo vyššom veku zdôrazňuje, že úlohou geriatrickej rehabilitácie nie je zachovanie práceschopnosti, ale sebestačnosti.

Pochopiteľne, najviac strán sa venuje akútnejmu infarktu srdca. Jednotlivé fázy rehabilitácie po infarkte sú rozpracované v samostatných kapitolách. Autori priznávajú, že prvá, nemocničná fáza rehabilitácie nesmie byť zúžená len na dosiahnutie mobility a readaptácie, ale má byť aj začiatkom programu sekundárnej prevencie —napr. spravidla v tejto fáze sa rozhodne, či pacient prestane fajčiť alebo nie. Druhá fáza rehabilitácie má v ideálnom prípade prebiehať v ústavnom rehabilitačnom centre (v sanatóriu). Avšak vzhľadom na malé kapacity týchto ústavov sa väčšina pacientov po infarkte rehabilituje ambulantne. V podkapitole o tejto mimoústavnej rehabilitácii si nájde cenné metodické pokyny obvodný, resp. závodný lekár, na základe ktorých môže úspešne pokračovať v druhej a tretej fáze rehabilitácie. Mimoriadna dôležitosť psychologického prístupu k pacientom po infarkte sa zdôrazňuje aj zaradením samostatných podkapitol o psychických problémoch v jednotlivých fázach rehabilitácie. Posledné dve kapitoly sú venované súvislostiam práceneschopnosti, rehabilitácie a invalidity.

Organickou súčasťou monografie je tak-



mer 120-stranová príloha. Je v nej rozpracovaná technika a metodika jednotlivých cvikov, osvojenie si ktorých napomáhajú názorné kresby. Prehľadne spracované tabuľky zhrňujú podklady pre zaradenie pacientov do funkčných skupín podľa NYHA aj možnosti pracovnej rehabilitácie v jednotlivých funkčných skupinách. Dotazník

Budapest slúži na otestovanie psychického stavu chorého.

Pokus redaktorov a autorov podať s vedeckou náročnosťou lekárom a rehabilitačným pracovníkom najnovšie poznatky o kardiovaskulárnej rehabilitácii bol úspešný.

*Dr. L. Kiss, Šahy*

**MORBUS BECHTEREW. MITTEILUNGSBLATT DER SCHWEIZERISCHEN VEREINIGUNG MORBUS BECHTEREW. 7. Jahrgang, Nr. 26. Zürich 1984**

Zaujímavý a poučný spravodaj pre chorých trpiacich na Bechterevovu chorobu vychádza vo Švajčiarsku. Vydavateľom je švajčiarska spoločnosť chorých, trpiacich na túto chorobu, založená v roku 1978. Ide o svojpomocnú organizáciu bechterevikov, ktorá úzko spolupracuje so švajčiarskou ligou proti reumatizmu. Organizuje skupinové cvičenie pacientov-bechterevikov (opakovacie kurzy), informuje o nových prvkoch tohto druhu gymnastiky, o všetkých problémoch tejto choroby a sprostredkuje kontakty medzi postihnutými. V každom kantóne pravidelne raz za mesiac zabezpečuje opakovanie liečebného telocviku, ev. plávania postihnutých, ako aj športové ciele hry (volejbal, ping-pong atď.).

Neielen po stránke liečebného telocviku, ale aj z hľadiska psychologického takéto stretnutia aktivujú chorých, ktorí sa v pokročilejších štádiách cítia handicapovaní pri spoločenských podujatiach, ale mnohokrát aj v rodine.

Spoločnosť má doteraz organizovaných 909 aktívnych členov, pasívnych 897 a 3 čestných členov.

Jej heslom je: „Lekár liečebnými prostriedkami odstraňuje bolesť, chorý cvičením zabráňuje zmeraveniu, stuhnutiu chrčtice“.

Spravodaj je rotaprintový, má formát A 4, okolo 45 až 50 strán, vychádza raz za štvrtroka v troch mutáciách — po nemecky, francúzsky a taliansky.

*Dr. P. Škodáček, Piešťany*

H. WEIDEMANN

**LEITFADEN ZUR BERUFLICHEN WIEDEREINGLIEDERUNG UND BERENTUNG DES KORONARKRANKEN**

*Príručka pro znovuzažazeni do práce a důchodové pokračování u koronárních pacientů*

*Steinkopff Verlag Darmstadt, 1984*

*ISBN 3 — 7895 — 0634 — 5*

Rozsahem pomerně malá, obsahem však velmi závažná knižička prof. Weidemanna z Bad Krozingenu se zabývá vysoce aktuální problematikou pacientů s koronární chorobou srdce, a to otázkami pracovní fyziologie, kardiologie a sociálního lékařství. V celkem 8 kapitolách, po úvodním slově dr. Hahna, předsedy Krajského nemocenského ústavu ve Würtembergu, a po předmluvě autora, věnuje se pozornost

základním otázkám, s kterými se setkává každý, kdo řeší problematiku znovuzazazování pacientů s koronární chorobou srdce zpět do pracovního procesu, anebo kdo musí rozhodnout o přidělení důchodu. V první kapitole se hovoří o věkové struktuře nemocných koronariků, v další potom o pracovní-fyziologických hlediscích k otázkám zatížení a zatěžitelnosti na pracovišti. Třetí kapitola stručně po-

Jednává o speciálním posuzování individuální zatžitelnosti těchto nemocných. Další dvě kapitoly řeší otázky znovuzatčení do práce u nemocných po srdečním infarktu a nemocných po aortokoronárním bypassu. Další kapitola předkládá model optimální rehabilitace z aspektu znovuzatčení do pracovního procesu s přihlédnutím na sociálně lékařskou problematiku. Sedmá kapitola hovoří o klasifikaci nemocných s koronární chorobou vzhledem k zákonným ustanovením, a konečně osmá, závěrečná kapitola se zabývá podrobně otázkami dýchodového pokračování u pacientů s koronární chorobou srdce. Přehled další literatury ukončuje tuto pozoruhodnou, vysoce aktuální příručku, určenou především pro okruh postupových lékařů, sociálních lékařů, pracovních fyziologů a odborníků v rehabilitaci. Některé grafy a tabulky doplňují text jednotlivých kapitol a dokumentují

diskutované otázky. Problematika posouzení pracovního potenciálu a otázky návratu do práce, eventuálně přidělení důchodů pacientům s koronární chorobou srdce je velmi závažným problémem současné medicíny. Aktualnost této problematiky nepodtrhuje jen stále stoupající výskyt koronární choroby srdce, zvyšující se úmrtnost na toto onemocnění, ale i otázky snížené fyziologické výkonnosti a omezení tělesné zatžitelnosti těchto pacientů. A nejde tu zase jen o určování fyziologických rezerv na patologickém terénu, ale jde tu výhradně o otázky společenského uplatnění v pracovním procesu a otázky především individuálního důchodu. Weidemannova příručka poukazuje velmi cíleně na celou tuto problematiku nejen z hlediska věci samé, ale i pohledu vlastních zkušeností s nemocnými s koronární chorobou srdce.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

G. W. KAUFMANN, W. S. RAU

### **RÖNTGENFIBEL**

*Röntgenová příručka*

*Springer Verlag Berlin — Heidelberg — New York — Tokyo, 1984*

*ISBN 3 — 540 — 12586 — 8*

V edici *Klinika radiologie* vychází roku 1984 v nakladatelství Springer Verlag prakticky zaměřená příručka rentgenologie. Není to učebnice v klasickém slova smyslu, jde spíše o přehled, který dává odpověď na otázku, co potřebuje radiolog pro vyšetření, jaké praktické předpoklady vzhledem k pacientovi existují, jaké je instrumentarium a jaké přístrojové vybavení je potřebné. Jde tedy o prakticky zaměřenou příručku, určenou především mladým adeptům radiologie. Má několik kapitol, které se zabývají nativní diagnostikou, kontrastní diagnostikou gastrointestinálního systému, cholegrafií, urografií, arthrografií, bronchografií, lymfografií, myelografií, velká kapitola je věnovaná arteriografií, menší flebografií. Další kapitoly pojednávají o dilataci a rekanalísaci arteriálních stenoz a uzávěrů, terapeutické cévní oklusi a léčení drenáží. Poslední kapitola věnuje pozornost

komplikacím při použití kontrastních prostředků. Přehled literatury a věcný rejstřík ukončují tuto dobře napsanou, bohatě ilustrovanou příručku „praktických návodů pro vyšetření rentgenologickými metodami“.

Kniha je pedagogicky dobře členěna, svědčí to o tom, že autoři — pracovníci Oddělení pro rentgenologiku freiburgské univerzity prof. Kaufmann a doc. Rau — mají bohaté zkušenosti v praktickém přenosu informací.

Předností recenzované knížky je bezesporu skutečnost, že představuje „šlábikář“ pro každého, kdo se chce seznámit především s praktickým použitím rentgenologických metod. Jednotlivé kapitoly jsou vlastně jakýmsi návodem pro danou rentgenovou metodiku a jako takové představují velmi cenný praktický informační zdroj.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

## NUCLEAR MAGNETIC RESONANCE AND ITS CLINICAL APPLICATIONS

*Nukleární magnetická rezonance a její klinické aplikace*

*Brit. Med. Bulletin*, 40, 1982, č. 2

ISSN 0007 — 1420

Druhé číslo letošního *British Medical Bulletin* přináší komplex prací o nukleární magnetické rezonanci (NMR) a možnosti klinické aplikace v diagnostickém procesu při různých onemocněních. Vědeckými redaktory tohoto čísla renomovaného britského časopisu jsou prof. Steiner z Londýnské univerzity a Dr. Radda, člen Královské společnosti. Celá řada autorů jednotlivých příspěvků pojednává o jednotlivých aspektech této nové moderní vyšetřovací metody. V historickém úvodu dr. Andrew hovoří o objevu, fyzice, chemii, biologii a medicíně — jednotlivých etapách, které charakterizují vývojovou cestu nukleární magnetické rezonance. Skupina prof. Blocha a skupina prof. Purcella byli první, kteří publikovali v roce 1946 první zprávu. A postupem času pronikala tato metoda do všech ostatních vědních oblastí a stala se v současnosti velmi důležitým diagnostickým procesem i v moderní medicíně.

NMR využívá poznatků, že jádra mnohých atomů vlastní magnetický moment, to znamená, že představují malé magnety, jejichž magnetismus je přímý následek jejich úhlového momentu. Tímto způsobem se vytvářejí podmínky jejich pohybu oko-

lo vlastní magnetické osy, a tuto skutečnost využívá i NMR. 2. číslo *British Medical Bulletin* vedle prací, které se zabývají základní fyzikou a otázkami magnetismu, přináší i práce s klinickým dopadem především v možnostech využití techniky NMR v diagnostickém procesu: použití NMR při vyobrazení krevního proudu, při vyobrazení mozku a mozku dětí, při diagnostice intrakraniálních a orbitálních tumorů, při použití NMR u páteře, při vyobrazení srdce a mediastina, jater, retroperitonea a pánve. Jednotlivé práce z nejrůznějších pracovišť svědčí o možnostech použití techniky NMR v diagnostice různých onemocnění a poukazuje na to, že tato technika představuje už nyní, v současnosti, jednu z perspektivních diagnostických metod současné i budoucí medicíny. NMR vedle počítačové tomografie představuje bezesporu další obohacení moderní diagnostiky v oblasti neinvazivních vyšetřovacích metod.

Všechny práce, zařazené do 2. čísla *British Medical Bulletin*, zdůrazňují tento trend a číslo představuje komplexní pohled na celou problematiku této moderní vyšetřovací techniky.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

R. BAUER, F. KERCHBAUER

### **DIE KOXARTHROSE**

*Koxarthróza*

*Medizinisch — Literarische*

*Verlagsgesellschaft mbH, Uelzen, 1984*

ISBN 3 — 88136 — 107 — 3

Jako devátý svazek knižní řady *Orthopedie* o ortopedické hraniční obory vychází v roce 1984 monograficky zpracovaná publikace o otázkách koxarthrózy. Svazek sestavil prof. Bauer a doc. Kerschbaumer z Innsbrucku. Jde o sborník přednášek, které v roce 1983 odezněly v rámci programu zasedání Rakouské společnosti pro ortopedii a ortopedickou chirurgii. Po úvodním slově sestavovatelů a slavnostním uvedení děkanem lékařské fakulty mnichovské univerzity prof. Spannem Quous-

que tandem progredi possit medicina nostra humana sborník v jednotlivých oddílech přináší práce o patogenezi, diagnostice a diferenciaci diagnostice, konzervativní terapii a jednotlivých možnostech chirurgického zákroku. Diskutují se otázky ortopedických zásahů se zachováním kloubu, otázky artroplastiky a arthrodesy, otázky artroplastiky a konečně otázky artroplastiky a revidujících operací. Seznam autorů ukončuje tento poměrně rozsáhlý sjezdový sborník.

Problematika koxartrózy je problematikou veľmi závažnou jednak z dôvodů časového výskytu tohoto onemocnění, jednak z důvodů diagnostických, ale především z pohledu možností a hranic konzervativní a chirurgické léčby. Všechny tyto aspekty uvedená monografie rozebírá a poukazuje na některé klíčové otázky tohoto komplexu. Jednotlivé práce jsou uvedené na současný stav poznatků a přinášejí především vlastní zkušenosti; nevyhýbají se ani kritickému pohledu na dílčí problémy. Práce jsou dobře dokumentované, celá řada obrázků, fotografií, grafů a tabulek doplňuje text jednotlivých příspěvků.

Kniha je pochopitelně v první řadě ur-

čena ortopedům, mnoho podnětného tu však najdou i lékaři, kteří se věnují otázkám koxartróz a kteří nejsou zaměřeni chirurgicky. Mnoho podnětů přináší tato publikace i pro rehabilitační odborníky, protože oblast koxartróz a jejich rehabilitace, ať je to v rámci konzervativního anebo chirurgického programu léčby, představuje zvláštní pozornost.

Publikace je klasicky uspořádaná i z hlediska polygrafického a představuje cenný příspěvek literatury o koxartrózách pro německy hovořící odbornou veřejnost. Je jí možno jen uvítat.

Dr. M. Palát, Bratislava

W. ZIMMERMANN  
**PSYCHOLOGISCHE PROBLEME DER REHABILITATION VON KINDERN  
UND JUGENDLICHEN**

*Psychologické problémy rehabilitácie detí a mládeže*  
VEB Georg Verlag Thieme, Leipzig, 1984

Medzi celospoločenské dôležité úlohy, ktoré však majú nedocenený význam pre každého postihnutého jedinca, patrí snaha o odborné zdokonaľovanie a efektívne využívanie špeciálneho systému rehabilitácie ako súčasť komplexnej starostlivosti o človeka.

Autor publikácie W. Zimmermann, odborný klinický psychológ, vedúci oddelenia klinickej psychológie okresnej nemocnice s poliklinikou v Bernaue, aktívny člen Spoločnosti pre rehabilitáciu v NDR, má vo svojej vedecko-výskumnej činnosti za sebou už celý rad prác, ktorých zameranie smeruje od širších teoreticko-metodologických problémov psychologickéj diagnostiky osobnosti k psychologickému aspektu rehabilitácie, so spoločným zacielením na obdobie detstva a dospelovania.

Kniha nedávno vydaná v NDR s podtitulkom Vstupná úvaha k vybraným metodologickým a praktickým otázkam je odbornou odvetou na narastajúci vedecký a mnohostranný praktický záujem o oblasť rehabilitácie vôbec a o jej špecifickosť na úseku rehabilitácie detí a mladistvých.

Názov knihy a odborný profil autora jasne vyhrávajú psychologicky orientovaný charakter prístupu k problematike re-

habilitácie. Navyše sa autor usiloval, aby predkladaná monografická publikácia splnila dôležitú teoreticko-orientačnú a informačnú úlohu pre všetkých (ale najmä začínajúcich) psychológov, ktorí pôsobia na rôznych úsekoch starostlivosti o psychicky alebo fyzicky poškodené deti v úzkej a neoddeliteľnej súčinnosti so širokým tímom ďalších odborníkov — zdravotníkov, pedagógov, sociológov, špeciálnych pedagógov atď.

Opodstatnene možno očakávať, že pregnantnou formou zosyntetizovaná tematika poskytuje rozsiahlemu okruhu špecialistov z oblasti teórie a praxe mnohostranné poznatky a je cenným inšpiračným zdrojom pre zabezpečovanie náročných úloh v kooperatívnom rehabilitačnom procese.

Práca v rozsahu 232 strán je koncepčne rozdelená do piatich kapitol, inštruktívnosť textu zvyšuje 29 obrázkov, 11 tabuliek a 7 schém. Pridružený obsahy zoznam literatúry poskytuje odkazy na vyše 400 autorov.

V úvode autor načrtáva základnú cieľovú orientáciu rehabilitačnej psychológie, podstatu a princípy interdisciplinárnej spolupráce medzi lekármi, psychológmi, pedagógmi a ďalšími odborníkmi pri aktívnom uskutočňovaní úloh v súlade so

zásadami humanistického prístupu k poškodeným deťom a mladistvým.

Podrobnejšie o rehabilitácii ako komplexnej úlohe spoločnosti a o možnostiach sebarealizácie poškodených detí a mladistvých hovorí druhá kapitola. V rozbere obsahového vymedzenia a cieľa rehabilitácie sa prelína klinicko-psychologické a spoločenské hľadisko. Z pozície marxisticko-leninskej metodológie uvádza autor úzko styčný úsek klinickej psychológie — „rehabilitačnú psychológiu“. Rehabilitáciu vymedzuje ako viacdimenzionálny princíp, ako komplexné dianie, ktoré sa vyznačuje osobitou dynamikou, najmä pokiaľ sú účastníkmi rehabilitácie deti a mladiství. Náplňou rehabilitačnej psychológie je zabezpečiť objektívne zhodnotenie a diferencionálno-diagnostické posúdenie aj s prognostickou výpoveďou o sociálno-charakterových, kognitívnych, emocionálno-afektívnych a vôľovo-motivačných osobitostiach poškodených, ďalej využívať skupinovú a individuálnu psychoterapiu a psychoprofylaxiu a v kooperácii so špeciálnymi pedagógmi, výchovnými poradcami zabezpečovať optimalizovanie perspektívneho začlenenia poškodeného jedinca.

Najrozsiahlejšiu tretiu kapitolu venuje autor obsahovému vymedzeniu praktickej psychologickéj činnosti v diagnostickom a terapeuticko-rehabilitačnom kooperatívnom procese v rámci zdravotníctva. Tento tematický okruh dopĺňujú početné vý-

sledky výskumov autora a informatívny prehľad o diagnostických metódach zameraných na postihovanie intelektových schopností, funkčných výkonov a osobnostných komponentov. Kapitulu uzatvárajú niektoré výberové úlohy vytýčené z aspektu klinickej psychológie na úseku rehabilitácie u detí a mladistvých, napr. v súvislosti s profesionálno-sociálnou rehabilitáciou u telesne postihnutých, u ťažko mentálne retardovaných detí, u detí s poruchami správania na organickom podklade. Zvláštny dôraz kladie autor na úlohy psychoprofylaxie a psychohygieny.

Efektívne plnenie perspektívnych úloh rehabilitačnej psychológie predpokladá dialektickú prepojenosť a plynulú nadväznosť profylaxie, diagnostiky, terapie a rehabilitácie. Túto zásadu premieta autor v štvrtej kapitole do dvanástich programových bodov.

Cenné je opätovné zdôraznenie nevyhnutnosti interdisciplinárnej kooperácie a z toho prameniaca výzva na oživenie konštruktívneho dialógu medzi zástupcami jednotlivých odborov, ku ktorej dáva mnohostranný impulz aj recenzovaná kniha.

Práca W. Zimmermanna poskytne mnohé poznatky a podnety nielen psychologom, ale aj ostatným odborníkom zameraným na oblasť rehabilitácie.

*E. Habiňáková, Bratislava*

L. BRESLOW, J. E. FIELDING, L. B. LAVE  
**ANNUAL OF PUBLIC HEALTH**

*Roční přehled veřejného zdravotnictví. Vol. 5, 1984.*

*California, Palo Alto Annual Reviews 1984*

ISBN — 0 — 8243 — 2705 — 5

V roce 1984 vychází jako pátý svazek Ročních přehledů veřejného zdravotnictví celá řada prací, věnovaných nejrůznějším otázkám od genetické epidemiologie až po sexuální rozdíly v morbiditě, mortalitě a životním stylu. Svazek opět setavily editoři dr. Breslow z Kalifornské univerzity v Los Angeles, dr. Fielding z téže univerzity a dr. Lave v Carnedie-Mellon univerzity.

Pátý svazek obsahuje celkem 17 prací s nejrůznější tematikou. Pozoruhodné prá-

ce jsou Mortalita a morbidita u sportovních poranění a rekreace [J. F. Kraus, C. Conroy], Stress a zdraví [S. V. Kasl]. Časný vývoj a současný trend vývoje lékařských veřejných nemocnic [W. Shonick]. Funkce nemocničních nákladů [J. R. Lave, L. B. Lave]. Celá řada dalších prací přináší podnětné informace pro každého, kdo se zabývá otázkami organizace zdravotnictví, ale i otázkami z různých oborů medicíny. Věcný rejstřík, přehledný seznam autorů a prací z minulých čtyř ro-

níků Ročního přehledu veřejného zdravotnictví ukončují pátý, zatím poslední ročník.

Jednotlivé práce jsou dobře dokumentované, přehledné tabulky a některé ilustrace doplňují text jednotlivých prací, vždy ukončený přehledem další literatury.

Roční přehledy vydávané mnoho roků v nejrůznějších oblastech současné medicíny a zdravotnictví plní dobře svoji funk-

ci aktuálně informovat o současném vývoji a současných snahách předních autorů v daném oboru. I poslední ročník Ročního přehledu veřejného zdravotnictví plní bezesporu tuto funkci. Je informativním zdrojem a dobrým přehledem v oblasti organizace zdravotnictví a v oblastech, které souvisejí s příbuznou tematikou.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

C. C. SCHNORRENBERGER

### **SPEZIELLE TECHNIKEN DER AKUPUNKTUR UND MOXIBUSTION**

*Speciální techniky akupunktury a moxibuse. 2. nezm, vyd.*

*Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1984*

*ISBN 3 - 7773 - 0657 - 6*

Posledních deset let je charakterizováno rozvojem akupunktury v evropských zemích. Početné kongresy, symposia a konference věnují stále stoupající pozornost této léčebné metodě, která přichází ve své renesanci z Číny, a je pozoruhodné, jaké rozšíření získává v zemích klasické medicíny. Ne vždy je přijata a přijímána s nadšením, na druhé straně její uplatnění především v praxi odmítá mnohdy oprávněnou kritiku. Je pochopitelné, že s rozvojem této léčebné metody se na knižním trhu objevují početné publikace, monografie, učebnice a atlasy, které dokumentují snahu jedinců i škol dát do rukou především prakticky zaměřených lékařů adekvátní a účelnou příručku.

Schorrenbergerova monografie, která vychází ve druhém, nezměněném vydání v nakladatelství Hippokrates Verlag ve Stuttgartu — prvé vydání vyšlo v roce 1976 pod názvem Píchání a pálení [Stechen und Brennen] — představuje ve svém komplexu soubor technik současné akupunktury a moxa-technik. Autor publikace je známým odborníkem pro akupunkturu v západní Evropě a patří k vedoucím lékařům v této oblasti. Je vedoucím Německého výzkumného ústavu čínské medicíny ve Freiburgu a dlouhodobé studijní pobyty v Čínské lidové republice mu umožnily dobře se seznámit se základy čínské medicíny všeobecně a s technikou akupunktury speciálně. Jedním z výsledků je monograficky zpracována publikace o speciálních technikách těchto čínských léčebných metod.

Monografie se dělí na sedm kapitol s četnými podkapitolami. V úvodu se autor zabývá existencí a významem terapie akupunkturou a moxou a původem a vývojem techniky Zhen-jiu (píchání a pálení); v dalších kapitolách hovoří o Hao-jehlách, jejich popisu, volbě, přípravě a technice použití, o technikách tonisování a uklidňování, o technikách, které představují klasické období čínské akupunktury a o kombinaci použití jehlové techniky a elektrického proudu, tak jako to představuje současná elektroakupunktura. Poslední dvě kapitoly Schnorrenbergerovy monografie se zabývají kožní a ušní akupunkturou a technikou moxy. Index obrázkových znaků, seznam literatury a věcný rejstřík ukončují tuto zajímavě podanou, bohatě ilustrovanou monografii o akupunktuře.

Kniha je přehledně napsaná, svědčí o velkých, především praktických zkušenostech autora: její členění na jednotlivé kapitoly a podkapitoly je z hlediska věcného účelné, metodické postupy jsou popsány názorně, což u mnohých učebnic tohoto typu není běžné. A jedno je potřeba zdůraznit — a to činí autor knihy ve své předmluvě k druhému vydání — varuje před rizkem aplikace akupunktury laikem. Akupunktura a její technika si zaslouží bezesporu pozornost. Zájem mnohých ústavů, institucí a klinik je dokladem toho, jak tyto léčebné metody ovlivňují současně myšlení klasické medicíny. Je však nutné i v období euforie pro určitou léčebnou metodu přijímat kri-

tická stanoviska a stát na bázi objektivizace dosažených léčebných efektů. A tento trend je v současné akupunkturologii zřetelný.

Schnorrenbergerova monografie, která prakticky upozorňuje především na me-

todické základy akupunktury, se svým informačním komplexem stává jednou z dobrých monografií, které věnují pozornost novým léčebným technikám.

Dr. M. Palát, Bratislava

R. FERLINZ

### INTERNISTISCHE DIFFERENTIALDIAGNOSTIK

*Interní diferenciatní diagnostika*

Georg Thieme Verlag, Stuttgart — New York, 1984

ISBN 3 — 13 642501 — 4

Pod vedením prof. R. Ferlinze, přednosty pneumologického oddělení na univerzitě Johanna Gutenberga v Mohuči, připravilo dalších devět spolupracovníků knihu o diferenciatní diagnostice u interních onemocnění. Kniha vychází v roce 1984 v nakladatelství Georg Thieme ve Stuttgartu a má celkem 41 kapitol s krátkým úvodem, uvedením další literatury a věcným rejstříkem. Jednotlivé kapitoly mají několik vyobrazení a celou řadu přehledných tabulek.

Interní diferenciatní diagnostika obsahuje všechno, co by měl lékař vědět, eventuálně na co by měl myslet při diagnostickém a diferenciatně diagnostickém rozhodovacím procesu v klinice vnitřních chorob. Od kapitol, které věnují pozornost jednotlivým symptomům, přecházejí autoři ke kapitolám o jednotlivých klinických jednotkách a syndromech. Toto základní rozdělení je klasické. Pozoruhodné je však vnitřní členění jednotlivých

vých kapitol a podkapitol. Barevně odlišení v textu poukazuje především na výskyt symptomů a onemocnění, barevně jsou také řešené přehledně uspořádané tabulky. Tato selekce v přenosu důležitých informací svědčí o bohaté pedagogické zkušenosti autorů jednotlivých kapitol a je vhodná i pro rychlou orientaci v této publikaci, určené především internisticky zaměřeným lékařům, to je internistům a lékařům prvního kontaktu. Logická stavba řešení diagnostiky a diferenciatní diagnostiky u symptomových komplexů nebo chorobných jednotek je účelná, slouží především cestě od všeobecných příznaků k stanovení konečné diagnózy.

Forma a rozsah publikace je vhodný — jde o kapesní formát středně velkého rozsahu s kapitolami členěnými přehledně. Polygraficky představuje dobrý standard Thiemeho vydavatelství.

Dr. M. Palát, Bratislava

W. M. COWAN, E. M. SHOOTER, CH. F. STEVENS, R. F. THOMPSON

### ANNUAL REVIEW OF NEUROSCIENCE

*Roční přehled věd o nervovém systému. Vol. 7.*

Annual Review Inc., California, Palo Alto, 1984

ISBN 0 — 8243 — 2407 — 2

V obvyklé úpravě a s obvyklou pohotovostí vychází sedmý svazek Ročního přehledu věd o nervovém systému, který pravděpodobně přináší vysoce aktuální tematiku z oblasti neurofyziologie, neurobiologie, neurochemie, neuroimunologie, neurologie, neuroanatomie a psychologie a ostatních vědních oborů, které se zabývají otázkami nervového systému.

7. ročník je uveden statí prof. Jánoše Szentágothaia z Anatomického ústavu buďapeštské Semmelweisovy univerzity, která pojednává z osobního pohledu autora, známého anatoma zaměřeného celým svým dílem především na nervové struktury, o konceptu „Downward Causation“.

Práce, které kolektiv sestavovatelů zařadil do tohoto sedmého svazku ročního

přehledu o vědách zabývajících se nervovým systémem, mají různou tematiku, představují však poznatky, uvedené na současný stav poznání. Mezi zajímavé práce patří bezesporu práce o neurální základně řeči (Damasio, Geschwind), o novém neuronálním růstovém faktoru (Berg), o neurogenním kontrolním systému bolesti (Basbaum, Fields), o endogenních opioidech (Akil, Watson, Young, Lewis, Kchatourian, Walker) a mnoho dalších. Všechny práce, zařazené do tohoto svazku, obsahují na závěr početné údaje z literatury a citace, jednotlivé práce mají doplňující ilustrace a přehledné tabulky. Sedmý, poslední svazek zachovává formu a vybavení dnes už tradičních svazků Ročních přehledů.

V moderní biologii, medicíně i teoretických základech lékařství — fyziologii, biochemii, biologii, imunologii a dalších oborech se věnuje v posledních deseti letech velká pozornost právě otázkám nervového systému. O tom svědčí i početné publikace, monografie a jednotlivé časopisecké práce ve světovém písemnictví, které přinášejí stále nové a nové poznatky z těchto vědních oblastí. Roční přehledy představují vlastně „esenci“ vědeckých poznatků v oborech, které se zabývají nervovým systémem z nejrůznějších aspektů. A tato snaha se daří, o čem svědčí pravidelně vydávané, dobře redigované a z hlediska informací cenné Roční přehledy.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

O. G. KOGAN, A. F. BELJAJEV

### **BALNEOGRAJELEČENIE TRAVM POZVONOČNIKA I SPINOVO MOZGA NA KURORTE SADGOROD**

Balneoterapia úrazov chrbtice a miechy v kúpeľoch Sadgorod

*Vydalo Knížné nakladateľstvo Ďalekého východu, Vladivostok 1984*

Predkladaná monografia má podľa slov samotných autorov vyplniť medzeru v literatúre na danú tému. O. G. Kogan a A. F. Beljajev zhrnuli všetky súčasné poznatky o metódach diferencovanej kúpeľnej liečby úrazov chrbtice a miechy, vychádzajúc z osobitostí klinického obrazu a stavu imúnnej homeostázy chorých. Problém týchto úrazov je významný najmä z hľadiska asi 97 % invalidizácie postihnutých. Samotné kúpele boli zamerané na túto skupinu ochorení od roku 1971. Autori ďalej predkladajú charakteristiku miestnych prírodných liečivých faktorov a sú rozpracované niektoré stránky mechanizmu ich účinku. V monografii je stať, ktorá sa zaoberá klasifikáciou poranení a s nimi súvisiacimi komplikáciami, ako sú zápaly močových ciest, neurogénne prejavy, poruchy močenia a defekácie, poruchy pohlavných funkcií, neurogénne podmienené kontraktúry a dekubity — ktoré dávajú do súvislosti s výškovou lokalizáciou lézie miechy. V zhode napríklad aj s našimi pozorovaniami boli úrazy prítomné v 81,5 % u mužov, najviac bola postihnutá veková skupina 31 — 40 rokov, a to 36 %, pričom najčastejšia výška poranenia bola L4—S1, a to 30 %. Plné

prerušenie miešnych funkcií pozorovali u 38,1 %. Pomerne rozsiahle miesto je venované úlohe imunity a rozvoju neurodystrofických a regeneračných procesov pri traumách miechy. Pri poruche imúnnej homeostázy sledovali počty neutrofilov, eozinofilov, rôznych typov lymfocytov, fagocytárny index a cytochemické ukazovatele, všeobecnú imunologickú reaktivitu, výšku komplementu, S-reaktívny proteín, bielkoviny a ich funkcie.

Pri rozoberaní problematiky terapie autori venovali 50 strán pasívnym procedúram a 5 strán pohybovej liečbe. Z pasívnych procedúr prvoradý význam majú peloidy a rôzne formy ich aplikácie. Dovoľba sú sledované jednotlivé procedúry, pričom vplyv na vnútorné prostredie je analyzovaný a zhrnutý vo viacerých tabuľkách a grafoch.

Dôkladne sa využívajú aj rôzne iné prírodné faktory — vane s minerálnymi vodami, pitné kúry, klimatoterapia a súčasná medikamentózna terapia. Je zaujímavé, že odporúčajú používať najčastejšie peloidy v rozmedzí teplôt 34 až 36 °C, pričom sa nemá prekročiť hodnota 40 °C. Za výhodnú pokladajú kombináciu prírodných faktorov so súčasnou aplikáciou fyzikálnych pro-



cedúr — diadynamiky, induktoterapie a ultrazvuku. Prikladajú veľký význam liečebnej telesnej výchovy a hlavnú úlohu vidia vo vypracovaní systému návykov sebaobsluhy v byte.

Pri hodnotení efektívnosti kúpeľnej liečby v štvorstupňovej škále (značné zlepšenie, zlepšenie, bez zmeny, zhoršenie) zaznamenali u 81 až 83 % pacientov zlepšenie, pričom pri ukončení pobytu mohlo 13 % samostatne chodiť, 12 % chodiť s pa-

ličkou a 14 % chodiť s barlami, ostatní boli odkázaní na vozík alebo pomoc inej osoby.

Kniha má praktický a teoretický význam pre lekárov v kúpeľoch, neurológov, fyzioterapeutov, špecialistov v rehabilitácii, ako aj pre záujemcov, ktorí sa zaujímajú o prístup k zvládnutiu takej problematiky, ako je komplexná kúpeľná starostlivosť o pacientov s úrazmi chrčtice a miechy.

*Dr. A. Gúth, Bratislava*

G. ten BRUGGENCATE  
**MEDIZINISCHE NEUROPHYSIOLOGIE**

*Lékařská neurofyziologie*

*Georg Thieme Verlag, Stuttgart — New York, 1984*

*ISBN 3 — 13 — 657101 — 0*

V posledných niekoľkých desiatkach let dochádza k veľkému rozvoju poznatkov z oblasti neurobiologie a neurofyziologie. Technické predpoklady a pokračujúci vývoj základných biologických disciplín, práve tak, ako rozvoj klinického myslenia a možnosti modernej diagnostiky, jsou základní faktory, dokumentující rychlou cestu rozvoje neurobiologických věd.

Profesor G. ten Bruggencate z Fyziologického ústavu mnichovské univerzity vydává v roce 1984 v ediční řadě kapesních příruček rozsahem poměrně malou monografii o lékařské neurofyziologii, a to z pohledu buněčných funkcí a senzomotoriky pod klinickým zorným úhlem. Kniha má tři základní kapitoly. Po krátkém úvodu, poukazujícím na komplexní úlohy nervového systému, následují dvě velmi rozsáhlé kapitoly — kapitola o funkčních principech nervových a mozkových buněk a kapitola o senzomotorice. Přehled literatury s celkem 306 vybranými citacemi a věcný registr ukončují tuto pozoruhodnou, moderně napsanou, obsahově bohatou a zajímavou monografii, určenou nejen pro fyziology a neurofyziology, ale především pro klinické odborníky, kteří tu najdou mnoho cenného i z oblasti patobiologie. Celá řada obrázků

a několik tabulek doplňuje text jednotlivých kapitol a podkapitol.

V moderní rehabilitaci se velmi často setkáváme s poruchami nervového systému v podobě rozmanitých klinických obrazů. Znalosti základů neurofyziologie a patofyziologických dějů u jednotlivých klinických stavů jsou předpokladem racionálního a funkčně zaměřeného rehabilitačního programu. Není mnoho učebnic a monografií, které by jasným způsobem vysvětlily základy neurofyziologických dějů, i když existuje celá řada prací a knih o této problematice. G. ten Bruggencateova monografie to činí. Je komplexní, protože diskutované otázky vycházejí z experimentálních poznatků a jsou aplikované na patofyziologické základy funkcí a na kliniku chorobných stavů. Elementární funkce nervového systému jsou zde seřazeny do komplexů nakloněných klinickému myšlení.

Veříme, že drobná monografie prof. G. ten Bruggencatea nalezne široký zájem především v oblasti klinicky laděných odborníků — i pro rehabilitaci je velmi cenným zdrojem a podnětem pro celou práci v této oblasti.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

W. FROMM, R. DEGENHARDT, Kol.

## REHABILITATIONSPÄDAGOGIK FÜR SEHGESCHÄDIGTE

Rehabilitačná pedagogika pre zrakovo poškodených

VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1984

Zrakové vnímanie má pre poznávaciu činnosť človeka mimoriadny význam, pretože zrakový analyzátor sa vyznačuje vysokou výkonovou schopnosťou. Vyše 80 % všetkých informácií sprostredkováva zrak. Preto úplná, alebo čiastočná porucha zraku znamená v zmysle počatia Pielascha a Jaedického predovšetkým nedostatok informácií. Výpad informácie prináša pre zrakovo poškodeného celý rad následkov: na zacytenie a identifikovanie diania vo svojom okolí musí vynaložiť mnohonásobnú energiu, vytrvalosť, jeho pozornosť je nadmerne zaťažovaná, nachádza sa v nepretržitom napätí. Avšak aj napriek tomuto konštatovaniu je na mieste postoj preniknutý optimizmom, pretože aj jediniec s rozsiahlym poškodením zraku je schopný pri intenzívnom nasadení síl dospieť k poznávaniu svojho okolia a výsledky svojho poznávania môže využívať pre svoj osobný a spoločenský život, pre nadobudnutie samostatnosti, pre uplatňovanie činnorodosti a tvorivosti. Predpoklad pre dosiahnutie týchto schopností je v aplikáčnej účinnosti špecifity utváraného pedagogického procesu, ktorý sa zameriava pri jednotnom pôsobení výchovy, vzdelávania a rehabilitácie na to, aby zrakovo poškodené deti boli vychovávané ku všestranne rozvinutej osobnosti.

Úlohou recenzovanej publikácie, ktorú spracoval osemčlenný autorský kolektív, je poskytnúť na úrovni najnovších poznatkov prehľad o cieľoch, úlohách, obsahoch a metódach pedagogického procesu u nevidiacich a slabozrakých detí a mládeže.

Zasluhou zakladateľa odborného tematického radu Prínosov pre špeciálne školy a pre rehabilitačnú pedagogiku — prof. dr. phil. R. Dahlmanna vychádza táto práca zameraná na zrakovo poškodených už ako 41. zväzok. Podnetná je pre učiteľov, vychovávateľov, učiteľky materských škôl, pre rodičov a slabozrakých. Tým, že poskytuje prehľad o základnej rehabilitácii pri neskôr získaných poruchách zraku, o aktivitách Zväzu nevidiacich a slabozrakých, ako aj o právnych ustanoveniach, okruh možných záujemcov o publikáciu sa rozširuje o očné lekárov, psychologov,

pracovníkov zdravotníctva a sociálnej starostlivosti.

V rozsahu 143 strán (s 29 obrázkami a 13 grafmi) prináša kniha cielene usporiadaný poznatkový materiál zoskupený do desiatich tematických kapitol. Informatívnu hodnotu zabezpečuje rozsiahle využitie literárnych prameňov (250), ktoré sú reprezentatívne pre oblasť problematiky zrakového poškodenia.

Uvádzame stručný prierez obsahom, ktorý sa zameriava na tieto tematické okruhy:

- Význam zrakového poškodenia z pedagogického hľadiska a prehľad historického rozvoja pedagogiky pre zrakovo poškodených. Pre diferenciaciu výchovno-vzdelávacieho a rehabilitačného procesu zohrali významnú úlohu vymedzené oftalmo-pedagogické kritériá pre delenie zrakového poškodenia.
- Príčiny zrakového poškodenia v detstvom veku sú analyzované z hľadiska vrodených porúch zápalových a degeneratívnych ochorení úrazov. Dôraz kladený na screening a včasnú rehabilitáciu porúch zraku je v súlade s preventívnym zameraním zdravotno-výchovnej starostlivosti.
- Osobnostný vývin poškodených detí združuje podrobnú charakteristiku osobitostí kognitívneho rečového vývinu, hry, motoriky.
- Rozbor pedagogického procesu u zrakovo poškodených s dôrazom na ciele a metódy rehabilitácie aplikované v oblasti telesnej výchovy, zmyslovej výchovy, reči, myslenia, emocionálno-vôľovej sféry. Túto kapitolu inštruktívne dopĺňujú príklady a metodické návody z výchovnovzdelávacieho procesu v predškolskom a školskom veku, ďalej organizácie vyučovania z aspektu školskej hygieny, štruktúra škôl pre zrakovo poškodených, vybavenie vyučovacích tried a príprava špeciálnych pedagógov.
- Rodiná výchova zrakovo poškodených detí sa považuje oprávnené za dôležité

tú zložku odborného usmerňovania s využívaním rozširujúcej sa siete poradenských služieb pre rodičov.

- Profesionálna rehabilitácia zameraná na využívanie individuálnych psychofyzických schopností pre prípravu pracovnej spôsobilosti žiakov a mladistvých. Významnú úlohu zohráva špeciálne profesionálne poradenstvo a rehabilitačné strediská pre výchovu k povolaniu.
- Rehabilitácia porúch zraku získaných neskôr sa zaoberá najmä zložitým psychosociálnym komplexom problémov pri strate zraku.
- Pokrok v oblasti vedy a techniky, najmä zásluhou elektroniky, znamená rozšírenie a zefektívnenie pomôcok pre zrakovu poškodených. Inventarizácia s popisom je široká, okrem učebných pomôcok obsahuje pomôcky pre orientáciu, pre povolanie, voľný čas a domácnosť.

Úlohy a aktivity Zväzu nevidiacich a slabozrakých v NDR dokumentujú, že táto organizácia si zodpovedne plní svoje odborné a humanistické úlohy a jej snahou je prehlbovať integratívny prístup aj so zapájaním verejnosti na pomoc poškodeným jedincom. Toto úsilie podporujú v plnom rozsahu právne dokumenty, ktoré deklarujú starostlivosť socialistického štátu o svojich poškodených občanov a zabezpečujú im právo na rovnoprávnu a aktívnu účasť na spoločenskom dianí a na živote bez materiálnych nedostatkov.

S uznaním hodnotíme u W. Fromma, R. Degenhardtovej a kolektívu tvorivé úsilie, ktorým záslužne prispeli k ďalšiemu rozvoju a zdokonaleniu všestrannej starostlivosti o zrakovu poškodených. Svojou knihou sprístupňujú bohaté poznatky, o ktoré prejavia hlbší záujem mnohí naši odborní teoretici aj praktici.

*E. Habiňáková, Bratislava*

## **SPRAVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ**

### **SYMPOZIUM TELESNÉ CVIČENIA A KRVNÝ OBEH III**

V Bratislave sa v dňoch 17. — 19. októbra 1984 za účasti viac ako 150 odborníkov z Československa a zo zahraničia konalo už tretie sympóziu s medzinárodnou účasťou o telesných cvičeniach a krvnom obeh v spolupráci so Svetovou zdravotníckou organizáciou a Rehabilitačnou radou Medzinárodnej kardiologickej spoločnosti a federácie.

Záštitu nad sympóziom prevzali obe ministerstvá zdravotníctva — Českej a Slovenskej socialistickej republiky.

Sympóziu usporiadala Československá rehabilitačná a Československá kardiologická spoločnosť.

Základnými tematickými okruhmi sympózia boli jednak psychosociálne aspekty rehabilitácie pacientov s kardiovaskulárnymi ochoreniami a jednak otázky te-

lesných cvičení u starej populácie. Do programu sympózia sa zaradila aj posterová sekcia, rozoberali sa aj voľné témy.

Sympóziu úvodom pozdravil zástupca ministra zdravotníctva SSR dr. Dziuban a otvoril prof. Fejfar, predseda sympózia. V ďalšom programe potom odzneli jednotlivé referáty popredných našich a zahraničných účastníkov.

Široký program predstavoval veľké možnosti pre prezentáciu prác jednotlivých pracovísk, ktoré sa zaoberajú danou tematikou. Každý tematický okruh bol uvedený prehľadným referátom — v prvej časti hovoril dr. Palát o psychosociálnych problémoch kardiakov, v druhej časti prof. Fejfar o rehabilitácii u starých osôb. Pozoruhodné práce predniesol dr. Rudnicki z Varšavy o psychologických efektoch dl-

hodobých rehabilitačných programov u pacientov s infarktom myokardu s typom správania A a B, ďalej skupina Homut a spol. o porovnaní behaviorálnej metódy a liečivou metódou dlhodobej terapie hypertonikov a Hadži — Pešič o psychologických profiloch a infarkte myokardu. Dobro bola prijatá práca Hämäläinovej z Fínska — štúdia o účinku zdravotníckej výchovy na pacientov po infarkte myokardu, ďalej práca Daňka a Horáka o možných diagnostických omyloch pri posudzovaní elektrokardiografických zmien a niektorých laboratórnych parametrov pre extrémne prolongovanú náročnú fyzickú záťaž. Pozornosť vzbudila aj práca Malého o kondičných táborech chorých so srdcovými ochoreniami a práca Böszerményiho o vplyve rehabilitačného programu na sérové lipidy u pacientov s infarktom myokardu.

Celý rad ďalších prednášok priniesol mnohé podnety, veľa informácií a niektoré pozoruhodné dáta zo sledovania rôznych parametrov pri telesných cvičeniach pri kardiovaskulárnych ochoreniach.

Posterová sekcia formou krátkych úvodných správ poukázala na jadro prác, prezentovaných na plagátoch. Zaujímavá

bola bohatá diskusia k jednotlivým posterom.

Vlastne celé sympóziu bolo charakterizované živou diskusiou prakticky ku každej prednáške. Iba málo prác prednesených v rámci 3. programu sympózia o telesných cvičeniach a krvnom obehu nezbudilo diskusiu. Oproti minulým sympóziám diskusia sa stala súčasťou každej prezentácie, a to bolo významným prínosom k úspechu tohto sympózia.

Atmosféra na sympóziu bola pracovná, neformálne vysoko priateľská. O tom svedčí nielen veľká účasť na jednotlivých zasadaniach, ale predovšetkým skutočnosť, že účastníci sympózia vydržali prakticky až do konca na svojich miestach v konferenčnej sále a sústredene sledovali prednášanú a diskutovanú problematiku.

Na záver zasadania prof. Fejtar zhodnotil prínos sympózia, vyzdvihol jeho dobrý priebeh a oznámil, že ďalšie, už štvrté sympóziu o telesných cvičeniach a krvnom obehu sa bude opäť konať o tri roky v Bratislave s tematickými okruhmi — rehabilitácia po kardiochirurgických zákrokoch a poruchy periférnej cirkulácie a možnosti rehabilitácie.

*M. Palát, Bratislava  
Z. Fejtar, Praha*

### III. EURÓPSKE DNI RESPIRAČNEJ A KARDIOVASKULÁRNEJ REHABILITÁCIE

V Paríži sa konal v dňoch 19. až 21. októbra kongres s medzinárodnou účasťou — III. Európske dni respiračnej a kardiovaskulárnej rehabilitácie. Organizátorom tohoto kongresu bola Francúzska spoločnosť pre štúdium, výskum a prevenciu v respiračnej a kardiovaskulárnej rehabilitácii, člen Európskej spoločnosti respiračnej a kardiovaskulárnej rehabilitácie.

Kongres slávnostne otvoril prezident Francúzskej spoločnosti aj Európskej spoločnosti respiračnej a kardiovaskulárnej rehabilitácie dr. Joël Barthe. Úvodný referát potom predniesol profesor Sadoul z Francúzska.

Na kongrese bolo prítomných 350 účastníkov, popri domácich Francúzoch bo-

li najviac zastúpení Belgičania, pomerne dosť účastníkov bol z Anglicka.

Program kongresu bol usporiadaný do 10 tematických celkov. Široký tematický okruh si vyžiadal veľmi nahustený program — počas 3 rokovacích dní odoznelo 67 prednášok. Kládcom bola živá diskusia k väčšine prednášok, ktorá nasledovala pri jednotlivých tematických celkoch hneď po každej prednáške. Prevažne sa riešila problematika patofyziológie, terapie a rehabilitácie respiračných a kardiovaskulárnych chorôb, niekoľko prác bolo venovaných psychologickým problémom pri týchto chorobách. Počas kongresu sa konala aj malá výstavka prístrojov, najmä na vyšetrovanie funkcie pľúc, ako aj pre oxy-

genoterapiu a inhalačnú liečbu, vhodných pre použitie v domácnosti chorého. Svoj stánok tam mala aj Francúzska spoločnosť boja proti mukoviscidóze, ktorá bola založená pred dvadsiatimi rokmi a je veľmi aktívna.

Účastníkov kongresu mimoriadne zaujali niektoré prednášky. F. Bec a kol. z Corbeil — Essones vo Francúzsku vo svojej práci Včasná rehabilitácia po nekomplikovanom infarkte myokardu prezentovali model progresívnej rehabilitácie u pacientov s infarktom myokardu. V 1. fáze rehabilitácie — nemocničnej išlo o včasnú vertikalizáciu pacienta — 5. deň cvičenie na bicyklovom ergometri, 8. až 9. deň záťaž 30 W, progresívny každodenný tréning na bicyklovom ergometri bol dopĺňaný cvičeniami brušnými a činkami, 16. deň až 70 % maximálnej záťaže pri namáhavom teste, 17. deň prepustenie z nemocnice. V 2. fáze rehabilitácie — ambulatnej pacienti počas 4 týždňov dochádzali na cvičenie 3-krát týždenne. Táto fáza bola kontrolovaná formou dvoch námahových testov vedúcich k dosiahnutiu 85 % maximálnej záťaže na konci programu. Tento rehabilitačný program absolvovala skupina 25 pacientov, v 2. skupine 25 pacientov bola postupnosť takáto: včasná vertikalizácia — 9. deň, záťaž 30 W 10. — 11. deň, 70 % maximálnej záťaže 19. deň a prepustenie z nemocnice 20. deň. Popri neškodlivosti a jednoduchosti tohto rehabilitačného programu autori uvádzajú ako dôvod takéhoto postupu po nekomplikovanom infarkte myokardu rýchly návrat k rodine, dosiahnutie psychologického komfortu a zabezpečenie kardiologického sledovania za podmienok dôslednej kontroly a dobrej spolupráce medzi reha-

bilitačným pracovníkom a kardiológom. Iba včasný profesionálny návrat naráža na socio-psychologické prekážky.

G. Niset a kol. z Bruxelu v prednesenej kazuistike pacienta s transplantovaným srdcom uviedli metabolické a kardiologické výsledky získané počas 20-kilometrového behu. Išlo o 48-ročného pacienta, ktorému v auguste 1982 transplantovali srdce pre kardiopatiu ischemického pôvodu v terminálnom štádiu. Jeho pooperačný stav bol skomplikovaný akútnou renálnou insuficienciou, zapríčinenou nefrotoxickou po Cyclosporine. Neskôr bola u pacienta prítomná mierna chronická renálna insuficiencia a anémia. To mu však nezabránilo, aby po období rekonvalescencie a podstupenom tréningu [za aktívnej účasti rehabilitačného pracovníka] nezačal žiť opäť veľmi aktívne. Rozhodol sa zúčastniť na bruxelskom polomaratóne, t. j. 20-km behu v júni 1983. Počas celého behu sa robil EKG záznam, vzorky krvi a moču sa vyšetrili pred behom a po behu, a tieto výsledky sa porovnali s výsledkami vyšetrení kontrolnej skupiny 30 bežcov, získanými predtým. Výsledky tejto štúdie ukázali, že: 1. srdcová frekvencia sa stabilizovala medzi 150 — 160 údermi za minútu a už sa viac nezmenila podľa zmien rytmu behu (stredanie behu a chôdze), 2. zo všetkých skúmaných biochemických parametrov jedine lactacidémia pri záťaži vysoko presahovala hodnoty zistené u kontrolnej skupiny (7,07 mmol/liter ku 2,53 mmol/liter), čo poukazuje na oveľa vyšší glykolytický anaeróbný metabolizmus u „transplantovaného kardiaka“, 3. jeho renálna insuficiencia sa behom nijako nezväčšila.

V. Reptová, Bratislava

## 2. ČESKOSLOVENSKÝ KONGRES O AKUPUNKTÚRE

2. Československý kongres o akupunktúre s medzinárodnou účasťou sa uskutočnil v dňoch 21. — 23. 2. 1985 v Dome ROH v Bratislave. Hlavné témy kongresového rokovania budú: 1. Teória a prax akupunktúry vo svetle súčasných vedeckých poznatkov. 2. Klinické výsledky apli-

kácie akupunktúry v podmienkach moderného zdravotníctva. Počas kongresu sa uskutočnia aj dve medzinárodné sympóziá na témy: I. Akupunktúra v medicíne východného a západného typu a možnosti ich vzájomnej integrácie. II. Problematika a perspektívy modifikácií akupunktúry.

V nadväznosti na kongresové rokovania sa v dňoch 23. — 24. 2. 1985 uskutoční aj medzinárodný pokongresový kurz akupunktúry, na ktorom budú prednášať významní naši a zahraniční odborníci v tejto oblasti.

Hlavnou úlohou kongresu bude tak sprístupnenie problematiky akupunktúry a jej možností a perspektívy našej širokej lekárskej a zdravotníckej verejnosti, ako aj vytvorenie podmienok pre nadväzovanie kontaktov a výmenu vedeckých a praktických skúseností s cieľom ďalšieho a dô-

slednejšieho sprístupňovania akupunktúry ako súčasť komplexnej zdravotníckej starostlivosti v súlade s heslom Svetovej zdravotníckej organizácie „Zdravie pre všetkých v roku 2000“.

Predsedom kongresu bude doc. MUDr. J. Hupka, CSc., predseda Slovenskej fyziatrickej spoločnosti, generálnym sekretárom MUDr. J. Šmirala, predseda Sekcie akupunktúry pri SFS.

*MUDr. J. Šmirala, Bratislava*

## SPRAVY Z USTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

**KATEDRA REHABILITAČNÝCH PRACOVNÍKOV ÚSTAVU PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE STREDNÝCH ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV V BRATISLAVE plánuje v školskom roku 1985/86 tieto školiace akcie:**

Kurzy:

1. Sústredenie pomaturitného špecializovaného štúdia na úseku práce liečebná telesná výchova, prvý rok štúdia.  
Určenie: Pre rehabilitačných pracovníkov zaradených do pomaturitného špecializačného štúdia k 1. 9. 1985  
Termín: 10. II. — 21. II. 1986, 26. V. — 6. VI. 1986  
Miesto konania: Bratislava  
Počet účastníkov: 24  
Náplň: Podľa pedagogického dokumentu tohto štúdia.
2. Kurz v mobilizačných technikách.  
Určenie: Pre rehabilitačných pracovníkov pracujúcich na FRO NSP a ostatných zdravotníckych zariadení.  
Termín: 1. IV. — 11. IV. 1986  
Miesto konania: Bratislava  
Počet účastníkov: 20  
Náplň: Teoretické a praktické základy mobilizačných techník
3. Kurz v štandardizácii a evaluácii rehabilitačných programov.  
Určenie: Pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí sú určení pre evaluačné úseky fyziatricko-rehabilitačných oddelení zdravotníckych zariadení.  
Termín: 9. XII. — 20. XII. 1985  
Miesto konania: Bratislava  
Počet účastníkov: 20  
Náplň: Metódy objektívneho posudzovania rehabilitačného procesu pri jednotlivých chorobných stavoch. Funkčné, diagnostické a evaluačné metódy. Problematika štandardizácie a štatistické vyhodnocovanie výsledkov rehabilitačného procesu.

#### 4. Rehabilitačné postupy v pediatrii.

Určenie: Pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí vykonávajú rehabilitáciu detských pacientov.

Termín: 20. 1. — 31. 1. 1986

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 20

Náplň: Základné rehabilitačné programy v pediatrii, súčasné metodické postupy v rehabilitácii pri vybraných chorobách detského veku.

#### Školiace miesta:

##### 1. Školiace miesto pre vedúcich rehabilitačných pracovníkov.

Určenie: Pre vedúcich pracovníkov fyziatrcko-rehabilitačných oddelení NsP II. a III. typu.

Termín: v priebehu školského roku

Doba trvania: 2 týždne

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 4

Náplň: Oboznámenie s organizáciou práce na fyziatrcko-rehabilitačných oddeleniach, s vedením dokumentácie v nadväznosti jednotlivých metód na rehabilitačné programy. Náplň práce jednotlivých úsekov F R O.

##### 2. Školiace miesto v doplnkových metodikách liečebnej rehabilitácie.

Určenie: Pre rehabilitačných pracovníkov pracujúcich v kúpeľných zariadeniach.

Termín: v priebehu školského roku

Doba trvania: 2 týždne

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 4

Náplň: Prehĺbenie vedomostí a praktických zručností v metodických postupoch rehabilitácie u vybraných chorôb pohybového ústrojenstva a vnútorných systémov.

##### 3. Školiace miesto v rehabilitácii detských spastikov.

Určenie: Pre rehabilitačných pracovníkov pracujúcich v tejto problematike.

Termín: v priebehu školského roku

Doba trvania: 2 týždne

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 4

Náplň: Zoznámenie sa so základmi a súčasným stavom metodických postupov u detských spastikov. Zvládnutie základných rehabilitačných programov s prihliadnutím na liečbu zamestnaním (hrou).

---

Katedra rehabilitačných pracovníkov Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov oznamuje, že v I. polroku 1985 usporiada celoslovenské semináre:

26. februára 1985 — Rehabilitácia pri respiračných ochoreniach

23. apríla 1985 — Rehabilitácia u detí s detskou mozgovou obrnou

18. júna 1985 — Vrodené chyby a rehabilitácia.

Semináre sa budú konať vždy na fyziatrcko-rehabilitačnom oddelení NsP akad. L. Dórrera, Limbova 5. Bratislava, o 13,30.

V. Reptová, Bratislava