

# Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

## OBSAH

### EDITORIAL

*M. Palát:* Sport a moderní rehabilitace . . . . . 65—66



### PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

*V. Mastný:* Rehabilitace u křečových žil dolních končetin . . . . . 67—72

*E. Rychlíková:* Uvolňovací -- automobilizační -- cviky  
hrudní páteře u kardiaků . . . . . 73—78



### METODICKÉ PRÍSPEVKY

*Š. Kišoň, M. Palát:* Medikamentózna terapia pri rehabilitácii v geriatrici . . . . . 79—89



### SÚBORNÉ REFERÁTY

*K. Matulay, A. Palčovič:* Chronická schizofrénia a možnosti jej rehabilitácie . . . . . 91—105



### HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ

*J. Láb:* Přehled systému komplexní rehabilitační péče a poradenství pro volbu povolání invalidních občanů v Polské lidové republice . . . . . 107—114



RECENZIE KNÍH . . . . . 90, 106, 115—127



SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ . . . . . 127—128



SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP . . . . . 128

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

\*

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

# Rehabilitácia

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

Vydáva Vydavateľstvo OBZOR, n. p., ul. Československej armády 29/a, 893 36 Bratislava

Šéfredaktor: MUDr. Miroslav Palát  
Zástupca šéfredaktora: MUDr. Štefan Litomerický

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

Grafická úprava: Jozef Hrazdil  
Jazyková úprava: Mikuláš Rumpel

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

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

Vychádza štvrtročne, cena jednotlivého čísla Kčs 6,—

Rozširuje: Vydavateľstvo OBZOR, n. p., administrácia časopisov, ul. Čs. armády 29/a, 893 36 Bratislava

Toto číslo vyšlo v júli 1974.

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

# Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK VII/1974

ČÍSLO 2

EDITORIAL...

## SPORT A MODERNÍ REHABILITACE

*Sport a tělesná výchova, které v současné společnosti představují velmi důležitý faktor, z hlediska zdraví a choroby přinášejí dva základní aspekty:*

*1. následkem špičkové výkonnosti v současném sportu objevuje se celá řada poškození, od banálních mikrotraumat až po závažné úrazy s následným chronickým průběhem a trvalým snížením poškozené funkce;*

*2. následkem nedostatečného pohybu objevují se klinické jednotky, charakterizované poškozením zdraví — od jednoduchého hypokinetického syndromu až po závažné poškození kardiovaskulární funkce.*

*Tyto dva extrémny ohraničují a vymezují hranici mezi zdravím a chorobou, mají společného jmenovatele — tělesnou aktivitu, faktor typický pro tělesnou výchovu a sport. Tréninový proces současného sportovce a pohybové prvky rehabilitačního programu ve své podstatě slouží mobilizaci jednotlivých funkcí lidského organismu, především funkci kardiovaskulárního systému. Je jistě rozdíl v kvantitě zatížení, představované tréninkovým, či rehabilitačním programem, po stránce kvality jde však o stejnou podstatu.*

*Je jistě základní otázkou, jaký je vzájemný vztah sportu jako prototypu komplexního pohybového režimu s určitým cílem a rehabilitace jako souboru opatření vedoucích k fyzické a pracovní samostatnosti po chorobě. Kvantitativní rozdíl v tělesném zatížení při aplikaci kvalitativně stejných prvků poukazuje jen na objekt a jeho zdravotní stav, nehovoří nic o vzájemném sepětí, které sport a moderní rehabilitace mají. Sport jako specifická forma pohybu stává se v rámci rehabilitace nejrůznějších oblastí medicíny léčebným prostředkem — někteří hovoří přímo o rehabilitačním aspektu moderního sportu v lékařství.*

*Sport se beze sporu stal součástí rehabilitačních programů u nejrůznějších chorob. Známe Mandevillské hry jsou dokladem, že sportovní soutěže, sport jako disciplína přinášejí nejen fyziologický efekt, ale také efekt získání předního místa v soutěži, jsou velmi pozitivním prvkem v celé ideologii rehabilitace těchto nemocných. Jsou určitou náplní a také vyplněním celé jedné etapy života chronicky poškozeného člověka.*

*Stejný význam sportu jako společenského činitele, právě tak jako kulturního faktoru můžeme vidět i u ostatních chronicky nemocných. Či už jde o neurologické afekce anebo či jde o nemocné s ortopedickými chorobami, stavy po úrazech anebo po operacích, vždy sport v adekvátním provedení je prvkem s velkým významem, komplexem, který formuje a pomáhá formovat i osobnost chronika. V neposlední řadě sport v oblasti kardiovasuklárních onemocnění — klasickým příkladem dnes jsou nemocní s překonaným infarktem myokardu, získává svoje pevné místo, nejen z hlediska fyziologického, ale především z hlediska společenského a kulturního.*

*Sport a moderní rehabilitace vytvářejí tedy určitý komplex, jehož význam je jak v mobilizaci fyziologických a psychologických rezerv pomocí pohybových prostředků, tak ve využití jeho společenského a kulturního významu s cílem obnovení fyzické a pracovní samostatnosti a s určitou možností resocializace chronicky nemocného člověka. I když v současném sportu právě tak jako v současné rehabilitaci věnuje se hlavní pozornost především přímým efektům, je nutné z hlediska komplexnosti péče o chronicky nemocného věnovat pozornost i dalším stránkám, na které je zde poukázáno, především aspektu společenskému a kulturnímu.*

Dr. M. Palát, Bratislava

## **REHABILITACE U KŘEČOVÝCH ŽIL DOLNÍCH KONČETIN**

*V. MASTNÝ*

*Rehabilitační oddělení FN, Brno, Ponávka 4.  
Přednosta MUDr. Václav Mastný, CSc.*

Varixy dolních končetin se vyskytují u 17 % obyvatelstva, třikrát častěji u žen než u mužů. Pro svůj hojný výskyt a závažné komplikace představují sociální a národohospodářský problém. Podle Krčílka byla v roce 1957 pracovní neschopnost pro křečové žíly dolních končetin u 0,9 % obyvatelstva s průměrnou dobou pracovní neschopnosti 34 dní. Pro záněty žil dolních končetin bylo neschopno 1,1 % obyvatelstva s dobou neschopnosti 29 dní. Varikózní bérčové vředy mohou být příčinou invalidity.

Pacienti s varixy dolních končetin bývají v léčebné péči cévního, kožního, interního a chirurgického oddělení. Jde zpravidla o pokročilá a komplikovaná stavy. Pro častý výskyt se s křečovými žilami dolních končetin setkává ve své denní praxi také rehabilitační pracovník. Mohou být sice jen vedlejším nálezem a v počátením stadiu, ale právě proto jsou vhodné pro preventivní opatření. K příslušným instruktážím a metodickým postupům musí mít rehabilitační pracovník dostatečné znalosti o původu křečových žil a o výkonnosti periferního žilního oběhu. Potvrdila nám to mnoholetá praxe, literární údaje a systematický průzkum u 160 nemocných s varixy dolních končetin.

Křečové žíly dolních končetin mohou být primární a sekundární. Primární varixy vznikají na podkladě vrozené chabosti tkání. Proto se nejčastěji vyskytují na velké safeně. Ta je kryta jen podkožním vazivem, které nemůže poskytnout její oslabené stěně dostatečnou zevní oporu. Až v 85 % se primární varixy kombinují s jinými vadami na základě tkáňové ochabllosti, jako jsou ploché nohy, kýly, snížení útrob a zlatá žíla. Primární varixy mohou vzniknout nebo se zhoršit, působí-li na ochablou žilní stěnu a žilní chlopně zvýšený nitrožilní tlak.

Ve stejné se žilní tlak rovná váze krevního sloupce a činí u vnitřního kotníku asi 100 cm H<sub>2</sub>O. Zvyšuje se při dlouhém stání, u otlosti a v těhotenství. Jde o tlak zvětšené dělohy na pánevní žíly, na počátku těhotenství o hormonální vlivy. Vzájemně působí nepříznivě varixy a ploché nohy, rovněž artrozy kolena, které se vyskytly u varixů až ve 64 %. Ve vlastním souboru 120 pacientů s křečovými žilami dolních končetin jsme zjistili u 75 % rodinnou pří-

těž, ve 30 % otylost, u 37 % ploché nohy, zaměstnání ve stoje mělo 44 % pacientů a vznik varixů v těhotenství 69 % pacientek. Ještě výraznější byl nález u 40 vyšetřovaných, kde po operaci křečových žil došlo k jejich recidivě. Rodinný výskyt jsme zjistili u 85 %, otylost u 71 %, ploché nohy u 50 % a zaměstnání ve stoje u 69 %.

Nitrožilní tlak snižuje a proto příznivě působí u primárních varixů činnost svalů dolních končetin, jejich zvýšená poloha a elastický obvaz. Stažením lýtkových a stehenních svalů se vypuzuje krev v hlubokých žilách směrem k srdci a v nepřímých spojkách z povrchových žil do hlubokých. Nepřímé spojky totiž procházejí svaly. Jakmile svaly dolní končetiny ochabnou, brání zpětnému toku v hlukových žilách chlopně. Při tom v distálních partiích žil nastává podtlak, kterým se nassává krev prostřednictvím přímých spojek z povrchových žil do hlubokých. Zpětnému toku brání opět chlopně spojek. Žilní krev tedy teče z povrchových žil do hlubokých a odtud proximálně směrem k srdci. Činnost svalů dolních končetin může překonat tlak až 200 cm H<sub>2</sub>O. Urychlí žilní oběh do té míry, že při chůzi klesá žilní tlak až o 80 %. Proto se zvětší objem nohy po jedné hodině ve stoje o 3,6 %, po jedné hodině chůze jen o 1,9 %. Zvýšená poloha dolních končetin snižuje žilní tlak podle hydrodynamických zákonů. Elastické obinadlo stlačí roztažené povrchní žíly, zúží lumen hlubokých žil. Tím vyřadí vadné cévy a urychlí žilní oběh. Důsledkem je opět příznivý žilní tlak.

Na základě uvedených zhoršujících a příznivých faktorů volíme rehabilitační postup u primárních varixů. Tam, kde je rodinný výskyt, poradíme zaměstnání bez větší zátěže dolních končetin ve stoje, ošetřit ploché nohy a jiné ortopedické vady. U otylých doporučíme redukovat tělesnou váhu. Při nevhodném zaměstnání přešlapuje postižený ve stoje z jedné nohy na druhou a s paty na špičku, aby svalovou činností si zlepšil žilní oběh. Doporučíme posilovat lýtkové svaly a nožní klenbu vhodnými cviky, plaváním, kondiční cyklistikou. Zakážeme podvazky, punčochy a ponožky, které omezují krevní oběh na stehně nebo bérce. Pacient má spát s elevací dolních končetin. Doporučíme obuv se širokým, nízkým podpatkem. Vysoký podpatek totiž nutí nohu do plantární flexe. Dochází při tom k izometrickému stahu lýtkových svalů, který je pro krevní oběh méně příznivý, naopak chybí účinná dorzální flexe nohy. Těhotné nemají dlouho stát, i ve dne polohovat dolní končetiny nad horizontálu, při otocích mají nosit elastické punčochy. Naučíme pacienty cvikům pro lepší žilní oběh v dolních končetinách. Volíme horizontální polohu, imitaci chůze nebo jízdy na kole, pravidelné hluboké dýchání.

Při vyvinutých primárních varixech se řídí rehabilitační postup také subjektivními potížemi a místním nálezem. Ve vlastní sestavě jsme zjistili různé potíže u 96 % vyšetřovaných. 70 % udávalo po námaze bolest ve svalech bérce, 68 % noční křeče, 61 % otoky, 5,3 % ekzem bérců, 8,2 % mělo bérce vřed. Bolest a otoky jsou známkou insuficience žilního oběhu pro nedomykavost chlopní. Fungují-li žilní chlopně dobře, nemusí být potíže ani u rozsáhlých varixů. Naproti tomu mohou být značné bolesti i u malých varixů, objevují-li se otoky, zvláště navečer. K nedomykavosti chlopní nejprve dochází ve dlouhých povrchových žilách, kde za normálních podmínek teče krev centrálně. Vadné chlopně však krev nezadrží a její část ve vzpřímené poloze se vrací k periférii. Jestliže se přidruží nedomykavost chlopní přímých spojek, mezi povrchními a hlubokými žilami, teče krev obráceně, tj. z hlubokých žil do

povrchových také při svalovém stahu. Spojky se varikózně rozšiřují. Proto při chůzi klesá žilní tlak jen minimálně. Vzniká žilní hypertenze a městnání, hlavně v dolní polovině bérce. Objevují se zánětlivé změny, otoky, subjektivní potíže, po delší době ekzemy až bércové vředy. O insuficienci dlouhých povrchových žil a přímých spojek se orientujeme Trendelenburgovou zkouškou. Elevací dolní končetiny vyprázdíme rozšířené povrchní žíly a stáhneme gumovou hadicí končetinu ve stehně. Pak se pacient postaví. Jestliže sa varixy naplní do 20 vteřin, jsou nedomykavé chlopně přímých spojek nebo malé safeny. Přiložíme-li gumovou hadici na stehno, nad a pod koleno, pak znamená naplnění varix do 20 vteřin nedomykavost chlopni přímých spojek bérce. Při Perthesově testu přiložíme hadici na stehno ve stoje. Pacient udělá několik rychlých kroků. Při dobrých chlopních spojek se varixy vyprázdí do hlubokých žil. U otoků zjišťujeme, zda se objevují až navečer, mizí po nočním klidu nebo po obinadle, dbáme na hygienu kůže, chráníme ji před poraněním, snažíme se zrychlit žilní proud. Tím totiž snížíme nitrožilní tlak a městnání, zmenšíme prosáknutí tkání. Dosáhneme toho zvýšenou polohou končetiny, cviky v horizontální poloze a bandáží. Při elevaci dolní končetiny do horizontály se zrychlí krevní oběh v žilách o polovinu, při elevaci 10 stupňů nad horizontálu 2krát proti oběhu ve vzpřímené poloze. Správně přiložené elastické obinadlo nahradí ztrátu elasticity kůže a podkoží, stlačí lumen hlubokých žil až na třetinu. Tím zrychlí žilní proud např. při tlaku 15 mm Hg až 5krát. Účinné jsou také pohyby dolních končetin. Při flexi v nártním kloubu se zrychluje žilní oběh o 445 %. Stejně příznivě působí flexe v kolenním kloubu a pohyby prstů u nohy. Extensoři prstů totiž probíhají v blízkosti hlubokých žil. Polohu pro cviky volíme horizontální. Při vadných chlopních tím zabráníme zpětnému toku žilní krve. Podle vlastních zkušeností užíváme aktivních odporových cviků. Vedla nás k tomu skutečnost, že při flebografii se vyprazdňují žíly rychleji při pohybech proti váze těla než při pohybech bez odporu. U 30 pacientů jsme sledovali vliv různých cviků v horizontální poloze na otoky. Ústup otoků byl nejzřejmější u aktivních resistovaných pohybů, méně účinné byly cviky bez odporu, izometrické stahy nebo prostá elevace končetiny. Proto doporučujeme, aby pacienti s otoky cvičili alespoň 2krát denně v poloze na zádech proti odporu gumové hadice. Přidáváme hluboké dechy. Méně účinné jsou cviky ve vertikální poloze a chůze, poněvadž při nich pro vadné chlopně dochází k zpětnému proudu žilní krve a jen k minimálnímu poklesu žilního tlaku. Jiná je však situace, jestliže použijeme k chůzi dobrého a správně přiloženého obinadla na bérce. Hodnoty tlaku obinadla se různí podle použitého instrumentaria. Nejvyšší tlak je nad kotníky, nejmenší pod kolenem. Obinadlo stlačí vadné povrchové žíly a tím vyřadí žilní hypertenzi, dále zúží průsvit hlubokých žil a zrychlí tak žilní oběh. Pacient proto cítí úlevu, otoky ustupují. Obinadlo dále chrání končetinu před poraněním, zevním tlakem omezuje filtraci do tkání. Proto je bandáž při žilní insuficienci velmi účinným prostředkem. Nejúčinnější je však chirurgická léčba, která odstraní vadné povrchové žíly a spojky. Z našich pacientů mělo před operací křeče v lýtkách 68 %, po operaci necelé procento, bolest ve svalech po námaze před operací 70 %, po operaci 5,8 %, otoky před operací 61 %, po operaci 5 %. Ekzemy a bércové vředy se zhojily u všech operovaných.

45 % všech varixů vzniká druhotně po trombóze hlubokých žil. Sekundární varixy jsou příznakem určitého stupně oběhové žilní poruchy. Při trombóze

většího úseku žil dochází v periférii k zvýšenému žilnímu tlaku. Při svalových stazích prochází hlubokými žilami méně krve povrchní žíly se přetěžují a rozšiřují. Až 85 % trombozovaných žil se sice po delší době — někdy až po několika letech rekanalizuje, jejich stěna je však bez elasticity a chlopně jsou poškozeny. Při činnosti svalů a při chůzi se proto krev vrací na periférii, rozšiřují se spojky mezi povrchními a hlubokými žilami, ochabují jejich chlopně. Krev proto proudí obráceně z hlubokých žil do povrchových. Sekundární varixy z uvedených důvodů bývají difúzně rozšířeny kolem spojek nad vnitřním kotníkem, na mediální ploše bérce, pod kolenem a na vnitřní ploše stehna. K dilataci velké safeny dochází tehdy, jde-li o kombinaci primárních a sekundárních varixů. O stavu hlubokých žil se můžeme přesvědčit flebografií. Pro orientaci rehabilitačního pracovníka však stačí obinadlová zkouška. Stáhneme bérec obinadlem od prstů po koleno a pacient půl hodiny chodí. Jestliže pociťuje po této době bolest, jsou k oběhu nutné povrchové žíly a hluboké jsou pravděpodobně ucpané. Všimáme si také lokalizace otoků. Po trombóze stehenní a podkolenní žíly jsou otoky na bérce a dolní části stehna, po trombóze žil bérce nacházíme otok na noze a v krajíně kolem kotníků. Pozdním příznakem stejně jako u primárních varixů mohou být pigmentace, indurace, ekzém a bércový vřed.

Prevence sekundárních varixů vlastně znamená prevenci žilních trombóz. Podle literárních údajů jsou trombózy asi 3krát častější u žen než u mužů. Vyskytují se přibližně ve 2 % u pacientek po porodu, v 10 % po císařském řezu, v 5,9 % u pacientů po laparotomiích, v 10 % po frakturách bérce, asi ve 2 % u interních chorob. S věkem jich přibývá, jsou nejčastější mezi 60. až 80. rokem věku. Jako hlavní příčina trombóz se udává poranění žilní stěny, změna krevní srážlivosti a zpomalení krevního proudu. Pro rehabilitaci je důležitý poslední faktor. Krevní proud se snižuje po delším stání o 25 %, sedmý den na lůžku po operaci o 50 %, ve stejné míře — tedy o 50 % také za 3 hodiny po tučném jídle. Trombózu může vyvolat delší poloha v sedě se skrčenými koleny pohmožděním podkolenní žíly. Pro prevenci trombóz platí v rehabilitaci stejná pravidla jako u primárních varixů. Vyhýbáme se delší zátěži dolních končetin ve stoje, volíme vhodnou obuv, dbáme na hygienu nohou, upravíme ortopedické vady, redukujeme přebytečnou tělesnou váhu. Podle Siga 70 % pacientů po hluboké trombóze žil bylo otylých. Po úrazech a operacích mají pacienti brzy opouštět lůžko. U ležících provádíme každou hodinu flexi prstů nohou, hlezna a kolena, po pěti cvicích hluboký vdech. V posteli imitujeme chůzi s oporou o prkno. Klademe dolní končetiny do zvýšené polohy, u varixů přikládáme elastické obinadlo. Pro prevenci doporučujeme ze sportů turistiku, plavání a kondiční chůzi.

U vzniklých sekundárních varixů postupujeme podle známek žilní insuficience a podle stadia tromboflebitidy. Volíme vhodné zaměstnání bez větší zátěže dolních končetin ve stoje. Doporučíme zvláště na den dobrý obvaz, nebo punčochy, které urychlují venózní oběh, stlačují podkožní tkáň a rozšířené žíly, případně fixují trombus, chrání kůži před zraněním. Ze sportů volíme mírnou jízdu na kole, plavání a pohyb ve studené vodě, kondiční turistiku. V noci spí pacient s elevací dolních končetin. V zaměstnání má mít možnost občas polohovat dolní končetiny do horizontály nebo se alespoň projít. Odpoledne a navečer provádí cviky proti otokům. Při otylosti redukuje tělesnou váhu, dietu volíme málo slanou, zakážeme kouřit. Z fyzikálních úkonů jsou



vhodné postřiky studenou vodou, vířivá koupel, plavání v přírodě, uhličité a radioaktivní koupele, opatrná podvodní masáž. Horké koupele a slunění mohou stav zhoršit. Operační výkony na sekundárních varixech jsou možné jen tehdy, jestliže při flebografii zjistíme dobře fungující hluboký žilní systém.

Rehabilitace u varixů dolních končetin je samozřejmě jen součástí komplexní léčebné péče, jak interní tak chirurgické a medikamentózní.

### Souhrn

Na základě dlouholetých zkušeností, systematického průzkumu u 160 pacientů a na základě literárních studií upozorňuje autor na význam rehabilitace u varixů dolních končetin, kterými trpí až 17 % obyvatelstva. Rehabilitační postup se liší u primárních a sekundárních varixů. Jednak jde o opatření preventivního rázu, jednak o rehabilitační postupy při žilní insuficienci různého stupně. K hlavním rehabilitačním prostředkům náleží polohování, příslušné cviky a vhodná bandáž. U otoků se podle autorových zkušeností ze cviků nejlépe osvědčily odporové. Rehabilitace u varixů dolních končetin je jen součástí komplexní léčebné péče včetně chirurgické a medikamentózní.

### LITERATURA:

1. *Arenander E.*: Hemodynamic effects of varicose veins and results of radical surgery. Acta chir. scand, Suppl 260, I-72, 1960.
2. *Horáková-Nedvídková M.*: Léčba a prevence varixů a jejich komplikací. Prakt. lékař 52, 626—629, 1972.
3. *Kotzmann J.*: Varikosní komplex z hlediska chirurgického. Voj. zdr. listy 28, 278—283, 1959.
4. *Reisenauer R.*: Metody matematické statistiky. Polytechnická knižnice sv. 46, SZN, Praha 1959.
5. *Krčálek A.*: K pathofysiologii a léčbě varixů dolních končetin. Thomayerova sbírka sv. 398 SZN, 1960, Praha.
6. *Krčálek A.*: Tromboflebitidy a trombosis končetinových žil. Avicenum 1971, Praha.
7. *Krčálek A.*: Trombosis a záněty žil. Avicenum 1973, Praha.
8. *Prusík B., Reiniš Z.* a kol.: Nemoci končetinových cév v klinické praxi. SZN, 1959, Praha.
9. *Polák B.*: Nové směry návratné péče v kardonagiologii. Voj. zdr. listy 27, 112—116, 1959.
10. *Sigg K.*: Varizen, Ulcus cruris und Thrombose. 1968, Berlin, Springer-Verlag.
11. *Vitek J., Vrabel F., Kašpar Z.*: Comparison of the Results of Surgical Treatment of Varices in the Lower Limbs. II. Results of The Surgical Extirpation Treatment (Babcock-Klapp). Scripta medica 44, 169—175, 1971.
12. *Vrabel F., Vitek J., Kašpar Z.*: Comparison of the Results of Surgical Treatment of Varices in the Lower Limbs. I. Results of the Surgical Sclerotization Treatment (Moskowitz-Klapp). Scripta medica 44, 161—167, 1971.

*В. М а с т н ы й : Реабилитация при расширенных венах нижних конечностей*

### Резюме

На основании долголетнего опыта и систематического исследования 160 больных и на основании литературных статей автор обращает внимание на значение реабилитации у расширенных вен нижних конечностей, которыми страдает 17 % населения. Метод реабилитации у первичных и вторичных расширений отличается. С одной

стороны, дело идет о мерах предупреждения, с другой — о методах реабилитации при разной степени венозной недостаточности. К основным средствам реабилитации относятся соответствующие упражнения, позиции и удобный бандаж. При отеках по опыту автора наиболее пригодными оказались сопротивительные упражнения. Реабилитация у расширений нижних конечностей является лишь составной частью комплексной лечебной заботы, хирургической и медикаментозной в том числе.

*V. Mastný: Rehabilitation in varicose veins of the lower extremities*

#### Summary

On the basis of long-term experience and systematic investigation in 160 patients, as well as study of pertinent literature, the author points out the significance of rehabilitation in varicose veins of the lower extremities. The course of rehabilitation is different in primary and secondary varices. On the one hand preventive measures are applied, on the other rehabilitation is being carried out in venous insufficiency of various grades. Positioning, suitable exercise and proper bandages are most important. Resistance exercises are, according to the author's experience best in oedemas. Rehabilitation in varicose veins is only part of the complex, therapy including medication and surgery.

*V. Mastný: La réhabilitation chez les varices des membres inférieurs.*

#### Résumé

Sur la base de nombreuses expériences d'une exploration systématique chez 160 patients et selon les études littéraires, l'auteur attire l'attention sur l'importance de la réhabilitation chez les varices des membres inférieurs dont 17 p. cent de la population est affectés de ces troubles. Le procédé de réadaptation diffère chez les varices primaires et secondaires. Il s'agit d'une part de caractère préventif, d'autre part de procédés de réadaptation dans l'insuffisance veineuse de degré différent. Les méthodes principales de réhabilitation sont le positionnement, les exercices appropriés et le bandage convenable. Dans les enflures, selon les expériences de l'auteur, ce sont les exercices de résistance qui ont le mieux fait leurs preuves. La réadaptation des varices des membres inférieurs est simplement l'un des facteurs de traitement médical complexe, facteurs chirurgiques et médicamenteux compris.

*V. Mastný: Rehabilitation bei Krampfadern der unteren Gliedmaßen*

#### Zusammenfassung

Aufgrund langjähriger Erfahrungen, systematischer Untersuchungen an 160 Patienten sowie umfangreicher Literaturstudien macht der Verfasser auf die Bedeutung der Rehabilitationsbehandlung von Krampfadern der unteren Gliedmaßen, unter denen bis zu 17 % der Bevölkerung leiden, aufmerksam. Das Rehabilitationsverfahren ist bei primären und sekundären Krampfadern verschieden. Einerseits handelt es sich um vorbeugende Maßnahmen, andererseits um Rehabilitationsverfahren bei Veneninsuffizienzen verschiedenen Grades. Zu den wichtigsten Rehabilitationsmitteln gehört die richtige Lagenbestimmung, entsprechende Gymnastikübungen sowie angemessene Bandagierung. Bei Schwellungen haben sich gemäß den Erfahrungen des Verfassers Widerstandsübungen am besten bewährt. Die Rehabilitationsbehandlung von Krampfadern der unteren Gliedmaßen ist nur ein Bestandteil einer komplexen Heilbehandlung, die auch chirurgische und medikamentöse Therapie einschließt.

Adresa autora: MUDr. V. M., Rehabilitační odd. FN, Brno, Ponávka 4.

## UVOLŇOVACÍ — AUTOMOBILIZAČNÍ — CVIKY HRUDNÍ PÁTEŘE U KARDIAKŮ

*E. RYCHLÍKOVÁ*  
*ILF Praha,*  
*Katedra neurologie*

Zájem o cvičení ve veřejnosti stále stoupá nejen u zdravých lidí, ale i u nemocných, kde naopak se stává součástí jejich léčení. U zdravých lidí je velmi populární heslo „Buď fit!“, které vlastně v omezené míře platí i pro nemocné. U pacientů je však nutné provádět cvičení pod odbornou kontrolou, aby byla zajištěna nejen základní podmínka, tzn. cvičení odpovídající zdravotnímu stavu, ale aby cvičení bylo účinné, aby bylo dosaženo žádaného účinku.

Jednou z nejčastějších nemocí v populaci je ischemická choroba srdeční (dále ICHS) ve všech stádiích — akutním, subchronickým i chronickým. Je známo, že právě u ICHS je velmi důležitá léčebná tělesná výchova, která nejen zlepšuje celkový stav pacienta, ale zlepšuje i jeho zdatnost. Je sice pravda, že snahou po pohybu nemocní cvičí, ale někdy dosahují i opačného výsledku, nebo v cvičení dále nepokračují, protože právě při cvičení mají bolesti. Předpokladem úspěšné léčebné tělesné výchovy však je, aby při cvičení pacient bolest nepocítoval.

Při ICHS vznikají reflexní změny pohybového aparátu, které vznikají v důsledku tohoto onemocnění, především v oblasti hrudní páteře. Dochází k hyperalgetickým zonám, svalovým spasmům a především ke vzniku blokády hrudní páteře, a jsou to právě ony, které při cvičení bolest vyvolávají. A tak se stává, že pacient si cvičí všechny ostatní úseky páteře, ale tam, kde by bylo procvičování nutné a nejvíce zapotřebí, tak pro bolestivost při cvičení hrudní páteř vynechává. Toto je zhoršeno ještě tím, že především se provádějí švihové pohyby, bez určité cílenosti. Proto při cvičení musíme se snažit především o to, aby cvičení bylo přesně cílené do jednotlivých segmentů, kde je hybnost snížena, nebo zcela chybí. Jen tak je potom možno dosáhnout dalším cvičením vytčeného cíle.

Velmi důležitou složkou cvičení jsou uvolňovací cviky — automobilizace. Jejich předností je právě to, že je možno je provádět cíleně a jsou výhodné, protože po instruktáži pacient je může provádět doma sám. Aby však uvolňovací cviky hrudní páteře splňovaly svůj účel, musí být zachovány základní podmínky:

1. Cvičení musí být přísně cílené do jednotlivých segmentů hrudní páteře, kde hybnost je omezena, nebo je blokáda.

2. Pacient musí znát princip, účel a cíl cvičení.

Nestačí pacientovi říci: „Máte blokádu mezi Th 5—7, tam si to musíte procvičovat.“ Při zacvičování je nutno nemocného instruovat, jak se má pohyb provádět, kde má být lokalizován a jak rychle má být pohyb proveden. Při instruktáži je nutné několikrát opakování cviku s facilitací do místa provedení. To provádíme tak, že špičkou prstu se dotýkáme trnu obratle toho segmentu, který chceme procvičovat. Upozorníme nemocného, že pohyb musí dojít pod špičku našeho prstu. Tím si pacient uvědomí, které místo hrudní páteře procvičuje. Pohyby musí provést několikrát, protože jen tak si zafixuje místo, které procvičuje.

3. Pohyby musí být nenásilné, nikoliv švihové. Švihem se ztrácí právě ona cílenost, která je předností při tomto cvičení.

4. Cvičení musí být repetitivní — tzn. musí býti nejméně 10—20krát opakováno, pokud možno několikrát denně, nejméně však 2krát ráno a večer.

#### *Popis metodiky:*

##### a) *Procvičování hrudní páteře do flexe a extenze.*

Pacient klečí, lokty je opřen o sedadlo židle.

a) 1. *do flexe:* vyzveme pacienta, aby zhluboka nadechoval a za současného předklonu hlavy vyhrboval hrudní páteř (kočičí hřbet) a současně abdukoval lopatky. Upozorníme pacienta, že vrchol vyhrbení musí býti pod špičkou prstu. (Obr. č. 1.)

a) 2. *do extenze:* po hlubokém nádechu následuje hluboký výdech. Současně s vydechováním pacient zvedá hlavu, lehce zaklání, přitahuje lopatky k sobě a propérovává hlavou a lopatkami až pod špičku našeho prstu. (Obr. č. 2.) Nejčastější chyba: pacient místo přitažení lopatek k páteři provede hyperlordózu bederní páteře (spustí břicho k podložce), tím vyřazuje hrudní páteř a celý cvik se odehrává pouze v bederní páteři.

Oba cviky musí se provádět v dýchacím rytmu pacienta, musí býti s dechem synchronní, tzn. při nádechu se hrudní páteř vyklenuje (kyfóza) a při výdechu oplošťuje (extenze).

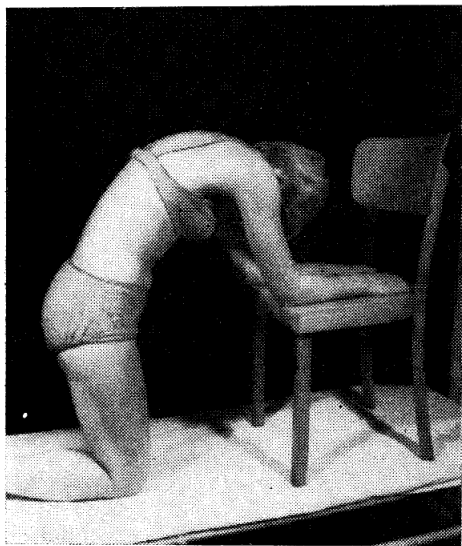
##### b) *Procvičování hrudní páteře do rotace.*

Pozice nemocného je stejná jako při předchozím cvičení. Nemocný provádí rotační pohyby v hrudní páteři tím, že elevuje horní končetinu se současným zapažováním. Zároveň musí otáčet hlavu ve směru zapažované horní končetiny. (Obr. č. 3.) Rozsah zapažení se řídí podle výše hrudního segmentu, který procvičuje. Při instruktáži opět až pod špičku našeho prstu. V konečné fázi pohybu lehce horní končetinu propérovává do zapažení. Cvik provádíme k oběma stranám.

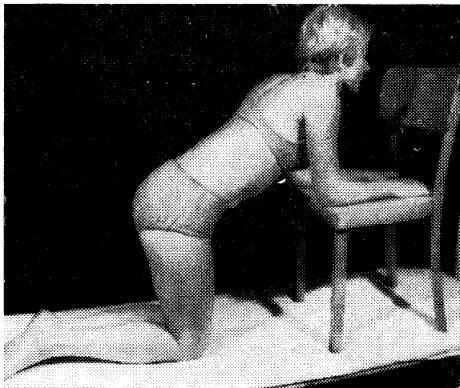
Chyby při provádění: velké komíhání horní končetinou nebo hlava není rotována za horní končetinou. Oběma se ztrácí cílenost.

##### c) *Dorzální posun hrudní páteře v sedě.*

Pacient sedí pohodlně buď na židli nebo v křesle, zády opřen o opěradlo ve výši spodního obratle (trnu) zablokovaného segmentu. Horní končetiny volně visí dolů podél těla. (Obr. č. 4.)

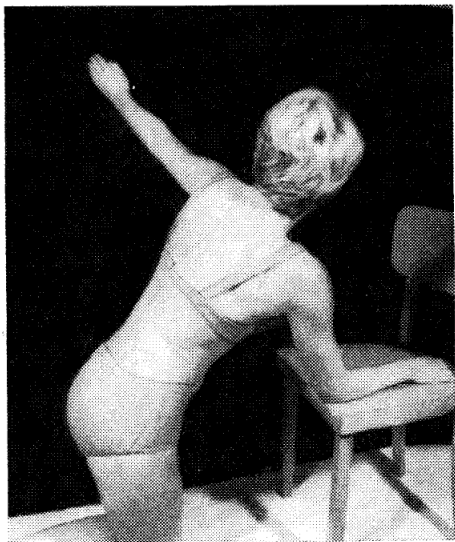


Obr. č. 1 Procvičování hrudní páteře do flexe.

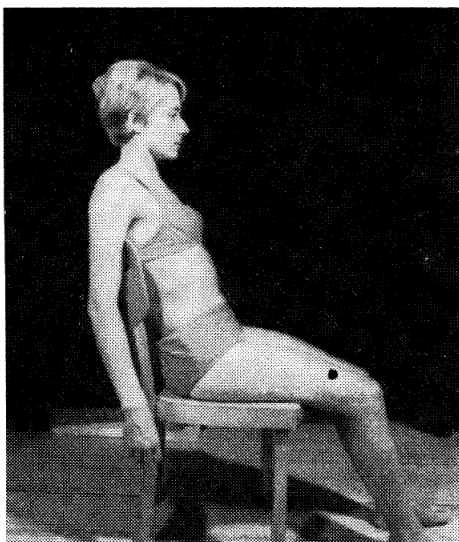


Obr. č. 2 Procvičování hrudní páteře do extenze.

Obr. č. 3 Procvičování hrudní páteře do rotace.



Obr. č. 4 Ventrodorzální posun v hrudní páteři – výchozí poloha.

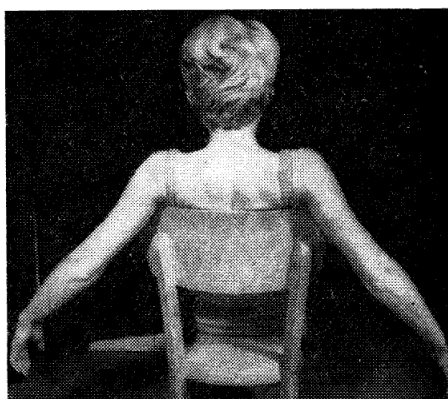
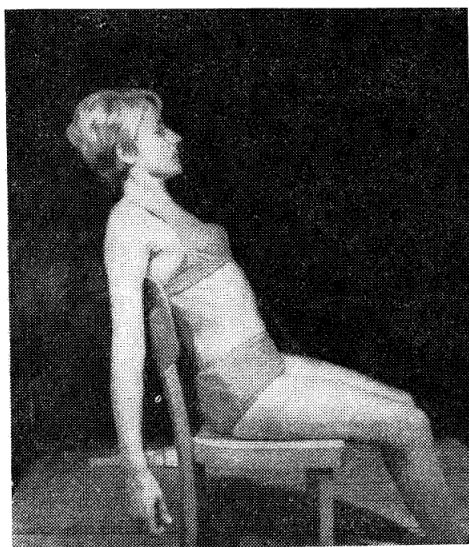


Dorzální posun se provádí zatlačením hrudníku směrem proti opěradlu dozadu. Tím dosáhneme lehký dorzální posun horního obratle proti spodnímu. Současně však zapažujeme ruce směrem dozadu, provede se lehká extenze. (Obr. č. 5a a 5b.)

Chyby: pacient není opřen ve správné výši, nebo neprovádí současně zapažování končetiny, nebo nedostatečně zatlačí hrudníkem proti opěradlu.

d) *Dorzální posun hrudní páteře vleže na zádech.*

Pacient leží pohodlně na stole nebo v posteli (předpokladem je tvrdá podložka). Postel nesmí mít jen drátěnku nebo pérové matrace, protože se příliš

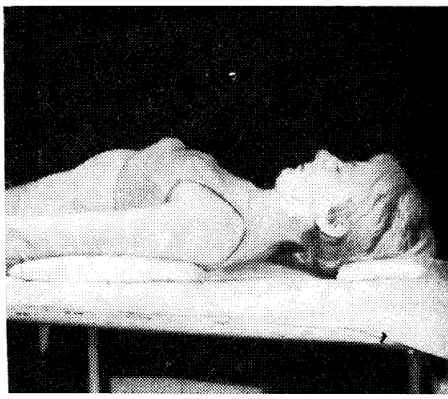
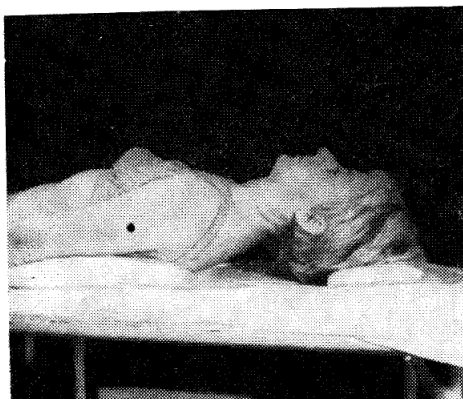


Obr. č. 5 b.  
Provedení.

Obr. č. 5 a.

Obr. č. 6. Ventrodorzální posun v hrudní páteři v leže. (Výchozí poloha.)

Obr. č. 7. Provedení.



poddají tlaku těla. Tužší polštářek je podložen pod hrudní páteři, jehož okraj je pod trnem spodního obratle zablokovaného segmentu. Současně je i malý polštářek pod hlavou. (Obr. č. 6.)

Dorzální posun nemocný provádí tak, že současně přitahuje bradu ke krku a protlačuje hrudní páteř proti podložce. (Obr. č. 7.)

Chyby při provádění: není přitahována brada ke krku, nebo místo přitahování se provádí předklon hlavy, není protlačován hrudník proti podložce v dostatečné míře.

Indikace cílených uvolňovacích — automobilizačních cviků hrudní páteře u kardiaků:

1. U nemocných, kteří mají zvětšenou hrudní kyfózu, která je ztuhlá (ale není fixovaná), je nutno hrudní páteř pozvolna procvičovat.
2. U nemocných, kde je blokáda ve více hrudních segmentech.
3. U nemocných, u kterých je hrudní páteř bolestivá a mají blokádu v oblasti hrudní páteře, manipulace pro bolestivost je nevhodná.
4. Jako prevence, tzn., že nemocný si procvičuje úsek hrudní páteře, v kterém se blokády často opakují a tak zabraňuje vzniku častých recidiv.

### *Závěr*

Při ischemické chorobě srdeční vznikají reflexní změny především v oblasti hrudní páteře. Jednou z nejdůležitějších je omezení až vymizení hybnosti v různých segmentech hrudní páteře (blokády). Při cvičení mohou vyvolávat bolest, která je pak překážkou při úspěšné rehabilitaci. Je nutné, aby hrudní páteř v místě blokády byla uvolňována. K tomu slouží uvolňovací, automobilizační cviky hrudní páteře. Jejich přednost je v tom, že jsou přísně cílené do jednotlivých segmentů, jsou přizpůsobeny stavu pacienta a pacient po instruktaži je provádí několikrát denně do různých směrů pohybu. Tím se dosáhne uvolnění hrudní páteře, zlepši se její hybnost a vymizí bolest při cvičení. Dosáhne se tak rychlejší úpravy a zlepšení celkového zdravotního stavu nemocného.

*Э. Рычликова: Расслабляющие-автомобилизационные упражнения грудного позвоночника у сердечных больных*

### *Резюме*

При ишемической болезни сердца возникают рефлексные изменения главным образом в области грудного позвоночника. Одним из самых важных является ограничение и даже исчезновение подвижности в разных сегментах грудного позвоночника (блокады). При упражнениях могут эти изменения вызывать боль, которая, в свою очередь, является препятствием успешной реабилитации. Необходимо, чтобы грудной позвоночник в месте блокады расслаблялся. Для того служат расслабляющие упражнения грудного позвоночника. Их преимущество состоит в том, что они строго направлены к отдельным сегментам и приспособлены состоянию больного. После инструктажа больной проводит их несколько раз в день в разных направлениях движения. Таким образом достигается расслабление позвоночника, улучшается его подвижность и исчезает боль во время упражнения. Тем самым достигается более быстрого улучшения общего состояния здоровья больного.

*E. Rychlíková: Relaxing automobilization exercises of the thoracic spine in cardiac patients.*

Summary

In patients with ischaemic heart disease reflex changes can be observed specially in the aerea of the thoracic spine. Of these changes the most important are the restriction and extinction of motility in various segments of the thoracic spine. Pains may occur during exercise which will prevent successful rehabilitation. It is important that the blockade. Relaxing automobilization exercises of the spine serve this purpose, because they are aimed at the individual segments and are adapted according to the condition of the patient. After instruction, the patient can carry them out himself several times during the day. Relaxation of the thoracic spine can be thus achieved, improving the motility of the spine and easing pains during exercise. Earlier adaptation and improvement of the general state of health can be thus achieved.

*E. Rychlíková: Exercices de relaxation-automobilisation de la colonne vertébrale thoracique chez les cardiaques.*

Résumé

Dans la maladie ischémique du coeur se forment des modifications réflexives, tout d'abord, dans le domaine de la colonne vertébrale thoracique. Une des plus importantes est la réduction jusqu'à la disparition complète de la mobilité dans les différents segments de la colonne vertébrale thoracique (blocades). Pendant les exercices, elles peuvent provoquer des douleurs qui sont un obstacle pour une réadaptation couronnée de succès. Il est nécessaire que la colonne vertébrale thoracique à l'endroit de la blocade soit relaxée. Les exercices de relaxation-automobilisation de la colonne vertébrale thoracique y sont appliqués. Leur avantage repose dans le fait que ceux-ci sont précisément visés dans les différents segments et, sont adaptés à l'état du patient. Le patient après instruction les effectue plusieurs fois par jour dans les divers sens de mouvement. On obtient ainsi un déblocage de la colonne vertébrale thoracique, sa mobilité s'améliore et les douleurs disparaissent au cours des exercices. On obtient ainsi une adaptation accélérée et une amélioration sensible de l'état de santé général du malade.

*E. Rychlíková: Lockernde automobilisierende Gymnastikübungen der Brustwirbelsäule bei Herzpatienten*

Zusammenfassung

Bei ischämischen Herzerkrankungen entstehen Reflexveränderungen vor allem im Bereich der Brustwirbelsäule. Eine der wichtigsten ist die Einschränkung bis zur völligen Aufhebung der Beweglichkeit in verschiedene Segmenten der Brustwirbelsäule (Blockade). Diese können bei Gymnastikübungen Schmerzen verursachen, was dann eine erfolgreiche Rehabilitationsbehandlung behindert. Es ist daher notwendig, die Brustwirbelsäule an der blockierten Stelle zu lockern. Diesem Zweck dienen lockernde automobilisierende Gymnastikübungen der Brustwirbelsäule. Ihr Vorzug besteht darin, daß sie genau auf die einzelnen Segmente gezielt sind, zugleich aber dem Zustand des Patienten angepaßt werden. Der Patient führt dann diese Übungen gemäß der Anleitung mehrmals täglich in den verschiedenen Bewegungsrichtungen aus. Dadurch wird eine Lockerung der Brustwirbelsäule erzielt, ihre Beweglichkeit wird erhöht und die Schmerzen bei den Gymnastikübungen hören auf. Damit wird auch eine beschleunigte Besserung des allgemeinen Gesundheitszustands des Patienten erreicht.



**MEDIKAMENTÓZNA TERAPIA PRI REHABILITÁCI  
V GERIATRII***Š. KIŠOŇ, M. PALÁT*

*Oddelenie hromadne vyrábaných liečivých prípravkov lekárne 10-00-12 v Bratislave na Kramároch, vedúci Dr.PhMr. Š. Kišoň, Katedra rehabilitácie Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP v Bratislave, vedúci MUDr. M. Palát.*

*Úvod*

Rehabilitácia je súbor opatrení, ktoré vedú k obnoveniu fyzickej a pracovnej samostatnosti, pričom nachádza široké pole pôsobnosti aj v súčasnej geriatrickej. Nejde tu len o aplikáciu rehabilitačných opatrení pri chorobách postihujúcich staršiu generáciu obyvateľstva, ide tu aj o aplikácie takých rehabilitačných prostriedkov, ktoré môžu určitým spôsobom priaznivo ovplyvniť funkciu zníženú prítomným procesom starnutia. Kombinuje sa tu teda aspekt prítomnosti chronickej choroby s aspektom zníženia funkcie existujúcim biologickým vekom.

Rehabilitácia v geriatrickej má teda určitý iný výraz, ako je to pri chronickej chorobách, alebo poškodení produktívneho veku. Je v určitom zmysle prispôbená prebiehajúcejmu procesu starnutia a zníženej funkcii podmienenej starobou. Konštatujeme prítom, že neexistujú choroby špecifické pre starobu, ale iba choroby typické v starobe. Z týchto dôvodov je potrebné prispôbiť celý rehabilitačný program a vytvárať účelné kombinácie dostupných terapeutických možností. Jedna zo základných terapeutických možností je kombinácia farmakoterapie a rehabilitácie predovšetkým prostriedkov reedukačných a prostriedkov fyzikálnej medicíny. Zdá sa nám teda účelné prehľadne spracovať túto kapitolu, takú dôležitú z praktického hľadiska a takú potrebnú pre stále stúpajúci počet ľudí staršieho a starého veku. Medikamentózna terapia predstavuje akýsi základ, pomocou ktorého môžeme potom vytvoriť jednotlivé rehabilitačné programy.

Problematika gerontologickej farmakológie zameriava sa v súčasnej dobe u nás i vo svete aspoň na čiastočné predchádzanie alebo spomaľovanie procesov starnutia, ktoré majú svoje charakteristické prejavy somatické a psychické (1), napr. zhoršený látkový metabolizmus, pokles množstva a aktivity

enzýmov, zníženie imunologickej odolnosti organizmu, zníženú funkčnú zdatnosť telesných orgánov a systémov, teda včítane atrofických zmien pohybového ústrojenstva, ďalej zmeny psychické, ako napr. nervová labilita, stavy únavy a vyčerpanosti, ochabovanie pamäti, poruchy inteligencie na podklade sklerotického procesu a pod. Uvedené morfológické, fyziologické a patologické zmeny sú tiež príčinou, že aj lieky, podávané geriatrickým pacientom, podliehajú v organizme spomalenej biotransformácii a eliminácii a ľahšie sa u nich prekročí hranica medzi obvyklou terapeutickou a toxickou dávkou. Preto správne a vyslovene individuálne dávkovanie v geriatrii aj pri rehabilitácii pacientov je jedna zo zásad pri voľbe druhu lieku a výpočte jeho dávky, jednotlivej, dennej, i celkovej. Platí to najmä pri predpisovaní kardiotoník, barbituranov, psychofarmák, omamných látok a pod., lebo odpoveď starnúceho organizmu na aplikované, často viaceré lieky, t. j. s rôznym mechanizmom účinku, má svoje zvláštnosti. Najväčšie nebezpečenstvo je v príliš intenzívnej počiatkovej liečbe (2).

Z charakteru spomínaných početných biologických a biochemických zmien vyplýva, že aj v geriatrii je potrebné rozlišovať medikamentóznú terapiu vo viacerých smeroch. Je to jednak terapia substitučná, regulačná, funkčná a symptomatická. Kauzálna terapia aj v geriatrii je možná len pri niektorých druhoch chorôb. Geriatriká teda netvorí vyhranenú farmakodynamickú skupinu liečiv. Patria sem početné, najmä zahraničné prípravky, ktoré majú rôzny mechanizmus účinku, na základe ktorého môžu do určitej miery a doby priaznivo ovplyvniť prirodzené regeneračné, metabolické a biochemické pochody v starnúcom organizme, ktorý podlieha štruktúrnym a funkčným zmenám (3, 4, 5, 6). Mnohé z týchto prípravkov predpisujú sa prevažne v internej medicíne, v neurológii a v psychiatrii. Značná časť týchto prípravkov domácej i zahraničnej proveniencie je však pre svoje priaznivé terapeutické účinky indikovaná aj v oblasti liečebnej rehabilitácie u geriatrických pacientov. Geriatrická farmakoterapia teda pomáha pripraviť pacienta pre vlastný rehabilitačný program, ktorý ináč disponuje liečebnými prostriedkami iného druhu.

Prehľad najbežnejších a najčastejších u nás hľadaných tuzemských a zahraničných geriatrických (7) uvádzame v jednotlivých tabuľkách. Dostupnosť týchto prípravkov je však u nás rôzna, lebo iba niektoré sú z tuzemskej výroby, alebo z plánovaného, prípadne individuálneho, tzv. mimoriadneho dovozu.

*V oblasti substitučnej terapie* sú to najmä biokatalyzátory, prehľad ktorých uvádzame na tabuľke 1, 2 a 3.

Medzi biokatalyzátory patria však aj minerálne látky a niektoré tzv. stopové prvky, ktoré sú veľmi často súčasťou rôznych pestro kombinovaných prípravkov, často až polypragmatického charakteru, prípadne nejasného mechanizmu účinku. Sú to najmä tieto prevažne anorganické zlúčeniny: Calcium phosphoricum, Calcium fluoratum, Magnesium phosphoricum, Magnesium sulfuricum, Magnesium citricum, Ferrum sulfuratum, Ferrum fumaricum, Cuprum sulfuricum, Kalium sulfuricum, Manganum sulfuricum, Zincum oxydatum a Kalium magnesium asparaginicum.

Terapia enzymatickými prípravkami, ktoré uvádzame v tab. 1, má v prvom rade charakter substitučnej terapie. Terapie vitamínmi (tab. 2) je účelná len dovtedy, kým odstraňuje karenciu príslušného druhu vitamínov. Paušálna multivitamínová terapia a najmä dlhšiu dobu nie je farmakoterapeuticky účelná, ani dostatočne vedecky zdôvodnená, ba ani ekonomická. Pri aplikácii hormón-

## ENZÝMY

Tabuľka 1

Názov prípravku, aplikačná forma	Účinné látky	Výrobca
<i>1. Žalúdočné enzýmy</i>		
ACIPEPSOL tabl. ORENZYM drg ENZYNORM cps, liq GERICOMBEX cps	pepsín, betaín. HCl takadiastáza pepsín, katepsín takadiastáza, Fe, Mn vitamíny A, B, E, nikotínamid	Léčiva Slovakofarma Nordmark, NSR  Parke-Davis, Angl.
<i>2. Pankreatické</i>		
PANCREOLAN drg PANCREOLAN forte drg PEPSIN-PANCREOLAN drg COMBIZYN drg COTAZYM forte tabl. MEXASE drg	pankreatín pankreatín pankreatín, pepsín pankreatín pankreatín bromelín, pankreatín, Vioform, Entobex	Léčiva Léčiva Léčiva Luitpold-Werk, Organon, Hol. Ciba, Švajč.
MEZYM forte drg NUTRIZYM drg	pankreatín pankreatín, pepsín, bromelín, fel tauri	Berlin-Chemie Merck, NSR
PANZYNORM	pankreatín, pepsín, E. pyl.	Nordmark, NSR

## VITAMÍNY

Tabuľka 2

Názov prípravku, aplikačná forma	Účinné látky	Výrobca
VITAMIN A cps VITAMIN A hydrosol EREVIT drg, gtt, inj VITAMIN E cps VITAMIN E cps forte SPOFAVIT drg, sirup SKLEROBION drg	octan retinolu palmitan retinolu octan alfa-tokoferolu octan alfa-tokoferolu octan alfa-tokoferolu komplex vitamínov vitamín A, B 6, E	Slovakofarma Galena Slovakofarma Slovakofarma Slovakofarma Léčiva, Galena Merck, NSR
<i>Kombinácie vitamínov s inými liečivami:</i>		
GERIKREON drg	vitamíny A, B, C, D, E, kys. listová, cholín	Kali-Chemie, NSR
GEROBION cps	vitamíny A, B, C, D, E, rutín, lipotrópne lát- ky,	Merck, NSR
GERONTABOL cps	vitamíny A, B, E, bromelín, pyritioxín	Merck, NSR

## HORMÓNY

Tabuľka 3

Názov prípravku, aplikačná forma	Účinné látky	Výrobca
PRESOMEN drg GERONTABOL comp. cps	konjugované estrogény vitamíny E, B 6, E, bromelín, pyritioxín, anabolický hormón vitamíny A, B, C, D, E, rutín, lipotrópne lát- ky, metyltestosterón, testosterón, estradiol vitamíny A, B, C, D, E, oxyestrón, etinyles- tradiol, minerálne látky	Kali-Chemie, NSR
HORMO-GEROBION cps, inj		Merck, NSR
VUXOLIN cps		Merck, NSR
DEMALON, STENOLON, SUPERANABOLON,  <i>Biologické prípravky:</i>	anabol. hormóny	Farmitalia, Tal.
VITA-APINOL drg Rôzne organopreparáty:		Spofa
	gelée royale tkanivové extrakty z embrií mladých zvierat, z placent	Slovakofarma

nov (tab. 3) je dôležité neprekračovať rozsah potrebnej substitučnej terapie, lebo takáto terapia by bola riskantná a erotizácia ešte neznamená omladenie starnúceho organizmu. Okrem toho predávkovanie aplikovaných hormónov môže vyvolať nežiadúce chorobné stavy. Na druhej strane malé dávky uživa-  
ných hormónov môžu znižovať endogénnu sekréciu telu vlastných hormónov.

V oblasti *junkčnej terapie* je to tiež niekoľko farmakodynamických skupín, najdôležitejšie uvádzame na tabuľkách 4 a 5.

V oblasti *regulačnej a symptomatickej liečby* máme v súčasnej dobe k dispozícii ešte stále nedostačujúcu paletu prípravkov, ktoré uvádzame na tabuľkách 6, 7 a 8.

Pokiaľ ide o prípravky s obsahom prokaínu, väčšina našich odborníkov ich posudzuje ako nedostatočne účinné geriatrická. Nie sú u nás v súčasnej dobe ani registrované, preto ani mimoriadny dovoz prípravkov tohto druhu sa u nás vôbec neschvaľuje. Trojan a spoluprac. [8] uvádzajú, že ústavné skúsenosti napríklad s GEROVITALOM nepotvrdzujú v plnej miere závery rumunských autorov, ktorí práve tento prípravok vyvinuli a uviedli do obehu. Podľa Hauschilda a Görisha [9] účinným princípom je pravdepodobne z prokaínu od-

## NIEKTORÉ KARDIOLOGICKÉ PRÍPRAVKY

Tabuľka 4

Názov prípravku, aplikačná forma	Účinné látky	Výrobca
<i>Koronárne vazodilatanciá</i>		
NITRALETTAE tabl	fosforečnan trol-nitrátu	Slovakofarma
PENTRITTAE tabl	tetranitrát penta-erytritolu	Slovakofarma
PRENYLAMIN drg forte	prenylamín	Slovakofarma
CURANTYL drg, inj	dipyridamol	Arzneimittelwerk
SYNTOPHYLLIN drg, inj	amínofylín	Slovakofarma
COMPLAMIN inj, RETARD drg	xantínol nikotínát	Wülfing, NSR
XAVIN tabl, inj	xantínol nikotínát	Chinoin, Maď.
CLINIUM tabl	lidoflazín	Janssen, Belg.
USTIMON tabl, inj	hexobendín	Österr. Stickstoffwerke, Rak.
CYCLOSPASMOL drg	cykandelát	Brocades-Stheeman
INSTENON drg, inj	hexobendín, etofylín, etamivan	Österr. Stickstoffwerke, Rak.
CARD-INSTENON tabl	hexobendín, etofylín, etamivan, $\frac{1}{8}$ digoxín	Österr. Stickstoffwerke, Rak. [Byk-Gulden, NSR]
ILDAMEN drg, gtt, inj	oxyfedrín	Homburg, NSR
SEDA-ILDAMEN tabl	oxyfedrín, homofenazín	Homburg, NSR
INTENSAIN cps, inj	derivát chroménu	Casella-Riedel, NSR
INTENSAIN S cps	derivát chroménu	Casella-Riedel
DIGI-INTENSAIN cps	fenobarbital derivát chroménu, digoxín	Casella-Riedel
VIBELINE tab	metyl-butrylhydroxy acetoxi-dihydro-seselin	Roger Bellon, Franc.
STUGERON tabl ,	cinnaricín	Richter, Maď.
<i>Antiarytmiká a kardiosedatíva</i>		
PROCAINAMID tabl	prokainamid	Léčiva
TRIMEPRANOL tabl	trimepranol	Slovakofarma
CARDILAN inj [PANANGIN]	K, Mg-asparaginan	Biotika [Richter]
ISOPRENALIN inj	izoprenalín	Léčiva
INDERAL inj, tabl	propranolol	ICI, Angl.
ERALDIN tabl	praktolol	ICI, Angl.
PASSIT, VALOSEDAN, VALOFYT	extr. valerianae, crataegi,	Galena
CRATAEGUTT, liq, drg	extr. crataegi	Schwabe, NSR

## PERIFÉRNE ÚČINNÉ LÁTKY

Tabuľka 5

Názov prípravku, aplikačná forma	Účinné látky	Výrobca
<i>Periférne vazodilatanciá</i>		
DIVASCOL tabl, inj	tolazolín	Léčiva
NEOPEVITON inj	hydroxyetylamónium nikotínát	Léčiva
NICOFLAVIN inj	kyselina nikotínová, riboflavín	Léčiva
PEVITON drg	kyselina nikotínová	Léčiva
COMPLAMIN inj, RETARD drg	xantínol nikotínát	Wülfing, NSR
XAVIN tabl, inj	xantínol nikotínát	Chinoín, Maď.
NICOPLECTAL drg	kyselina nikotínová, aescín	Klinge, NSR
NICOPLECTAL retard cps	kyselina nikotínová, aescín	Klinge, NSR
DH-ERGOTOXIN inj, gtt	dihydroergokornín, dihydroergokristín, dihydroergokryptín	Léčiva, Galena
<i>Venotoniká</i>		
VASOKASTAN sol.	extrakt z pagaštana, vilínu, tiamín	Arzneimittel- Werke, NDR
GLYVENOL cps	benzyl-glukofurano- zid	Ciba, Švajč.
SANDOVEN drg	dihydroergokristín,	Sandoz, Švajč.
ANAVENOL drg	eskulín, rutozid	Spofa
VENORUTON cps, inj	hydroxyetyl-rutozid	Zyma, Švajč.

štiepený dietylamínoetanol. Pri ústavnej starostlivosti o geriatrických pacientov hrá nesporne dôležitú úlohu komplexný terapeutický režim.

Prípravky, ktoré sú určené k ovplyvneniu v oblasti *psychickej*, uvádzame na tabuľke 9. Sú to u nás najznámejšie psychofarmaká, ktoré samozrejme nemajú indikáciu len v oblasti neurológie, psychiatrie a geriatrickej, ale mnohé z nich aj v početných ďalších medicínskych odboroch. V tomto smere poukážeme na nedávnu našu prácu, ktorú sme publikovali v časopise Rehabilitácia (3).

## ANTISKLEROTIKÁ

Tabuľka 6

Názov prípravku, aplikačná forma	Účinné látky	Výrobca
<i>Heparín a heparinoidy</i>		
HEPARIN inj HEPAROID linquety	heparín heparinoid	Léčiva Léčiva
<i>Látky znižujúce hladinu cholesterolu a triglyceridy v sére</i>		
a) CLOFIBRAT cps 250 mg	etyléster kyseliny chlórferoxy-izomaslovej	Slovakofarma
<i>Totožné zahraničné prípr.</i>		
ATHEROPRONT cps 250 mg, ATROMID S cps 500 mg CLOFIBRAT cps 250 mg MISCLERON cps 250 mg REGADRIN cps 250 mg REGELAN N 500 cps SKLEROMEXE cps 500 mg	500 mg     500 mg	Mack, NSR ICI, Angl. Polfa, Pol. Chinoín, Maď. Berlin-Chemie Rhein-Pharma Merckle, NSR
b) <i>Lipotropne látky</i>		
LIPOVITAN drg	cholín, metionín, inozitol, vitamíny	Léčiva
LIPOSTABIL cps, inj	EPL, vitamín B6, kys. nikotínová, AMP	Nattermann
LITRISON drg	komplex vitamínov, metionín, cholín	Hoffmann-La Roche
LIPOBOLIT	cholín, metionín, komplex vitamínov	Ferrosan, Dán.
LIPOGERON cps	EPL, vitamíny, hormóny	Nattermann
c) <i>Prípravky s obsahom jódu</i>		
Kalium jodatum subst. Natrium jodatum subst. INTRAJODIN inj	trietanolamónium jodid	Léčiva
JOPTON sol.	jódovaný peptón	Galena
d) <i>Prípravky s obsahom prokainu</i>		

## PRÍPRAVKY S OBSAHO M PROKAÍNU

Tabuľka 7

Názov prípravku, aplikačná forma	Účinné látky	Výrobca
DODECATOL ORAL drg	prokaín 50 mg, kys. nikotínová, hydroxykobalamínacetát	Heyl, NSR
FEMKALON cps	prokaín, pankreatín, fel tauri	Melusin, NSR
GERATRIX 3 cps	prokaín, hemotoporfyrín, vitamíny	Brit. Chem. Prod.
GERIAFIDES sol.	prokaín, rutín, vitamíny, digitoxín	Fides, NSR
GERIATRICUM-PASCOE drg	prokaín 12,5 mg, vitamíny, kardiosedatíva	Pascoe, NSR
GERIOPTIL + H 3 inj	prokaín 100 mg/5 ml, vitamíny skupiny B	Fischer, NSR
GERONTIX cps	prokaín, magnézium	Franc.
GEROVITAL drg	prokaín, stabilizátor	Fiola, Rum.
K.H.3 cps	prokaín,	Schwarzhaupt, NSR
KOLLATERAL inj	prokaín 20 mg, deriváty izochinolínu	Ferment-Chemie
NEURO-L 90 inj	prokaín 40 mg/2 ml	Loges, NSR
PLANSTABIL sol.	prokaín 250 mg/100 g	Schwabe, NSR
PRIMARUBIN cps	prokaín, 51,2 mg, hemotoporfyrín, K, Mg-asparagínan	Trommsdorf, NSR
RECAPS depot drg	prokaín, hemotoporfyrín, vitamíny	Melusin, NSR
ZELLAFORTE PLUS drg, tabl, inj	prokaín 46 mg, vitamíny, minerály	Zellaforte, NSR

## TERAPIA OSTEOARTIKULÁRNYCH AFEKCIÍ

Tabuľka 8

Skupina liečiv	Prípravky
Základné liečivá	Prípravky s obsahom jódu, síra
Analgetiká-antipyretiká	ACYLPYRIN, SUPERPYRIN, ACYLCOFFIN,
Antiflogistiká	FENYLBUTAZON, KETAZON, INDOCID,
Kortikosteroidy	TOMANOL, PERCLUSON, BRUFEN, ACTOL
Centrálne myorelaxanciá	URBASON kryšt., KENALOG IM(VOLON)
Biologické prípravky	GUAJACURAN, MYDOCALM, CHLORMEZANON, CARISOMA, PARAFLEX, SCUTAMIL-C
Prípravky s obsahom vápnika	RUMALON, ARTEPARON
	CALCIUM, CALCIUM CHLORATUM



## PSYCHOFARMAKÁ

Tabuľka 9

Farmakodynamická skupina	Prípravky
Regulátory mozgového metabolizmu	LUCIDRIL drg, inj ENCEPHABOL drg, Saft ENCEPHABOL-DICOXIN drg INSTENON drg, inj CEREBROLYSIN inj GERIVIT drg
Sedatíva	PASSIT, VALOSEDAN, VALOFYT,
Hypnotiká	DORMOGEN, NITRAZEPAN, NOXYRON, MILEZIN, Barbiturany
Anxiolytiká	GUAJACURAN, BENACTYZIN, Meproba- MAT, RADEPUR, DIAZEPAM, PROTHIADEN, LEVOPROMAZIN, TACITIN,
Antidepresíva	AMITRIPTYLIN, NORTRIPTYLIN, TOFRANIL, CHLORPROTHIXEN, NOVERIL,
Neuroleptiká	CHLORPROMAZIN, PERFENAZIN, ORAP, MINITHIXEN, THIORIDAZIN, SEVINOL, STELAZIN, TISERCIN, FAUSTAN

## Záver

Vychádzajúc zo súčasného stavu lekárskeho a farmaceutického poznatku, sme si vedomí, že paleta prípravkov, používaných v súčasnej dobe geriatricou pri rehabilitácii, nie je a ani ešte nemôže byť úplná. Aj v tomto smere sa veľa očakáva od intenzívneho výskumu vo viacerých zainteresovaných odboroch. Farmakologický výskum v geriatrici kladie si za cieľ orientovať sa na komplexné predchádzanie a liečenie metabolických zmien, cievej sklerózy, pohybového ústrojenstva, nádorov, cukrovky a ďalších chorôb, ktoré sa síce vyskytujú aj v mladšom, prípadne strednom veku, ale najmä majú prevládajúci charakter v starobe. Podľa Lasta [10] účinná profylaxia starnutia je možná, avšak rejuvénácia je utópiou. Pokiaľ ide o farmakoterapiu v rámci rehabilitačného programu geriatrických pacientov, pokladáme ju za súčasť komplexnej starostlivosti o pacientov tohto druhu, i keď u mnohých aplikovaných prípravkov nevylučujeme ani placebo efekt. V gerontoterapii pristupuje ešte zvlášť výrazne aj problém interakcií liečiv, ktoré vznikajú pri súčasnom alebo následnom užívaní dvoch alebo viacerých prípravkov, čo je v týchto podmienkach veľmi častý jav. Korekcia následkov týchto interakcií, resp. nežiadúcich

účinkov podávaných liekov je pochopiteľne oveľa obtiažnejšia u geriatrických pacientov, ako u pacientov v dospelosti. Preto základnou snahou farmakoterapie v geriatrickej je účelná, individuálna, vedecká terapia, založená na etiologickej, morfolologickej a funkčnej diagnostike.

#### LITERATÚRA

1. Informačný bulletin n. p. Léčiva, č. 2, roč. 1972.
2. Brüscke, G. et al.: Dtsch. Gesundheitswes. 25, 765—768, 1970.
3. Kišoň, Š., Palát, M.: Rehabilitácia 4, 231—239, 1971.
4. Lejsek, K.: Farmakoterapeutické zprávy Spofa 18, 363—368, 1972.
5. Apel, D., Becker W.: Med. Klin. 52, 352, 1957.
6. Feine-Haake, G.: Ärztl. Praxis 19, 3925, 1967.
7. Rote Liste 1971, Editio Cantor, Aulendorf, 1971.
8. Trojan J. et al.: Čas. Lék. Čes. 112, 157—158, 1973.
9. Hauschild, F., Görisch, V.: Einführung in die Pharmakologie und Arzneiverordnungslehre, str. 234, vydavat. G. Thieme, Leipzig, 1968.
10. Last, G.: Münch. med. Wschr. 111, 425—428, 1969.

*Шт. Кишоň, М. Палат: Лекарственная терапия при реабилитации в гериатрии*

#### Резюме

Фармакотерапия в рамках программы реабилитации гериатрических больных представляет составную часть заботы о больных этого типа. Лекарственная терапия представляет и для гериатрических больных некоторую благоприятную основу, при помощи которой можно составить отдельные программы реабилитации. Фармакология в геронтологии имеет, однако, свои особенности, на которые авторы стремились обратить внимание главным образом во введении статьи. Обзор самых известных отечественных и зарубежных гериатрических средств авторы обработали в 9 таблицах с указанием путей введения отдельных препаратов, их состава и производителей. Они ориентировались на препараты, применяемые в замещающей, функциональной и симпатоматической терапиях. Авторы подчеркивают, что основным усилием фармакотерапии даже при реабилитации в гериатрии является целесообразная, индивидуальная, научная терапия, основанная на этиологической, морфологической и функциональной диагностике.

*Š. Kišoň, M. Palát: Pharmacotherapy in rehabilitation in geriatrics*

#### Summary

Pharmacotherapy within the rehabilitation programme for geriatric patients is part of the complex care of this kind of patients. Medicamentous therapy forms also for geriatric patients a favourable basis for individual rehabilitation programmes. Pharmacology in gerontology has however its own characteristics which the authors emphasize in the introduction of the paper. A review of the most frequently applied geriatrica produced at home and abroad is presented by the authors in nine tables,

as well as their form of application, their composition and producer. Specially mentioned are pharmaca applied in substitutory, regulatory, functional and symptomatic therapy. The authors point out that the basic principles of pharmacotherapy in rehabilitation in geriatrics too, is a purposeful, individual and scientific therapy on the basis of etiological, morphological and functional diagnostics.

*Š. Kišoň, M. Palát: La therapie medicamenteuse chez la rehabilitation dans la geriatrie.*

#### Résumé

Dans le cadre du programme de réhabilitation des patients gériatriques, la pharmacothérapie fait partie des soins complexes portés à ces patients. La thérapie médicamenteuse représente aussi pour les patients en grand âge une certaine base favorable par laquelle on peut alors établir les différents programmes de réhabilitation. La pharmacologie dans la gérontothérapie a aussi ses particularités sur lesquelles les auteurs se sont efforcés d'attirer l'attention, notamment déjà dans l'introduction de leur article. Au aperçu des médicaments gériatriques indigènes et étrangères les plus courantes a été représenté par les auteurs dans neuf tableaux avec mention des formes d'application des différentes préparations, de leur composition et le nom des producteurs. Ils se sont orientés sur les préparations appliquées dans la thérapie substitutionnelle, régulatrice, fonctionnelle et symptomatique. Les auteurs ont dans leur travail souligné que la tendance principale de la pharmacothérapie est, à côté de la réhabilitation dans la gériatrie rationnelle, individuelle, la thérapie scientifique, basée sur des diagnostics étiologiques, morphologiques et fonctionnels.

*Š. Kišoň, M. Palát: Medikamentöse Therapie bei der Rehabilitation im Bereich der Geriatrie*

#### Zusammenfassung

Die Pharmakotherapie innerhalb des Rehabilitationsprogramms bei geriatrischen Patienten ist ein Bestandteil der komplexen Fürsorge um Patienten dieser Art. Die medikamentöse Therapie ist auch für geriatrische Patienten eine Art günstige Grundlage, um dann die geeigneten einzelnen Rehabilitationsprogramme auszuarbeiten. Die Pharmakologie hat jedoch im Bereich der Gerontotherapie auch ihre Besonderheiten, auf die die Verfasser besonders in der Einleitung der Studie hinweisen. Eine Übersicht der gängigsten einheimischen und ausländischen Geriatrika wurde von den Verfassern in neun Tabellen bearbeitet, unter Anführung der Anwendungsformen der einzelnen Präparate, ihrer Zusammensetzung sowie der Produzenten. Sie orientieren sich auf in der Substitutions-, Regulations-, der funktionalen und symptomatischen Therapie angewandte Präparate. Die Verfasser betonen, daß es das grundlegende Streben der Pharmakotherapie sei, auch bei der Rehabilitation im Bereich der Geriatrie zu einer zweckmäßigen, individuellen, wissenschaftlichen Therapie zu gelangen, die auf der ätiologischen, morphologischen und funktionalen Diagnostik zu beruhen hat.

**SPORT IN UNSERER WELT — CHANCEN UND PROBLEME**

*(Sport v našem světe — Naděje a problémy)*

Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York 1973, 58 obr., 670 stran, cena DM 95,—. ISBN 3-540-06520-2.

V rámci XX. olympijských her v Mnichově v roce 1972 byl uspořádaný vědecký kongres (21.—25. srpna 1972) a výsledky tohoto vědeckého podujetí přináší nyní nakladatelství Springer-Verlag v podobě pěkně vybaveného svazku. Kniha obsahující 670 stran textu s četnými ilustracemi, grafy a tabulkami, přináší jednotlivé referáty, výsledky, diskuse a názory, které tvořily náplň jednání tohoto kongresu. Zborník sestavil Ommo Grupe s kolektivem autorů. Úvod napsal W. Daume a H. Kunze, president a generální sekretář organizačního komitétu XX. olympijských her v Mnichově.

Je určitou zvláštností v historii vědeckých kongresů, že takovýto kongres se koná v rámci tematicky značně odlišného podujatí. Věda a sport z hlediska organizace představují v každém případě dva velmi odlišné celky, z hlediska vzájemného spojení vytvářejí však v určitém slova smyslu organickou jednotu především se zřetelem na současný vývoj.

Vědecký kongres v Mnichově měl několik tematických okruhů. Vedle problematiky vlastního sportu jako činitele v současné společnosti řešil otázky filosofické, sociologické, psychologické a ovšem také otázky lékařské. Zvláštní pozornost byla věnována výkonostnímu sportu, který v současnosti je středem zájmu mnohých okruhů lidské činnosti.

Z hlediska současné medicíny byly v rámci vědeckého kongresu diskutované především otázky tělesných cvičení, sportu a pohybu z hlediska prevence, terapie a rehabilitace, otázky motorického učení a tréninku ve sportu a otázky základů, a hranic výkonostního sportu z hlediska lékařského poznání. Celá řada vědeckých pracovníků z různých zemí světa a mezi nimi byla i celá řada odborníků z Československa, přednesla formou referátů, vědeckých sdělení anebo diskusních pří-

spěvků svoje poznatky a výsledky k jednotlivým otázkám moderního sportu a současné medicíny. Je až trochu překvapující, kolik prací ve světě je věnované této problematice, při čemž je nutno říci, že pohybová aktivita představující základ sportovní činnosti hraje velkou úlohu nejen u zdravých výkonných sportovců, ale stejnou úlohu, i když kvantitativně a kvalitativně v jiném vybavení u celé skupiny chorob, především chorob kardiiovaskulárního systému.

Je velmi nesnadné v krátké recenzi, určené spíše pro informaci než pro studium problematiky, vyčerpávat celou šířku diskutované problematiky, i když se omezíme jen na problémy sportovní fyziologie a problémy současné medicíny. Je však potřebné hned zdůraznit, že recenzovaná publikace představuje knihu, kterou by měl číst každý, kdo se zabývá problémy sportovní fyziologie a fyziologie tělesných cvičení, právě jako ten, který věnuje pozornost otázkám moderní rehabilitace a pohybové léčby u chorob především kardiiovaskulárního systému. Kniha přináší velmi mnoho informací, poznatků a výsledků — šlo o špičkový kongres, na kterém se zúčastnili přední vědečtí pracovníci a lékaři ze 72 zemí světa.

Kniha, kterou připravilo nakladatelství Springer-Verlag, reprezentativně předkládá výsledky mnichovského vědeckého kongresu, je kongresovým sborníkem, přinášejícím soubor informací různých tematických okruhů, sami jsme poukázali na okruh sportovní fyziologie a sportovní medicíny, který jistě vedle souboru poznatků up to date stane se zcela určitě velmi podstatným zdrojem k dalšímu vývoji na úseku prevence, terapie a rehabilitace, na úseku fyziologie tréninkového procesu i na úseku lékařských problémů výkonostního sportu.

Dr. M. Palát, Bratislava

**CHRONICKÁ SCHIZOFRÉZIA  
A MOŽNOSTI JEJ REHABILITÁCIE**

*K. MATULAY, A. PALČOVIČ*

*Výskumný ústav humánnej bioklimatológie,  
Bratislava,  
riaditeľ prof. MUDr. J. Kolesár, DrSc.*

*Oddelenie pre výskum rehabilitácie  
duševných chorôb, Martin,  
vedúci prof. MUDr. K. Matulay*

Časť I.

Výskumné psychiatrické laboratórium pri Katedre psychiatrie Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Martine (Výskumný ústav humánnej bioklimatológie — riaditeľ prof. MUDr. J. Kolesár, DrSc., Bratislava, Mickiewiczova 13) má za predmet výskumu Rehabilitáciu chronických psychóz. Pre prehľadnejší rozbor sme tento súborný referát rozčlenili na kapitoly:

1. Úvod.
2. Definícia chronickej schizofrénie.
3. Vznik a trvanie chronicity.
4. Epidemiológia a vzostup počtu chronikov.
5. Rehabilitácia chronických schizofrénii.
6. Liečenie chronickej schizofrénie.
7. Prevencia a prognóza.
8. Súhrn.

1. Úvod

Chronický stav dosahujú viaceré mozgové ochorenia s prevažne psychickými prejavmi. Medzi nimi má osobitné postavenie schizofrénia. Štatistická značka Medzinárodnej klasifikácie chorôb a úrazu a UNESCO 295.0—295.9 (v ďalšom uvádzame schizofrénia). Ide o ochorenie relatívne mladého veku so začiatkom najčastejšie medzi 20.—25. rokom života, pričom postpubertálny vývoj — teda medzi 15. a 20. rokom — je tiež častý, ako aj neskorší vývoj medzi 30.—35. rokom, s patričnými psychopatologickými osobitosťami. Táto choroba invalidizuje v mladom veku mužov aj ženy. Mimo schizofrénie ide

o chronické psychické poruchy pri epilepsii (Štatistická značka 345.1—9). Táto choroba začína prevažne ešte včasnejšie ako schizofrénia, a to v detskom veku. Kombinácia s rozličnými neurologickými poruchami je častá a etiológia je známa u veľkej časti, kdežto pri schizofrénii sa predpokladajú iba genetické príčiny. Pri začiatkoch epilepsie ide o školský vek, kedy treba začať s rehabilitáciou na budúce profesionálne začlenenie.

Celkom samostatnú kapitolu pri rehabilitácii chronických psychických porúch a chorôb tvorí duševná nevyvinutosť alebo nedostatočný rozvoj psychických funkcií, ako to vidíme pri klinickej diagnóze oligofrénia, mentálna retardácia (mental deficiency), štatistická značka.

Pri tomto poslednom stave ide o chorobu často známej etiologie, geneticky podmienené slabomyseľnosti sa stále častejšie objavujú, kedy sa rehabilitácia začína hneď po narodení, pokračuje až do dospelosti a v skutočnosti trvá po celý život.

Vzhľadom na potrebu multidisciplinárneho prístupu pri rehabilitácii slabomyseľných — mentálne retardovaných (pôrodník, detský lekár, predškolská a školská pedagogická práca — liečebná pedagogika, pedopsychiater, rehabilitačný pracovník, vo všetkých vekových úsekoch psychológ) a taktiež pri epileptikoch, ich problematika sa v tejto práci neanalyzuje, ale sa týka iba chronických schizofrénii. Vyššie uvedeným výpočtom chronických stavov schizofrénie, epilepsie a oligofrénie, nie je samozrejme vyčerpaný možný výskyt chronických psychických chorôb a stavov, ale iba vyjadruje okruh úloh, ktoré si stanovili pracovníci laboratória.

Rehabilitácia chronických endogenných psychóz (medzi ktoré patrí aj schizofrénia) je lepšie možná od tej doby, čo do medicíny vstúpilo užívanie psychofarmák. Týmito látkami sa vylúčila zväčša agitovanosť a vzruchy týchto chorých a tým bol umožnený lepší prístup k nim, takže možnosti sú lepšie v porovnaní so stavom pred 3—4 desaťročiami, kedy jednak masové liečenie, označenia za chronika a aj pestovanie úplnej závislosti pacientov od ošetrovateľského personálu viedlo ku prejavom hospitalizmu: duševný úpadok a ponorenie sa do patologického sveta u duševne chorých s odklonom od reality a spoločnosti. Tieto prejavy sa vyskytujú prevažne tam, kde sú veľké ústavy a chronicky chorí sú zhromažďovaní do jednotlivých oddelení (pavilónov), kdežto u nás na Slovensku vôbec nemáme žiadne ústavy s väčším počtom pavilónov (v rozsahu psychiatrických liečební Českej socialistickej republiky), ale napriek tomu aj v menších ustanovizniach sú u nás tieto prejavy prítomné.

Rehabilitácia chronických alebo dlhodobe prebiehajúcich schizofrénii je tak osobitnou úlohou a má samostatnú problematiku, ako je to tak isto pri dvojici epilepsia a oligofrénia. Pri týchto dvoch posledných ide o začiatok choroby pri oligofrénii prakticky od narodenia alebo vo veľmi včasnom vývoji jedinca, pri epilepsii už od malých detí — kdežto pri schizofrénii ide o rehabilitáciu prakticky dospelých, hoci medzi nimi je tiež dosť veľký počet mladistvých. Prejavuje sa to najmä na veľkom počte študentov, t. j. ľudí, ktorí ešte pravidelne nepracovali v určitom zamestnaní a preto ich rehabilitácia sa nemôže opierať o nijaké pracovné manuálne návyky, ktoré sú pre ich rehabilitáciu rozhodujúce. Organizácia tejto rehabilitácie je celkom odlišná od rehabilitácie rozličných stupňov slabomyseľných a ktorých systém rehabilitácie už vzhľadom na veľmi mladý vek je viazaný na spoluprácu vychovávateľov, liečebných pedagógov, pedopsychiatrov, experimentálnych aj klinických psychológov.

Ako sme už uviedli, iné kategórie chronicky psychicky chorých v tomto referáte nerozvádzame, okrem chronických schizofrénii. Vo všeobecnosti platí s ú h r n o m pre schizofréniu to, čo aj pre ostatné chronické choroby, že totiž:

1. klinickú jednotku chronickej schizofrénie možno často len veľmi ťažko určiť, ďalej že
  2. ich počet stúpa a konečne,
  3. sociálno-medicínsky a ekonomický význam sa tým dostáva do popredia.
- O tomto však hovoríme v ďalších kapitolách.

## 2. Definícia chronickej schizofrénie.\*

Vo všeobecnosti je v odbornej literatúre pojem chronicity neustálený a nejednotný aj popri tom, že chronicky prebiehajúce choroby sú veľkým problémom medicínskym a sociálno-ekonomickým, ako sú mimo odboru psychiatrie a neurológie chronické ochorenia dýchacích ciest, kardiovaskulárneho ústroja, zhybov, látkovej výmeny a i. Za chronické sa považuje, čo trvá dlho, ide o poškodenie anatomico-funkčné, je nízka možnosť kurability, potreba zmeny normálneho spôsobu života pacienta, ako to určilo sympóziu Svetovej zdravotnej organizácie WHO 1957 na zasadnutí v Amsterdame (Bouček, Čiháková 1968). Podľa Commission on chronic illness USA (1951) chronická choroba zahŕňa všetky poškodenia alebo odchýlky od normy, ktoré majú jednu alebo viac týchto charakteristík: sú trvalé, zanechávajú práceneschopnosť, sú spôsobené irreverzabilnými patologickými zmenami, vyžadujú špeciálnu rehabilitáciu pacienta, budú vyžadovať dlhší čas lekárskej starostlivosti a starostlivosť (Bouček, Čiháková 1968).

Uvádzajú sa ďalej choroby, ktoré sa v inej ako chronickej forme nevyskytujú: tbc., astma bronchiale, diabetes mellitus, hypertonická choroba; ďalej také, ktoré nikdy nie sú chronické, ďalej plynulý stav prechodu z akútneho do chronického: bronchitis. Korbelař (1969) naproti tomu udáva, že chronické choroby majú „chronicitu“ so svojou evolúciou, dynamikou a dňaním, t. j. trvajúci chronický proces na rozdiel od „chronického stavu“, kedy je dej ukončený.

Pre endogenné psychózy, ako je aj schizofrénta, sa chronicita (Vencovský 1971) môže javiť ako stacionárna, progredientná, najčastejšie však ako remitentná. Pre schizofréniu vidí Vencovský „remisiu s defektom“ ako najčastejší chronický stav. Škoda (1963) zasa charakterizuje chronický stav schizofrénie ako „stav po ústupe akútnych príznakov s nutnosťou udržovacej liečby; stav stabilizovaného defektu, pri ktorom je biologická liečba neúčinná“. Tu práve narážame na ťažkosti pri definícii „chronická schizofrénta“, lebo viacerí autori pojem „vyliečenie“ pri schizofrenických psychózach považujú vždy za problematické (Gastager a Schindler 1961). Vencovský, Müller, Bayer, Gastager (1971, 1961) používajú pojem „remisia“ a chápu pod ňou „znovuobnovenie stavu“, ako bolo pred nárazom („šub“). Gastager a Schindler (1961) považujú pojem „sociálna remisia“ (zavedený Wagner-Jaureggom) za prakticky najjasnejší. Definícia chronickej schizofrénie však má rozmanité aspekty, ako to uvádza Haase (1966), ktorý tvrdí, že akýkoľvek je klinický obraz alebo

\* Meno chronický je odvodené od mytologickej postavy starého muža symbolizujúceho čas menom CHRONOS a značí niečo, čo trvá po dlhú dobu (Duran, Errion 1970).

príčiny, ktoré k tomu vedú, je rozhodujúca okolnosť, že pac. je odkázaný na ústav, alebo je nutná liečba [opakovane] alebo je rozhodujúci klinický obraz, ak predchádzajúce faktory nie sú rozhodujúce.

Podstata psychických zmien je podľa Haaseho, opierajúc sa o štatistické údaje Bleulera a iných v tom, že 80—90 % schizofrenikov má prinajmenej ľahký defekt osobnosti, ktorý prejavuje redukciou kontaktu, oploštením afektu a poklesom iniciatívy. Táto kvantifikácia defektného syndrómu, ktorá by znamenala určenie obsahu pojmu „chronická schizofrénia“, nebola dosiaľ spoľahlivo vypracovaná. O túto sa pokúsil Clemens a spol. [1969].

Ak by sme mali snahu rehabilitovať chronického schizofrenika, museli by sme rešpektovať východiskový bod každej rehabilitácie, a to je stabilný stav, ktorý však pri schizofrénii je zafažený tzv. defektom, ako sme uviedli. Je teda otázkou, či schizofrénia s defektom je chronická schizofrénia.

K vlastnej definícii ešte treba dodať, že Wing a spol. [1964] zásadne hovoria o „dlhodobe liečenom schizofrenicky chorom“. Táto zámernosť, nehovoriť o „chronickej schizofrénii“ sa vysvetľuje skutočnosťou, že dlhodobe v nemocnici zotrvávajúci schizofrenik môže mať viaceré príčiny (sociálne — možno zorganizovať prepustenie aj pri dostatočnom dobrom klinickom stave a na druhej strane klinický obraz nedovoľuje prepustenie aj pri dobrých sociálnych podmienkach), pre ktoré nie je prepustený.

Wing [1960] vo svojej práci o *testovaní chovania pri chronickej schizofrénii* sa usiluje o ďalšie presnejšie ohodnotenie (otpytovanie) schizofrénie najmä vo vzťahu ku rehabilitácii prácou. Zisťovali 14 hodnôt: 1. spoločenská utiahnutosť, 2. nedostatok konverzácie, 3. ľahostajnosť, 4. neupravený vonkajšok, 5. pomalosť, 6. znížená činnosť, 7. sebauplatňovanie, 8. zvýšená činnosť, 9. dráždivosť, 10. manírovanie, 11. hovor so sebou, 12. smiech pre seba, 13. veľmi hovorný, 14. abnormálny obsah reči, z ktorých vzišli dve podskupiny: chovanie — spoločensky utiahnutý a chovanie spoločensky rušivé (sem patria 3., 7., 8. a 9., ostatné do prvej podskupiny). Hodnoty boli zapisované ako: výrazne prítomné, mierne prítomné, neprítomné.

Táto séria vyšetrení vykonaná u mužov s chronickou schizofrénomou, vo veku pod 60 rokov, ktorí boli viac ako dva roky v nemocnici (tento údaj autor zdôrazňuje preto, lebo iné typy pacientov môžu mať iné charakteristiky), boli jeden týždeň pozorovaní lekárom a sestrou pri uvedenom hodnotení. Údaje boli spracované faktorovou analýzou. Táto práve ukázala dve nezávislé skupiny, aby mohli byť samostatne skórované (spoločensky utiahnutý a rušivé spoločenské chovanie).

Užitočnosť týchto dvoch skupín je pre výskumné rozvíjanie problematiky veľmi významné.

Touto štúdiou sa dajú zistiť zmeny v chovaní chronického schizofrenika, ktorý mal rozličné liečby. Pri zisťovaní 14 hodnôt urobili tiež porovnanie s psychickým stavom. Ten istý autor [1961] vytvoril nový list na hodnotenie chovania schizofrenika so zmenšeným počtom hodnôt na 12. Ďalej tiež škálu pre značenie štyroch schizofrených porúch vždy o piatich stupňoch.

Týmito vyšetreniami sa hľadajú široké súvislosti jednotlivých chorobných prejavov a na druhej strane skúsenosti pri pracovnej rehabilitácii jednotlivých skupín. Zároveň sa hľadá čo najviac spoľahlivých znakov pre diagnózu „chronická schizofrénia“ a v ďalšom sa sleduje dynamika znakov.

Brown [1960] sa tiež vracia pri určovaní definície chronicity k dvom rokom



nepretržitého pobytu v psychiatrickej nemocnici, ako miere chronicity. Podľa neho Larr (1954) užíval štyri roky za mieru chronika a tiež podľa neho King (1954) považoval deväť rokov za mieru chronicity. Brown sa tiež odvolával na Kramera a spol. (1954, 1956) v údajoch, že iba relatívne málo schizofrenikov je prepustených po dvoch rokoch pobytu. Cituje tiež Drasgowa (1957), ktorý presne matematicky vypočítal, že v treťom roku pobytu schizofrenického pacienta je kritický bod zvratu, kedy sa počet prepustených mení z relatívne vysokého do relatívne nízkeho, preto myslí, že trvanie troch rokov je kritériom chronicity. Brown (1960) však nevidí podstatný rozdiel (štatistický) medzi dvoma a tromi rokmi trvania pobytu v nemocnici, skôr vyzdvihuje, že *dĺžka pobytu je často podmienená nie vlastnou chorobou, ale sociálnymi faktormi*. Súčasne udáva, že z 1271 prepustených schizofrenikov, v päťročnom sledovaní v 90 % sa prepustenie uskutočnilo na konci druhého roku (Kramer, 1956).

O spomenutých sociálnych faktoroch chronicity sa u neho píše: v priebehu posledných 150 rokov, sa uplatňovali rozličné metódy, ktoré mali aj úspech, ako v r. 1820—1870 uplatňované „morálne liečenie“. Prechodom na výstavbu rozsiahlych ústavov sa kustodiálny charakter presadil a tým veľký pokles terapeutického úspechu. Na území Slovenska sa však žiadny ústav v minulosti nepostavil, ale iba oddelenia v nemocniciach, okresného typu (Levoča, Trenčín, Nitra). V novej dobe vznikol nový ústav v Prešove a Hronovciach a viaceré prispôsobené (Kremnica, Sučany a iné).

Podľa Browna (1960) ďalšie faktory, ktoré prichádzajú do úvahy pri štúdiu dĺžky pobytu v nemocnici, sú: vek pacienta, — starší sa ťažšie prepúšťajú; počet znovuprijatí, sociálne postavenie pacienta, stav v manželstve, sociálna izolácia, nedostatok návštev rodiny a priateľov. Pohlavie je približne jednako rozdelené medzi mužov a ženy s pobytom vyše dvoch rokov. Psychofarmaká rozhodne ovplyvnili dĺžku pobytu, ale v súčasnej dobe (od 1954/55) sa podstatne zmenil postoj lekárov aj ústavov k otázke prepúšťania. Tieto faktory spoločne vyvolali pozoruhodne vyšší počet prepustených. Ku zabráneniu vzniku chronicity podáva Brown (1960) tieto námety. S prihliadnutím ku sociálnym faktorom (vek, stupeň dosiahnutý v zamestnaní, sociálne postavenie, manželstvo, počty znovuprijatí) — treba vytriediť pacientov s takto vysokým rizikom chronicity. Ako druhý dôležitý faktor je sociálna izolácia, ktorá nezávisle na klinickom stave zvýši jednoznačne možnosť chronicity. Takáto izolácia môže zvýšiť pravdepodobnosť predĺženia pobytu v nemocnici, lebo chýba tlak zvonku na prepustenie. Preto je dôležité si pripomenúť (Brown), že „prepustenie z nemocnice je sociálny proces, v ktorom klinický stav pacienta je iba jedným, hoci najdôležitejším faktorom“.

Bleuler (cit. Cersen, 1969) udáva, že pred zavedením psychofarmák sa počítalo u 70 % schizofrenikov s chronickým priebehom. V zostávajúcich 30 % došlo ku sociálnej adaptácii (popri defekte).

Po zavedení psychofarmák sa tento percentuálny pomer zlepšil — posun smerom ku remisiám, ale na tomto posune majú podiel aj sociálno-psychiatrické snahy.

Po zavedení psychofarmák sa *tieto sociálno-psychiatrické snahy* stávajú ešte *potrebnejšie*.

Lehman (cit. Cersen 1969) odhaduje percento chronických priebehov pri modernej liečbe na 30 %.

Pre dobrý prehľad o dĺžke pobytu schizofrenikov v nemocnici slúži štatistická práca Browna (1960). Pod pojem „chronik“ zahrňuje tento autor chorých podľa dĺžky pobytu a nie podľa klinického obrazu. Tiež považuje nepretržitý pobyt dvoch rokov ako minimálnu mieru pre „chronika“.

Prostredie a manipulácia s pacientom má byť taká, aby sa mohol vrátiť do života a aby mohol žiť.

Toto prostredie sa obviňuje, že vytvára chronicitu, že pacient je neosobný „niekto“, s ktorým nemá nikto čas prehovoriť a kde je beznádejná atmosféra (myslí na pavilón chronikov vo veľkej psychiatrickej nemocnici).

Vznik chronicity samozrejme nemožno vidieť výlučne v prostredí a v negatívnych podnetoch z neho vychádzajúcich. Chronicita je často jednou formou endogenných psychóz, čo platí pre schizofréniu a ešte výraznejšie v periodicitate mániodepresívnej psychózy, považne remitujúci priebeh, ako uvádza Venkovský (1971) a pripomína, že chronicita obidvoch endogenných psychóz predstavuje vážny problém. Je tiež významné jeho konštatovanie, že ako príčiny chronicity treba uviesť endogénne faktory premorbidnej osobnosti, komplex individuálnych biologicko-genetických vlastností, ďalej faktory rodinné, sociálne, kultúrne, výchovné, ktoré sa u predisponovaných jedincov uplatňujú ako spúšťacie mechanizmy. Je teda zrejme, že u chronicky chorého treba študovať vedľa kliniky aj otázky psychologické, sociálne a spoločenské (Palát, 1970).

Ošetrovanie chronikov je celosvetovým problémom a na jeho zvládnutie sú rozličné návrhy. Runyan a spol. (1970) zaviedli v Memphis City (USA) samostatné stredisko sestier. Tieto sestry navštevujú a pozývajú chronicky chorých. Toto stredisko je v stálom styku s poliklinikou a pri akýchkoľvek pochybnostiach je konzultovaný lekár. Sestry sú vyškolené na klinike v chronických chorobách: kardiovaskulárnych, v hypertenzii, diabete, osteoartrózach, neurózach, pernicioznej anémii, epilepsii, všeobecnej arterioskleróze bez mozgového ložiskového poškodenia.

Zdokonalenie služieb bolo dosiahnuté bez ďalších výloh na personál a prijímanie uvedených chronicky chorých do nemocnice sa stalo omnoho zriedkavejším.

Podrobnejšie sledovanie vzniku chronicity ukázalo tiež konkrétne údaje. Clemens (1967) napr. zistil, že čím je vek manifestácie schizofrénie nižší a priebeh chudobnejší na remisie, tým sú výsledky znovuzačlenenia nepriaznivejšie. Znovuzačlenenie — boj proti chronicite — začína podľa Bennetta tým, že na klinike (oddelení) v práci nachádza pacient pozitívnu oporu v zlepšovaní klinického stavu a sociálnej adaptácie. Pripomína však, že sa musia užívať validné a spoľahlivé miery pre pracovnú situáciu, ako ešte nižšie uvedieme v kapitole „Rehabilitácia“.

Podľa Bennetta Wing a Denham ukázali, že boj proti chronicite je aj v zavedení tzv. industriálnej alebo pracovnej rehabilitácii u schizofrenikov. Takto totiž pacienti vykonávali stupňovanú prípravu k práci.

Mezey a Evaris (1968) študovali príčiny, ktoré vedú k predĺžovaniu pobytu duševne chorého v psychiatrickej nemocnici nad šesť mesiacov. Získali údaje, ktoré by mohli mať aj pre nás platné informácie. V anglickom psychiatrickom ústave študovali 104 pacientov z rokov 1960—61 a 82 pacientov z rokov 1963—64, ktorí sa dlhšie ako šesť mesiacov liečili. Pozoruhodnosťou je, že v roku 1963—64 je o 20 % menej tých, ktorí boli viac ako šesť mesiacov v ústave.

V ich pacientúre sa to javilo vo dvoch špičkách: jedna pred 30. rokom, a druhá po 65. roku. Prvá sa týka schizofrénii a druhá geriatrickej pacientúry, komplikovanej často s telesnými chorobami. Ale znižovanie počtu dlhodobejšie hospitalizovaných má naďalej dobrý trend. Vysvetľuje sa to viacerými príčinami, medzi ktoré počítajú 1. nové lieky, 2. lepšia tolerancia spoločnosti, 3. lepšie doliečovanie a 4. starostlivá rehabilitácia.

Sám pobyt v nemocnici však ešte zďaleka nemôže byť deklarovaný za chronicitu stavu pacienta, ako to vysvitá zo štúdie Adelsona (1964). Autor liečil 192 pacientov psychofarmakami a 96 pacientov placebom, z nich po 8 mesačnom sledovaní prepustili 64, ale 13 sa im vrátilo nie pre recidívu choroby, ale pre sociálnu maladaptáciu. Týchto 13 vrátených im dalo podnet k zaujímavej štúdiu o tom, či mohli u niektorých z nich predvídať, že ich spoločenská prispôbivosť nebude dostatočná na život vonku, t. j. či zdánlivá alebo skutočná chronicita potrvá. *Sociálne charakteristiky*, ktoré sledovali (stav, vzdelanie, zamestnanie, stálosť v zamestnaní, jestvovanie rodičov), sa ukázali potenciálne dôležité pre budúce prepustenie pacienta z psychiatrickej nemocnice. Tak napr. stav manželský sa počas pobytu v nemocnici voči predhospitalizačnému druhovi zreteľne zhoršil: rozvody zo 6 sa zvýšili na 25.

Veľmi poučnou a podnetnou je pre význam pochopenia vzniku a udržovania chronicity schizofrenikov práca Gillisa a Keeta (1965), ktorí sledovali 16 dokázaných a bezpečne diagnostikovaných chronických schizofrenikov, ktorí nikdy neboli v psychiatrickej nemocnici. Zároveň študovali kontrolnú skupinu približne toho istého pôvodu, klinického obrazu, veku atď. 16 chronických schizofrenikov z psychiatrickej spádovej nemocnice a zároveň preštudovali týchto 32 rodín, odkiaľ pacienti pochádzali, a tí mali tiež kontrolnú skupinu rodín, kde neboli nijaké psychické choroby. Išlo o chronické schizofrénie a kritériom chronicity bolo, že v oboch skupinách trvala choroba vo vážnej forme najmenej dva roky, citujem Browna (1960), ktorý tiež užíva toto časové vymedzenie. Táto práca prináša poznatok, že sú rozličné faktory, ktoré dovoľujú žiť chronickým schizofrenikom doma bez akéhokoľvek liečenia, pri plne vyvinutých formách. Kľúčový príbuzný usporiada pomery doma, takže to nedeorganizuje zostatok rodiny, naopak vytvorí sa evidentne kohezívna štruktúra rodiny. Naopak u hospitalizovaných pacientov je rodina dezorganizovaná. Materiálne podmienky nehrajú úlohu pri hospitalizácii.

Vidíme, že podiel na vzniku chronickej schizofrénie treba hľadať 1. v neznalosti dynamiky vlastnej choroby, ďalej 2. v neúplnej znalosti účinku rozličných psychofarmák, lebo vedľa pozitívnych (Clemens) sú aj negatívne stanoviská, ako Vencovský, 1971, ktorý udal, že *farmakoterapia* endogenných psychóz *nepredstavuje* zatiaľ žiadnu *prevenciu* ich *chronicity*. Podiel majú zrejme vonkajšie vplyvy a sociálna charakteristika a spoločenské faktory (Riedl, cit. Šantrúček-Vacek, 1966 (1969). Bouček—Čiháková, 1968, Palát, 1970, konštatujú zvyšujúci sa počet chronických chorôb všeobecne, najmä však od 40. roku života.

Najväčší podiel chronických schizofrenikov možno zaregistrovať vo veľkých psychiatrických ústavoch, hoci, ako sme uviedli, chronickí schizofrenici sa vyskytujú v spoločnosti, ktorí nikdy neboli liečení — prinajmenšom v Anglicku. Parnell a Skottowe (1959) venovali pozornosť faktorom, ktoré majú vplyv na dĺžku pobytu v psychiatrickej nemocnici. Je to významné, lebo však, ako ďalej uvedieme, určenie statusu chronika je možné vysloviť nie iba podľa

klinického obrazu, ale aj na základe holého faktu, že pacient musí byť naďalej v nemocnici. Z práce uvedených autorov vysvitá, že sledovať osud pacienta od momentu prijatia celých dvanásť mesiacov a ešte lepšie dva roky — dáva možnosť orientácie.

Táto štúdia o časovom faktore však nevyhnutne musí byť spojená s vymedzením nutnej symptomatiky. Teda I. doba trvania pobytu pacienta s II. nevyhnutnou symptomatológiou, pri čom oni sporné prípady vylúčili. Do dg. schizofrenia boli začlenení chorí s poruchami myslenia a emócií, a do skupiny paranoidnej schizofrenie začlenili chorých, ktorí mali v prevahe bludy a halucinácie. Takto diagnostikovaní boli z celkového počtu pacientov 13 % schizofrenikov na vlastnom pracovisku, v kraji Oxford to bolo 21 % a pre celé Anglicko platí 28 %.

Priemerná dĺžka pobytu pre diagnostickú skupinu schizofrenia sa pre Anglicko a Wales udáva 5 mesiacov, pre maniodepresivitu, psychoneurotické stavy, poruchy chovania a charakteropatie — priemerne 6—8 týždňov. Toto platilo aj u nimi študovaných 120 schizofrenikov z kraja Oxford. Významným sa však ukázal vplyv zamestnania na dĺžku pobytu: *robotníci majú najkratší pobyt*. Forma choroby bola tiež rozhodujúca: *najkratší pobyt mali paranoidní schizofrenici*. Ďalší dôležitý faktor sa ukázal vek pacienta pri zachytení: mladší pacienti mali dlhší pobyt. Títo autori tiež vyslovujú požiadavku, aby sa podľa uvedených kritérií robila predpoveď pre východisko jednotlivých skupín, nie však individuálne. Ich prognostické posthoc predpovede súhlasili pri krátkom pobyte v 69 % a v dlhom na 87 %. Faktory, ktoré vedú ku dlhoročnému pobytu však, podľa týchto autorov (1959), treba ešte ďalej študovať. V tejto súvislosti — dĺžka nemocničného pobytu schizofrenikov — sa venoval Brown otázke sociálnych faktorov. Za najobecnejšiu *definíciu chronika* považuje dĺžku pobytu: *chronik* vzhľadom na dĺžku pobytu — to sú u neho dva roky. Podľa jeho zistenia 80 % chorých v psychiatrických nemocniciach má pobyt dlhší ako dva roky, z toho tvoria schizofrenici 70 %. Po dvoch rokoch pobytu klesá možnosť prepustenia veľmi prudko a priemerná dĺžka pobytu je 12 rokov (v Anglicku). Dĺžka pobytu, podľa Browna, nie je podmienená iba vážnosťou choroby, ale aj sociálnymi faktormi, ako už bolo vyššie uvedené. Medzi ne počíta množstvo návštev príbuzných a priateľov pacienta počas prvých dvoch mesiacov nemocničného pobytu. Pacient sa dostáva do sociálnej izolácie, a touto sa zvyšuje možnosť dlhého pobytu v nemocnici, lebo chýba vonkajší tlak na ich prepustenie. Mimo toho chorých bez záujmu príbuzných je ťažko samostatne prepúšťať, — hoci sa v tomto smere pokračuje podstatne liberálnejšie ako pred dvadsiatimi rokmi. Toto upozornenie Browna na *potenciálnych chronikov* (ktorí nemajú návštevy) je dôležité, lebo sa môžu dopredu urobiť plánovité opatrenia.

Na istý circulus vitiosus pri vzniku a trvaní chronicity upozorňujú Wing a spol. (1964), keď vyzdvihujú tzv. „sekundárny handicap“ pri chronickej schizofrenii [týmto rozumejú ťažkosti pacienta, ktoré nevzniknú priamo z chorobného procesu, ale sú reakciou osobnosti na chorobu a tiež reakciou spoločnosti, od dobrej vôle ktorej závisia životné podmienky pacienta]. O čo dlhšie je pacient v ústave, o to menej chce ísť domov alebo o to menej má realistické plány do budúcnosti. Takáto zvýšená závislosť na ústave je častou inštitucionalizmom — čo je veľkým problémom rehabilitácie. V psychiatrickom ústave (aj oddelení) pre sociálnu rehabilitáciu sú prekážkou denné návyky, a naopak

chýbajúce návyky k dennému životu; cesta do práce, príchod načas do práce, pracovné návyky v dielni, styk so spolupracovníkmi, pracovné šatstvo — toto sa nedá imitovať v psychiatrickom zariadení, (podľa autorov). Ak vedia spolupracovníci, že pacient bol v psychiatrickom ústave — je to ťažký handicap pre neho, ktorému však treba energicky čeliť.

Wing a spol. [1964] tiež zdôrazňujú, že je ťažké zistiť objektívne také narušenie chronického schizofrenika alebo aspoň začiatok tohto stavu, ktorý zneumožňuje rehabilitovať ho k práci mimo nemocnice a ku samostatnosti. Ako smerodajné poruchy, ktoré sú smerodajné pre rozhodnutie, spomínajú napr. popis reči pri vyšetrovaní pacienta alebo v dielni a taktiež jeho chovanie za uvedených okolností. Vyzdvihujú sa najmä tie poruchy, ktoré by mohli odraďiť „zamestnávateľa“: 1. pomalosť, 2. znížená činnosť, 3. odťahovanie sa od spoločnosti, 4. zanedbávanie vlastného zovňajšku, 5. malý výkon pri jednoduchých remeselných prácach. Ťažké poškodenie je tiež pri chorých 6. s neschopnosťou konverzácie na bežné témy, 7. s chudobnou rečou, 8. inkoherečnou rečou, 9. s vtieravými súvisle vyslovovanými bludmi.

Za chronickú schizofréniu považuje Škoda stav po ústupe akútneho príznakov s nutnosťou udržovacej liečby. Ďalej sú to podľa tohto autora stavy so stabilizovaným defektom pri neúčinnosti biologických liečieb a napokon je tej mienky, že časť chronicity je dôsledkom choroby a inak sú to následky hospitalizmu.

Hochstein [1967] považuje za charakteristické pri schizofrénií „odkázanosť a bezbranosť“. Často sa chronická schizofrenia prejaví skôr neverbálnymi prostriedkami a delí ich na dve skupiny: 1. „jednoduchí pasívni“ a 2. pacienti s bludmi a halucináciami. Práve cieľom reedukácie je podľa neho viesť pacienta z pasivity.

Na tému rehabilitácia chronicky psychicky chorých bola usporiadaná v roku 1971 konferencia International Conference on Productive Participation Programs for the Mentally Ill, v Helsinkách.

Prinášame niekoľko myšlienok z konferencie [1971] na pomery týkajúce sa rehabilitácie chronicky psychicky chorých vo svete. Referát z Nigérie (Tolani Asuni) udržanie pacienta v spoločnosti, napriek nepríjemnostiam s tým spojeným sa zabráni rozpadu a regresii, ktorú často vídať v psychiatrických nemocniciach. Indonézia (Ashton M. Tenney); je rozdiel v technicky už vybudovaných štátoch hovoriť o rehabilitácii psychicky chorého — a prostredím, ktoré, ako Indonézia, kde prevažná väčšina života bude pokračovať tradičným dedinským spôsobom života a širokým rodinným spôsobom. Psychiatrické rehabilitačné zariadenia sa musia dať do súhlasu s touto skutočnosťou, ak majú byť úspešné. Silný tlak populácie, ktorá sa trvale zvyšuje — sprevádzané s vysokou nezamestnanosťou — je pre psychiatrickú rehabilitáciu nepriaznivým predpokladom.

V ZSSR (J. Saarma z Tartu) oboznámil konferenciu so zvyklými skutočnosťami v socialistických štátoch, kde je povinnosťou pracovať. V Sovietskom zväze môže psychiater navrhnúť a určiť prácu, ktorú pac. môže vykonávať, to-muto však predchádza dôkladná analýza situácie so zamestnávateľom. Tieto okolnosti značne uľahčujú psychiatrickú rehabilitáciu.

V USA (L. Bartlett) vidia prekážku v úspešnej rehabilitácii psychických chorých v skutočnosti, že psychicky chorí vo veľkých ústavoch sa využívajú na prácu, za ktorú nedostanú ani odmenu ani uznanie, a to v 19. storočí na zá-

klade mravných a v 20. storočí na základe lekárskeho zásad. Vo Fínsku, kde sa konala konferencia v r. 1971, účastníci zistili osobný záujem pracovníkov (psychiatrov, sociálnych pracovníkov, fyzioterapeutov) o osud pacienta.

Bennett (1971) potvrdzuje, že je málo možností zabezpečiť psychicky poškodeného, hoci sa klinicky zlepšujú. Nakoľko práca a plat pre nich sú dôležité, aby získali sebavedomie a spojenie s vonkajším svetom — mali by byť začlenení do širšej kategórie ťažko zamestnávateľných — pojem pre anglické pomery. Z jeho analýzy vyplýva, že aj zdraví (v Anglicku — 1964) majú ťažkosti získať zamestnanie (vek, telesný a duševný stav v anamnéze, väzenie, nedostatok niektorých možností, rečové ťažkosti). Je preto dôležité vyhľadávať osoby (chron. schiz.) ťažko zamestnávateľné. Pre tieto v predstihu pripravovať pracovné možnosti, je jednou cestou úspechu. V Anglicku musí podnik zamestnať 3 % invalidov z celkového počtu zamestnancov.

Zdôrazňuje, že psychicky poškodení majú také isté právo na zamestnanie, ako telesne poškodení, a toto sa musí dostať do vedomia spoločnosti. Práca človeka (aj chorého) neuspokojuje len jeho materiálne potreby, ale v hlbšom zmysle je mierou jeho zdravia.

Pracovná rehabilitácia v USA, podľa Ph. R. A. Maya (1971), nie je jednotne organizovaná. Je proti výrazu „industrial therapy“ (priemyselná liečba), lebo mnohí pac. pracujú v nemocniciach, školách, úradoch a nie v priemysle. Taktiež nesúhlasí s výrazom „therapy“ a navrhuje „pracovná činnosť, pracovná rehabilitačná činnosť“, alebo jednoducho „práca“. Tento autor pripomína, že v mnohých zariadeniach význam práce a jej potenciál v reintegrácii osobnosti (chorého) sa značne ignoruje. Význam pracovnej rehabilitácie na jednotlivých pracoviskách (v USA) zatlačuje záujem vedúcich o psychoterapiu, psychofarmaká, terapeutickú komunitu a i. Vo všeobecnosti nedostatočné prispôbenie psychiatrických pacientov k práci je najmä v ťažkostiach v sociálnych „skills“ (spoločenské zvyklosti) a nedostatok medziosobných vzťahov, — ako nedostatok technického výcviku. Avšak dobrý výkon v nemocničnej dielni (rehabilitačnej) ešte nepredpovedá dobrý výkon v spoločnosti (v zamestnaní v priemysle, dielni atď.). Pre ekonómov je zaujímavý údaj Maysa (1971), že podľa štúdie psychiatrickej nemocnice Veterans Hospital v Palo Alto, že mimonemocničné zariadenie, kde pracujú chronickí schizofrenici, je lacnejšie ako psychiatrická nemocnica. Pri týchto zariadeniach je výhodné zamestnávať ako inštruktorov dôchodcov z príslušného odboru. Podľa tohto autora systém pracovnej rehabilitácie v USA je nedostatočný a neschopný zvládnuť bežné potreby. Chýba koordinácia s podmienkami sociálnej reintegrácie a toto vyžaduje zriadiť pre nich plné spektrum životných podmienok, včítane internátov, prechodných domovov a pod.

Význam zamestnávať produktívne psychicky chorých je zdôraznený aj usporiadaním tejto prvej medzinárodnej konferencie International Conference on Productive Participation Programs for the Mentally Ill, usporiadanej v Helsinkách v r. 1971. Šesť odoznených prednášok na tejto konferencii (1971) dáva prehľad o rehabilitačných zariadeniach v psychiatrických nemocniciach, v chránených dielnach a v ďalších zariadeniach. Tieto zariadenia demonštrujú techniky užívané na celom svete, ako vrátiť chorého do produktívneho života. Hlavný záujem bol sústredený na zariadenia pre takých jedincov, ktorých pracovný výkon bol poškodený duševnou chorobou. Záver tejto konferencie (1971) nadhodil niekoľko dôležitých otázok: 1. kto má byť rehabilitovaný,

2. kto rozhodne o tom, že má obdržať prácu? Má to byť lekár, pacient alebo jeho rodina? 3. Je praktické privádzať na pracovný trh ešte väčší počet ľudí, keď je nezamestnanosť (západné štáty) alebo ide o vývojové krajiny? 4. Robíme správne, keď resocializujeme ľudí, ktorí si neželajú resocializáciu? 5. Pri technologickom pokroku a pri znižujúcom sa počte zamestnaní, treba sa viac učiť o pracovných možnostiach.

### Súhrnom:

Pojem chronickej schizofrénie sa určuje:

1. Podľa longitudinálneho priebehu.
2. Z priečného stanoviska — klinického  
— sociálneho  
stavu pacienta.
3. Podľa experimentálne-rehabilitačného pokračovania.

### 3. Vznik chronika, trvanie a vzostup počtu chronikov.

Po skončení akútnej psychotickej fázy vznikajú tri možnosti ďalšieho rozvoja osobnosti: rozpad, zmena osobnosti a spracovanie toho (psychickej choroby), čo sa stalo. Druhý bod (zmena osobnosti) ešte bližšie osvetľujú Gestiger a Schindler (1961) takto: 1. ide o vyčlenenie (zo spoločnosti), 2. o „Verpuppung“, t. j. zakuklenie, utiahnutie sa do seba, 3. fixácia bludov a 4. stelesnenie — vtelenie psychotických zážitkov formou bizarných a grimasovitých pohybov (u pacientov v ústavoch).

„Retaz chronicity“, ako nazývajú vývoj chronickej schizofrénie Sommer a Witney (1961), je proces, ktorý študovali z pohľadu, ako sa stane novoprijatý pacient chronikom. Išlo o rozbor 46 pacientov, ktorí boli preložení z tzv. prijímacieho na oddelenie chronikov. Je zaujímavý údaj autorov, že *chronicita je sled súvisiacich udalostí*, z ktorých každá sa musí vyskytnúť skôr, než nastane chronicita. Následkom toho chronicita môže byť znížená alebo vylúčená — ak čo len jeden spoj v reťazi sa zlomí. Začínajúce „oká“ reťaze sú tie, na ktoré treba sa sústrediť: 1. včasné spoznanie psychickej choroby, 2. promptné ambulantné liečenie. Na druhom konci reťaze sú: 3. udržiavanie spoločenských kontaktov a stykov s rodinou, 4. pracovných návykov. Poučné, hoci pre naše pomery len čiastočne platné sú otázky tej časti reťaze chronicity, ktorá sa týka preloženia pacienta schizofrenika na oddelenie chronikov. Toto preloženie považujú autori za viac ako symbolické pre pacienta aj pre personál. Oddelenie chronikov má v porovnaní s prijímacím oddelením: 1. menší počet prepustených, 2. menší obrat pacientov, 3. menej návštev rodiny a priateľov, 4. menej dopisov odošle aj prijme pacient, 5. je menej kontaktu medzi pacientami, medzi psychiatrom a sociálnou pracovníčkou a pacientmi, 6. je skôr dôraz na skupinových ako na individuálnych aktivitách, 7. viacerí pacienti majú čiastočné alebo úplné nemocničné zamestnanie, 8. na prijímacom oddelení sú schizofrenici v menšine, na oddelení chronikov vo väčšine, ako nepravdivé sú ďalej 9. menej priaznivý číselný pomer pacient — ošetrovateľ a menšia vybavenosť, väčšia preplnenosť, menej pekné oblečenie ako na prijímacom oddelení. Je teda zrejme — podľa autorov — že preložený pacient je „neúspech“. Autori vyšetrovali príčiny a okolnosti preloženia na oddelenie

chronikov, ako eventuálne časti reťaze chronicity. Poznatky u týchto 45 pacientov potvrdzujú, že u *preložených išlo z 85 % o schizofrenikov väčšinou medzi 25—30 rokmi*, čo považujú za osobitne nebezpečné, lebo sa môžu stať chronikmi na dobu 30—40 rokov. Tiež doba liečenia na prijímacom oddelení preložených bola zreteľne menšia. Forma schizofrenickej choroby simplex, nediferencované formy, katatonné formy boli skôr prekladané, ako paranoidné formy. Z prijímacieho oddelenia boli *prepustení zväčša ženatí, preložení na oddelenie chronikov boli väčšinou slobodní*. Uzatvárajú, že postoj lekárov treba tiež korigovať v tom, že *chronicky chorých tiež treba dostatočne liečiť*, aby sa nestali chronickými pacientmi.

O príčinách, ktoré vedú k predĺženému pobytu nad šesť mesiacov psychicky chorého v nemocnici v rokoch 1960—1961, bolo 104 pacientov a v r. 1963—1964 bolo 82 pacientov rozličných psychiatrických diagnóz — študovali Mezey a Evans (1968). Príčiny dlhodobého pobytu boli klasifikované ako 1. psychiatrické (ťažká psychóza s malým liečebným úspechom alebo vážna demencia), 2. psychiatrické komplikácie s telesnou chorobou alebo defektom a najmä sociálne problémy (bez príbuzných, bez bytu) a konečne nízka inteligencia, 3. špeciálna liečba (chronické psychoneurózy) a 4. nepsychiatrické príčiny (telesné, sociálne, právne).

Za najlepší index trvania pobytu v nemocnici označujú (Mezey—Evans) počet prepustených zo 100 za určitú periódu. Počet tých, ktorí zostali v nemocnici po určitej dobe, je znakom vážnosti choroby a aj vodidlom pre plánovanie, a síce pacient, ktorý zostane v nemocnici dlhšie ako 6 mesiacov, nie je obyčajne stredného veku. Pre obidve pohlavia sú platné dve špičky: pred 30. rokom — muži (schizofrénia) a po 65. roku — ženy (senilné demencie).

Zvýšený počet chronických chorôb má podľa Hanlowa (1970) tri príčiny: z detstva pozostalé a neliečené choroby, z prostredia, ktoré zvyšuje možnosti telesného a psychického poškodenia, zvýšený počet starých ľudí.

Viacerí autori sa pri vzniku a vývoji chronika dotýkajú jednotlivých očíek vyššie uvedenej reťaze. Tak Wieser (1966) poukazuje na význam straty spoločenských kontaktov pri chronickej schizofrénii, ktorá vedie k tuláctvu, izolácii, odlúčenosti, čo sú výsledné stavy sociálne dezintegrovaných procesov, ktoré môžu začať pozvoľne, no neskôr vedú ku transformáciám sociálnych systémov a v priaznivých prípadoch k rozkladu vzťahov dotýčnej osoby k okoliťmu svetu. Parson (cit. Wieser) opisuje stav (rolu, úlohu) *telesne* chorého ako taký, kedy je dotýčný oslobodený od očakávania úloh počas choroby, pri chýbajúcej zodpovednosti chorého za tento stav. Ďalej je u neho vôľa k uzdraveniu a je prítomná pohotovosť využívať kvalifikovanú pomoc. Sociálny štatus *duševne* chorého sa však líši v tom, že spoločnosť (verejnosť) má iný obraz o ňom. O duševne chorom myslí, že má nepochopiteľné a nevypočítateľné spôsoby konania, pričom sám pacient túto úlohu (rolu) neuznáva a ani nie je ochotný sa podrobovať liečeniu (často). Wieser (1966) tiež poukázal na to, že ak je psychicky chorý v rodine a tá ho ako takého prijme, ale rodina ako celok sa opuzdrí a uvoľní od ostatného sociálneho poľa. Toto videl najmä u schizofrenikov — a tento sociálny stav — odlúčenie od ostatného sveta (spolu s chorým) — menuje dezintegrácia.

O chronicite duševných chorôb panuje u mnohých odborníkov mienka, že je to podstatná črta mnohých psychických chorôb. My sa spolu s Duranom a Errionom dištancujeme od tohto postoja. Iní zase považujú chronicitu za



výsledok hospitalizačných aj mimonemocničných vplyvov. Týka sa to, ako sme už uviedli, veľkých psychiatrických nemocníc s osobitnými pavilónmi pre „chronikov“. Odôvodnenie je toto: pri nedostatku ošetrovateľského personálu treba sa venovať čerstvo chorým intenzívnou liečbou a pre „chronický“ chorých stačí aj menej ošetrovateľov.

Posledne menovaní autori radia, aby sa v psychiatrickej nemocnici určilo, či manipulácia s osobami s porušeným chovaním je progresívna, plodiaca chronicitu alebo nie.

Na Konferencii (1971) sa záverom ustálilo, že nádej na rehabilitáciu psychicky chorého sa zmenšuje, ako sa jeho dĺžka pobytu v psychiatrickej nemocnici predlžuje.

Je paradoxom, že o čo viac životov sa zachráni, o to viac je chronických chorôb. Zvyšovanie počtu chronických chorôb v obyvateľstve je v súvislosti s chorobami detstva, ktoré neboli vyliečené, ďalej s chorobami zapríčinenými vplyvmi prostredia a napokon súvisí so zvyšovaním počtu starých ľudí.

#### Súhrn.

Vznik chronicity umožňujú:

1. Neskoro započaté liečenie.
2. Nepriaznivá premorbídna osobnosť.
3. Nedôrazná socializácia od samého začiatku.
4. Rodinné pomery od začiatku bez kladných emocionálnych vzťahov.
5. Pracovná rehabilitácia so zlými podmienkami alebo predpokladmi.
6. Psychofarmaká nepravidelne užívané.

#### 4. Epidemiológia chronického schizofrenika.

Do tejto kapitoly sme zaradili aj otázku zvyšujúceho sa počtu chronických chorôb všeobecne, ako sme to uviedli v kpt. 3 (Bouček—Čiháková, 1968) a Palát, 1970.

Bennett-Carrad a Halil, 1970 upozorňujú, že je mnoho ťažkostí odhadnúť rozšírenosť chronických chorôb v obyvateľstve. Nedostatok znalostí o prirodzenom vývoji mnohých chronických chorôb robí definíciu ťažkou. Práceschopnosť a odvislosť, ktoré sú následkom chronickej choroby, sú vážnym *bremenom pre verejnosť*. Ich štúdia sa týkala všetkých práceschopností pre chronickú chorobu v malom meste v Anglicku, a zistili, že je to vo veku 35—74 rokov 7,2 % mužov a 9,7 % žien. Zvýšený výskyt žien sa pripisuje mladšej vekovej skupine a vyššiemu poškodeniu pohybového ústroja (artritické zmeny). Ide o zistené telesné choroby (črevné a srdcové, dýchacieho ústroja, zhybov), a na 4. mieste boli poškodení, ktorých primárne poškodenie je psychologické spolu s neklasifikovateľnými organickými poruchami. Práceschopnosť podľa týchto autorov sa dá zistiť 1. klinickým vyšetrením výkonov, 2. štandardnými testami výkonov, 3. podrobným vypytovaním sa osoby cvičeným pozorovateľom, ktorý sleduje jeho denný výkon.

Z 5499 obyvateľov zistili 260 mužov a 311 žien s chronickou chorobou. Vo väčšine bolo nepochybné, že priama príčina je funkčná strata pre patologicko-anatomické poškodenie. V niektorých prípadoch však psychologické fak-

tory, menovite motivácia, môžu určovať, či osoba s fyzickým poškodením sa stane práceneschopnou. Aká časť pacientov, ktorí boli mnoho rokov v nemocnici pre schizofréniu, sa môže vrátiť do spoločnosti pomocou špeciálnych metód profesionálnej a sociálnej rehabilitácie, ukazuje závažná štúdia Winga a spol. (1964) vo výskumnej úlohe kráľovskej (štátnej) výskumnej rady v Anglicku. Podľa týchto štúdií očakávané čísla sú: 1. medzi 15.—45. rokom obyvateľstva zhruba 1 % dostane schizofréniu, 2. 25 % všetkých prijatých v psychiatrických ústavoch v Anglicku a Walesu sú schizofrenici, 3. 70—80 % z 130 000 psychicky chorých je viac než dva roky v psychiatrickej nemocnici, z nich  $\frac{3}{4}$  sú schizofrenici, 4. asi 70 % dlhodobých pacientov schizofrenikov mužov a 50 % žien sú mladší ako 60 rokov (46 000).

Sommer a Witney (1961) udávajú, že nie je veľkým problémom znížiť pobyt novoprijatého pacienta z 12. mesiacov na 10. mesiacov, ale už je veľkým problémom zmeniť „doživotie“ asi  $\frac{1}{20}$  novoprijatých schizofrenikov, z ktorých každý môže obsadiť posteľ na 20, 30 až 40 rokov. Priródené tento údaj je bežne pravdivý a platný, ale jeho štatistický dôkaz ( $\frac{1}{20}$  novoprijatých) by sa musel veľmi dlho a ťažko dokazovať.

Brown (1960) udáva, že v psychiatrických nemocniciach V. Británie a USA najmenej 85 % schizofrenických pacientov bolo v nemocnici jeden rok a 80 % viac než dva roky.

Pri zisťovaní príčiny nemocničného pobytu v psychiatrii nad šesť mesiacov zistili Mezey a Evans (1968), že zo skúmaného vzorku bola  $\frac{1}{3}$  mužov a  $\frac{1}{2}$  žien nad 65 rokov. Rozhodli: forma duševnej poruchy ako sú schizofrénia a demenzitujúce stavy. Vyšetrovanie z r. 1960—1961 ukázalo  $\frac{1}{3}$  a z r. 1963—1964  $\frac{1}{2}$  je slobodných mužov, kdežto u žien bola  $\frac{1}{4}$  nevydatá. Spoločne muži a ženy asi  $\frac{2}{3}$  z celku mali dg. schizofrénia.

Adelson (1964) vykonal analýzu pomeru sociálnych charakteristík ku potenciálu umiestňovať (do zamestnania) schizofrenických pacientov hospitalizovaných 2—10 rokov. Išlo o sledovanie 64 prepustených pacientov, ktorí boli uznaní na prepustenie (z 288 pacientov chronických schizofrenikov, sledovaných 8 mesiacov v psychiatrickej nemocnici a 6 mesiacov mimo nemocnice) a z nich sa 13 vrátilo do nemocnice nie pre recidívu, ale pre sociálnu maladaptáciu. Výsledky vyvolali tri otázky: 1. Ako sa javí na niektorých vybraných sociálnych charakteristikách, že chronická schizofrénia je vo svojej sociálnej situácii „slabá“. 2. Nakoľko zlepšujú psychofarmaká stav pacienta a tým poskytujú indikácie na prepustenie pacienta. 3. Ktoré sú znaky, že sa za hospitalizácie „sociálna situácia“ pacienta zhoršila. „Vybrané sociálne charakteristiky“ boli: stav, vzdelanie, zamestnanie, stálosť v zamestnaní a jestvovanie rodičov. Pozoruhodnejšie údaje (u 288 pacientov s chronickou schizofréniou) 40 % bolo rozvedených alebo slobodných, u žien 57 %, 52 % malo iba nízke všeobecné vzdelanie, 43 % mužov malo nekvalifikované zamestnanie, 50 % žien boli domáce, vyše 60 % z 288 pac. bolo „bez stáleho zamestnania“. *Ak žil aspoň jeden rodič, mohli prepustiť 38 %, ak nežil žiaden z rodičov, iba 17 %.* Tieto trendy neklamne ukázali, že sociálne charakteristiky sú potenciálne dôležité pre budúce prepustenie pacienta z psychiatrickej nemocnice. Sociálne faktory sa tiež menia behom hospitalizácie. Tieto faktory sa zdajú byť v súvislosti s chronicitou.

Podľa Bennetta (1970) počet chronicky chorých v obyvateľstve ťažko určiť, lebo ide o stavy rozličnej etiológie a rôzneho druhu závažnosti. Pracovná

neschopnosť stúpa vekom. Táto sa zisťuje štandardnými testami a robí u mužov 7,2 % a žien 9,7 % práceneschopných, ako už vyššie uvádzame. Nedostačujúca opatera a neskorá lekárska starostlivosť vedú ku vzniku chronických chorôb. Pri ich vzniku je dôležité študovať prostredie, v ktorom dotýčny žije. Polovička obyvateľstva je pod 18 a nad 66 rokov.

Ako uvádza Šantrúček (1973), hlavnou úlohou epidemiológie chronických chorôb je odhaľovanie tzv. rizikových faktorov, o ktorých myslíme, že podmieňujú alebo spolupodmieňujú vznik a vývoj choroby. V niektorých prípadoch výsledky epidemiologických štúdií môžu objasniť etiológiu a patogenézu nemoci.

Spoluúčinnosť faktorov *genetických, vplyvy prostredia a spôsob života*.

Presnosť pri epidemiologických štúdiách je dôležitá: a) rozsah pozorovaného súboru má byť optimálny, b) pojmy treba presne definovať, c) žiadajú sa štatistické metódy.

Na chronické choroby pôsobí viac faktorov. 1. Podmieňujúce faktory — ich elimináciou sa *mení* prognóza vzniku alebo priebehu nemoci (napr. nemá rodičov, nemá kam ísť z nemocnice a pod.). 2. Faktory signalizujúce prítomnosť nemoci (nepracuje, stráni sa ľudí). 3. Faktory signalizujúce ohrozenie (agresivita, pokus sebevraždy). Okrem podmieňujúcich faktorov *sú aj faktory ochraňujúce*, ktoré *paralyzujú* niektoré z *podmieňujúcich* faktorov (od začiatku konzultujú psychiatra, v nemocnici ho stále rodina navštevuje, chodí z nemocnice na weekend domov, zamestnávateľ sa o neho zaujíma).

Ochranné a podmieňujúce faktory sa vzájomne ovplyvňujú: úhrnný účinok je *oslabenie* alebo *zosilnenie*.

Sledovanie účinku *mnohých podmieňujúcich faktorov* — môže priniesť dobré výsledky.

Pre budúcnosť — o epidemiológii chronických chorôb — žiadajú sa *dva prístupy*: a) odstrániť škodlivé faktory, ktoré už poznáme; (sociálna izolovanosť, pestovanie pracovných návykov); b) pomáhať liekmi v zmysle primárnej a sekundárnej *prevencie*.

Epidemiologické štúdie sú v *začiatkoch*. Treba vyhľadávať *ohrozené skupiny*. Ide o problém celospoločenský a *nie iba* zdravotníkov.

#### *Súhrn kapitoly 4. o epidemiológii*

1. Vzhľadom na ďalekosiahle sociálno-ekonomické následky „vzniku“ chronického schizofrenika, pri prijatí chorého do psychiatrickej liečby treba tejto otázke venovať pozornosť. Je ona časťou všeobecnej *prevencie*.

2. Najmä treba odhaľovať *rizikové* faktory.

3. Rizikovým faktorom treba čeliť od samého začiatku choroby.

4. V rámci úplnej a širokej prevencie treba vyhľadávať ohrozené skupiny.

JAVŮREK J.:

**LÁZEŇSKÁ LÉČBA DOROSTU.**

*Vyd. 1., vydala Balnea, Praha, 1971, str. 174.*

Jde o poměrně rozsáhlou knihu. Po všeobecné části, která je věnována lázeňské léčbě dorostu, výběru pro balneoterapii, otázkám komplexní léčby, následují kapitoly o biologii i patologii období dospívání. Na tyto kapitoly organicky navazuje část věnovaná vyšetřování dorostu a léčebným postupům při léčení dorostu při různých indikacích. V knize najde zájem-

ce řadu zkoušek a testů, vhodných při vyšetřování dorostu. Tisk je dobrý. Kniha je psána přehledně. Mnohé čtenáře nebude zajímat vše, ale každý v ní najde pro sebe něco zajímavého a v praxi použitelného. Jde o účelovou publikaci, kterou vážný zájemce může získat u vydavatele (Pařížská 11, Praha 1).

*Dr. P. Štěpánek, Mariánské Lázně*

STEJSKAL L.:

**POSTURAL REFLEXES IN THEORY AND MOTOR RE-EDUCATION**

*Vyšlo v Rozpravách Čs. akademie vied, Rad matematických a prírodných vied, roč. 82, zošit 6.*

*Vydala Academia Praha 1972, str. 104, obr. 30, cena Kčs 28,—.*

V rade matematických a prírodných vied Rozpráv Československej akademie vied vydáva nakladateľstvo Akadémie v roku 1972 Stejskalovu prácu o posturálnych mechanizmoch, ktoré sa uplatňujú v riadení pohybu človeka. Práca je rozdelená na dve časti. V prvej časti, ktorá sa zaoberá polohovými labyrintovými reflexami, hovorí sa o morfológií makuly utrikulu a sakulu a o princípoch, podľa ktorých sa mení aktivita vlasových buniek a spôsob šírenia tejto aktivity vestibulárnym nervom do jadier mozgu. Potom je definovaná „poloha“, „postavenie“, „držanie“, „pohyb“ a „polohový reflex“. V ďalšej kapitole sú uvedené vplyvy, ktoré menia a modulujú aktivitu labyrintov, vstupujúce do vestibulárných jadier. Taktiež sa tu hovorí o retikulárnej formácii mozgového kmeňa. Táto časť sa ďalej zaoberá držaním tela novorodenca a držaním tela zdravého človeka v vzpriamenom postoji.

V ďalšom sú popísané dôvody, ktoré vedú k predstavám o možnostiach liečebného využitia polohových labyrintových reflexov. Sú tu uvedené výsledky vlastných pozorovaní.

Druhá časť monografie rozsahom menšia pojednáva v prvej kapitole o starších a novších poznatkoch o dráhe hlbokého šijového reflexu a o klasických objavoch

Magnuse na decerebrovanom zvierati. V nasledujúcej kapitole je uvedený prehľad pokusov o identifikácii hlbokého šijového reflexu u človeka, a potom sa hovorí o Hoffovom-Schilderovom manévri. V záverečných kapitolách Stejskalovej monografie je zmienka o vplyve aktívneho premiestnenia hlavy na aktiváciu parietických svalov u spastikov. Monografia je zakončená relatívne rozsiahlym českým súhrnom a prehľadom písomníctva.

Stejskal, ktorý už celý rad rokov sa zaoberá uvedenou problematikou, pripravil vo vydavateľstve Akadémie v angličtine publikáciu doplnenú názornými obrázkami a originálnymi záznamami, ktorá predstavuje veľmi originálne koncipovaný názor autora na posturálne reflexy s možnosťou ich využitia v modernej rehabilitácii. Skúsenosti, ktoré autor má, ho oprávňujú, aby predložil svoje dlhoročné experimentálne a klinické pozorovania. Kniha prináša celý rad originálnych pozorovaní, ktoré budú určite podnetom pre ďalšie práce samotnému autorovi a iným pracovníkom.

Kniha je dobre vystrojená. Výška nákladu 650 výtlačkov svedčí o tom, že je určená predovšetkým vedeckým pracovníkom v oblasti neurofyziológie.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

**PŘEHLED SYSTÉMU KOMPLEXNÍ REHABILITAČNÍ  
PÉČE A PORADENSTVÍ PRO VOLBU POVOLÁNÍ  
INVALIDNÍCH OBČANŮ  
V POLSKÉ LIDOVÉ REPUBLICCE**

*J. LÁB*

*Československý výzkumný ústav práce  
a sociálních věcí, Praha*

V časopise „Rehabilitácia“ bude uveřejňována serie článků pojednávajících o systémech rehabilitační péče v zahraničí se zvláštním zaměřením na poradenskou péči pro volbu povolání zdravotně postižených osob. Půjde o popis rehabilitačních systémů v některých socialistických a kapitalistických státech, v nichž tyto systémy mají dobrou tradici a docilují při této činnosti příkladných výsledků.

Popis vybraných zahraničních systémů rehabilitační péče je součástí úkolu „Výzkum metod a organizace poradenství pro volbu povolání občanů a mládeže se změněnou pracovní schopností.“ Na úkolu pracují 2 řešitelé J. Láb a M. Vidlák v rámci Čs. výzkumného ústavu práce a sociálních věcí v Praze.

Budování systému poradenství pro volbu povolání osob zdravých i zdravotně postižených je věnována již delší dobu zvýšená pozornost jak v kruzích odborných, tak i úředních, a to zcela právem, neboť poradenství pro volbu povolání je jednou z nejdůležitějších otázek celého procesu rehabilitační péče. Příprava a výběr vhodného zaměstnání je na tomto úseku velmi důležitá nejen z hlediska zdravotního a sociálního, ale i z hlediska celospolečenského, zejména pokud jde o aspekt národohospodářský, dále při řešení otázek získání pracovních sil z řad invalidních občanů atd. Důležitost úspěšného řešení poradenských otázek v rehabilitačních systémech spočívá zejména v konečném cíli, v individuálním výběru vhodných profesí prostřednictvím týmu pracovníků, k nimž patří zejména lékař, psycholog, defektolog, sociolog, pedagog, ekonom-statistik a právník.

V jednotlivých fázích rehabilitační péče jsou otázky poradenské péče řešeny v různých státech s rozdílným společenským zřízením často značně odlišným způsobem, zejména po stránce organizačně-administrativní, což se promítá v různě odstíněných cílech a výsledcích poradenské činnosti toho kterého státu.

O vypracování tohoto výzkumného úkolu projevila zájem především minis-

terstva práce a sociálních věcí, která v těchto otázkách úzce spolupracují s jinými centrálními úřady, zejména s ministerstvem školství a s ministerstvem zdravotnictví, s příslušnými odbornými místy a společenskými organizacemi. Touto prací budou získány podklady, které vytyčí zásady ke koordinovanému postupu jmenovaných činitelů v ČSSR při dalším budování našeho poradenského systému pro volbu povolání občanů se změněnou pracovní schopností (zps) a občanů invalidních.

V první fázi výzkumu byly popsány vyhraněné *soustavy zahraničního poradenství pro volbu povolání defektních občanů*. Ze socialistických států jde o popis soustav jmenovaného poradenství v Polské lidové republice, v Sovětském svazu socialistických republik a v Německé demokratické republice a ze států kapitalistických jde o přehledy poradenské soustavy Velké Británie, Dánska a Německé spolkové republiky.

V další etapě úkolu, která právě probíhá, byla vypracována srovnávací studie o vybraných 6 zahraničních soustavách poradenství, dále přehled jmenované problematiky v ČSSR a schválenou metodou byly odvozeny typy poradenských soustav ze socialistických a z kapitalistických států.

Konečným výsledkem této práce bude vypracování zásad a doporučení, které mají sloužit jako podklady pro sestavení návrhu na další etapovitou výstavbu naší soustavy poradenství pro volbu povolání občanů se zps a invalidů.

*V přehledech zahraničních systémů poradenství uvedených států byla tato tematika zpracována ze 6 hledisek, která se týkají:*

1. pojetí pracovního poradenství a jeho postavení v komplexní rehabilitační péči;
2. poslání a úkoly pracovního poradenství;
3. organizace a personální obsazení zařízení pracovního poradenství;
4. způsob vyšetřování pracovních schopností zdravotně postižených občanů a zjišťování potřebných údajů;
5. ekonomické faktory a financování;
6. návaznost pracovního poradenství na ostatní složky rehabilitační péče.

Jako první stát popisovaných poradenských systémů invalidních občanů byla vybrána *Polská lidová republika*, v níž díky široké státní podpoře dosáhlo toto poradenství velmi kladných výsledků, zejména v široce rozvinutém systému polských družstev invalidů.

#### I. *Pojetí pracovního poradenství a jeho postavení v komplexní rehabilitační péči v Polské lidové republice (PLR)*

Poradenství pro volbu povolání invalidních občanů si klade v PLR za cíl určit a doporučit individuálně zaměřený směr školení a zaměstnání, které je realizováno znovuzařazením do pracovního procesu.

Poradenství pro výběr povolání je částí všeobecného poradenství a u invalidů se jej používá ve věku, v němž se kvalifikují pro výdělečnou práci nebo pro zaškolení k určitému povolání.

Činnost jmenovaného poradenství v PLR vyplývá z názoru polských odborných a úředních kruhů na celkové pojetí problematiky komplexní rehabilitační péče a zejména pak na vymezení pojmu invalidity a z něj vyplývající klasifikace invalidů do skupin podle zdravotního postižení.

Posuzováním invalidity, jejíž hlavní příčinou je buď vrozená vada nebo ná-

sledky nemocí nebo úrazů, se v PLR zabývají *Lékařská komise pro věci invalidity a zaměstnání (KIZ)*. Na základě posudku této komise může být osoba, jejíž zdraví je narušeno, zařazena do jedné ze tří (I—III.) skupin invalidity v souladu se zákonem z roku 1968 o všeobecném důchodovém pojištění pracovníků a jejich rodin.

Ve smyslu tohoto zákona se zařazují:

- do I. skupiny invalidity osoby, které jsou neschopny k výkonu jakéhokoliv zaměstnání a kromě toho vyžadují péče druhé osoby,
- do II. skupiny invalidity se zařazují osoby, které jsou neschopny k výkonu jakéhokoliv zaměstnání a
- do III. skupiny invalidity se zařazují osoby, jejíž vydělečná schopnost je omezena a to v důsledku:

1. částečné neschopnosti k výkonu dosavadního zaměstnání, nebo
2. pro úplnou neschopnost k výkonu dosavadního zaměstnání, s možností vykonávat jiné, méně kvalifikované zaměstnání (po získání potřebné kvalifikace a přípravy pro nové povolání).

Pojetí pracovního poradenství pro volbu povolání invalidů i pojetí komplexní, rehabilitační péče vychází v PLR z široce prokázané skutečnosti, že neúčinnější formou pomoci invalidním osobám je rehabilitační péče, kterou je možno rozdělit na dva hlavní druhy: léčebnou a pracovní.

*Léčebná rehabilitace* zahrnuje úkony fyzikálně-terapeutické, pohybové (zejména speciální tělesnou výchovu) a stará se též ve svém okruhu působnosti o řešení některých sociálních potřeb defektních osob. Léčebná rehabilitace je součástí klinického léčení a provádí se i v PLR v nemocnicích, ve zvláštních střediscích, nebo v sanatoriích.

*Pracovní rehabilitace* ve svých hlavních stadiích (přípravném, v období školení a při nástupu do zaměstnání) se stará v PLR zejména o výběr pracovní činnosti pro invalidní osobu podle druhu tělesného postižení, o školení a doškolení, o realizování zaměstnání a o vytváření vhodných pracovních podmínek a řešení sociálních potřeb.

*Výběr zaměstnání pro invalidní osobu* vychází ze 2 základních předpokladů, a to z poznání druhu invalidity a z určení vhodné pracovní činnosti; při tom je odborníky zdůrazňováno, že je třeba se soustředit po zjištění zbylých pracovních schopností na jejich co nejekonomičtější využití při dalším zaměstnání.

## II. Poslání a úkoly pracovní rehabilitace v PLR.

Poradenství pro volbu povolání a zařazení do pracovního procesu se opírá o podrobné zhodnocení pracovních schopností, z něž se vychází při určení druhů a forem školení, odpovídajících budoucímu zaměstnání. Přitom bere poradenská služba v úvahu na jedné straně fyzickou a psychickou zdatnost a pracovní zkušenosti, na druhé straně pak požadavky doporučeného povolání nebo pracovní činnosti.

## III. Organizace a personální obsazení zařízení sloužících v PLR rehabilitační péči

V PLR je péče o invalidní občany řízena Ministerstvem zdraví a sociální péče (MZSP), a to odborem rehabilitace invalidů v krajských (Wojwodství) a v okresních národních výborech odbory zdraví a sociální péče.

Pracovní rehabilitaci slouží v PLR 4 hlavní organizační skupiny zařízení:

1. *Krajská zdravotní střediska* se složkou organizační, s poradnou pro volbu povolání invalidů a s poradnou ortopedickou. Podobná střediska se zřizují postupně i v rámci okresních národních výborů. Kromě toho jsou v PLR 3 rehabilitační ústavy.

2. *Družstva invalidů* se sítí vlastní poradenské služby pro volbu povolání defektních občanů.

Délka přípravy je 3 měsíce až 2 roky.

V celku je v PLR 80 % invalidů zařazeno v družstvech invalidů a 20 % jich pracuje v normálních provozech.

Ročně přibývá asi 40 000 invalidů zařazených do práce; celkem přibývá ročně asi 140 000 invalidů.

3. *Střediska průmyslové rehabilitace při velkých závodech* (přes 10 000 pracovníků) se zařízeními sloužícími rehabilitaci léčebné i pracovní.

Tato střediska, kterých je v přítomné době více než 10, podléhají centrálnímu úřadu, do jehož agendy patří a jsou zřizována podle naléhavosti případně i v menších závodech, např. chemického průmyslu atd.

4. *Speciální rehabilitační středisko pro školení invalidů* (nad 18 let) — v současné době je těchto středisek v chodu 9 v různých krajích PLR (podléhají rovněž MZSP).

Na základě speciálních vyšetření, která probíhají během celého roku, jsou invalidní občané podle jejich závěrů posíláni buď do normální školy nebo do rehabilitačního zařízení Svazu družstev invalidů.

Samostatnou poradenskou službu pro defektní občany a zejména pro mládež má *Polský svaz neslyšících*. V jeho poradnách pro vady sluchu pracují kromě lékařů a pedagogů i logopedi.

PLR má pro děti sluchově postižené 23 základních škol a kromě toho má tento svaz 3 výcviková střediska pro neslyšící (profese: tkadlec, krejčí a zámečnický), 4 výrobní závody, 8 spec. dílen a několik družstev s převážně hluchými občany.

*Polský svaz nevidomých* sprostředkuje po úraze a po klinickém ošetření nebo léčení kontakt s příslušným závodem a projedná s ním zařazení postiženého občana do práce.

Poradny pro slepce sledují asi 25 000 slepců, z nichž asi 12 000 pracuje. Svaz má 3 základní školy pro nevidomé.

V celku patří otázky rehabilitace léčebné a pracovní *do kompetence MZSP*, přičemž MZSP v platových otázkách úzce spolupracuje s Ministerstvem práce, mezd a sociálního zabezpečení. Tomuto úřadu podléhají Lékařské komise pro věci invalidity a zaměstnání [Komise do Zpraw Inwalistwa — KIZ].

V PLR je kladen důraz na *předcházení invaliditě a na odstraňování jejich následků*, neboť skutečnost ukazuje, že invalidita osob v produktivním věku je často způsobena druhem vykonávané práce a jejími podmínkami.

K těmto cílům mají směřovat všechny příslušné služby v polských podnicích. Jsou to zejména *služby, jež jsou k dispozici všem pracovníkům* v podnicích (např. průmyslová zdravotní služba, hygiena a bezpečnost práce, sociální služba atd.) a *služby zvláštní* určené invalidům a obstarávané podnikovým instruktorem a vnitropodnikovou komisí pro věci invalidity a pro zaměstnání invalidů (komise jsou zřizovány v podnicích s 500 pracovníky).



Po stránce organizační jsou v PLR v provozu 3 hlavní druhy poraden pro volbu povolání zdravotně postižených občanů a mládeže:

1. Poradny výchovné a poradny pro volbu povolání mládeže organizované ve školách. Poradny navštěvují především žáci s obtížemi ve výběru povolání a žáci se zdravotními potížemi.

2. Poradny ve zdravotnických zařízeních, která se zabývají rehabilitací nemocných občanů nebo invalidů.

3. Poradny pro volbu povolání v rámci družstev invalidů; tyto družstevní poradny jsou v PLR velmi dobře organizovány.

Ve všech těchto 3 hlavních druzích poraden pracují *týmy polských odborníků*, složené zejména z lékařů, psychologů, sociálních a rehabilitačních pracovníků a z techniků, případně i z pedagogů. Tito pracovníci jsou pro tyto úkoly odborně školeni. V zařízeních komplexní rehabilitační péče a v podnikových službách rehabilitační péče spolupracují kromě toho v těchto týmech odborníků též podnikoví instruktoři a ve jmenovaných vnitropodnikových komisích pro zaměstnání a rehabilitaci invalidů spolupracuje i zástupce technického vedení závodu a zástupce společenské organizace, mající v závodě na starosti i péči o invalidy a důchodce.

Jmenované služby řeší v závodech potřeby invalidů podle instrukcí příslušných směrnic a plně při této činnosti využívají dokumentace jiných zařízení, pracovišť a institucí (komisí, výcvikových středisek, zdravotních zařízení atd.).

K speciálním úkolům poraden pracovní rehabilitace, zejména poraden náležejících do organizační struktury družstev invalidů, patří *využívání forem tzv. chráněné práce*. Tato forma práce se vztahuje zvláště na invalidy, kteří byli delší dobu v nemocničním ošetřování a na invalidy, kterým zdravotní potíže znemožňují pracovat na plný pracovní úvazek. Chráněná pracoviště pro nevidomé a pro duševně postižené jsou zřizována odděleně a jejich pracovní režim je zaměřen k tomu, aby nedocházelo k většímu duševnímu nebo fyzickému vyčerpání. Rehabilitace tzv. domácích invalidních dělníků se organizuje pokud možno v místě jejich bydliště, kde jsou speciálně školeni za instruktorské pomoci družstev.

V těchto zařízeních chráněné práce se setkáváme zejména s invalidy s vysokým stupněm invalidity, např. s nevidomými občany, s občany s poruchami duševními atd. Velký význam je v PLR přikládán i činnosti tzv. „zjišťovacích akcí invalidů“, s cílem zapojit invalidy v určitém obvodu do zaměstnání v družstvech.

Zvláštním úkolem poraden z hlediska potřeby léčení jednotlivých zdravotních skupin invalidů jest zjištění příčin zdravotních potíží a nemocí a poté zabezpečení vhodného způsobu léčení a zajištění příslušných pomůcek, zejména protéz. V *oblastech, kde v PLR ještě nebyly zřízeny poradny*, je organizováno provádění dokumentace ve formě zakládání tzv. karet analýzy pracovní činnosti. Tyto karty jsou vyplňovány ve spolupráci s podnikovými poradci zajišťujícími invalidní péči a obsahují základní údaje o příslušném podniku (o jeho umístění, pracovních podmínkách v provozech, o funkční náplni atd.).

*Právní otázky poradenské péče* jsou v PLR v oblasti rehabilitace invalidů velmi členitě rozpracovány a týkají se prakticky všech právních úseků této oblasti. Jako podmínka zdárné realizace těchto právních směrnic a předpisů je mimo jiné v PLR zdůrazňováno, aby rehabilitační personál měl nejen potřebné teoretické znalosti, ale aby znal též po stránce praktické potřeby komplexní

rehabilitační péče, pracovní prostředí podniků a pracovišť, v nichž defektní občané jsou zaměstnaní a byl obeznámen i s organizačními úkoly této péče, např. s osnovami pro školení a doškolování rehabilitačních pracovníků, specialistů ze závodů, referentů národních rad atd. Zvyšování kvalifikace těchto pracovníků se děje různými formami školení, např. školením podnikovým (kurzy večerní, dálkové kursy, několikadenní školení atd.), různým školením výrobních operací, školením pro vybraná řemesla atd.

*Organizace poráden pracovní rehabilitace* byla uzákoněna uznesením Svazu družstev invalidů z roku 1960 s *hlavním úkolem* řízení procesu pracovní rehabilitace invalidů, výběrem povolání nebo školení, určením způsobu a délky léčení, zjištěním sociálních poměrů a prováděním kontroly přísl. doporučení ve zdravotnických rehabilitačních zařízeních a v podnicích. Vhodnou formou informační pomoci jsou pro invalidy informační brožury o formě zaměstnávání v družstvech invalidů, na závodech a na chráněných pracovištích.

#### IV. Způsob vyšetřování pracovních schopností a zjišťování potřebných údajů.

V komplexní rehabilitační péči hraje velmi důležitou úlohu podrobné individuální vyšetřování zbylých pracovních schopností, které zajišťují základní předpoklady k doporučení vyhovující pracovní činnosti a k individuálně vhodném zařazení do pracovního procesu.

*Vyšetřovací metodiky*, které jsou v PLR v zásadě shodné s metodikami užívanými u nás, mají v polských zařízeních rehabilitační poradenské péče k dispozici více možností ke svému zpracování a zhodnocení, o čemž svědčí hlavně početná literatura, vydávána zejména v rámci výzkumné činnosti polských vědeckých ústavů podléhajících Svazu družstev invalidů.

Vyšetřovací metodiky pracovních schopností invalidů se zakládají i v PLR především na podrobném vyšetření lékařském, rozšířeném o vyšetření antropologické, psychologické a sociální. Tyto testovací metodiky *zahrnují v sobě*, jako v jiných rehabilitačních systémech zahraničních, *poznatky* o zdravotním stavu, o fyzických a duševních schopnostech, o kvalifikaci a o přípravě, o životních podmínkách a společenském prostředí atd. Tyto poznatky jsou doplňovány též rozmluvou (rozhovorem) s vyšetřovanou osobou. Rozmluvou jsou kromě výše uvedených poznatků zjišťovány podrobnější osobní údaje, např. amatérské zájmy, životní plány, formy úlev, výhod a pomoci, které vyšetřovaná osoba získala od úředních míst, nebo od jiných institucí, atd.

Zjišťování fyzických schopností se v PLR děje pomocí 2 formulářů, které se týkají fyzických schopností a požadavků tělesné zdatnosti.

Zjištění těchto údajů poslouží též k stanovení individuálně rozdílných zásad pro přípravu invalidních osob k zaměstnání v rámci doporučeného směru (ve školách spolupracujících se Svazem družstev invalidů, ve výcvikových střediscích, v provozech a v chráněných dílnách i v normálních školách pro pracovníky průmyslu, zemědělství a služeb).

#### V. Ekonomické faktory a financování.

Výdaje a provoz poraden všech jmenovaných druhů a finanční náklady na rehabilitační služby jsou kryty ze státních fondů, které ve spojení s účinným úsilím invalidů a příslušných pracovníků zajišťují úspěšné výsledky na poli

komplexní rehabilitace, zejména v rozvoji družstev a v růstu zaměstnanosti invalidů. To se projevuje potom v růstu národního důchodu a současně ve snižování státních výdajů zejména v úseku invalidních rent.

*Finanční hospodaření družstev invalidů* se opírá o fondové hospodářství, jehož hlavním zdrojem je vlastní práce členů družstva. Mezi hlavní fondy družstev invalidů patří fond investiční, obrátový (kapitálový), fond sociálně bytový, atd. Družstevní finanční prostředky by však zdaleka nestačili k plnění rehabilitačních, hospodářských a jiných úkolů družstev invalidů, kdyby nebylo státní ekonomické a finanční pomoci. Nejvýrazněji se státní pomoc družstvům invalidů projevuje ve formě úlev na dani z obrátu a na družstevní dani důchodové. Získání slevy na jmenovaných daních závisí na tom, zda družstva dosáhla povinného ukazatele zaměstnanosti invalidů (slevy jsou přiznány družstvům invalidů, která dosáhla zaměstnanosti alespoň 70 % invalidů, slevy v plné výši přísluší družstvům, která dosáhla statutárního ukazatele 75 %).

Odbyt družstev invalidů a jejich výrobní programy jsou zabezpečovány dlouhodobými hospodářskými smlouvami a koperací s podniky státní výroby.

Velký počet domácích dělníků pracuje ve speciálních střediscích domácí práce, pro něž družstva zajišťují strojové vybavení, materiál a distribuci hotových výrobků.

Důležitost přínosu ekonomického aspektu v kladném rozvoji pracovní rehabilitace v PLR prokazuje zejména v posledních letech vysokou rentabilitu všech zařízení, hlavně zařízení ve Svazu družstev invalidů, kde každý 1 Zł vložený do pracovní rehabilitace se společností vrací v hodnotě 9,5 Zł.

#### VI. Návaznost pracovního poradenství na ostatní složky rehabilitační péče.

Poskytování vhodné porady při výběru povolání zdravotně postižených osob je prováděno na základě spolehlivého zjištění a sledování zdravotního stavu, zejména zjištění zbylých pracovních schopností. Na objektivnosti a na přesnosti tohoto vyšetření závisí též stupeň a rozsah přizpůsobení invalidní osoby k pracovní činnosti. *Vyšetřování a sledování zdravotního stavu má se pokud možno provádět bez přerušování nejen během léčebné a pracovní rehabilitace, ale i po začlenění invalidů do pracovního procesu. Dokonalá poradenská činnost zajišťuje doporučení vhodného zaměstnání a po jeho nastoupení i získání uspokojení z práce. Tento pozitivní moment má pak pronikavý vliv na zlepšení a udržování celkového zdravotního stavu invalidů.*

Z těchto úzkých souvislostí mezi poradenstvím pro výběr povolání a mezi ostatními články komplexní rehabilitační péče vyplynula mnoha polskými odborníky zdůrazňovaná potřeba zajištění plynulé návaznosti celého rehabilitačního procesu.

#### LITERATURA

1. Barzach, D.: „Psychologia wychowawcza“ — Warszawa, „Z problémů poraden pro volbu povolání“, Výchovný poradce, č. 1, str. 25—33, 1968.
2. Burbowa, E.: „Poradenství na úseku pracovní rehabilitace v družstvech invalidů“, Sborník č. 20 ÚV Svazů družstev invalidů, Základ vydavnictvo
- CRS, Warszawa, str. 75, 1964, knihovna MPSV — F 7971/20 T.
3. Doležal, J.: „Polská družstva invalidů a jejich vztah ke státu“, Práce družstev invalidů, č. 6, str. 29—53, 1970.
4. Hulek, A.: „Problematyka społecznej i zawodowej rehabilitacji inwalidów w radach narodowych i zakładach pra-

- cy“, Państwowy zakład wydawnictw lekarskich, Warszawa, 1970.
5. *Hulek, A.*: „Rozwój i stan zawodowej rehabilitacji v Polsce“, Warszawa, 1959.
  6. „Tématický plán Výzkumného ústavu Svazu družstev invalidů na rok 1962“, dokumentace F MPSV — Polsko 461.
  7. *Luszyński, C.*: „Ekonomický význam rehabilitace invalidů, Biuletyn Výzkum-  
ného ústavu Svazu družstev invalidů ve Varšavě, V, č. 2(7)., 21—35.
  8. *Zakrzewski, K.*: „Specifičnost finančních problémů v družstvech invalidů, Biuletyn, V, č. 2(7), 3—30, 1961.
  9. *Malinowski*: Schema procesu komplexní rehabilitace a péče o invalidy a důchodce, Výzk. ústav Svazu družstev invalidů, Varšava 1973.

KROKOWSKI G.:

**REHABILITATION LEISTUNGSGEMINDERER OHNE  
SICHTBARE ORGANSCHÄDIGUNG**

*Kongressbericht Kassel 1972 (Rehabilitácia chorých so snižou výkonnosťou bez viditeľne organického poškodenia. Kongresová správa, Kassel 1972).*

*Vydal Georg Thieme Verlag Stuttgart 1973, str. 120, 1. obr., 3 tabuľky, cena DM 29,80.*

Nemecká akadémia pre ďalšie lekárske vzdelanie usporiadala v dňoch 24.—27. januára 1972 spolu s lekárskou komorou kraja Hessen v Kasseli 2. rehabilitačný kongres s uvedenou hlavnou témou.

Kongres sa zaoberal hlavne chorobami cievnymi, srdcovými, pečeňovými, chorobami výmeny látkovej a poškodeniami mozgu z hľadiska rehabilitácie a hlavne z hľadiska spolupráce jednotlivých sociálnych organizácií v NSR. Ústrednou myšlienkou bola práve spolupráca týchto inštitúcií. Resumé diskusie k tejto časti problematiky vyznieva v prospech naliehavého riešenia niekoľkých páľčivých otázok, ako napr. zaradovanie poškodených do pracovného procesu, ich reedukácia atď. Prekážky sú však v kapitalistickom zriadení dve: 1. nejasná vlastná situácia pracujúceho; 2. neprehľadnosť ponúkaných miest na pracovnom trhu.

Ústrednou témou druhej časti kongresu boli choroby bez viditeľne poškodených orgánov, ktoré však vyžadujú rehabilitáciu. Preberala sa problematika chorôb zažívacieho ústrojenstva, chorôb výmeny látkovej, a chronických onemocnení obličiek vyžadujúcich dialýzu. A priori vyžaduje sa, aby sa pacienti i liečili i staralo sa o ich vhodné zaradenie do vhodného pracovného procesu. Blížšie sa rozviedza psychosomatická stránka týchto ochorení. Upozorňuje sa na zvlášť vypuklý tento problém pri pankreatitíde a pri colitis ulceróza. V súvislosti s poruchami výmeny látkovej kongres sa zaoberal i otázkou obezity. Pomerne veľmi rozsiahly priestor bol venovaný ochoreniam pečene. Autori jednotlivých referátov určujú ich kvalifi-

káciu ako aj návod na ich rehabilitáciu. Zavádzajú podobný spôsob ich sledovania, ako je u nás dispenzarizácia. Stanovuje sa pomerne prísne kritérium na psychické a telesné zaťaženie týchto pacientov. Podobné závery robia autori aj v otázke diabetu, samozrejme z pohľadu kapitalistického zriadenia.

Pomerne obsiahle boli referáty o chorobách ciev a srdca. Vyslovujú sa podobné závery ako v tézach SZO a vyžaduje sa, aby rehabilitáciu týchto chorôb vykonával iba vysoko erudovaný rehabilitačný lekár.

Diskutovalo sa o plynulej spolupráci kliniky a rehabilitačného centra. Pomerne obširne sa kongres zaoberal otázkou cerebrálne poškodených. Diskutujúci poukazyvali na pomernú komplikovanosť rehabilitácie a nutnosť širokej spolupráce viacerých odborov. Vyzdvihla sa úloha audiovizie pri neurologickej rehabilitácii, pohľad neurochirurga na rehabilitáciu, diskutovalo sa hodne o znovuzaradovaní do práce, o posudkovej činnosti, o dôležitosťi tréningu ap.

Kongres sa zaoberal i otázkou vzájomnej spolupráce všetkých zainteresovaných zdravotníckych inštitúcií v NSR na rehabilitačnom procese a predovšetkým vyzdvihoval dôležitosť jej komplexnosti. Vyzdvihol, že všetky úvahy sú poznačené tým, že stupeň vývoja rehabilitácie v NSR nie je ešte dostatočný a najmä nie je ešte vybudovaná spolupráca medzi klinikami a medzi rehabilitačnými pracoviskami.

*Dr. J. Bielek, Bratislava*

KEUL J.:

## LIMITING FACTORS OF PHYSICAL PERFORMANCE

*(Limitující faktory fyzické výkonnosti)*

Georg Thieme Verlag Stuttgart 1973, 282 str., 137 obr., 28 tab.,  
cena DM 39,—.

V roce 1971 se konalo v Gravenbruchu v blízkosti Frankfurtu v Německé spolkové republice symposium věnované otázkám limitujících faktorů fyzické výkonnosti. Na tomto sympoziu se zúčastnila celá řada popředních odborníků z různých zemí a výsledek tohoto symposia je publikace, kterou v nakladatelství Georg Thieme Verlag ve Stuttgartě vydal prof. dr. Keul z Interní kliniky ve Freiburgu/Br. Po úvodní kapitole připravené Keulem o fyzické aktivitě a metabolismu, publikace věnuje pozornost 4 základním okruhům:

1. Kontraktilnímu aparátu (Contractile Apparatus), který moderoval Mommaerts.  
2. Enzymové organizaci a energetické produkci (Enzymatic Organization and Energy Production), kde moderátorem byl Pette.

3. Substrátu a dodávce kyslíku (Substrate and Oxygen Supply) moderovaném Gerlachem.

4. Cirkulaci a respiraci (Circulation and Respiration), kde předsedal Reindell.

Jednotlivé základní okruhy, které představují v současné fyziologii výkonnosti centrální problematiku, věnovali pozornost v celém řadě prací dílčí problematice. Šlo většinou o práce a výsledky výzkumných úloh, kterým se věnuje na mnohých pracovištích velká pozornost, takže publikace přináší současný stav poznatků o této problematice.

Fyzická výkonnost člověka, jeho výkonnostní kapacita a její hranice je klíčovým

problémem nejen moderní fyziologie, ale současně se o tyto otázky zajímají i mnohé medicínské odbory. Jak z jednotlivých kapitol vyplývá, na tyto otázky se zaměřili nejen fyziologové, biochemici, ale i lékaři-klinici, protože otázky fyziologie tělesných cvičení a otázky fyziologie práce v současné medicíně hrají významnou úlohu.

I když uvedené symposium mělo velmi úzký rámec a velmi přísně věnovalo pozornost jen uvedeným okruhům jednání, Keulova publikace je velmi cenným pramenem pro každého, kdo se zabývá uvedenými otázkami, či už jde o teoretického pracovníka anebo klinického lékaře. V malé recenzi nemožno se zabývat podrobně všemi otázkami, které uvedená publikace řeší a přináší — je jich mnoho a jsou z hlediska poznání této oblasti velmi cenné.

Thiemeho nakladatelství věnovalo jako vždy velkou pozornost této publikaci a prakticky v poměrně krátké době prezentovalo v pěkné formě výsledky Gravenbruchského symposia. Kniha je pěkná, bude žádaná hlavně těmi kruhy, které věnují pozornost lidské výkonnosti, protože přináší poznatky o této oblasti prakticky up to date. Dobrá dokumentace, písemnictví uvedené vždy na konci každé práce jsou předností této významné publikace. Doporučujeme jí i našemu čtenáři.

Dr. M. Palát, Bratislava

FINĎO B., FINĎOVÁ I.:

### CUKROVKA

3. přepracované a doplněné vydání, vyd. OSVETA n. p. Martin,  
1972, str. 294, vázaný výtisk, cena Kčs 15,50.

Kniha je určena pro diabetiky, u kterých se stala dávno známou a populární příručkou. Každé nové vydání je autorům příležitostí ke zlepšení, doplnění, zpřesnění knihy. Tak tomu bylo i při vydání třetím — zatím posledním. Přibylo asi 50 stran a zvětšil se i jejich formát, což bylo na prospěch publikace, která se stala čtivější a přehlednější (i když zase ji nelze nosit v kapse jako vydání druhé). Novinkou je, že autoři zavedli ve své knize vedle tradičních chlebových jednotek i jednotky další: ovocné, zeleninové, mléčné, bílkovinné a tukové. Chlebová jednotka má 10 g glycidů, tím se podobá tento systém publikacím Duba, Reila, Páva a Brožka (pokud chlebové jednotky po-

užívají) a liší se od Praktické dietetiky A. Bučka a P. Ambrové, která pracuje s jednotkami (ekvivalenty) o 12 g. Zatím co Bučkova a Ambrové Dietetika používá diabetické diety s glycidy odstupňovanými po 50 g (a tím se přibližuje příručkám Duba, Páva, Reila, Brožka), Finďo a Finďová mají diety odstupňované co do dávek UV jinak (75 g — 115 g — 200 g — 260 g — 280 g — 320 g — 330 g — 360 g a jiné 150 g — 200 g — 250 g — 300 g a 350 g). O těchto rozdílech je dobře vědět, zvláště při fluktuaci cestování i stěhování diabetiků z místa na místo (což dnes není ničím nezvyklým).

Dr. P. Štěpánek, Mariánské Lázně

FABIÁN J.:

## SOUČASNÉ DIAGNOSTICKÉ MOŽNOSTI U ISCHEMICKÉ CHOROBY SRDEČNÍ

CHRÁST B.:

## RACIONÁLNÍ LÉČBA AKUTNÍHO STADIA MOZKOVÝCH CEVNÍCH PŘÍHOD

Vydalo Apcenum, zdravotnické nakladatelství Praha 1973, str. 120, obr. 22/2, cena Kčs 8,—.

Jako druhý svazek „Novinek v medicíně“ vydává Zdravotnické nakladatelství Avicenum v roce 1973 dvě drobnější práce, přinášející další souhrnné informace především široké obci obvodních a závodních lékařů.

V první práci z pera dr. Fabiána z Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze jedná se o současných diagnostických možnostech u ischemické choroby srdce. Na 68 stranách věnuje autor pozornost v jednotlivých kapitolách klinickému, elektrokardiografickému, rentgenovému vyšetření a dále nepřímým grafickým vyšetřovacími metodám, koronárnímu průtoku a metabolické diagnostice ischemie myokardu. Jednotlivé kapitoly jsou doplněné písmenky, obrázky, originálními záznamy a rentgenovými snímky. Práce přináší současnou informaci o možnostech diagnostiky u ischemické choroby srdce a jako taková je dobrým zdrojem poznatků pro lékaře, kteří tak často se ve své

praxi setkávají s touto moderní chorobou civilizace.

Druhá práce, kterou napsal dr. Chrást z neurologického oddělení Ústavu národního zdraví v Brně-venkov, věnuje pozornost jiné chorobě moderního věku — náhlým cévním mozkovým příhodám. Přehlednou formou zabývá se autor patofyziologií mozkového krevního oběhu, diagnostikou a léčbou mozkových cévních příhod, při čemž velkou pozornost věnuje farmakoterapii poruch mozkového krevního oběhu. Závěrečná kapitola hovoří o cíli a postupu léčby mozkových cévních příhod.

Druhý svazek „Novinek v medicíně“ přináší práce, zasvěcené dvěma chorobným stavům postihujícím tak často současnou společnost. Právě tak jako svazek první snaží se o základní informaci lékaři prvního kontaktu.

Dr. M. Palát, Bratislava

ŽITŇAN D., CEBECAUER L.:

## SYSTÉMOVÝ LUPUS ERYTHEMATOSUS

Vydalo Vydavatelstvo Osveta n. p., Martin 1973, obr. 52, obr. příloh 11, tab. 40, stran 332, cena Kčs 50,—.

Martinské nakladatelství Osveta vydalo jako 40. svazek Dérerové sbírky určené pro postgraduální studium lékařů velmi zajímavou, v slovenské literatuře první svého druhu, dobře dokumentovanou a technicky vybavenou monografií piešťanských autorů o systémovém lupus erythematosus. Jako uvádí tiráž, je kniha určena především internistům, revmatologům, dermatologům, neurologům, imunologům a i ostatním lékařům obvodním a závodním.

Kniha má několik větších celků. Hovoří se o nosologii systémového lupus erythematosus (SLE) a příbuzných chorob, o buněčných a molekulových základech imunity, o imunitních dějích při SLE a příbuzných chorobách, o etiologii a patogenезe SLE a příbuzných chorob, o klinice SLE a příbuzných chorob a konečně o terapii. Literatura, seznam obrázků a tabulek, závěr v angličtině a ruštině a rejstřík ukončují tuto ojedinělou monografii.

Účelná spolupráce klinicky zaměřeného

vědeckého pracovníka a experimentálně orientovaného laboratorního pracovníka vedla k napsání monografie, jejíž praktický význam dnes ještě ani nevíme ocenit. Systémový lupus erythematosus je onemocnění, které přináší mnoho starostí praktickému lékaři a mnoho námahy odbornému lékaři, který toto onemocnění, které mnohdy ohrožuje život v produktivním věku, má diagnosticky verifikovat. I když choroba jako taková je známa mnoho desítek roků, teprve poslední roky, a tu je nutné zdůraznit, že je to také zásluha piešťanské skupiny kolem prof. Sitaje, především však dr. Žitňan, přinesly určité světlo do oblasti této chorobné jednotky.

Jistě se nedá povědět, že Žitňanovu a Cebecauerovu monografii si osvojí všichni lékaři, i když bychom si to přáli, bylo by však potřebné, aby tuto knihu studovali lékaři především klinického zaměření, protože jim poskytnou potřebné množství informací v této oblasti.

Dr. M. Palát, Bratislava

**DAS HIRNTRAUMA IM KINDES-UND JUGENDALTER**

*(Úrazy mozgu detského veku a mládeže)*

*Vydal Springer-Verlag, Schriftenreihe Neurologie 12, 1973, str. 212, obr. 45, cena 98,— DM.*

Do rúk medicínsky erudovaných čitateľov menovite neurológov, detských lekárov, neurochirurgov a traumatológov sa dostáva monografia s tematikou veľmi populárnou, nakoľko úrazovosť detí pri veľkom technickom rozvoji má stúpajúcu tendenciu a teda, žiaľ, i následky úrazov majú rastúcu krivku.

Autori sú prví v Európe, ktorí túto problematiku podrobnejšie rozpracovali. Po prečítaní každý iste jednoznačne usúdi, že monografia je skutočne precízne spracovaná s dostatočnou a presvedčivou dokumentáciou.

Ide o klinické a elektroencefalografické dlhodobé sledovanie 240 detí a dospievajúcej mládeže s čerstvými úrazmi hlavy. Práca sa skladá z 7 kapitol, pričom 5 z nich je venovaných klinickému štúdiu, šiesta výsledkom elektroencefalografických zápisov a siedma tvorí súhrn. Autori uvádzajú 367 citácií zo svetovej literatúry a celá publikácia je bohato dokumentovaná fotografickým materiálom, štatistickým spracovaním a početnými EEG zápsmi. Už v úvode je vyzdvihnutá nutnosť osobitne sa zaoberať úrazmi mozgu, nakoľko pri nich sú časté poruchy psychické, ktoré vo veľkej miere môžu pretrvávajú aj po celý život, preto prognóza úrazov mozgu je oveľa horšia ako napríklad prognóza úrazov končatín a pod. Ďalej autori sa pokúsili o stručný prierez svetovou literatúrou podobnej tematiky.

V súbore vlastných pacientov sa stretli prevažne s uzavretými poraneniami hlavy, iba 4 mali poranenie otvorené. Poukázali na vekové rozvrstvenie pri úrazoch, ktoré bolo signifikantne najvyššie vo vekovej skupine od 6—11 rokov a pochopiteľne najvyššie percento tvorili dopravné úrazy (53 %). Deti, ktoré začínajú navštevovať školu, sa cítia samostatné, ale nemajú ešte dostatok skúseností, aby vedeli predchádzať úrazom. Súbor detí rozdelili do 6 skupín podľa dĺžky bezvedomia, pričom v prvej skupine boli deti bez poruchy vedomia (60) a v šiestej skupine s poruchou vedomia dlhšou ako týždeň (14). Určité ťažkosti mali autori pri funkčných testoch intelektu, ktoré u dospelých sú pomerne jednoduché. Použili tzv. „Böcherov test“, ktorý im podal dostatočný obraz o patologických zmenách najmä v perцепцnej zložke. Testy museli modifikovať podľa vekových kategórií. Problém bol pochopiteľne aj v tom, že išlo o deti, ktoré pred úrazom neboli vyšetrované a teda

bolo nutné vystihnúť, či neboli retardované už pred úrazom. Ukázalo sa, že až 20,4 % detí malo poruchy chovania už pred úrazom.

V ďalších vyšetrovacích metódach okrem bežného neurologického vyšetrenia využili kontrastné vyšetrenia ako pneumoencefalografiu, arteriografiu, echoencefalografické vyšetrenie, vyšetrenie očného pozadia. V kapitolách, kde podrobne rozoberajú klinické príznaky cerebrálneho poškodenia: poruchy pyramidových dráh, cerebrálne poruchy, vegetatívne zmeny sa dostávajú k záveru zhodne s názormi viacerých autorov zo svetovej literatúry, že 20—50 % nemá v úvode bezvedomie a pritom má výrazne cerebrálne poškodenie. Z tohto poznatku vyplýva, ako je dôležité nebagatelizovať i tzv. menšie úrazy a podrobiť i tieto podrobnému neurologickému vyšetreniu, aby sa včas predišlo trvalým následkom. V nasledujúcej stati upozorňujú na skutočnosť, že bradykardia, ktorá býva častá u dospelých pacientov s postkomačným syndrómom, u detí často nie je prítomná, ba ani tam, kde verifikovali intrakraniálne hematómy. V porovnaní s dospelými tiež menej často dochádza k afáziám. V kapitole o terapii vyzdvihujú predovšetkým nutnosť včasnej rehabilitačnej liečby a psychologického podchytenia postihnutých detí. Popisujú systém ambulantných rehabilitačných centier, s celodennou prevádzkou.

V časti, kde sa zaoberajú výsledkami elektroencefalografických zápisov, ktoré vykonali u každého pacienta v prvých dňoch po poranení, došli k záverom: Pri ľahkých poraneniach mozgu bolo viac difúzne patologických zápisov skôr hneď po úraze. Zaujímavý je poznatok, že deti vo vekovej skupine 5—10 rokov mali menej ložiskových patologických zápisov. Vo väčšine prípadov tejto skupiny došlo v priebehu niekoľkých dní k normalizácii zápisu (63,4 %). Pri stredne ťažkých poraneniach sa našli aj ložiská delta vln a u mnohých týchto pacientov sa neskôr objavili epileptické paroxyzmy. V skupine ťažkých poranení sú ložiskové zmeny pravidlom, menovite delta vlny, patologické záznamy pritom pretrvávali niekoľko rokov. Vcelku možno urobiť závery, že existuje zhoda s poruchami elektrickej aktivity a klinickými zmenami, treba však pripomenúť, že v mnohých prípadoch i keď je klinický obraz upravený, poruchy elektrickej aktivity ešte pretrvávajú. Autori



považujú elektroencefalografické vyšetrenie za zvlášť citlivý indikátor posttraumatických lézií mozgu, ktoré často môže upozorniť na subklinickú formu epilepsie.

Publikácia je rozhodne veľkým prínosom vo výskume traumatických poškodení mozgu detského veku a mládeže. Má všetky atribúty hodnotnej vedeckej práce.

Dr. E. Franclová, Bratislava

## DIAGNOSE UND THERAPIE IN DER PRAXIS

*(Diagnosa a terapie v praxi)*

*Z amerického originálu „Current Diagnosis and Treatment“ autorů M. A. Kruppa, M. J. Chattona a S. Margena přeložili K. Huhnstock a W. Kutscha. Vydal Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York 1973, 2. opravené vydání, 25 obr., XI, 1421 stran, cena DM 78,—. ISBN 3-540-06223-8.*

Ve Spojených státech severoamerických vydávají pracovníci Stanfordské university v Kalifornii pravidelně od roku 1962 knihu věnovanou problematice současné diagnostiky a terapie v medicíně. Od roku 1962 vyšlo do roku 1971 zatím 10 vydání této velmi oblíbené publikace. Němečtí specialisté přistoupili k překladu 10. amerického vydání a tento překlad vydalo nakladatelství Springer-Verlag v Berlíně—Heidelbergu—New Yorku v květnu 1972. Kniha měla veliký úspěch a nakladatelství přistoupilo tedy v roce 1973 k novému vydání, které už je upravené na základě některých připomínek.

Kniha o diagnostice a terapii je kniha velmi rozsáhlá — představuje souhrn současných vědomostí nejen v interní medicíně, ale i v ostatních oborech lékařství. Knihu připravil do tisku velký počet amerických lékařů z různých oblastí, právě tak jako německý překlad pod vedením internistů prof. Huhnstocka a prof. Kutscha vyhotovila celá řada německých odborníků.

V jednotlivých kapitolách, obsahující vlastně celou oblast moderního lékařství, pojednávají jednotliví autoři o diagnostických kriteriích, klinickém nálezu, diferenciální diagnostice, základní i speciální terapii a prognóze. Každá krátká kapitola věnovaná některé chorobě je zakončená krátkým přehledem doplňující literatury většinou z jazykové anglické oblasti, jsou však i citace z německé jazykové oblasti. Celá rozsáhlá kniha je ukončená některými tabulkami v závěru, z nichž nejvýznamnější jsou tabulky o složení krve a tělesných tekutin, tabulka normálních hodnot laboratorních, seznam preparátů

upravený pro evropské potřeby především zemí německy hovořících, tabulka preparátů pro léčení hypertenzivní choroby a konečně tabulka obchodních a generických názvů léčiv. Věcný rejstřík zakončuje tuto rozsahem značně velkou, obsahem velmi závažnou publikaci.

„Diagnosa a terapie v praxi“ je kniha denní potřeby především pro lékaře prvního kontaktu. Najde zde všechny potřebné informace, sloužící k potvrzení diagnosy a zavedení racionální terapie. Kniha je potřebná i pro odborné lékaře — dovoluje v celé šíři se podívat na problematiku i z hlediska komplexnosti. Současná medicína s takovou explozí informací potřebných především pro diagnostiku a terapii vyžaduje si takové a podobné publikace, kterou připravilo do tisku nakladatelství Springer-Verlag pro německy hovořící oblast Evropy. Skutečnost, že tato publikace ve Spojených státech severoamerických vychází prakticky každý rok v novém vydání a skutečnost, že její německý překlad našel svoje druhé vydání již za rok po objevení se vydání prvního, svědčí nejen o oblíbenosti této a podobných publikací pro lékaře v praxi, svědčí i o tom, že tato publikace přináší takové informace se širokým praktickým dopadem a velkým radiem využití.

Kniha je dobře psaná, přehledně uspořádána, a i když je rozsahově velmi objemná, myslím, že by měla přijít na stůl každého lékaře pro svoji aktuálnost, dostatek informací a dobrým seřazením těchto informací. Je knihou denní potřeby, a je si jen přát, aby byla i knihou denního použití.

Dr. M. Palát, Bratislava

LIPTÁK O., MEITNER E. R.:

### VRODENÉ CHYBY SRDCA A CIEV

Vydavateľstvo Osveta Martin 1973, obr. 262, stran 608, ba-  
revných príloh 44, cena Kčs 75,—.

V Dérerovej sbírke, edici pro postgraduálny študium lekárov, vychádza ako 39. zväzok rozsáhlá monografia o vrozených vadách srdca a ciev z pera slovenského kardiologa doc. Liptáka a patologického anatoma doc. Maitnera. Problematika vrozených vad srdca a ciev, predovšetkým díky moderní kardiolo- a angiochirurgii, získava stále více a více na významu. Je proto aktuální potřebou tyto otázky monografickým způsobem zpracovat. Této ne dosti vděčné úlohy se ujali dva pracovníci: kardiolog a patologický anatom, a výsledkem této jejich spolupráce je nová monografie, prvá svého druhu v slovenském písemnictví, kterou připravilo po nakladatelské stránce martinské nakladatelství Osveta.

Knihla velmi rozsáhlá, skládá se ze tří částí. První část všeobecná je věnovaná patofyziologii vrozených vad srdce a ciev, klinickým vyšetřovacím metodám a ostatním vyšetřovacím metodám, jako je rentgenová vyšetření, elektrokardiografické a vektorkardiografické vyšetření, vyšetření spirometrické a spiroergometrické, katetrizace srdce a angiokardiografie. Druhá část monografie věnuje pozornost morfologii vrozených vad srdce a ciev, třetí, speciální část, rozebírá jednotlivé typy vrozených vad — vrozené vady srdce s levo-pravým shuntem, vrozené vady srdce s pravo-levým shuntem a vrozené vady srdce, které překážejí v toku krve. Závěrečné kapitoly jsou věnované některým speciálním otázkám, jako jsou vrozené vady srdce a Dawnova choroba, vrozené vady srdce ve vztahu k organismu, etiologie vrozených vad srdce, komplikace při vrozených vadách srdce a ciev a jejich léčba, indikace ke kardiochirurgické

léčbě, předoperační a pooperační léčba. Rozsáhlý seznam literatury, závěr a rejstřík ukončují tuto publikaci.

Liptáková a Meitnerova monografie o vrozených vadách srdce a ciev souborným způsobem pojednává o tematice velmi aktuální a velmi potřebné. Zasluhou autorů je a zůstane, že připravili první slovenskou kardiologii kongenitálních vicií, a zasluhou nakladatelství je, že tuto publikaci realizovalo. Jako každá monografie, jistě i tato bude zatížená některými chybami — její velký rozsah jistě odradí současného lékaře od jejího podrobného prostudování, i když odborník — kardiolog, který se zabývá především dětským věkem, najde zde mnoho velmi cenných informací, právě tak jako kardiochirurg provádějící operace vrozených vad srdce a ciev.

Monografie byla jistě dlouho připravovaná — o tom svědčí velmi ilustrativní dokumentace v podobě obrázků, originálních záznamů, kreseb a tabulek, bylo by však účelné doplnit některé kapitoly z hlediska současného vývoje — otázky spirometrického a spiroergometrického vyšetření se věnuje jen základní informace, v kapitole předoperační léčba a pooperační léčba by zasloužila pozornost současná reedukace v rámci rehabilitačních programů, i když se tu hovoří o rehabilitaci dýchání a komplexní rehabilitační léčbě.

Tyto nedostatky však nijakým způsobem nesnižují význam Liptákovy a Meitnerovy monografie o vrozených vadách srdce a ciev. Uvedená publikace jistě najde cestu k zájemcům ze strany lékařů, a jistě se stane součástí studia této tak významné oblasti moderní kardiologie.

Dr. M. Palát, Bratislava

LURIJA, A. R.:

### POTERJANNYJ I VOZVRAŠČENNYJ MIR

(Stratený a navrátený svet.)

Izdavateľstvo moskovskogo universiteta, 1971, 124 str.

Sovietsky neuropsychológ A. R. Lurija už dlhší čas patrí k významným svetovým odborníkom v oblasti výskumu reči a pamäti. V recenzovanej knihe opisuje ojedinelý amnesticko-afatický syndróm v popredí so sémantickou afáziou, atrofiou a alexiou. Je písaná veľmi prístupným vedecko-populárnym štýlom. Prelína sa v

nej autentická výpoveď pacienta s autorovým komentárom.

Úvodom Lurija úplne stručne oboznamuje s anatomicou štruktúrou mozgu a jeho funkciou, s prijímaním a spracovaním vnútorných a vonkajších signálov. Ďalej predstavuje pacienta, ktorému v roku 1941 zasiahla granátová črepina okci-

pitálno-parietálnu a temporálnu oblasť areí 37 a 39. Črepina vnikla do ľavej temenno-záhlavovej oblasti, prešla cez časť vlákien zrkovového nervu a poškodila ich. V zrkovom poli sa tak objavili prázdné miesta, ale pacient vnímal jednotlivé predmety, pretože sekundárne oddiely mozgovej kôry zostali zachované. Lézia ďalej zachvátila kinestetický aparát. Sluchové vnímanie zostalo neporušené.

Autor upozorňuje na blízky vzťah temenno-záhlavovej oblasti k organizácii najdôležitejšej psychickej činnosti — reči. Keď je porušená táto časť, človek nemôže vyjadriť svoje myšlienky, nenachádza potrebné slová, pri chápaní zložitých gramatických vzťahov má veľké ťažkosti a celý systém predchádzajúcich poznatkov sa mu rozpadáva na nesúvislé celky.

Zranenie malo za následok dlhotrvajúcu stratu vedomia a najmä pamäti. Pacient si nepamätal udalosti tesne pred zranenia až do hospitalizácie. Oblasť programovania regulácie a kontroly činnosti bola úplne zachovaná. Pacient prežíval svoje defekty a mal snahu prekonať ich. Charakterizovala ho silná potreba znovu sa stať plnohodnotným človekom. A práve táto snaha v spolupráci s lekármi a psychológmi významne pomohla objasniť vytvorené teoretické predpoklady o tomto syndróme. Okrem priamo zasiahnutých centier objavila sa i atrofia, t. j. chradnutie a ochabovanie spojené so zmenšovaním normál-

ne vyvinutého mozgu a jeho častí. V mozgovej kôre sa objavili jazvy, ktoré boli príčinou záchvatov. Hmota mozgu sa prestala obnovovať.

V priebehu 25 rokov, kedy bol pacient pod lekárskeym dozorom a súčasne objektom psychologického výskumu, snažil sa podať čo najpresnejší popis svojho vnútorného citenia, myslenia, prežívania, potreby atď. Všetky svoje myšlienkové pochody zachytil vo forme denníka, i keď mu táto činnosť spôsobovala nesmierne ťažkosti. Svoj stav opísal ako plosen, bez predstáv, s úplnou stratou pamäti, bez schopnosti analyzovať a syntetizovať obrazy, bez schopnosti časovej i priestorovej organizácie.

Zaujímavý až prekvapivý je efekt, že nedošlo k narušeniu prežívania, tvorivého elánu a k porušeniu štruktúry osobnosti. Bol zachovaný aj cit a morálna hĺbka úvah.

Záverom možno povedať, že táto kniha je prínosom v oblasti výskumu reči a pamäti a s ňou súvisiacich funkcií. Je podnetom k ďalším výskumom a diskusiám. Ukazuje možnosť použitia longitudinálnej metódy pozorovania a poukazuje na obrovské reštitučné možnosti organizmu, ktoré sú podkladom pre rehabilitáciu týchto zložitých funkcií. A práve to je dôvod, prečo o nej referujeme v tomto časopise.

*M. Majerechová a S. Hépalová, Bratislava*

*HUTTEN H.:*

### **BIOTELEMETRIE**

*(Biotelemetrie).*

*Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1973, 18 obr., 70 stran, brožované DM 32,—. ISBN 3-540-06404-4.*

V radě Anesteziologie a resuscitace vychází jako 78. svazek drobná publikace o biotelemetrii, věnující pozornost užité biomedicínské technice. Autorem je prof. dr. Ing. H. Hutten z Fyziologického ústavu mohučské university. Po úvodní kapitole poukazující na vývoj telemetrických měření v posledním desetiročím a nutnost informace lékařům, zabývajícím se měřicí technikou, kniha se skládá ze dvou základních částí. V první části se hovoří o technice biotelemetrie, v druhé o budování telemetrických systémů. Závěr v němčině a angličtině souhrně poukazuje na jednotlivé aspekty, diskutované v uvedené monografii. Kniha je doplněná literaturou. Početné obrázky, schémy a diagramy doplňují názornost textu této ne velmi rozsáhlé, avšak důležité publikace.

Kniha je určená především lékařům a fyziologům pracujícím experimentálně

anebo klinicky, poukazuje stručným způsobem bez použití široké technické dokumentace na jedno z odvětví moderní biomedicínské aplikace s cílem získání důležitých fyziologických dat, sloužících posouzení základních funkcí lidského organismu. S rozvojem moderní techniky dostávají se i do lékařství postupy, vyžadující jiný než klasický způsob myšlení lékaře. Zavádění nových metod přináší současné medicíně podstatně širší pole možností, než tomu bylo v klasickém období lékařské péče. Biotelemetrie našla svoje uplatnění v celé řadě fyziologických laboratoří a klinických oblastí. Je proto jen vítané, objevují-li se na knižním trhu publikace tohoto druhu, protože jsou nejen informující, ale současně burcující s cílem poznávat podrobněji funkce lidského organismu ve zdraví a chorobě.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

V druhé polovici roku 1973 vydává stuttgartské nakladatelství Georg Thieme Verlag 3. svazek rozsáhlé učebnice vnitřního lékařství. O prvních dvou svazcích jsme na stránkách tohoto časopisu referovali.

Tento svazek je věnován v jednotlivých kapitolách onemocněním krve a krvotvorných orgánů, imunologickým chorobám, infekčním chorobám a onemocněním následkem fyzikálních vlivů. Podobně, jako oba první svazky této úctyhodné učebnice nového typu, jako v úvodu autoři zdůrazňují, i tento díl je zpracovaný podle jednotného schématu. V jednotlivých pojednáních o chorobných jednotkách jsou rozebrané otázky patofyziologie, diagnostiky, diferenciální diagnostiky a terapie, při čemž se vychází z poznatků současné teorie a praxe. Početné obrázky, schemata, přehledné tabulky doplňují tuto vsutku vynikající učebnici.

Interní medicína, právě tak jako jiné medicínské obory, jsou v neustálém vývoji vzhledem na explozi nových poznatků. Moderní lékař, který chce zůstat odborně na úrovni, má vždy velmi těžkou situaci vybrat si ze současné produkce lékařské literatury to, co je optimální pro jeho teoretický a především praktický vývoj, vzhledem na současně poznatky, uložené v nepřehledné řadě lékařských časopisů a v monografiích a příručkách produkovaných jednotlivými nakladatelstvími. Je vždy proto velmi vítané, dostaneme-li do

rukou knihu, která vedle toho, že přináší současné poznatky o jednotlivých otázkách moderní medicíny, poskytuje i dobrý přehled, praktické uspořádání a dobře se čte. A všechny tyto charakteristiky můžeme bez nadsázky přičknout „Vnitřnímu lékařství v praxi a teorii“ z pera celé řady autorů, vedených kolektivem předních německých internistů — prof. Hornbostela z Hamburku, prof. Kaufmanna z Kolína a prof. Siegenthalera z Curychu. Z našeho hlediska je zajímavé, že v tomto díle je i příspěvek československých autorů Blaškoviče a Libíkové o infekcích arboviry.

Čtyřdílná učebnice moderního stylu, věnovaná vnitřnímu lékařství v praxi a klinice, o čtvrtém dílu referujeme na str. 123, představuje v současné odborné knižní produkci dílo velmi vítané, i když rozsáhlé, dílo velmi moderní, prakticky zaměřené s dobrým teoretickým základem. V každém případě je dílem, po kterém rádi sáhnou nejen internisté, ale i lékaři prvního kontaktu a ostatní lékaři, kteří se zabývají problematikou chorob vnitřních.

Kniha je obvyklým způsobem vybavená, tak jak je tomu zvykem u publikací domu Georg Thieme Verlag. Tisk je přehledně technicky upravený, obrázky a dokumentace svědčí o přepečlivé přípravě této významné publikace, která najde uplatnění nejen v německy hovořící oblasti, ale jistě i jinde.

Dr. M. Palát, Bratislava

M. A. MacCONAILL, J. V. BASMAJIAN:

**MUSCLES AND MOVEMENTS — A BASIS FOR HUMAN KINESIOLOGY**

*(Svaly a pohyb — základ lidské kinesiologie)*

Vyd. Williams a Wilkins, Baltimore, 1969, vyd. 1., str. 325, 132 obr.

Na jiném místě uvádíme, proč koupě Kinesiologie Coopera a Glassowa není nejlepší investicí pro rehabilitační oddělení. K závěrům právě opačným bychom došli u knihy, kterou zde stručně recenzujeme. Autoři jsou známí svými četnými publikacemi v oblasti kinesiologie člověka. Ne každý vědec dovede napsat dobrou učebnici. Autorům této knihy se dostalo této schopnosti v hojně míře. Kniha je podle našeho soudu psána neobyčejně ná- zorně a výstižně, s přihlédnutím jak k

potřebám čtenářů tak i k jejich předběžné teoretické průpravě (nepředpokládá toho nemístně mnoho). Zvlášť výborné jsou kresby a schemata, která někdy skoro nahradí čtení mnoha odstavců. Každá kapitola má svůj vlastní výběr literatury. Několik nezbytných vzorců bylo přesunuto do „appendixu“, což přispělo plynulosti výkladu. Kniha má zevrubný abecední rejstřík. Patří mezi nejlepší kinesiologie „středního rozsahu“, které autoři znají.

Dr. P. Štěpánek, J. Štěpánková, Mar. Lázně

HORBOSTEL H., KAUFMANN W., SIEGENTHALER W.:

**INNERE MEDIZIN IN PRAXIS UND KLINIK, BAND IV.**

*(Vnitřní lékařství v praxi a klinice, svazek IV.)*

Georg Thieme Verlag Stuttgart 1973, XXIV, 596 stran, 160  
obrázků, 82 tabulek, cena DM 146,—. ISBN 3 13 491401 8.

Ve čtvrtém svazku čtyřdílné, moderně koncipované učebnice vnitřního lékařství, vydaném stuttgartským nakladatelstvím Georga Thiemeho koncem roku 1973 (předcházející tři díly této učebnice byly recenzované v tomto časopise), jsou zpracovány kapitoly o chorobách gastrointestinálního traktu, o chorobách metabolismu a kapitola o intoxikacích. Tento čtvrtý svazek je svazkem závěrečným, kolektiv autorů pod vedením profesorů Hornbostela, Kaufmanna a Siegenthalera ukončuje tak široko koncipované, moderně zpracované dílo, věnované interní medicíně v klinice i praxi. Jednotlivé klady této učebnice — autoři v úvodě hovoří, že dílo není ani učebnicí v klasickém pojetí, ani příručkou, ale je spojovacím článkem mezi učebnicí a příručkou pro denní praxi — byly vyzdvihnuté v recenzích prvních třech dílů tohoto komplexu.

V poslední době je diskutovaná otázka, či jsou potřebné v současné medicíně rozsáhlé monografie, učebnice a příručky, které encyklopedickým způsobem zpracovávají jednotlivé dílčí či celkové otázky určité oblasti medicíny. Jsou hlasy pro i proti — hlasy pro hovoří, že takové dílo podává nejen přehled, ale i nutné souvislosti, hlasy proti hovoří, že

při současné explozi vědeckých a praktických poznatků není možné formou monografie, učebnice nebo příručky prezentovat celý pohled na diskutované otázky. Není možné postavit se jednoznačně na stranu těchto protichůdných názorů, je však možné vyjádřit názor, že moderní medicína potřebuje díla, široce orientované s určitým cíleným zaměřením — tedy něco, co je mezi názorem obou skupin.

Jsem přesvědčený, že čtyřdílný komplex, věnovaný otázkám vnitřního lékařství v praxi i klinice splňuje tyto požadavky. Uvedené dílo je skutečně široce orientované a je také skutečně cíleně zaměřené — poslouží kvalifikovanou informací každému lékaři, který takovou informaci potřebuje v práci klinické i v práci praktické zaměření. Tato charakteristika svědčí o tom, že vydavatelé této učebnice moderního pojetí velmi citlivě volili náplň, způsob zpracování a jednotlivé referenty. Je vždy plus každé publikace, je-li dobře koncipovaná, zpracovaná a přináší-li potřebnou informaci. A toto uvedené čtyři díly, technicky velmi pěkně adjustované nakladatelstvím Georg Thieme Verlag ve Stuttgartě, přináší.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

*BETINA V.:*

**VÝPRAVA DO RÍŠE MIKRÓBOV**

*Vydal Obzor, n. p., Bratislava, 1973, str. 228, příloh 56, cena Kčs 33,—.*

Bratislavské nakladatelství Obzor předkládá koncem roku 1973 čtenářům zajímavou knihu od doc. Betiny, která je vlastně historií mikrobiologie, vědy, věnující pozornost tajemnému světu mikroorganismů. Nejde o vysoko vědeckou publikaci, je určená široké veřejnosti, jde však o knížku velice zajímavou a potřebnou. V šesti částech autor věnuje pozornost mikrobům, virům a ostatním mikroorganismům, rozebírá otázky patogenních i nepatogenních mikrobů, věnuje pozornost molekulám dědičnosti a v neposlední řadě poukazuje i na průmyslové využití mikrobiologie. Mikrobiologie se stala v

poslední době vedou velmi potřebnou, na kterou se mnohdy neprávem v období kosmických letů a vysoké techniky zapomíná. Betinova knížka snaží se, a to se jí také daří, poukázat na důležitost existence mikroorganismů, na jejich význam pro člověka atomového věku.

Kniha je pěkně vypravená, vydavatelství Obzor jí věnovalo velkou pozornost. Početné obrázky, nákresy, schéma a fotografie činí knihu velmi zajímavou četbou pro každého, kdo se chce seznámit s tajemným světem mikroorganismů.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

BUCHBORN E., JAHRMÄRKER H., KARL H. J., MARTINI G. A., MÜLLER W., RIECKER G., SCHWIEGK H., SIEGENTHALER W., STICH W.:

### THERAPIE INNERER KRANKHEITEN

*(Terapie vnitřních nemocí)*

Vydalo nakladatelství Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York, 1973, str. 650, obr. 25, XXXII, cena DM 48,—. ISBN 3-540-05971-7.

Pod vedením autorského kolektivu připravilo nakladatelství Springer-Verlag do tisku v podobě knihy přehled současné terapie ve vnitřním lékařství. 96 jednotlivých příspěvků přináší kritický pohled na léčebné postupy v jednotlivých oblastech vnitřního lékařství. Jednotlivé kapitoly věnují pozornost aktuální terapii v kardiologii, v pneumologii, v nefrologii, zabývají se možnostmi léčby u chorob krve, poukazují na léčbu u poruch metabolismu, u chorob kloubů, kostí a chorob alergických, rozebírají léčebné medikamentosní postupy u chorob endokrinních a chorob infekčních. Závěrečná část knihy je věnovaná všeobecným léčebným metodám s poukazem na jednotlivé skupiny léčiv, hemoterapii, dietetiku, léčbu zářením a fyzikální terapii. Věcný rejstřík doplněný seznamem farmak ukončují tuto relativně rozsáhlou, moderně koncipovanou učebnici racionální terapie ve vnitřním lékařství.

Početné tabulky, diagramy a grafy doplňují jednotlivé kapitoly.

Jednotlivé příspěvky předních internistů německy hovořící oblasti mají jednotnou koncepci — hovoří o všeobecném terapeutickém pláně, indikacích a kontraindikacích jednotlivých postupů, údajích o okamžitých a dlouhodobých opatřeních. Každý jednotlivý příspěvek je doplněn nezbytným poukazem na základní literaturu.

„Terapie vnitřních chorob“, tak jak nám jí předkládá uvedená učebnice Springerova

nakladatelství, je přehled současné, racionální, účelné a kauzální terapie u jednotlivých interních onemocnění. Představuje přehled ověřených terapeutických postupů, i když v některých příspěvcích se poukazuje na některá léčiva sice už vyzkoušená, ale zatím nepoužívaná v široké praxi.

Knihy je určitým kompendiem. Je vhodná pro rychlou aktuální informaci, přináší použití především farmak up to date a poukazuje na celý terapeutický proces, tedy i na vedlejší možné účinky při podávání léčiv. Vyžaduje však určité internistické základní vzdělání, spočívající nejen ve znalostech kliniky chorob vnitřních, ale i v znalostech fyziologických a patofyziologických. Kniha není návodem, jednotlivé terapeutické doporučení vyžadují a předpokládají vlastní účast terapeuta-lékaře, který na základě klinického poznání stavu nemocného rozhoduje o terapeutickém postupu. V tomto vidím osobně přínos této velmi pěkně vybavené publikace: poukazuje na současný stav a vyžaduje aktualizaci těchto terapeutických znalostí vzhledem k pacientovi a vzhledem k chorobě, která postihuje nemocného. Poukazuje na moderní terapeutický přístup a vyžaduje od lékaře vlastní adaptaci terapeutického přístupu vzhledem ke klinickému průběhu onemocnění.

Knihy je vítaná — najdou v ní všichni potřebnou informaci, uspořádanou přehledným a srozumitelným způsobem.

Dr. M. Palát, Bratislava

K. H. BÄSSLER, W. FEKL, K. LANG:

### GRUNDBEGRIFFE DER ERNÄHRUNGSLEHRE

*(Základní pojmy nauky o výživě)*

Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1973, vyd. 1, str. 169, obr. 10.

Na význam léčebné výživy v procesu léčebné rehabilitace se poměrně málo myslí. Pro toho, kdo by chtěl do této problematiky hlouběji vniknout, je referovaná kniha velmi přehledným, instruktivním a zaslíbeně psaným zdrojem informací. Snad k tomu přispěla i okolnost, že k sepsání se spojili dva odborníci střední generace se zkušeným vědcem starším (prof. Lang nar. 1889), aby kniha nepostrádala ani nejnovější informace ani suverenní přehled o celé problematice. Aby si čtenář mohl udělat aspoň rámcovou představu o

podstatě knihy, uvedeme názvy hlavních kapitol: Trávení a zažívání, Kvantitativní aspekty výživy, Kvalitativní aspekty výživy, Diferentně působící přírodné složky potravy a přídavné látky, Změny požívání při zpracování, Dietetika a některé zvláštní formy výživy [zde několik pěkných dokladů, jak se z dietologie — nauky podložené empirií — stává věda se solidními experimentálně podloženými základy], Problémy výživy v budoucnosti.

Dr. P. Štěpánek, Mar. Lázně

KUNC Zd.:

## NEUROCHIRURGIA

Avicenum, Státní zdrav. nakladatelství, Praha 1973.

Monografia prof. MUDr. Z. Kunca vychádza s odstupom 5 rokov v 2. vydání, čo ukazuje na živý záujem o neurochirurgický odbor, ktorý sa prudko rozvíja. Kniha obsahuje 156 strán čistého textu, v ktorom je 90 sprievodných schém, kresieb a fotografií. Autor se pridružuje klasického delenia na chirurgiu hlavy, chrbtice, periférnych nervov a každú tému rozčlenil na množstvo kapitol, ktoré pokrývajú celý neurochirurgický odbor. Dotýkajú sa problematiky úrazov, nádorov, chirurgie ciev a bolesti, zápalových ochorení, stereotaxie a mikrochirurgie. V každom zo spomínaných smerov vystupuje autor zaslávane a s osobitným prežitím problematiky, s popisom súčasného stavu i s pokusom o naznačenie perspektív. Dáva pritom prednosť voľnému popisu pred prísnou definíciou pojmov a presným roztriedením faktov. V celej monografii sa prejavuje jeho osobné zameranie a snáď i záľuba a preferencia niektorých tém. Preto kapitola chirurgie nestíhateľnej bolesti je rozpracovaná podrobne nielen vo svojej chirurgickej koncepcii, ale i v patologických aspektoch, v ktorých sa odráža i jeho prínos v traktotómii u neuralgie V. a IX. nervu. Podobne v oblasti chirurgie vrodených chýb, ciev a nádorov sa výstižne dotýka všetkých detailov a poznatkov, ku ktorým klasická neurochirurgia, u nás často za jeho osobného úsilia, dospela. Chirurgia chrbtice je tak isto široko rozpracovaná ako odraz jeho priekopníckej práce v liečbe výhrezu medzistavcovej platničky a vyčerpáva pri nej dokonca klinické jednotky, ktoré sa snáď viac týkajú ortopedickej problematiky ako neurochirurgickej. Prezrádza tým korene svojho neurochirurgického vzdelania, ktoré sa dlho opierali o materský chirurgický odbor. Problematiku funkčnej a stereotaktickej neurochirurgie autor zrejme nepovažuje za ukončenú a s ohľadom na rozsah klasickej neurochirurgie ju obmedzil na stručný až informatívny prehľad. Aby sa mohol dotknúť aspoň hlavných smerov, ako je liečba dyskinéz, epilepsie a niektorých psychických ochorení, obetoval poznámky o rozpracovaní stereotaktickej metódy v oblasti štruktúr zadnej jamy a

miechy, i keď k nej podstatne prispela čs. stereotaktická škola. Čiastočne to nahradil v historickom úvode, ktorý sa mu podarilo napísať s neobyčajným prehľadom a zachytil v ňom prvýkrát aj vývoj neurochirurgického odboru v ČSSR.

Stabilnou a najstaršou oporou neurochirurgie je neurotraumatológia. Autor jej venoval plných 40 strán, a pretože si zrejme bol vedomý jej dôležitosti pre širšie vrstvy našej odbornej verejnosti, napísal ju so všetkými podrobnosťami a snažil sa ju zamerať prevažne prakticky. Skracoval preto popis patofyziologických mechanizmov, ktoré sú v poradí popisovaných stavov, a ktoré mohli pri krytých a otvorených úrazoch hlavy vniesť viac zjednocujúcej koncepcie nielen pre pochopenie bezprostredných výsledkov úrazov, ale predovšetkým pre predstavu sekundárnych zmien, ktoré sa hneď po úraze rozvíjajú. Snáď preto zostala i terminológia často nejednotná až mnohoznačná, napríklad v definícii komócia, kontúzia, otvorené poranenie a pod. Formulácia pojmov je tiež potrebná nielen z hľadiska spoločného jazyka pre dorozumievanie medzi rôznymi odborníkmi, neurológmi, chirurgmi, právnikmi a pod., ale i pri použití modernej techniky v organizácii neurotraumatologickej služby, o ktorej sa nezmieňuje.

Nové vydanie neurochirurgie je súčasne veľkým prínosom propagácie odboru. Oproti predchádzajúcej verzii je možné zaznamenať zvýšenú úroveň, i keď v nej stále prevažujú aspekty chirurgické nad poznatkami neurofyziológie, neurológie a patológie, ktoré sú v teoretickom rozvoji disciplíny nutné. Bolo by tiež potrebné využiť publikované výsledky a učebnice iných našich pracovísk a vyvarovať sa tak miestam, s ktorými sa nedá všeobecne súhlasiť, ako napríklad výklad pseudotumorov, alebo kategorické tvrdenie, že po operácii „nikdy nemôže nastať zhoršenie“, i keď ide o platničku.

Napriek kritickým pripomienkam môže me monografiu prof. Z. Kunca považovať za dielo, ktoré zhrňuje skúsenosti našej prvej a veľkej generácie, ktorá položila pevné základy neurochirurgie v ČSSR.

Dr. P. Nádvorník, Bratislava

JANSKÝ L.:

### HOMOIOTERMIE A JEJÍ PŘÍSPŮSOBIVOST

Vydalo: AVICENUM, zdravotnické nakladatelství, Praha, 1973.  
Vydanie 1., str. 132, obr. 60, cena Kčs 21,—.

V Babákovéj zbierke, venovanej prácam zo základných lekárskech odborov, vydalo pražské vydavateľstvo Avicenum ako 58. zväzok tejto zbierky prácu doc. Janského o Homoiotermii a jej prispôsobivosti. Jedna zo základných charakteristík života je homeostáza — stálosť vnútorného prostredia. Telesná teplota s celým systémom termoregulačných dejov je jedným z opatrení organizmu udržiavať stálosť vnútorného prostredia z hľadiska teplotného. Janského práca objasňuje fyziologické mechanizmy, pomocou ktorých sa živočíchovia prispôsobujú zníženým teplotám a dokazuje, ktoré termoregulačné deje sú vývojove najefektívnejšie.

V jednotlivých kapitolách, ktoré hovo-

ria o všeobecných princípoch mechanizmov hospodárenia teplom, o individuálnej adaptácii energetického metabolizmu, o vývojových adaptáciách energetického metabolizmu na chlad a o chladovom prispôbení u človeka, autor venuje pozornosť veľmi aktuálnej problematike predovšetkým z hľadiska novoobjaveného mechanizmu tepelnej produkcie — z hľadiska netrasovej termogenézie.

Práca je teoreticky veľmi zaujímavá, poukazuje na veľa otázok týkajúcich sa uvedenej problematiky.

Bohatá literatúra dopĺňa túto pozoruhodnú publikáciu.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. M. COOPER, R. B. GLASSOW:

### KINESIOLOGY

Vyd. C. V. Mosby Comp., Saint Louis, 1972, vyd. 3, str. 332, 141 obr.

Již v úvodu je třeba zdůraznit, že tato kineziologie je psána a koncipována především — možná výhradně — pro pracovníky tělovýchovy a sportu. Tím je dána i náplň knihy, která se zaměřuje především na různé sportovní výkony, skoky, běhy, míčové hry, cvičení na nářadí. Pro tento cíl je kniha, pokud to dovedeme posoudit, psána velmi dobře. Pro rehabilitační péči tu toho najde čtenář méně. Úvodní partie jsou přirozeně velmi podobné jako u kineziologií, na které jsme zvyklí, nejsou však psány ani lépe ani podrobněji než v jiných knihách. Pěkná

a instruktivní jsou schemata, ukazující posun těžiště těla při jednostranné nebo oboustranné amputaci dolních končetin na různé úrovni, [J.A.M.A. 1950]. Pěkná je i kapitola o pohybu ve vodním prostředí, které ve většině kineziologií chybí. I ta je však zaměřena především na potřeby závodního plavání a vodních her.

Celkem lze snad právem říci, že pro pracovníka v oblasti léčebné rehabilitace není koupě této knihy zrovna nejučelnější investicí.

J. Štěpánková, P. Štěpánek, Mar. Lázně

KOŽÁK P.:

### VYŠETŘOVÁNÍ SRDEČNÍ DYNAMIKY NEPŘÍMÝMI METODAMI

Vydalo: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, Praha, 1973.  
Vydanie 1., str. 224, obr. 107, cena Kčs 32,50.

V roku 1973 vychádza v pražskom Avicenu pozoruhodná monografia o vyšetřovaní srdcovej dynamiky nepriamymi metodami. Ide o prácu pražského kardiológa doc. Kožáka.

Jednotlivé kapitoly venujú pozornosť fyziológii srdcovej dynamiky, určovaniu fáz srdcovej systoly pomocou polygrafického záznamu, posudzovaniu aortálnych chlopňových chýb podľa nepriamych záznamov

karotickej pulzovej vlny, mechanokardiografických metódam, kinetokardiografii, apexkardiografii, prekordiálnej akcelerografii, vibrokardiografii, balistokardiografii, posudzovaniu srdcovej výkonnosti podľa derivácie karotickej pulzovej vlny, echokardiografii a reokardiografii.

Záver publikácie prináša bohatý prehľad literatúry a vecný register. Monografia je doplnená názornými grafmi, fotografiami,



tabulkami a originálnymi záznamami jednotlivých grafických výšetrovacích metód.

Kozákova monografia je bezo sporu potrebná. Prináša súborný názor a popis metódik, nie všeobecne používaných, ale vhodných pre posúdenie funkcie srdcovej

dynamiky. Každý, kto sa zaoberá po stránke funkčnej kardiovaskulárnym systémom a predovšetkým srdcom, nájde dostatok potrebných informácií v tejto rozsahom nie veľkej avšak informujúcej publikácii.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

## SPRAVY

## Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ

### 2. MEZINÁRODNÍ SEMINÁŘ O LÉČEBNÉ REHABILITACI — HALLE/S — PRACOVNÍ SKUPINA O DIABETU.

V rámci 2. mezinárodného seminára o léčebné rehabilitaci, pořadaného ISRĐ, pracovala i skupina, zabývající se problematikou rehabilitační péče u pacientů s diabetem. Práce v této skupině se zúčastnilo celkom 7 účastníků konference, z toho 5 lékařů. Za ČSSR se na práci skupiny podíleli MUDr. Moravec, F MPSV v Praze, Ing. Cicholes a L. Roušarová z FČSI. Za NDR se zúčastnili prof. dr. Bibergeil, dr. Schliack a dr. Brüsckke, za MLR dr. Angeli.

Členové pracovní skupiny se vzájemně informovali o současném stavu zajištění zdravotní i sociální péče v ČSSR, MLR a NDR. Prof. Bibergeil informoval členy pracovní skupiny i o svých zkušenostech z dalších států zemí RVHP a zemí západních. Po obsáhlé diskusi bylo hodně konstatováno, že pokud jde o úroveň zdravotní péče, je třeba hodnotit ČSSR a NDR jako země s nejdokonalejšími systémy zajištění péče o diabetiky (zejména kladně byl hodnocen dokonalý systém poraden v ČSSR, a poměrně vysoká odborná úroveň péče). Kladně lze hodnotit také péči v BLR. V ostatních socialistických státech je poměrně nižší úroveň. Pokud jde o sociální péče, lze podle názorů členů pracovní skupiny pokládat za nejdokonalejší systém NDR, kde je např. otázka vyšších finančních nákladů na dietní stravování diabetiků řešena jednak formou cenové intervence dia-výrobků, jednak každý diabetik dostává (do určité příjmové hranice) měsíční příspěvek 13,— M.

V závěrečné zprávě pracovní skupiny pro rehabilitaci diabetiků bylo zejména zdůrazněno:

1. Již i normální tělesná cvičení představují léčebný prostředek u diabetiků v

důsledku svého metabolického účinku.

2. Dříve než se začne s pohybovou léčbou, je nezbytné provést důkladné vyšetření pacienta [typ. diabetu, komplikace, atd.]. S ohledem na ně má být pohybová terapie individuálně dozována a přizpůsobena pracovním i domácím podmínkám. Má se také brát ohled na věk pacienta a formy léčby.

3. Modelem kombinace normálních životních podmínek s kontrolou metabolismu je noční klinika pro diabetiky (Berlín, NDR).

4. Rehabilitační metody léčby diabetiků je třeba aplikovat během celého života pacienta. Aby se zabránilo komplikacím, je důležité kontrolovat metabolismus, dietu, antidiabetickou orální i injekční léčbu a cvičení.

5. Je nezbytné vyžadovat vysokou kvalifikaci a zkušenost ošetřujícího personálu. Diabetes jako chronická choroba má být zásadně léčena nebo kontrolována odborníkem — diabetologem, i když jinak může být diabetik léčen praktickým lékařem. Musí být zaručena úzka týmová spolupráce a informovanost různých odborníků [včetně praktického lékaře]. Všechny osoby pracující s diabetiky mají mít základní diabetologické vědomosti. Informování mají být i pacienti. [jako model péče o diabetiky může sloužit BLR, ČSSR a NDR.]

6. Zdravotní podmínky pro přiznání důchodů jsou:

- progressivní chronické diabetické komplikace (retinopathie, nephropathie, makroangiopathie),
- význačné formy „labilního diabetu“ a insulinové rezistence.

7. S ohľadom na rôznú vekovú obdobi se doporučuje:

- zvlášť u diabetických detí brát v úvahu psychologické aspekty,
- diabetické deti se majú účastniť telocviku ve škole, ale vrcholné výkony nejsou žádoucí,
- vyvarovat se extrémům — zejména pokud jde o životosprávu,
- z psycholog. hlediska by se diabetici měli cítit jako zdraví lidé,
- určitý ohled je třeba brát i při zařazování do práce (hypoglikemické koma),
- je třeba vytvářet příznivé domácí podmínky.

8. Je třeba podporovat a zavádět do praxe následující nová opatření:

- všeobecná prevence plného rozvoje diabetu na základě včasné diagnózy,
  - možnosti přesného měření a dozování pohybové terapie (včetně biochemických parametrů),
  - umělá slinivka břišní, implantace kultivovaných buněk,
  - umělé ledviny, transplantace ledvin.
- Tolik asi k závěrečné zprávě pracovní skupiny.

Bylo by ještě třeba se zmínit, že velmi kladně byla zástupci dalších států ve skupině hodnocena činnost FČSI, zejména pokud jde o pořádání tzv. rekondičních táborů pro diabetiky (jejichž účelem je udržení dobré kondice a pracovní schopnosti diabetika).

Dr. M. Moravec, Praha

## SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

*Ústav pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave, katedra rehabilitačných pracovníkov, usporiada v prvom polroku šk. r. 1974/75 tieto školiace akcie:*

Kurzy:

- a) Kurz pomaturitného špecializačného štúdia v úseku práce liečebná telesná výchova, druhý rok štúdia.  
Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov zaradených do pomaturitného špecializačného štúdia k 1. 9. 1973.  
Termín: 29. 10.—8. 11. 1974.  
Miesto konania: Bratislava.  
Počet účastníkov: 20.  
Náplň: Náročnejšie úseky fyziológie, patofyziológie, kineziologických rozborov a špeciálnych metodík z traumatológie, ortopedie, neurológie, psychiatrie a pediatrie.
- b) Tematický kurz v reflexnej masáži.  
Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí tento kurz neabsolvovali.  
Termín: 2. 12.—20. 12. 1974.  
Počet účastníkov: 20.  
Náplň: Špeciálna fyziológia reflexných dejov, technika masáže, teoretický a praktický výcvik.

Školiace miesta:

- a) Školiace miesto v úseku práce liečebná telesná výchova — doplnkové metodiky.  
Určenie: pre poslucháčov 2. ročníka pomaturitného špecializačného štúdia, ktorí nemajú možnosť overiť si prak-

tické skúsenosti vo všetkých profiloch rehabilitácie.

Termín: v priebehu školského roku.

Miesto konania: Bratislava.

Počet účastníkov: 6.

Náplň: Určenie individuálneho študijného plánu na základe overenia poznatkov pri vstupnom pohovore a zoznámenie s doplnkovými metodikami.

- b) Školiace miesto vo funkčných vyšetrovacích metódach v rehabilitácii interných chorôb.

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí vykonávajú rehabilitáciu pri interných ochoreniach.

Termín: v priebehu školského roku.

Miesto konania: Bratislava.

Počet účastníkov: 6.

Náplň: Metódy, ktoré slúžia pre posúdenie funkcie vnútorných systémov a pre evaluáciu výsledkov rehabilitačnej liečby. Metodické postupy námahových testov, základné metodiky určene na posúdenie kardiovaskulárneho dýchacieho systému.

- c) Školiace miesto v metódach elektrostimulácie a elektrodiagnostiky.

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí pracujú s týmito metódami.

Miesto konania: Bratislava.

Počet účastníkov: 6.

Náplň: Elektrodiagnostické metódy a kombinácie s LTV. Elektrostimulácia impulzami rôznych tvarov a dĺžok pri poruchách nervosvalovej dráždivosti.

M. Bartovicová, Bratislava