

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

OBSAH

- S. Litomerický: Na aktuálnu tému Rehabilitácie . . . 65— 66
 ■ PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE
 E. Cajková, J. Lisý, M. Kamenistá, A. Bohacseková:
 ■ Svalový torticollis novorodencov 68— 79
 J. Hůla, M. Kučera, J. Suchan: Výskyt a význam
poruch prokrvení dolních končetin v reha- PLETYZM
 ■ bilitační léčbě stavů po srdečním infarktu . . . 81— 87
 B. Müllerová, I. Müller: Dlouhodobé zkušenosti
 ■ operovaných endoprotézami v oblasti kyčle . . . 89—101
 V. Suchmanová, J. Suchan, J. Jochimsthaler,
 J. Poláčková, M. Kučera, L. Paceltová,
 J. Jeschke: Model pracovní činnosti jako pří-
 ■ prava na zaměstnání a test pracovní čin-
 ■ nosti u nemocných po infarktu myokardu . . . 103—107
 METODICKÉ PRÍSPEVKY
 A. Hlaváček: Lasegueův manévr, subjektivní stav
 ■ a neuroticismus podle Eysenckova dotazníku
 ■ u nemocných s lumboischiadickým syn-
 ■ dromem 109—115
 J. Poláčková, L. Paceltová, J. Suchan, M. Kučera,
 V. Šuchmanová: Některé dosavadní zkuš-
 ■ enosti získané sledováním psychického stavu
 ■ nemocných po infarktu myokardu v rámci
 ■ komplexní rehabilitační péče 117—124
 ■ SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ . . . 124—127
 ■ SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDE-
 ■ LÁVANIE SZP 127—128
 ■ RECENZIE KNÍH 79, 80, 88, 102, 107, 108

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 35, 893 36 Bratislava



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



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



Grafická úprava: M. Sirkovský



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



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



Vychádza štvrťročne, cena jednotlivého čísla Kčs 6,—



Rozširuje: Vydavateľstvo OBZOR, n. p., administrácia časopisov, ul. Čs. armády 35, 893 36 Bratislava



Toto číslo vyšlo v októbri 1976



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

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK IX/1976

ČÍSLO 2

EDITORIAL...

NA AKTUÁLNU TÉMU REHABILITÁCIE

Pribúdanie počtu osôb vyššieho veku vzbudzuje neustále väčšiu pozornosť a zaujíma nie iba pracovníkov v zdravotníctve, ale i mnohé inštitúcie nezdravotníckej a širokú verejnosť vôbec. Problémy, ktoré nastoľuje starnutie populácie, sú zložité a vysoko aktuálne vo všetkých priemyselne vyspelých krajinách. ČSSR patrí medzi krajiny, kde starnutie obyvateľstva už pokročilo a objavujú sa depopulačné tendencie.

Svetová zdravotnícka organizácia opakovane rokovala o zdravotno-sociálnych problémoch starnutia obyvateľstva a zaoberá sa už od roku 1955 predovšetkým plánovaním a organizáciou zdravotníckych služieb v geriatrickej, ochranou duševného a fyzického zdravia osôb vyššieho veku, výživou, readaptáciou, bývaním a pod. Ukazuje sa, že starnutie patrí medzi závažné problémy rokovania vrcholových zdravotníckych orgánov.

Veková skladba obyvateľstva v ČSSR a na Slovensku sa mení a bude sa meniť ďalej. Klasický strom života sa mení v tom zmysle, že vrstva detskej populácie do 14 rokov sa počtom nebude mnoho líšiť od počtu 60-ročných a starších. S týmto vývojom počíta i demografická prognostika.

V podmienkach vedeckotechnickej revolúcie rozvíjajú ľudia aktivitu, organizmus sa prispôbuje, prekonáva priaznivé, ale i nepriaznivé zmeny, ktoré prináša civilizácia. Výsledkom priaznivých zmien je predlžovanie života. Predlžovanie života nesie so sebou viaceré nepriaznivé javy, ktoré sú dôsledkom alebo priamym pokračovaním chorôb a strádania ešte z detského veku alebo z mladosti. Najnovšie medicínske objavy hrajú v tomto vývoji dôležitú úlohu. Intenzívnym liečebným úsilím sa často zvládne nebezpečenstvo ohrozenia života, človek sa zachráni pri živote, predlži si život, ale nevráti si plné zdravie. Sme svedkami toho, že s rozvojom úspechov lekárskej vedy paradoxne pribúda populácia odkázaná na lekársku starostlivosť a rehabilitáciu.

Starnutie je fyziologickým procesom, ktorý sa rozvíja po celý život, nerovnomerne postihuje funkcie organizmu a vedie postupne k poklesu adaptačných schopností. S pribúdajúcim vekom stúpa frekvencia ochorení, ako aj výskyt viacerých významných chorôb pohromade u tej istej osoby. V popredí sú choroby srdcovocievneho a mozgovocievneho systému, nádory, ortopedické, neurologické, psychiatrické, dýchacie, urologické choroby, ktoré zhoršujú často obmedzenú hybnosť, vedú k imobilizácii, závislosti alebo k predčasnému skráteniu života.

Moderná gerontológia odmieta prijať starobu ako chorobu. Väčšina ťažkostí, s ktorými prichádza starý človek k lekárovi, sú dôsledkom choroby. Lekár ťažkosti neprpisuje veku, ale pátra po ich príčine. Snahou modernej gerontologie je predĺžovanie života v dobrom fyzickom a duševnom zdraví a udržanie tvorivej aktivity a schopnosti človeka pracovať až do vysokého veku.

Rozvoj gerontológie (ako vedy skúmajúcej zákonitosti starnutia) a geriatrickej odboru medicíny zaoberajúcej sa zdravím starých ľudí zvyšuje nároky na vzdelanie zdravotníckych pracovníkov všetkých kategórií, ale aj pracovníkov iných rezortov, ktorí sa zúčastňujú na riešení problematiky osôb vyššieho veku. Hľadanie vhodných foriem ochrany zdravia osôb vyššieho veku ako skupiny populácie vysoko rizikovej je aktuálne aj u nás.

Áké sú ciele rehabilitácie chorých osôb vyššieho veku? Najnovšie skúsenosti ukazujú, že rehabilitácia je jednou z hlavných zložiek starostlivosti o starých chorých ľudí. Jej cieľom je reštaurovať človeka do takého stavu zdravia a mobility, ako je to len maximálne možné. Schopnosť návratu do práce nemusí byť v tomto veku najdôležitejším cieľom rehabilitácie. Podľa tiež Svetovej zdravotníckej organizácie, rehabilitácia je zameraná v geriatrickej na reaktiváciu, resocializáciu a reintegráciu.

Reaktivácia sleduje predovšetkým znovapovzbudenie do aktívneho bežného života u osôb pasívnych, letargických, fyzicky a sociálne imobilizovaných. Tieto vážne stavy v geriatrickej nie sú zriedkavé. Resocializáciou u osôb vyššieho veku rozumieme už počas choroby nadväzovanie alebo obnovenie kontaktov s rodinou, so susedmi, s priateľmi, ktoré sú mocnou zbraňou prevencie depresie a izolácie ako veľmi vážnych okolností u osôb vyššieho veku. Reintegrácia vedie ku zaujatiu adekvátneho miesta v spoločnosti a účasť na bežnom, dennom živote alebo aj v profesionálnej aktivite podľa daných schopností. Rehabilitácia sa netýka iba starého chorého človeka, ale i jeho bezprostredného okolia, v snahe pôsobiť na rodinu, príbuzných, priateľov, aby starého chorého človeka prijali, zabránili tomu, aby ho odmietli. Rehabilitácia je trvalý proces u starých ľudí, spoločensky vysoko hodnotný, s ktorým treba začať čím skôr, či už doma v rodine, v nemocnici, či v domovoch alebo v kluboch pre staré osoby.

Rehabilitácia v starobe je prácou vysoko náročnou, citlivejšou, vyžaduje silné morálne vlastnosti, zhovievavosť, trpezlivosť, ale aj rozhodnosť. Správny psychologický prístup bude zárukou úspechu. I ten najmenší úspech v rehabilitácii hybnosti, reči alebo priaznivý odraz v emocionálnej sfére bude ďalším povzbudením a hrejivým pocitom pri namáhavej práci. Rehabilitácia v geriatrickej si častejšie vyžiada prácu a spoluprácu tímu odborníkov nie iba pri stavbe rehabilitačného programu, ale aj pri hodnotení jej efektu. Je naliehavou úlohou našich inštitúcií, výučbou v škole, ako i v systéme ďalšieho vzdelávania pripraviť pracovníkov na náročnú rehabilitáciu v geriatrickej, aby sa zachytili súčasné trendy vo svete. Veď u nás máme dobré tradície, ktoré sú a budú pevnou oporou našich snáh!

Dr. Š. LITOMERICKÝ, CSc., Bratislava

**SVALOVÝ TORTICOLLIS NOVORODENCŮV
(II. LIEČBA A VÝSLEDKY LIEČBY)**

*E. ČAJKOVÁ, J. LISÝ, M. KAMENISTÁ,
A. BOHACSEKOVA*

*Rehabilitačné oddelenie Detskej fakultnej nemocnice,
Bratislava*

Prednosta MUDr. E. Čajková

Súhrn: V referáte sú uvedené metodiky rehabilitačnej, chirurgickej a medikamentózneho liečby svalového torticolisu novorodencov. Zhrnuté sú výsledky rehabilitačnej a chirurgickej terapie u 323 detí, narodených v rokoch 1970—1974, ktoré boli liečené v Detskej fakultnej nemocnici v Bratislave. Poukazuje sa na potrebu včasnej a presnej diagnostiky postihnutia a na skoré začatie rehabilitačnej liečby v prvých týždňoch života dieťaťa. Dodržaním týchto podmienok klesá počet operačných indikácií. Zdôraznená je dôležitosť inštruktaže matiek v rehabilitácii tejto chyby, čím sa umožní cvičiť niekoľkokrát denne. V mnohých prípadoch referovaného súboru dochádzalo ku kompletnej úprave už v prvých 6 mesiacoch života. Včasne začatá a intenzívne vykonávaná rehabilitačná liečba je zábezpekou, že dôjde k úplnej funkčnej úprave, predídze sa kozmetickému defektu na lebke a tvári, ale hlavne skolióze chrbtice, ktorá je už vážnou funkčnou poruchou.

■ **Heslo:** Torticollis — terapia — rehabilitácia.

S liečbou svalového torticolisu treba začať v prvých týždňoch života dieťaťa. V prípade, že sa s rehabilitáciou začne neskoro, pokročia histo-patologické zmeny v m. sternocleidomastoideus, eventuálne i v postihnutej časti m. trapezoidei, ktoré vedú k porušeniu funkcie a k deformitám lebky a tvá-

re. U pacientov, ktorí neboli rehabilitovaní vôbec, alebo začali byť liečení po 2.—3. roku, dochádza aj ku zmenám na chrbtici.

Liečba torticollis myogenes je:

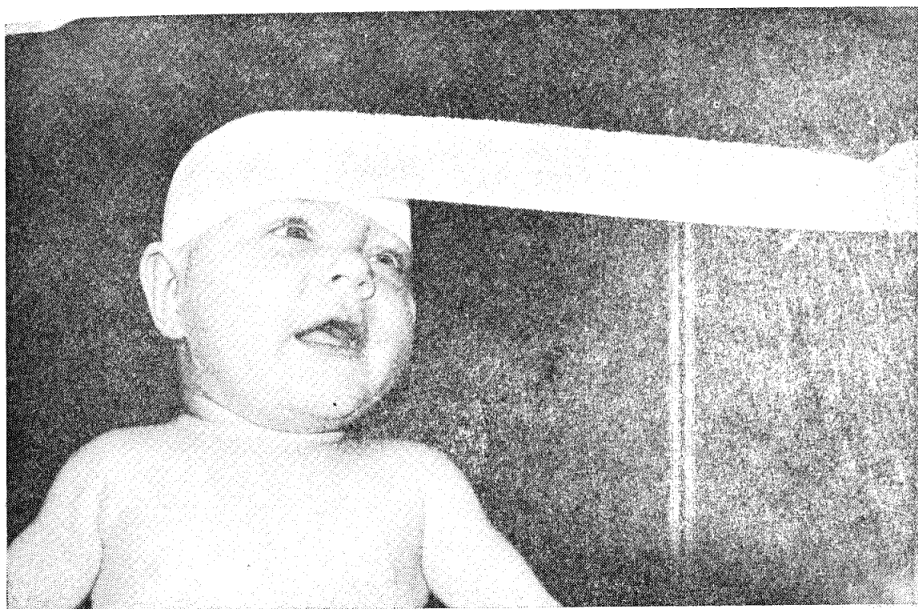
1. Rehabilitačná
2. Chirurgická
3. Medikamentózna

Rehabilitačná liečba spočíva:

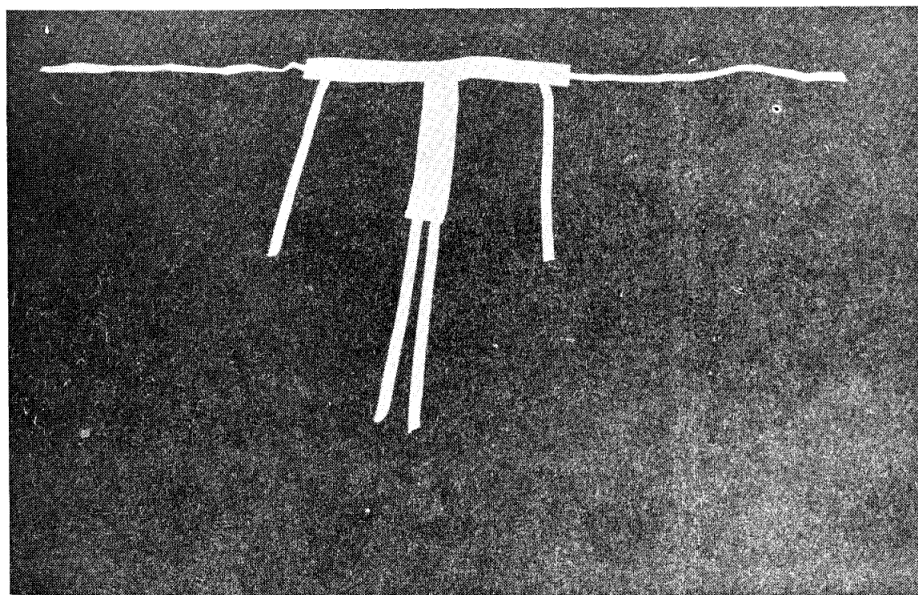
- a) v polohovaní
- b) v liečebnej telesnej výchove.

Polohovanie u novorodenca sa vykonáva buď len prekorigovaním polohy hlavičky na opačnú stranu, aby sa dosiahol úklon hlavy na zdravú a rotáciu na chorú stranu. Toto môžeme dosiahnuť jednak v polohe na chrbte alebo na brušku, čo sa zdá výhodnejšie. Táto jednoduchá korekcia sa darí le pri ľahších formách, bežne pri polohových, asymetrických držaniach hlavy. V ťažších prípadoch musíme na zmenu polohy hlavy použiť korekčné obvazy. V prvých 2 mesiacoch používame *malý korekčný obvaz*. Elastickým obvazom obviníme lebku v niekoľkých vrstvách a v hyperkorekčnom postavení pripevníme obvaz k podložke zapínacím špendlíkom. (Obr. č. 1) Týmto spôsobom vylúčime tlak na oležané miesto lebky a predídeme deformácii záhlavia. U detí medzi 2.—6. mesiacom používame *korekčný obvaz tvaru „T“*, ktorý navrhol jeden z autorov (J. Lisý). Obvaz sa ľahko nakladá, je vzdušný a matky si ho samy šijú. Pripevní sa na hlavičku, páska pod bradou bráni strhnutiu obväzu. Pomocou gumičiek, ktoré zaručia pružný ťah, vykoná sa otočenie hlavy do nápravnej polohy a dolné konce gumičiek sa pripnú poistnými špendlíkmi o postieľku. (Obr. č. 2 a 3) Deťom, ktoré už sedia, dávame *veľký korekčný obvaz*. Tento je tiež zlepšovacím návrhom J. Lisého a používa sa u nás na rehabilitačnom i chirurgickom oddelení už 15 rokov. Plne nahradil sadrové obvazy, ktoré boli pre malé deti nevyhovujúce, ba drastické. (Obr. č. 4, 5, 6) Veľký korekčný obvaz sa skladá z elastického ovíadla, gumičiek a zapínacích špendlíkov. Montáž sa robí nasledovne: Z jedného obväzu sa urobí spica humeri, z druhého capistra. Gumičku pripneme v dvoch miestach nad uchom zdravej strany špendlíkom, prednú časť gumičky pripneme v oblasti sternu, čím dosiahneme mierny úklon na zdravú a ľahkú rotáciu na chorú stranu. Zadná časť gumičky sa pripne v oblasti lopatky, čím sa dovrší úklon hlavy na zdravú stranu. Zvyšok gumičky pripne nad ucho chorej strany. Pomocou tohto obväzu dosiahneme hyperkorekčné postavenie hlavy. Obvaz má výhodu, že pomocou gumičiek môžeme postavenie stále kontrolovať a v prípade povolenia ťahu pružným ťahom gumičiek dotahovať do potrebnej polohy. Nevýhoda obväzu je, že v letných mesiacoch sa v ňom deti potia. Pracovníci rehabilitačného oddelenia DFN pracujú t. č. na jeho zjednodušení a zlepšení. K polohovaniu patrí tiež správne uloženie dieťaťa v postieľke, aby sa obracalo za osobami, a svetlom a hračkami tak, že rotuje hlavičku na postihnutú stranu.

Liečebná telesná výchova je najdôležitejšou zložkou rehabilitácie svalového torticollisu. Spočíva v zostave niekoľkých cvikov, ktoré sú zamerané na uvoľňovanie kontrahovaných svalov. V prípade postihnúť izolovane jednotlivých úponov kývača, sternálneho či klavikulárneho, sú cviky zamerané



Obr. 1



Obr. 2



Obr. 3

na vyťahovanie postihnutej časti. Pri zistení kontraktúry m. trapezoidei, jeho odstupu od okcipitálnej kosti, sú cviky zamerané na uvoľňovanie tohto. Ak je trapézový sval na zdravej strane ochabnutý, použijeme posilovacie cviky.

Prehľad LTV výkonov pri svalovom torticollise.

Na fotografiách máme znázornenú zostavu rehabilitačných cvičení pri lavostrannom torticollise, preto aj v texte opisujeme pre prehľadnosť cviky pri lavostrannom postihnutí. Cvičenie sa robí na stole, pričom hlavička dieťaťa je mimo podložky a druhá osoba (matka) fixuje hrudník dieťaťa s pripaženými hornými končatinami oboma rukami. Rehabilitačný pracovník sedí pri výkone na stoličke.

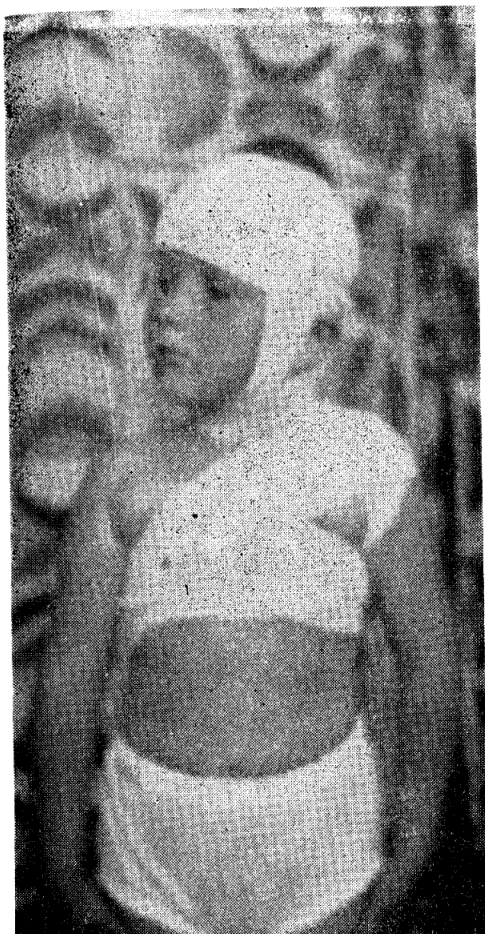
1. V ľahu na chrbáte robí sa rotácia hlavy doprava a vyťahovanie do záklonu. Tento cvik je zameraný na vyťahovanie sternálnej časti kývača. [Obr. č. 7]

2. Vykonávame úklon hlavy doprava. Tento manéver je zameraný na vyťahovanie klavikulárnej časti svalu a na postihnutý trapézový sval. [Obr. č. 8]

3. Rotácia hlavičky doľava a vyťahovanie smerom pred pravé ramienko uvoľňuje kontrahovanú odstupovú časť m. trapezoidei. [Obr. č. 9]

4. Rotáciou hlavy doľava a vyťahovaním za pravé ramienko uvoľňujeme sternálnu i klavikulárnu časť kývača. [Obr. č. 10]

5. Pri tomto cviku s hlavičkou obrátenou doľava, robíme krúženie hlavou



Obr. 4



Obr. 5

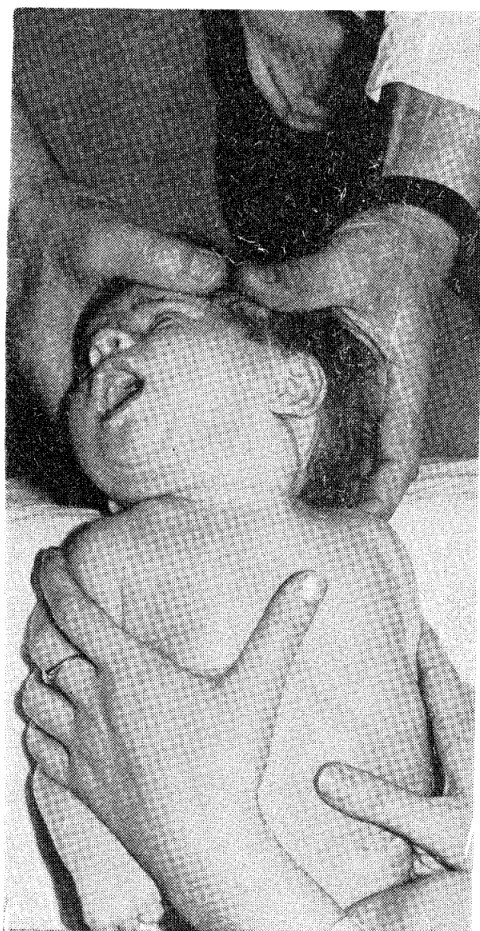
pravým uchom dopredu. Cvik je zameraný hlavne na uvoľňovanie sternálneho odvalu kývača a zadných krčných svalov. (Obr. č. 11)

6. V posledných rokoch začali sme úspešne používať v rehabilitácii torticollisu i reflexné, facilitačné metodiky, hlavne reflexného plazenia. Pri týchto metódach pomocou hlbokých krčných reflexov vyvolávame aktívne otáčanie hlavičky na žiadanú stranu. Cvičenie sa uskutočňuje z vhodnej polohy (na brušku), pri použití vhodných spúšťacích zón. Okrem klasických spúšťacích zón (pätička, epikondyly femuru a humeru) sa nám pri torticollise osvedčili i iné, napr. tlak na sternum alebo kľúčnu kosť.

Od začiatku rehabilitácie kombinujeme LTV s polohovaním. Cvičí sa niekoľkokrát denne, v obdobiach spánku a mimo cvičenia dbáme na to, aby hlava bola v správnej polohe, čo sa vo väčšine prípadov dosahuje korekčným obvázom. Rehabilitácia sa vykonáva dlhodobe, kým sa neupraví funkčná porucha.



Obr. 6

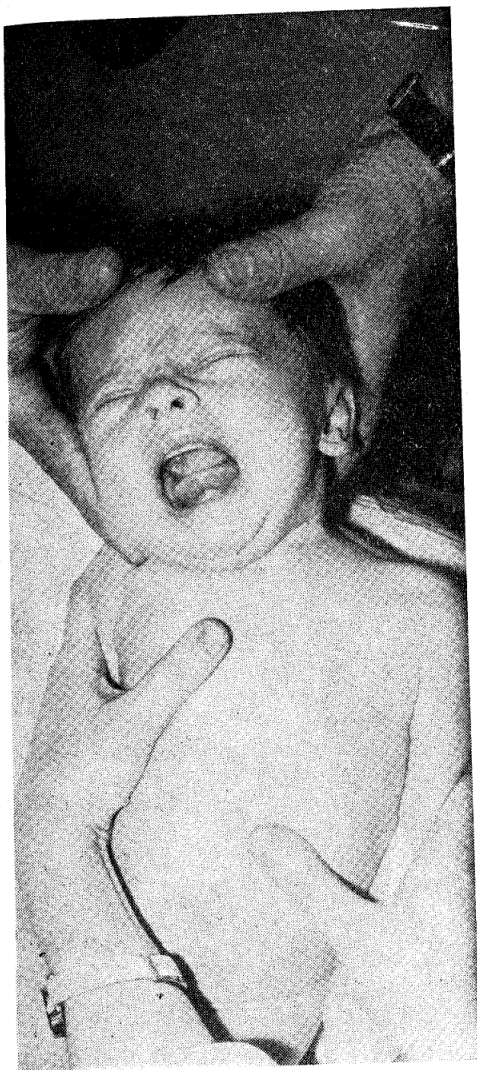


Obr. 7

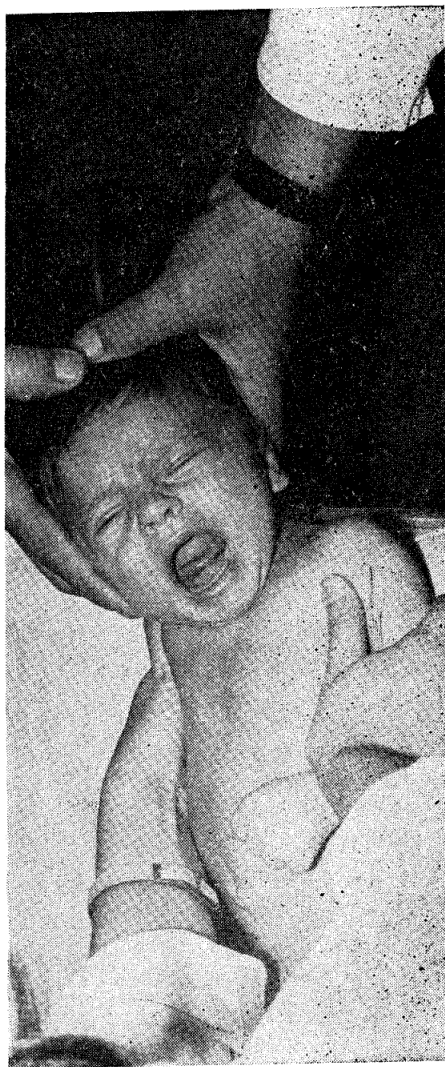
Chirurgická liečba.

Chirurgická liečba je indikovaná v prípadoch neúspechu konzervatívnej-rehabilitačnej liečby trvajúcej 12—16 mesiacov.

Sú autori (Spitz), ktorí odporúčajú včasnú operáciu v prvých týždňoch života. Podľa našich skúseností i podľa názoru väčšiny autorov včasný operačný zákrok nie je indikovaný, pretože pri správne a dlhodobe uskutočňovanej rehabilitácii, vôbec nie je vo väčšine prípadov potrebný. Poukazujú na to i čísla indikácií operačnej liečby v našom súbore. Zatiaľ čo v rokoch 1970 a 1971 narodených detí percento indikovaných operácií bolo 18 % a 20 %, pokleslo toto percento v roku 1972 na 5,37 % a v roku 1973 na 2,8 % z počtu detí narodených v týchto rokoch. Ani u jedného dieťaťa narodeného v roku 1974 nebola dosiaľ indikovaná tenotómia. Pokles indikácie chirurgického zákroku súvisí s včasným započatím rehabilitácie v prvých týždňoch života dieťaťa, čiže zdokonalením diagnostiky torticollis na novorodeneckých oddeleniach a v postnatálnych poradniach.



Obr. 8



Obr. 9

Chirurgický zákrok spočíva v tenotómii m. sternocleidomastoidei. Rôzni autori navrhujú rozličné riešenie zákroku. Strohmeyer odporúča subkutánnu tenotómiu, ktorá takmer nezanecháva jazvu. Je pri nej však nebezpečenstvo prerušenia ciev a nervov s následnými obrnami, krvácaním, ako aj nebezpečenstvo vzduchovej embólie. Lange uskutočňoval otvorenú hornú tenotómiu na mastoidálnom odstupe kývača, pri ktorej je zase nebezpečenstvo poškodenia n. accessorii a n. facialis! Pre časté recidívy odporúča neskôr tenotómiu na sternálnom a klavikulárnom úpone svalu. Najzaužívanejšia metóda je dolná tenotómia. Putti u najťažších prípadov odporúča hornú i dolnú tenotómiu. Totálna exstirpácia kývača podľa Mikullicza viedla k tvrdej kalóznei jazve a k recidívam; dnes sa robí veľmi zriedkavo. Föderl a Bayer plasticky predlžovali sval, mali však časté recidívy. Springerova premostovacia plastika s pruhom fasciae latae sa už tiež nepoužíva. Bätzner a Beck robia dolnú

tenotómii s čiastočnou resekciou dolného konca svalu. Ak niektorý úpon nie je napnutý, ponechávajú ho bez resektie, aby sa neovplyvnil reliéf krku. V ľahších prípadoch robia subkutánnu tenotómiu. Len u ťažších prípadov hornú i dolnú tenotómiu. Bipolárna tenotómia má lepšie výsledky asi o 30 % ako len dolná tenotómia. Podľa H. Haikeho a D. Wesselsa 83,3 %: 54,3 % (1968). Karrer vidí príčinu recidív buď v nedostatočnej resekcii svalu, alebo v nedostatočnom pooperačnom doliečení. Podľa našich skúseností chirurgická liečba je indikovaná v prípadoch nezlepšenia po intenzívnej rehabilitačnej liečbe trvajúcej 12—16 mesiacov. Chirurgický zákrok má sa vykonať podľa lokálneho nálezu v mieste postihnutého úponu kývača, prípadne oboch, ak sú väzivove zmenené. U všetkých našich pacientov bola uskutočnená dolná tenotómia. Len v jednom prípade išlo o izolované postihnutie mastoidálneho odstupu svalu, stav sa však upravil pri konzervatívnej liečbe.

Medikamentózna liečba spočíva v lokálnej aplikácii hydrokortizónu do zhrubnutého svalu. Spiess a Weiss dosiahli touto liečbou dobrý efekt. Sovietsky autor V. Bermann (1970) injikoval hydrokortizón v mieste zdurenia 1-krát týždenne v klesajúcich dávkach 25—15—10 mg do celkovej dávky 100 mg. Stačili 4 injekcie na dosiahnutie efektu. Podával roztok 1—1,5 ml 0,25 %—0,5 % hydrokortizónu. Po 3—4 týždňoch tumor zmizol a zlepšilo sa postavenie hlavy. V priebehu liečenia hydrokortizónom nerobila sa žiadna iná terapia.

My sme liečbu hydrokortizónom nepoužili ani u jedného pacienta.

Výsledky liečby.

Výsledky liečby uvedené v tab. č. 1 sú z celého súboru, teda u konzervatívne i chirurgicky liečených pacientov. Súbor tvorí 323 detí narodených v rokoch 1970—1974, ktoré boli liečené na rehabilitačnom a chirurgickom oddelení Detskej fakultnej nemocnice v Bratislave. (Tab. č. 1)

Tab. č. 1.

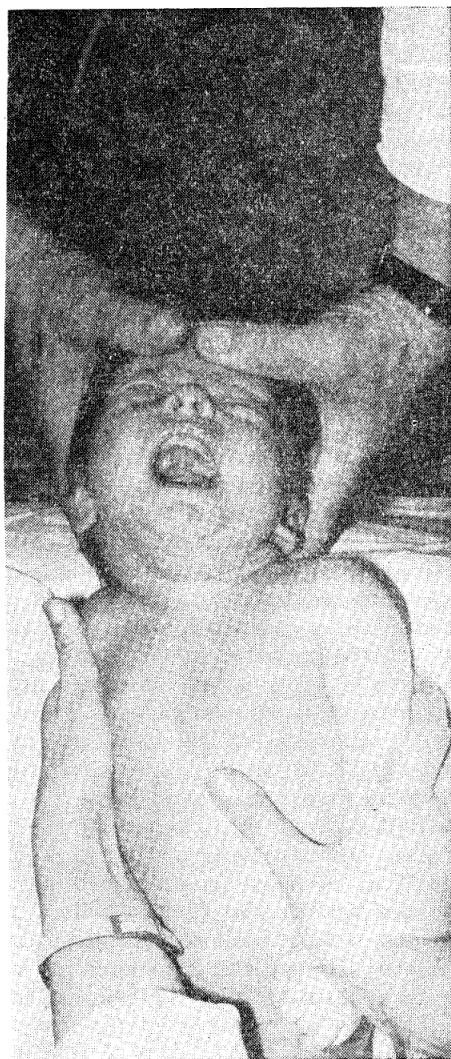
Výsledky liečby súboru 323 detí narodených v rokoch 1970—1974

I. kompletná úprava	86	26,6 %	57,2 %
II. kompletná funkčná úprava ľahké kozmetické rezídium	99	30,6 %	
III. ľahká funkčná porucha kozmetické rezíduá	48	14,8 %	18,6 %
IV. ťažšia funkčná porucha kozmetické rezíduá	12	3,8 %	
V. Deti nekontrolované nehodnotiteľné	78	24,2 %	

V I. skupine sú pacienti, u ktorých došlo k úprave ad integrum, čo sa týka funkcie i kozmetických následkov. V II. skupine sú deti s kompletnou funkčnou úpravou a nepatrnými kozmetickými rezíduami v zmysle ľahkej hypotrofie tváre na postihnutej strane a oploštenia záhlavia na zdravej strane. V III. skupine sú deti s výraznejšou scoliosis capitis et faciei a ľahkou funkčnou poruchou v zmysle ľahkého úklonu hlavy na postihnutú stranu a rotácie na zdravú stranu. V IV. skupine sú deti s ťažšou funkčnou poruchou (úklon a rotácia hlavy), prípadne aj so zmenami na krčnej a hrudnej chrbtici.



Obr. 10



Obr. 11

V V. skupine sú deti, ktoré prestali chodiť na rehabilitáciu a nedostavili sa na kontrolu. U týchto možno predpokladať, že sa stav zlepšil alebo upravil a preto nevyžadoval ďalšiu rehabilitáciu. V tejto skupine je zaradených aj niekoľko detí narodených v neskorších mesiacoch roku 1974, u ktorých pre krátke trvanie liečby nebolo možné posúdiť výsledok definitívne.

V prvých dvoch skupinách sú výsledky výborné, pretože ide o kompletnú funkčnú úpravu. Táto skupina číni 57,2⁰%. Toto číslo ešte stúpne, keď sa k nemu pripočítajú úspešné výsledky detí narodených v neskorých mesiacoch roku 1974 a deti, ktoré pre dobrý stav neprišli na kontrolu. Podstatne

nížšie je percento detí s ľahkou (14,8 %) a celkom nízke s ťažšou funkčnou poruchou. V týchto skupinách sú deti, u ktorých sa s rehabilitáciou začalo neskoro, a väčšina operovaných detí.

Výsledky u operovaných detí sú horšie. V I. skupine sú 2 deti, ktoré boli pred operáciou rehabilitované, ale nedôsledne. V II. skupine sú 4 a v III. 9 detí. V IV. skupine je 5 detí, u ktorých sa s rehabilitáciou začalo po prvom roku, alebo boli po pôrode rehabilitované len 1—2 mesiace. Potom rodičia rehabilitáciu zanedbali a prichádzali s dieťaťom až po 2. roku, keď sa funkčná i kozmetická porucha stala nápadnou. Vek pacientov v dobe operácie sa pohyboval od 11 mes. do 3 1/2 roka. Najviac detí bolo operovaných vo veku 27 a 30 mesiacov, v počte 9. Celkovo zo súboru 323 detí bolo operovaných 25, čo je 7,5 %. Percento operácií u detí narodených v roku 1972 však pokleslo na 5,37, v roku 1973 narodených na 2,8 a u detí narodených v roku 1974 na 0, oproti deťom narodeným v roku 1970, keď bolo operovaných 18 % a v roku 1971 20 % detí narodených v týchto rokoch. Nízke percento operácií u detí narodených v rokoch 1973 a 1974 môže sa o niečo zvýšiť prípadmi, ktoré budú operované po 2. roku života.

Po chirurgickom zákroku bola hlava fixovaná veľkým korekčným obvazom v hyperkorekčnej polohe, ktorú stále kontroloval rehabilitačný pracovník. Po zahojení rany sa hneď začalo s aktívnou rehabilitáciou, po vykonaní ktorej sa znova nakladal korekčný obvaz, ktorý sme ponechávali individuálne dlho, podľa stavu pacienta počas 3 týždňov až 6 mesiacov. Ani v jednom prípade nebol použitý sadrový obvaz. Deti po operácii boli dlhodobe sledované, hlavne ak úprava po tenotómii nebola dokonalá. Retenotómia nebola uskutočnená ani u jedného pacienta z uvedeného súboru.

Z neskorých následkov v našom súbore bola najčastejšia skolióza tváre a lebky. Táto, ak dosiahne väčší stupeň, nevymizne a zostáva trvale ako kozmetický defekt. Skolióza chrbtice je vážnejší následok a býva prítomná hlavne u detí, ktoré neboli rehabilitované v novorodeneckom a dojčenskom veku. Podľa Lorenza najprv vzniká skolióza krčnej chrbtice a neskoršie sa pridruží aj skolióza hrudnej chrbtice, v ťažších prípadoch s kyfózou. V našom súbore sa objavila ľahká skolióza len u 4 detí (1 1/2 %), ktoré boli rehabilitované veľmi neskoro. Kongenitálne skoliózy, ktoré sa vyskytli v našom súbore ako pridružené anomálie, boli rehabilitované súčasne s torticollisom a upravili sa u všetkých postihnutých detí.

Diskusia.

V rehabilitačnej liečbe svalového torticollisu treba zdôrazniť včasný začiatok terapie, v prvých týždňoch života. Ďalej je dôležitý presný lokálny nález s oddiferencovaním postihnutia jednotlivých úponov m. sternocleidomastoidei a časté postihnutie odstupovej časti m. trapezoidei, aby sa rehabilitačný výkon mohol zamerať na uvoľňovanie kontrahovaných svalov, prípadne na posilňovanie hypotrofických svalov. Vo väčšine prípadov je potrebné kombinovať LTV s polohovaním v korekčnom obvaze.

Pokles operovaných pacientov narodených v rokoch 1972 a 1973 súvisí so zlepšením diagnostiky torticollisu na novorodeneckých oddeleniach a v postnatálnych poradniach, čím sa umožnilo začať s rehabilitáciou v prvých týž-

dňoch života. Na znížení chirurgických indikácií má nemalú zásluhu aj zlepšenie rehabilitačných metodík pri tejto chybe a vyškolenie rehabilitačných pracovníkov v týchto metodikách. Terapeutické úspechy nesúvisia často s ťažkosťou postihnutia svalu pri narodení, naopak sa nám zdá, že ľahšie a rýchlejšie sa upravuje torticollis s „veľkým“ nálezom, tumorom v svalu, ako zdanlivo ľahšie zhrubnutie kývača. Myslíme, že úspech záleží najviac od včasnej a intenzívnej rehabilitačnej liečby na rehabilitačnom oddelení, ale hlavne od rehabilitácie doma matkami, ktoré sa naučia rehabilitačným výkonom na rehabilitačnej ambulancii. Rehabilitácia detí s torticollisom sa vykonáva u nás len ambulantne. V prvých týždňoch denne, neskôršie, keď inštruktážou nadobudne matka cvik v rehabilitačnej metodike a prestane sa báť robiť výkon, ktorý je pre dieťa nie príjemný, dochádza dieťa na rehabilitáciu 2—3-krát týždenne, neskôršie ešte zriedkavejšie. Kontroly lekárom sú podobne na začiatku častejšie (2x mesačne), potom raz za 2—3 mesiace. V prípadoch rezídua funkčnej poruchy a deformity chrčtice je potrebné pokračovať v nápravných cvikoch, prípadne posúdiť i možnosť reoperácie.

Záver.

V referáte sú uvedené metodiky rehabilitačnej, chirurgickej i medikamentóznej liečby svalového torticollisu novorodencov. Zhrnuté sú výsledky rehabilitačnej i chirurgickej terapie. Poukazuje sa na potrebu včasnej a presnej diagnostiky postihnutia a na skoré začatie rehabilitačnej liečby v prvých týždňoch života. Dodržaním týchto podmienok klesá počet indikácií chirurgickej liečby. Zdôraznená je dôležitosť inštruktáže matiek v rehabilitácii tejto chyby, čím sa umožní cvičiť niekoľkokrát denne. V mnohých prípadoch referovaného súboru dochádzalo ku kompletnej úprave už v prvých 6 mesiacoch života dieťaťa. Včasne začatá a intenzívne vykonávaná rehabilitačná liečba je zábezpekou, že dôjde ku kompletnej funkčnej náprave, predíde sa kozmetickému defektu na lebke a tvári, čo sú estetické chyby, ale hlavne skolióze chrčtice, ktorá je už vážnou funkčnou poruchou.

Adresa autora: E. Č., Bratislava, RODFN

LITERATÚRA

1. Bätzner, K., Beck, W.: Das muskuläre Schiefhals. Bruns Beitr. Klin. Chir. 217, 1, 38—42, 1969
2. Bermann, V. V.: Hydrokortizón v liečbe svalového torticollisu u novorodencov. Chirurgia [Moskva] 46, 141—142, 1970
3. Haike, H., Wessels, D.: Spätergebnisse der Behandlung des muskulären Schiefhalses. München Med. Wschr. 110, 14, 851—854, 1968
4. Staheli, L.: Muscular Torticollis Late of Operative Treatment Surgery 69, 469—473, 1971

Е. Чайкова, Й. Лисый, М. Каменистая, А. Богачева: Мышечная кривошея у новорожденных (II. Терапия и результаты терапии)

Резюме

В докладе отмечаются методики восстановительной, хирургической и лекарственной терапии мышечной кривошеи у новорожденных. Подведены итоги восстановительной и хирургической терапии у 323 детей, рожденных в течение 1970 — 1974 гг., лечимых в Детской факультетской больнице в Братиславе. Указывается на необходимость своевременной и точной диагностики повреждения и раннее начало восстановительной терапии на первых неделях жизни ребенка. При соблюдении этих условий уменьшается число операционных индикаций. Подчеркивается важность инструктажа матерей в деле восстановления этого порока, чем дается возможность упражняться несколько раз в день. Во многих случаях отмечаемой группы доходило к полному исправлению уже на первых 6 месяцах жизни. Своевременно начатая и интенсивно осуществляемая восстановительная терапия является залогом достижения полной функциональной поправки, предупреждения косметического дефекта на черепе и на лице, но главным образом предупреждения сколиоза позвоночного столба, который представляет значительное функциональное расстройство.

E. Čajková, J. Lisý, M. Kamenistá, A. Boháčková:

MUSCLE TORTICOLLIS IN THE NEW BORN
(II. Treatment and results of treatment)

Summary

The paper deals with the methods of rehabilitation, surgery and medicamentous therapy of muscle torticollis in the new born. It summarizes the results of rehabilitation treatment and surgical therapy in 323 children born in the years 1970—1974 and treated at the Paediatric Clinic in Bratislava. Indicated is the necessity of early and accurate diagnosis of the affliction and the early begin of rehabilitation treatment during the first weeks of life of the child. By adhering to these conditions, the number of indication for surgery decreases. Emphasized is the importance of instructing mothers in rehabilitation. Exercises are to be applied several times a day. In many cases of the mentioned group total improvement could be achieved in the first 6 months of the child's life. Rehabilitation started early and carried out intensively can lead to total functional improvement and may so prevent a cosmetic defect on the skull and the face, and chiefly of scoliosis of the spine which is a serious functional defect.

E. Čajková, J. Lisý, M. Kamenistá, A. Boháčková:

Le torticollis musculaire des nouveaux-nés
(II. Traitement et résultats du traitement)

Résumé

Dans cet article sont mentionnées les méthodiques de la thérapie du torticollis musculaire des nouveaux-nés par la réadaptation, la chirurgie et la thérapie médicamenteuse. Les résultats de la thérapie de réadaptation et chirurgicale y sont résumés chez 323 enfants nés dans la période 1970 à 1974 et traités à l'Hôpital des enfants de la Faculté à Bratislava. On démontre la nécessité d'un diagnostic opportun et exact de l'affection et le début opportun d'un traitement de réadaptation dès les premiers jours de vie d'un nouveau né. En respectant ces considérations le nombre d'indications chirurgicales se réduit au minimum. Une importance particulière est consacrée aux mères dans le domaine de la réadaptation de ce défaut permettant ainsi d'effectuer l'exercice plusieurs fois par jour. Dans de nombreux cas du groupe cité une adaptation complète suivait dans les six premiers mois de la vie. Une thérapie opportune et intensive de réadaptation est la meilleure garantie d'une adaptation fonctionnelle complète devant un défaut cosmétique du crâne et visage, mais prévenant surtout la scoliose de la colonne vertébrale qui depuis longtemps est déjà considérée comme un trouble fonctionnel grave.

E. Čajková, J. Lisý, M. Kamenistá, A. Boháčková:

Muskel-Torticollis bei Neugeborenen

(II. Heilbehandlung und Heilergebnisse)

Zusammenfassung

Im Referat sind die Methodiken der rehabilitationsmäßigen, chirurgischen und medikamentösen Heilbehandlungen der Muskel-Torticollis bei Neugeborenen angegeben. Zusammengefaßt sind die Ergebnisse der rehabilitationsmäßigen und chirurgischen Therapie bei 323 in den Jahren 1970—1974 geborener Kinder, die im Fakultäts-Kinderkrankenhaus in Bratislava behandelt worden waren. Es wird auf die Notwendigkeit einer frühzeitigen und genauen Diagnostik der Schädigung sowie eines frühen Beginns der Rehabilitationsbehandlung in den ersten Lebenswochen des Kindes hingewiesen. Durch die Einhaltung dieser Bedingungen verringert sich die Zahl der Operationsindikationen. Betont wird die Wichtigkeit der Anleitung der Mütter zur Rehabilitation dieses Fehlers, wodurch es möglich wird, mehrmals täglich zu üben. In vielen Fällen unter den beobachteten Kindern trat schon in den ersten 6 Monaten des Lebens eine völlige Heilung ein. Eine frühzeitig einsetzende und intensive Rehabilitation beugt einem kosmetischen Defekt auf dem Schädel und im Gesicht vor, insbesondere aber einer Rückgrat-Skoliosis, die eine ernste funktionale Störung darstellt.

DALE B. DUBIN

SCHNELL-INTERPRETATION DES EKG. EIN PROGRAMMIERTER KURS.

(*Rýchla interpretácia ekg. Programovaný kurz.*)

Vydalo: Vydavateľstvo Springer Verlag, Berlín—Heidelberg—New York, 1975, 246 obr., 250 strán. Cena: DM 38,—. ISBN 3-540-07315-19.

Programovaný kurz o rýchlej interpretácii elektrokardiogramu je nemeckým prekladom druhého anglického vydania, ktoré vyšlo v Spojených štátoch severoamerických v roku 1970. Úvod k tomuto nemeckému vydaniu napísal prof. Gillman, nemecký preklad je prácou prof. Kerna a dr. Lindnera.

V posledných niekoľkých rokoch venuje sa veľká pozornosť programovanému vyučovaniu. Klasickým príkladom pre dobre spracovanú príručku programovaného vyučovania o elektrokardiografii je publikácia dr. Dubina, ktorá názorným spôsobom podáva informácie od teoretických základov elektrokardiografie až po príklady elektrokardiogramov pri jednotlivých diagnózach. V jednotlivých kapitolách sa zaoberá srdcovou frekvenciou, srdcovým rytmom, srdcovou osou, hypertrofiou, srdcovým infarktom a rôznymi vplyvmi na priebeh elektrokardiogramu. Každá otázka do-

kumentovaná formou pedagogického programu je ilustrovaná názorným ná-kresom, event. originálnou elektrokardiografickou krivkou. Každý lekár, i keď nemá dostatočné znalosti v elektrokardiografii — a práve pre týchto lekárov je táto publikácia určená — nájde tu dostatočné a odpovedajúce informácie na príslušnú otázku.

Azda najdôležitejšou prednosťou knihy je, že ako celok je programovaná — systémom logického algoritmu uvádza jednotlivé dáta tak, aby ten, kto ju študuje alebo číta, došiel k správne-mu záveru, t. j. logickému záveru.

Dubinova publikácia nájde iste širokú odozvu nielen medzi lekármi, ale aj medzi medikmi, pretože sa v nej moderným programovaným spôsobom píše o aktuálnych otázkach súčasnej kardiologie.

Dr. M. Palát, Bratislava

H. G. GADAMER, P. VOGLER:

BIOLOGISCHE ANTHROPOLOGIE

(*Biologická antropológia.*)

Band 1.—7. Vydalo vydavateľstvo Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1972—1975. Cena všetkých zväzkov DM 101,60.

V stuttgartskom nakladateľstve Georga Thiemeho vyšlo postupne v rokoch 1972 až 1975 sedem dielov Novej antropológie, ktoré pod vedením prof. Gadamera z Univerzity v Heidelbergu a zomrelého prof. Voglera z Berlína zostavili viacerí autori prevažne z nemeckej jazykovej oblasti, ale aj zo Spojených štátov amerických.

Uvedený komplex venovaný problematike človeka rieši jednotlivé otázky vývoja života a prostredia. Prvé dva diely patria problematike biologickej antropológie, tretí diel sociálnej antropológii, štvrtý diel kultúrnej antropológii, piaty diel psychologickej antropológii a posledné dva diely fyziologickej antropológii. V rade príspevkov sa formou jednotlivých kapitol z pera popredných odborníkov riešia problémy človeka, jeho vývoja, života, prostredia, správania a pod.

Antropológia ako veda o človeku a jeho vývoji je predmetom záujmu mnohých odborníkov predovšetkým lekárov, prírodovedcov, ale aj psychológov, sociológov a kultúrnych pracovníkov. Zatiaľ čo klasická antropológia sa zaoberá predovšetkým vývojom človeka, vývojovými teóriami, ďalej znakmi typickými pre človeka a genetickým základom človeka, v prítomnosti niektoré iné odbory sa snažia určitým spôsobom charakterizovať v súčasnom svete faktor

zvaný „človek“. Ide predovšetkým o psychológiu a sociológiu, ktorá svojimi prácami v súčasnosti charakterizuje postavenie človeka vo vzťahu k jeho biologickým základom, k jeho životnému prostrediu, jeho postojom k ostatným ľuďom, vo vzťahu k jeho kultúrnym potrebám a pod. Gadamerova a Voglerova Nová antropológia nie je antropológiou v klasickom slova zmysle, je však monografiou, ktorá sa na základe objektívnych a experimentálnych dôkazov snaží zaujať určité stanovisko k človeku ako faktoru, ktorý určuje tento svet a ktorý je ovplyvňovaný podmienkami tohto sveta.

Z hľadiska lekára sú najdôležitejšie prvé dva diely uvedenej monografie, kde sa hovorí o otázkach antropológie a biofyziky, kybernetiky antropológie, o biorytmoch a vývojových teóriách. Druhý diel, venovaný biologickej antropológii, rozoberá otázky výskumu ľudského správania a otázky fyziológie a patológie z hľadiska antropológie.

Nie je možné formou krátkej recenzie detailne sa zaoberať všetkými aspektmi, ktoré uvedená monografia prináša. Pri rozsahu, ktorý má, iste nerieši všetky otázky moderného človeka, ale v každom prípade prináša mnohé a cenné informácie z rôznych oblastí vedy o človeku.

Dr. M. Palát, Bratislava

VÝSKYT A VÝZNAM PORUCH PROKRVENÍ DOLNÍCH KONČETIN V REHABILITAČNÍ LÉČBĚ STAVŮ PO SRDEČNÍM INFARKTU*

J. HŮLA, M. KUČERA, J. SUCHAN

*Klinika chorob vnitřních lékařské fakulty
university Karlovy v Plzni,
zast. přednosta: Doc. MUDr. V. Karlíček, CSc.
Rehabilitační oddělení FN v Plzni,
přednosta: Prim. MUDr. J. Suchan.*

Souhrn: V rámci soustavné léčebné tělesné výchovy u nemocných po infarktu myokardu jsme zjistili, že porucha tepenného zásobování dolních končetin je u nemocných pod 50 let ve 28 % a u nemocných nad 50 let ve 42 %.

2. Častý současný výskyt ischemické srdeční choroby a okluzivní tepenné choroby dolních končetin vyžaduje zaměřit se v léčebné tělesné výchově jak na rehabilitaci důsledků postižení koronární, tak i tepenné oblasti dolních končetin.

3. Prstový volumový pletysmogram dolních končetin je vhodnou vyhledávací metodou tepenného postižení dolních končetin u stavů po srdečním infarktu. Patologické hodnoty při tomto vyšetření ukazující na přítomnost tepenného postižení jsou indikací k včasnému provádění LTV, zaměřené též na dolní končetiny.

Heslo: Infarkt myokardu — periferní poruchy prokrvení — pletyzmografie.

Jak okluzivní aterskleróza dolních končetin, tak i koronární aterskleróza mají obdobný patofyziologický podklad a nemůže nás proto překvapit, že obě tyto choroby najdeme často v naší populaci společně.

Komplexní rehabilitační péče u stavů po IM musí přihlídnout k poměrně častému sdružení obou těchto chorob. Prstový volumový pletysmogram dolních

* Předneseno dne 25. 4. 1975 na Angiologickém dnu v Plzni v rámci tematiky „Léčení chronické ischemie dolních končetin“.

končetin je neinvazivní vyšetřovací technikou pro časnou objektivní diagnostiku okluzivní atersklerózy dolních končetin a jeho patologické hodnoty jsou podkladem pro modifikovaný léčebný i preventivní postup u nemocných se stavem po infarktu myokardu.

Metodika

Od r. 1973 dodneška jsme sledovali skupinu 84 nemocných po IM a prováděli jsme léčebnou tělesnou výchovu v dlouhodobém programu. Rozdělili jsme si nemocné podle věku do dvou skupin a to do padesáti a nad padesát let. U všech sledovaných jsme provedli vyšetření palcového pletysmogramu dolních končetin v jednom nebo i opakovaném sezení. Výsledky jsme rozdělili na normální (A) a patologické (B). Výsledky patologické jsme rozdělili do tří skupin:

- a) pletysmogramy palců dolních končetin — hraniční nález,
- b) pozitivní nález palcového pletysmogramu,
- c) pozitivní nález palcového pletysmogramu a intermitentní klaudikace.

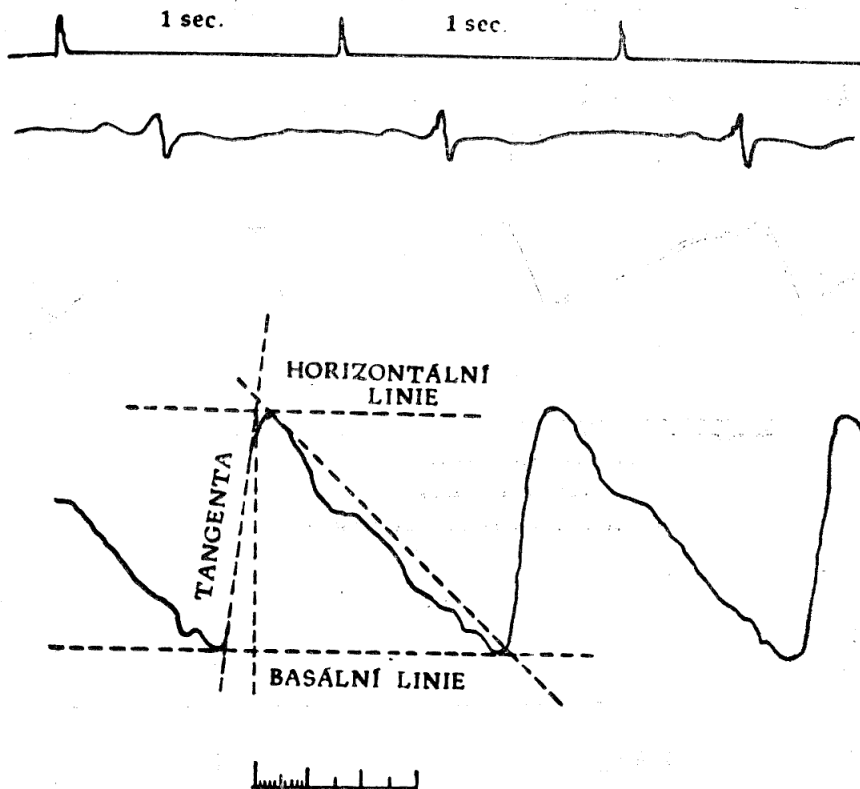
Vyšetření pletysmografické bylo prováděno u nemocných po IM většinou v době, kdy již u nich byla zavedena léčebná tělesná výchova (LTV).

Registraci digitálního volumového pulsu palce (digitální pletysmogram = digitogram) jsme prováděli pletysmografem EMT 510 Elema. Volumový puls palce se přenáší pneumatickou cestou na pletysmograf a registruje se na Mingografu Elema. Na podkladě Lundových prací (1, 2) a vlastních dlouhodobých praktických zkušeností pokládáme standardizovanou metodu digitálního volumového pulsu za citlivý test pro zjišťování organického obliterujícího tepenného onemocnění. Zejména se osvědčily tyto sledované hodnoty: (obr. 1, obr. 2).

1. Inklináční doba, která vyjadřuje za normálních okolností prudký vzestup descendentního ramene křivky. Tato doba se zjišťuje tak, že se vede tangenta na vzestupném rameni a trvání doby je ohraničeno v bodě, kde tato tangenta přetíná bazální linii křivky a linii vedenou vrcholem křivky. V patologických případech a zejména u obstrukční arteriální choroby dolních končetin je tento vzestup zpomalen. Normální digitogram vykazuje hodnotu do 0,12 sec, přičemž hodnota 0,12 sec je hraniční hodnota 0,13 patologická a svědčí pro zužující nebo obliterující atersklerotický proces na dolních končetinách.
2. Descendentní raménko křivky je za normálních okolností konkávní, resp. rovné a má vyznačenou dikrotickou vlnu. U obliterujících atersklerotických procesů na dolních končetinách je descendentní raménko proximálně konvexní a nebývá dikrotická vlna.

LTV u stavů po IK byla prováděna dvakrát až třikrát týdně podle programu, který byl publikován (3). Dodržovali jsme v něm zásady dané Světovou zdravotnickou organizací. Nemocní s patologickým nálezem na pletysmogramu prováděli kromě toho speciální cvičení zaměřené na DK. Po krátkém celkovém rozcvičení následovalo:

- a) stoupání na špičky po dvě až tři minuty,
- b) tlak prstů nohy proti odporu (cvičení s gumovou hadicí nebo proti zdi),
- c) cvičení končí chůzí po místnosti do objevení se klaudikací.



NORMÁLNÍ PLETYSMOGRAM PALCE NOHY. (HŮLA)

1 DÍLEK = 0,02 sec, 50 mm/sec.

INKLINAČNÍ DOBA: 0,08 sec

DESCENDENTNÍ RAMÍNKO: NORMÁLNÍ

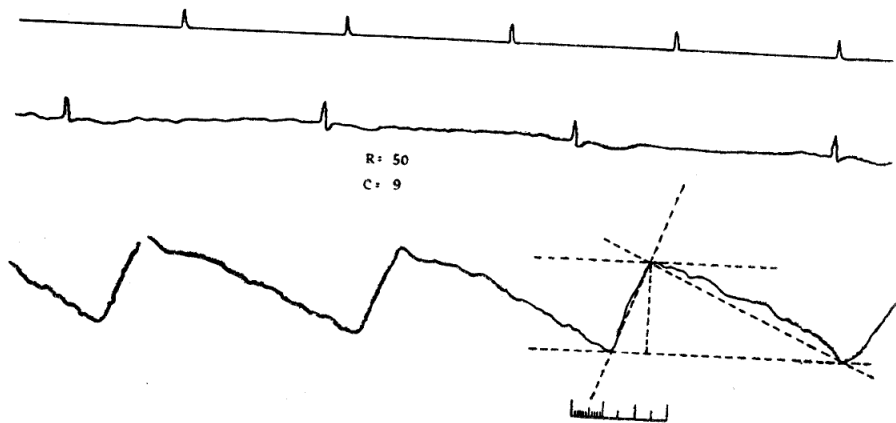
Obr. 1

Pak se nemocný zastaví, uvolní lýtko a po vymizení bolesti znovu pokračuje v chůzi. Někteří pacienti užívali 2—3 měsíce Complamin Retard 2×1 tbl.

U některých jsme dále užívali fysikálních procedur, chůze v bazénu, vířivé lázně DK, galvanické lázně. Největší význam přikládáme aktivní LTV.

Výsledky

Úvodem je třeba připomenout, že naše sledovaná skupina je selektivní, že



PATOLOGICKÝ PLETYSMOGRAM PALCE NOHY. (HŮLA)

1 DÍLEK: 0,02 sec, 50 mm/sec.

INKLINAČNÍ DOBA: 0,22 sec.

DESCENDENTNÍ RAMÍNKO: PATOLOGICKE

Obr. 2

<u>PLETYSMO</u>			<u>LTV</u>
<u>PAC. DO 50 LET</u> 36	A.	26 (72%)	---
	B.a	1	
	b	4 10 (28%)	10 (28%)
	c	5	
<u>PAC. NAD 50 LET</u> 48	A.	28 (58%)	---
	B.a	7	
	b	8 20 (42%)	20 (42%)
	c	5	

Tab. 1

jde o nemocné po IM, kteří jsou schopni na podkladě funkčního vyšetření kardiopulmonálního aparátu podrobit se léčebné tělesné výchově.

Na tab. 1 je podán přehled našich výsledků.

LTV byla dobře snášena. Zaznamenali jsme u podstatné části vyšetřovaných zlepšení stavu a prodloužení klaudikační vzdálenosti dolních končetin.

Diskuse

Naše výsledky na poměrně malém vzorku vybraných nemocných s prodělaným infarktem myokardu, podrobených LTV, nemohou být reprezentativní pro ischemickou srdeční chorobu jako celek. Zjistili jsme, že u 28 % nemocných po srdečním infarktu do padesáti let a u 42 % nemocných po srdečním infarktu po padesáti letech dochází ke změnám v tepenném zásobování dolních končetin, což je jistě procento velmi významné. Je proto pochopitelné, že náš léčebný postup musí v oblasti léčebné tělesné výchovy u nemocných po IM probíhat takovým směrem, který respektuje tuto přidruženou chorobu. Oba chorobné stavy, jak prokázána ischemická srdeční choroba, tak obstrukční choroba tepen dolních končetin jsou pro klinickou praxi ukazatelé aterosklerózy. Je známo, že při zhoršení klaudikačních obtíží mohou vymizet současné anginózní bolesti a naopak dřívější nástup bolesti v jedné oblasti nedovoluje dostatečnou tělesnou aktivitu, potřebnou ke vzniku ischemické bolesti v oblasti druhé. Ke všem těmto okolnostem jsme přihlíželi při programu LTV u nemocných po infarktu myokardu.

LTV u stavů po infarktu myokardu spočívá v řádném postupu a musí respektovat možnost často přidružené obstrukční tepenné choroby dolních končetin. Je proto třeba provésti náležitě vyšetření tepen dolních končetin a při pozitivním nálezu zavésti léčbu tak, jak jsme uvedli v metodické části.

Naše výsledky ukázaly, že LTV dolních končetin po infarktu myokardu při přidružené obliterující ateroskleróze dolních končetin mnohdy zlepšuje funkční stav tepenného zásobení DK, pro což svědčí zvyšující se klaudikační vzdálenosti. V rámci poinfarktové péče nabývá tedy při chronické ischemické chorobě dolních končetin zvláštní doplňující postavení aktivní LTV dolních končetin, která je schopna zlepšit subjektivní potíže nemocného.

LITERATURA

1. Lund, F.: Digital Plethysmography. Symposium delivered at the Third World Congress of Cardiology.
2. Lund, F.: Morphological Analysis of the Digital Volume Pulse- as a Diagnostic Method. Comptes rendus du II. Congrès international d'Angéiologie Fribourg (Luisse) 1.—5. September 1955.
3. Suchan, J., Kučera, M., Suchmanová, V.: Léčebná tělesná výchova u nemocných po infarktu myokardu po propuštění z nemocnice. Rehabilitácia č. 4, 1971, 153—158.

И. Хула, М. Кучера, И. Сухан: Встречаемость и значение расстройств кровоснабжения нижних конечностей в восстановительной терапии состояний после инфаркта миокарда.

Резюме

1. В рамках систематической лечебной физкультуры у больных после инфаркта миокарда мы наблюдали расстройство артериальной снабжения конечностей у больных ниже 50 лет в 28 %, а у больных свыше 50 лет в 42 %.
2. Частое одновременное наличие ишемической болезни сердца и окклюзионных артериальных заболеваний нижних конечностей требует от лечебной физкультуры устранения последствий поражения коронарной, также как и артериальной областей нижних конечностей.
3. Пальцевая объемная плетизмограмма нижних конечностей является удобным разыскивающим методом артериального поражения нижних конечностей при состояниях после инфаркта миокарда. Патологические значения при этом обследовании, указывающие на наличие артериального повреждения, являются показанием для своевременного проведения лечебной физкультуры, ориентирующейся также на нижние конечности.

J. Hůla, M. Kučera, J. Suchan: Häufigkeit und Bedeutung von Störungen der Durchblutung der unteren Gliedmaßen in der Rehabilitationsbehandlung nach Herzinfarkten.

Zusammenfassung

1. Im Rahmen der systematischen Heilgymnastik bei Patienten nach Myokardinfarkten wurde festgestellt, daß Störungen der arteriellen Versorgung der unteren Gliedmaßen bei Patienten im Alter von weniger als 50 Jahren im 28 % und bei Patienten im Alter von mehr als 50 Jahren in 42 % aller Fälle vorkommen.
2. Das häufige gleichzeitige Vorkommen einer ischämischen Herzerkrankung und einer okklusiven Arterienerkrankung der unteren Gliedmaßen macht es erforderlich, die Heilgymnastik sowohl auf die Rehabilitation der Folgen der Koronarschädigung als auch des Arterienbereiches der unteren Gliedmaßen auszurichten.
3. Das Fingervolumen-Plethysmogramm der unteren Gliedmaßen ist ein geeignetes Diagnostikverfahren zur Feststellung von arteriellen Störungen der Durchblutung der unteren Gliedmaßen bei Patienten nach Herzinfarkten. Pathologische Werte bei diesen Untersuchungen, die auf arterielle Störungen deuten, sind Indikationen für den Einsatz von Frühheilgymnastik mit Ausrichtung auch auf die unteren Gliedmaßen.

J. Hůla, M. Kučera, J. Suchan: Occurrence and significance of circulation disorders of the lower extremities in rehabilitation treatment of conditions after myocardial infarction.

Summary

1. In a study of systematic exercise therapy in patients after myocardial infarction it was found that circulatory disorders of the lower extremities are to be found in patients under the age of 50 in 28 %, in patients above the age of 50 in 42 %.

2. Today's frequent occurrence of ischaemic heart disease and of occlusive arterial diseases of the lower extremities requires exercise therapy to be directed towards rehabilitation of the affected arterial region of the lower extremities.

3. The digital volume pletysmogram of the lower extremities is a suitable method of determination of arterial affection of the region of the lower extremities in conditions after myocardial infarction. Pathological values in these examinations indicating the presence of arterial affection are an indication for an early begin of exercise therapy specially with regard to the lower extremities.

J. Hůla, M. Kučera, J. Suchan: Présence et signification des troubles circulatoires des extrémités inférieures dans la réhabilitation médicale des états après l'infarctus du myocarde.

Résumé

1. Dans le cadre de la kinésithérapie systématique chez les malades affectés d'infarctus du myocarde, on a constaté que les troubles de la circulation artérielle des extrémités inférieures sont de 28 p. cent chez les malades n'ayant pas atteints l'âge de 50 ans et 42 p. cent chez ceux ayant dépassé la cinquantaine.

2. La présence actuelle fréquente de la maladie ischémique du coeur et de la maladie occlusive artérielle des extrémités inférieures nécessitent une orientation vers la kinésithérapie aussi bien vers la réadaptation des conséquences des affections coronaires que celle du domaine artériel des extrémités inférieures.

3. Le pletysmogramme volumétrique digital des extrémités inférieures est la méthode de recherche appropriée des affections artérielles après l'infarctus du myocarde. Au cours de cette examination indiquant la présence de l'affection artérielle, les valeurs pathologiques sont des indications pour l'application opportune de la kinésithérapie, orientée aussi sur les extrémités inférieures.

ADVANCES IN NEUROLOGY

Volume 4: International symposium on pain

(Pokroky v neurologii, svazek 4: Mezinárodní symposium o bolesti.)

Redigoval J. J. Bonica. Raven Press New York 1974, 850 strán.

V recenovaném sborníku jsou soustředěny příspěvky z Mezinárodního symposia o bolesti, které se konalo v r. 1973. Mezi účastníky byli mnozí proslulí odborníci z teoretických i klinických odvětví medicíny.

V první, experimentální části sborníku převládají práce z fyziologických pracovišť. Iggo i další se zabývali klasifikací kožních receptorů a jejich vzájemnými vztahy. Několik prací, mezi nimi i práce dr. Vyklického, bylo věnováno bolesti v oblasti trigeminu. Při studiu vzestupných drah bolesti se stále více zdůrazňuje význam pomalých polysynaptických drah, které vedou bolest přes synapse mozkového kmene. Současně byl prokázán vliv sestupných drah, které zesilují či zeslabují přenos bolesti z periferie do mozku. V teoretické i klinické části knihy vzbudí náš zájem práce, které se zabývají psychologickou stránkou bolesti a psychologickými metodami jejího ovlivnění. Jeden příspěvek rozebírá placebo efekt, který představuje významnou složku účinku nejen analgeti, ale také fyzikální léčby nebo léčby hypnosou.

V druhé části sborníku, věnované diagnostice a terapii bolesti, vyplynulo z mnoha příspěvků, že dosud neexistuje

dostatečně objektivní metoda pro měření bolesti. Tím je ztíženo hodnocení a vzájemné srovnání terapeutických metod. Velmi zajímavý je příspěvek dr. Bonici, v němž popisuje své oddělení, tzv. „pain clinic“, specialisované na léčbu bolesti různého původu. Další příspěvky jsou věnovány různým možnostem ovlivnění bolesti. Stejně jako v současných odborných časopisech, i v tomto sborníku se soustřeďuje značný zájem na ovlivnění bolesti elektrostimulací, aplikovanou povrchovými elektrodami nebo elektrodami, implantovanými do oblasti zadních provazců. Tato léčba byla zavedena pod vlivem tzv. vrtákové teorie bolesti. Jiné příspěvky se soustřeďují na vybrané otázky neurochirurgie, na léčbu pomocí periférních bloků, akupunkturu. Poměrně málo míst je věnováno farmakoterapii a klasické fyzikální léčbě.

Tematika bolesti je v této knize probrána ve velmi širokém záběru, i když ne vždy systematicky, což je častý nedostatek podobných sborníků. Ke všem tematům jsou otištěny také diskuse, které knihu velmi oživují a dávají čtenáři možnost korigovat názory jednotlivých autorů.

Dr. J. Votava, Praha

**DLOUHODOBÉ ZKUŠENOSTI S REHABILITACI
OPEROVANÝCH ENDOPROTÉZAMI V OBLASTI
KYČLE ***

B. MÜLLEROVÁ, I. MÜLLER

Rehabilitační oddělení MÚNZ Brno,

vedoucí: dr. M. Večeřová.

Katedra ortopedie lékařské fakulty UJEP v Brně,

zast. přednosta: doc. dr. Bozděch, CSc.

Souhrn: Autoři zkušenosti s rehabilitací 136 nemocných po náhradě proximálního konce femoru cervikokapitální protézou (typu Morreova nebo Thompsonova) v různých indikacích (zlomeniny a paklouby krčku femoru, idiopatické nekrózy hlavice femoru atd). Tito nemocní byli léčeni na ortopedické klinice v Brně v letech 1966—1974 a jsou ústavně rehabilitováni. Dále jsou uváděny zkušenosti s rehabilitací operovaných pro koxartrózu, polyartritidu, úrazy proximálního konce femoru a pro jiné indikace totální protézou kyčelního kloubu. Šlo o mechanický typ protézy Sivašův nebo cementovaný typ protéz (Müller, McKee-Farrar, Weber). Soubor těchto operovaných tvořilo 161 nemocných léčených v letech 1968—1974.

Je poukázáno na rozdíly v klinické aplikaci komplexní rehabilitace u těchto dvou skupin operovaných, na výhody a nevýhody operačního postupu s ohledem na pohybový aparát a jeho reparaci. Problematika ambulantní rehabilitace a lázeňského doléčení má svá určitá specifika a je nastíněna. Podle vypracovaných schémat, s ohledem na individuální rozdíly nemocných, umožňuje komplexní rehabilitace včasné obnovení funkce hybného aparátu po těchto nových a závažných rekonstrukčních operacích. Vlastní zkušenosti jsou konfrontovány s literárními údaji. Doplněk tvoří kasuistická fotodokumentace.

Heslo: Cervikokapitální proteza — komplexní rehabilitace — operační postupy — kasuistika.

* Věnováno prim. dr. Večeřové k životnímu jubileu.

Rekonstrukční tendence v operativních oborech se zvláště výrazně projevily v ortopedii a traumatologii snahou o náhradu poškozených kloubů endoprotézami. Na dobrých výsledcích těchto operací se podílí velkou měrou komplexní rehabilitace.

Sledovali jsme soubory nemocných operovaných na ortopedické klinice v Brně cervikokapitální protézou femoru v průběhu devíti let a totální protézou kyčelního kloubu v průběhu sedmi let z hlediska rehabilitačního a dovolujeme si předložit některé své poznatky. Během doby došlo totiž k některým změnám v názorech na pooperační péči a rehabilitaci u těchto rekonstrukčních výkonů.

Materiál

A. V letech 1966—1974 bylo na našem pracovišti operováno cervikokapitální protézou celkem 136 nemocných v indikacích: zlomeniny krčku femoru, paklouby krčku femoru, idiopatické nekrózy hlavice stehenní kosti a koxartrózy (Müller a spol. 1974). Z těchto indikací v posledních letech zcela odpadly koxartrózy. Všichni operováni byli časně rehabilitováni, ambulantně kontrolováni a výsledek léčení byl hodnocen jednotným dotazníkem. Hodnoceno mohlo být objektivně 71 nemocných, t. j. 52,2 % operovaných. Průměrný věk sledovaných byl 67,1 roku a převládaly ženy. Zpočátku byl používán Austin-Mooreovův typ endoprotézy, v poslední době prakticky jen Thompsonův typ (obr. 1). Teprve od roku 1974 byly tyto protézy systematicky cementovány Palacosem, což zlepšilo mechanické i klinické výsledky a odrazilo se také ve změně schématu rehabilitace. Každý operovaný z této skupiny byl sledován průměrně dvanáct měsíců od zákroku, nejdéle 36 měsíců. Bylo zjištěno, že s chůzí o berlích započalo 22,5 % nemocných do deseti dní od operace, dalších 39,3 % do 14 dní od operace. Nemálo záleželo i na spolupráci nemocných, která žel nebyla dobrá u 48 % zraněných. Neblahý vliv na průběh rehabilitace a doléčení měla obezita, komplikující onemocnění kardiovaskulární, plicní, osteoporomalacie, artrózy, choroby metabolické a změny psychické. Nežádka se uplatnil i faktor dlouhodobé předchozí hospitalisace či nemoci (například u pakloubů krčku femoru přicházeli nemocní k rekonstrukčnímu výkonu až za 7,2. měsíce od úrazu). Rehabilitace byla zpomalována i řadou pooperačních komplikací, zejména tromboembolických i močových. Mortalita těchto nemocných činila 10,9 %. I přes tyto problémy byly výsledky po operaci velmi dobré. 50 z 71 kontrolovaných bylo s operací plně spokojeno, protože se mohli pohybovat, obsloužit a vrátit zpět k rodině.

Ve shodě s literárními údaji (Kocháňski 1971) udávalo 39,4 % operovaných bolesti v operované kyčli po delší chůzi. O holi chodilo 57,7 % operovaných, bez pomůcek jen 5 nemocných. Atrofii svalů stehna mělo při kontrole 32,3 % operovaných, průměrný zkratek 1,5 cm mělo 11 nemocných a pozitivní znamení Trendelenburgovo 22 % operovaných. Pohyb v kyčli činil u všech operovaných aktivně 50—90 st. flexe, 30 st. abdukce, 10 st. addukce, ale rotace měl volně jen jeden nemocný. Výsledky se prakticky shodují s údaji Lutonského a spol. 1973. Protruzi acetabula, která se uvádí jako jedna z častých komplikací, jsme viděli jen třikrát.

Schéma rehabilitace (schéma 1) u tohoto souboru nemocných spočívalo v polohování, odkašlávání a dechových cvicích prakticky již v den operace,

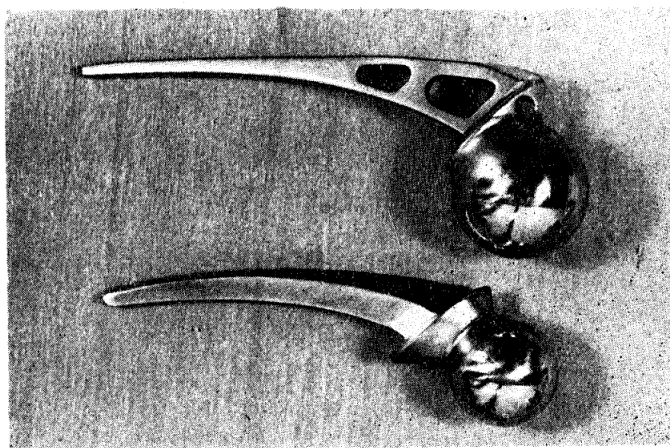
B. MÜLLEROVÁ, I. MÜLLER / DLOUHODOBÉ ZKUŠENOSTI S REHABILITACÍ V OBLASTI KYČLE

1. den	Odkšlávání, dechové cviky, inhalace, nebulisace.
2. den	Dechová a kondiční cvičení, sedání na loži.
3. den	Asistovaný pohyb operovanou DK, kondiční cviky HK.
6. den	Sedání přes postel.
10. den	Stoj a chůze o berlič, aktivní cviky operovanou DK, polohování (na břiše).

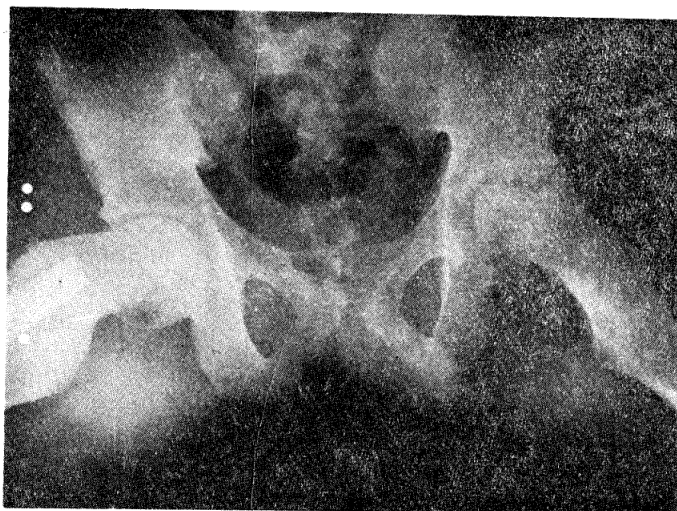
Schéma 1. Rehabilitace u cervikokapitálních protéz

Odkšlávání, dechové cviky, inhalace, nebulisace.
Dechová a kondiční cvičení, sedání na loži.
Asistovaný pohyb operovanou DK, kondiční cviky HK.
Sedání přes postel.
Stoj a chůze o berlič, aktivní cviky operovanou DK, polohování (na břiše).

v sedání a kondičním cvičení od druhého pooperačního dne, ve vedených asistovaných cvicích v operované kyčli a kolenu od třetího až čtvrtého dne. Sedání přes postel cvičil nemocný od šestého dne po operaci, stavění u postele o berlič následovalo sedmý až desátý den a do čtrnáctého dne pak již nemocní chodili o berlič bez zatěžování operované končetiny. Nyní, kdy protézy cementujeme, dovolujeme zatěžovat operovanou končetinu při náviku chůze ihned. V dolčení tohoto souboru nemocných se nám neosvědčila lázeňská léčba

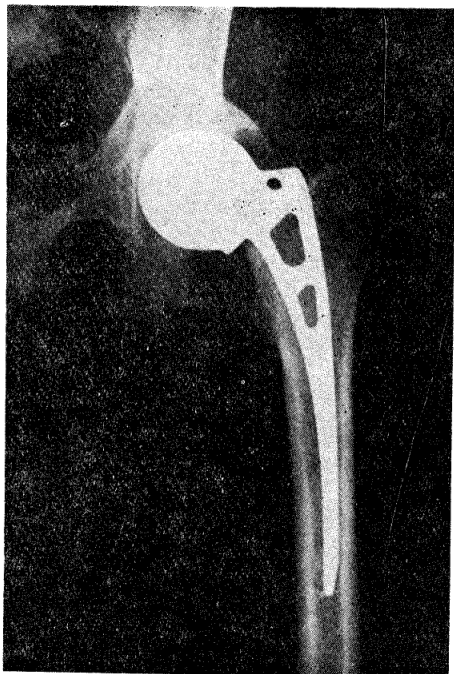


Obr. 1

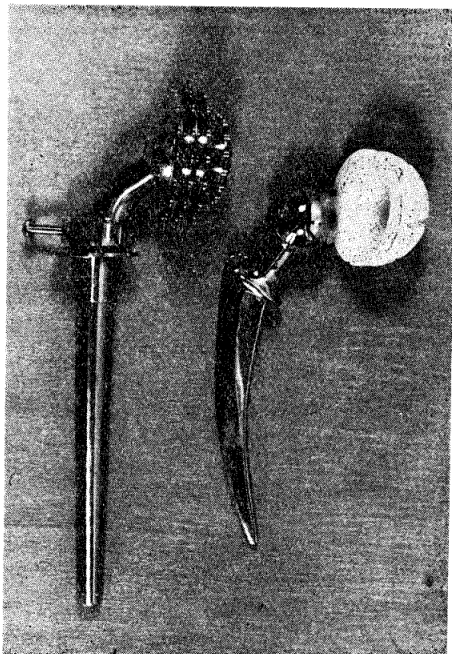


Obr. 2

Obr. 3

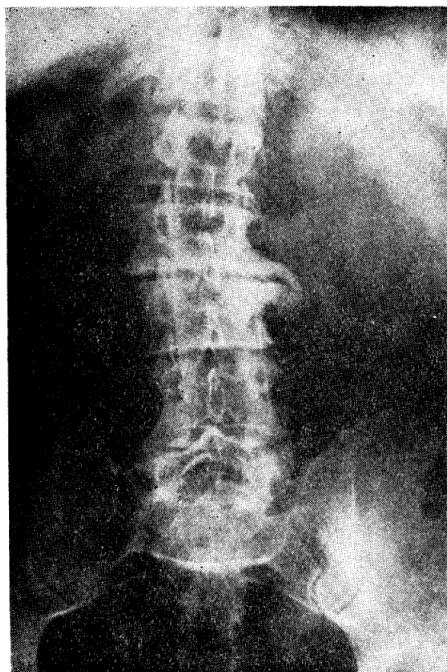


Obr. 4





Obr. 5



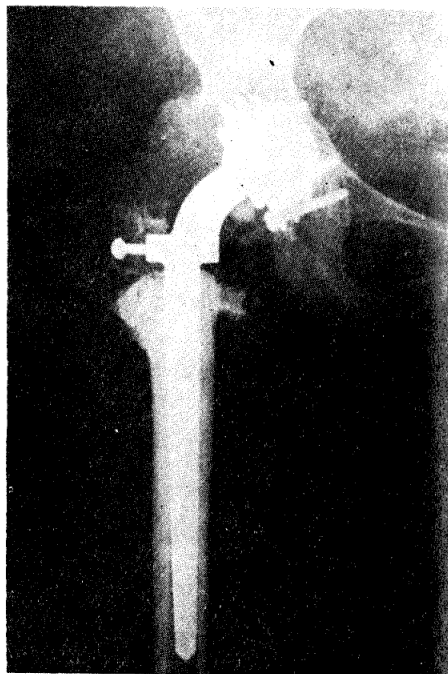
Obr. 6



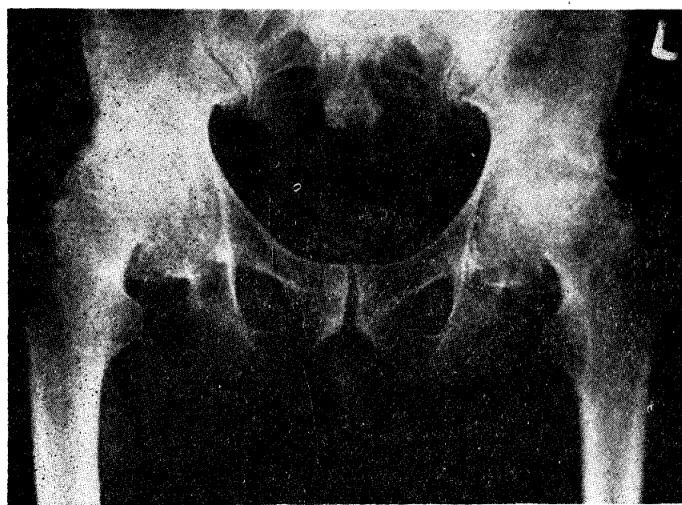
Obr. 7



Obr. 8



Obr. 9



Obr. 10

(není většinou nemocných dostupná vzhledem k věku Eis 1970, režimu a hyperemizujícím procedurám fyziotrickým). Rovněž ambulantní rehabilitace těchto starých lidí není reálná. Při průzkumu v ambulanci rehabilitačního oddělení polikliniky bylo zjištěno, že takto operovaní ve své spádové oblasti na cvičení nedocházeli. Osvědčila se lépe instruktáž s nácvikem zásoby cvičení pro doma. Rovněž se osvědčily pravidelné instruktáže o rehabilitaci pro pečovatelky, které pak zajišťovaly dozor nad cvičením osamocených starých lidí doma (Müllerová 1973).

Na obrázcích 2 a 3 si dovoluujeme demonstrovat cervikokapitální protézy kyčle u nemocného s nekrozou hlavice femoru po traumatické luxaci. Kromě bolestí po delší chůzi je výsledek dobrý.

B. V letech 1968—1974 bylo na ortopedické klinice v Brně operováno pro koxartrózu, revmatické procesy kyčlí, výjimečně pro úrazy či jiné indikace celkem 161 nemocných, jimž byla implantována totální protéza kyčle. Šlo v podstatě o typ protézy upevňovaný mechanicky (protéza Sivašova, Vlach 1971), nebo typ upevňovaný kostním cementem (Müllerova protéza, Bozděch 1971, 1972, 1974). Oba typy demonstrujeme na obrázku 4.

Nemocní měli postiženy většinou obě kyčle, dále u nich dominoval těžký degenerativní proces na páteři a krajině sakroiliakální, často byla přítomná změna osy dolních končetin (zejména v oblasti kolen) a kontraktury (na kyčli zejména flekční, addukční a zevněrotační).

Dolní končetiny byly nestejně dlouhé, nemocné trápily kruté bolesti nejen při pohybu, ale i v klidu, stávali se stále závislejšími na medikaci (což se negativně odráželo ve stavu jater, ledvin a krevního obrazu), sebeobsluha byla ztížena až znemožněna, vzhledem k celkovému stavu nevycházeli prakticky z domu, a byli invalidy nejtěžšího stupně. Často se změny pohybového aparátu kombinovaly s dalšími celkovými chorobami (obezitou, kardiovaskulárními a metabolickými chorobami). Ve sledovaném souboru bylo 100 žen a 61 mužů s průměrným věkem 50,2 roku (ale ve skupině bylo i 10 nemocných nad 70 let). Nemocní byli po operaci pravidelně kontrolováni, 40 z nich bylo v průměru za 14,8 měsíce od operace podrobně vyšetřeno objektivně a dotazníkem (nejdelší doba po operaci při kontrole činila 31 měsíců). Po operaci byli všichni nemocní soběstační v sebeobsluze, občasné bolesti po námaze a změně počasí udali 4 nemocní, 50 % operovaných užívá na delší chůzi hůl, průměrná délka chůze bez odpočinku se zvětšila na 3 km. Jsou však i takoví mladší operovaní, kteří provozují rekreační turistiku, plavání a lyžování, mnozí pohodlně řídí svá auta. Přesné srovnání výsledků nelze zatím učinit, protože nemocné obtěžuje po operaci i druhý postižený kyčelní kloub a teprve po implantaci obou umělých kloubů se dostavuje plný léčebný efekt. Při kontrole činila průměrná aktivní flexe v operované kyčli 70 st., abdukce 32 st., rotace 15—35 st., extenze 11 st. U 16 kontrolovaných po 31 měsících od operace jsme zjišťovali i způsob další rehabilitace. Jen 4 se dlouhodobě rehabilitovali ve zdravotnických zřízeních a 2 v lázních. Do ambulantních složek rehabilitačních oddělení poliklinik docházeli jen 2 nemocní. Naopak rehabilitační stanice při klinice měla operované nemocné ve své péči ještě 3—4 měsíce po operaci. Je to sice výhodné z hlediska metodického a odborného, ale tento způsob rehabilitace nevyhovuje z hlediska kapacity. Po operaci totální protézou jsme neměli žádné úmrtí ani infekci.

Předoperační den	Dechová a kondiční cviky, nácvik toalety na mísu, polohování.
Operační den	Odkашlávání, dechové cviky, oxigenoterapie.
1. den	Kondiční a dechové cviky, sedání. Pozor na polohu operované DK!
2.—6. den	Posilování HK, cvičení operované DK s dopomocí.
7. den	Sedání přes lože, stoj o berlích.
10. den	Chůze o berlích s příkládáním operované DK.
21. den	Plné zatížení DK, polohování na břicho, odporové cviky (bicykl, schody).

Schéma 2. Rehabilitace u cementovaných totálních protéz kyčlí

Dechové a kondiční cviky, nácvik toalety na mísu, polohování.
 Odkашlávání, dechové cviky, oxigenoterapie.
 Kondiční a dechové cviky, sedání.
 Pozor na polohu operované DK!
 Posilování HK, cvičení operované DK s dopomocí.
 Sedání přes lože, stoj o berlích.
 Chůze o berlích s příkládáním operované DK.
 Plné zatížení DK, polohování na břicho, odporové cviky (bicykl, schody).

Rehabilitační postupy se liší podle typů operací a protéz. Zásadně doporučujeme před operací redukci váhy, kondiční cvičení a cvičení aktivní s odlehčením na postížených kyčlích (Červeňanský a spol. 1972). V operační den pečujeme o řádné odkашlávání, provádíme oxigenoterapii a nebulizaci, provádíme dechové cvičení. Další dny povolujeme sedání na posteli, dechové a kondiční cvičení jsou stálou součástí rehabilitačního plánu (schéma 2). Posilujeme dále pletence pažní a provádíme lehkou masáž břicha, dále aktivně cvičíme hlezna a kolena. Pečlivě dbáme o polohu operované končetiny v neutrální poloze (boj proti zevní rotaci a addukci). Při rotačních tendencích na-

kládáme na 10 dní antirotační sádrovu botku. U cementovaných protéz do-
volujeme šestý den sedat přes postel a sedmý až desátý se nacvičuje chůze
o berlích bez plného zatížení operované končetiny. Do tří týdnů od operace
nemocný plně zatěžuje (v čemž se lišíme od jiných autorů). Brzy provádíme
v rámci boje proti kontrakturám polohování na břicho, přidáváme jízdu na kole,
skupinová cvičení v tělocvičně, hry, cviky obratnosti, nakonec nacvičujeme
chůzi po schodech a nastupování do dopravního prostředku na maketě. Velmi
pozorně se věnujeme vztahům kyčle—pánev—bederní páteř. Tyto poměry se
mohou operaci velmi zásadně změnit a způsobit nemocnému celou řadu dalších
potíží. Operátér je často nucen vzhledem ke kompenzovaným poměrům tohoto
„klíče“ volit atypické uložení protézy při peraci, aby předešel dekompenzačním
potížím v lumbosakrální krajině, bolestem v kolenou a podobně. Rehabilitační
pracovník naopak při bedlivém sledování fázových svalů trupu a břicha (Du-
rianová 1975) musí kontrolovat bederní hyperlordózu a šikmý sklon pánve
a svalově kompenzovat nedostatky cvičením. Vyjíměčně je nutno peroperačně
krvavě uvolňovat kontraktury kolem kyčle. Na obrázcích 5—8 si dovolujeme
demonstrovat nemocného s oboustrannou koxartrózou těžkého stupně a spon-
dyložozou bederní, jemuž byla vpravo aplikována cementovaná totální protéza
kyčle s dobrým výsledkem.

U nemocných s mechanicky upevňovanou endoprotézou (necementovanou)
je systém rehabilitace obdobný (schéma 3), ale prodlužuje se fáze nezatěžo-

Před operací až 6. den	Viz předešlá schemata!
10. den	Chůze o berlích bez zatěžování operované DK. Žádná aktivní abdukce!
30. den	Pozvolné zatížení DK, polohování.

Schéma 3. Rehabilitace u necementovaných totálních protéz kyčlí
Viz předešlá schemata!
Chůze o berlích bez zatěžování operované DK.
Žádná aktivní abdukce!
Pozvolné zatížení DK, polohování.

vání operované končetiny na 4—6 týdnů a zásadně se časné necvičí aktivní
abdukce kyčle, aby nedošlo k uvolnění trochanterického masivu tahem gluteů.
Masiv se totiž během operace syntezuje k endoprotéze. Na obrázcích 9 a 10 si

dovolujeme demonstrovat nemocnou, která prodělala mnoho operací pro oboustrannou kongenitální luxaci kyčlí a vlevo byla nakonec provedena artrodéza kyčle, která nebyla vyhovující. Proto v obtížném operačním terénu byla implantována Sivašova totální protéza s dobrým klinickým i subjektivním výsledkem.

Zásadně jsme proti aplikaci tepla elektroléčebných procedur na místa implantovaných protéz, i když někteří autoři škodlivost těchto procedur neprokázali na svých klinických souborech (Locva a spol. 1974). Po půl roce od operace nemáme námitek proti intenzivnější zátěži operované končetiny, proti plavání, sauně a podobně.

Rozprava

I když nemáme tak velké soubory jako Charnley 1974, Müller 1970 nebo Sivaš 1969, přece jen můžeme říci, že rekonstrukční výkony v oblasti kyčlí jsou velmi efektní a ve spojení s dobrou rehabilitací přinášejí desítkám invalidních nemocných návrat do života. S rozvojem možností technických a kádrových nabude v budoucnu převahu náhrada celé kyčle totální protézou nad hemiplastikami, jako jsou cervikokapitální protézy. Hranice operace se z dosavadních padesáti let věku jistě posune níže a daleko více operovaných se vrátí do pracovního procesu. Naopak horní hranice věku vhodného k operaci se bude stále posunovat vzhůru, v geriatrické traumatologii se bude daleko více uplatňovat užití endoprotéz. To všechno však bude klást i větší požadavky na odbornost a zkušenost rehabilitačních pracovníků, na spolupráci se sestrami u lůžka i pečovatelek u osamělých starých lidí (Neuwirtová a spol. 1974).

Závěr

Autoři uvádějí zkušenosti s rehabilitací 136 nemocných po náhradě proximálního konce femoru cervikokapitální protézou (typu Mooreova či Thompsonova) v různých indikacích. Tito nemocní byli na ortopedické klinice v Brně operováni v letech 1966—1974. Dále jsou uváděny zkušenosti s rehabilitací operovaných pro koxartrózu, polyartritidu, úrazy a vzácně z jiných indikací totální protézou kyčelního kloubu. Byly užity totální protézy typu Sivašova, Müllerova, McKee-Farrarova a Weberova. Soubor těchto operovaných tvořilo 161 nemocných léčených v letech 1968—1974.

Je poukázáno na rozdíly v klinické aplikaci komplexní rehabilitace u těchto dvou skupin operovaných, na výhody a nevýhody operačního postupu s ohledem na pohybový aparát a jeho reparaci. Problematika ambulatní rehabilitace a lázeňského doléčení má svá určitá specifika a je nastíněna. Podle vypracovaných schémat, s ohledem na individuální rozdíly nemocných, umožňuje komplexní rehabilitace včasné obnovení funkce hybného aparátu po těchto nových a závažných rekonstrukčních operacích. Vlastní zkušenosti jsou konfrontovány s literárními údaji. Práce je doplněna kasuistickou fotodokumentací.

LITERATURA

1. *Bozděch, Z.*: The Contemporary State of Alloplasty of the Hip Joint. *Scripta medica* 44, 1971, 7: 407—413.
nám kloubu. *Acta chir. ort. tr. Č.* 41, 1974, 1: 5—12.
4. *Čech, O. a spol.*: Operační technika při aplikaci totální endoprotézy Poldi. *Acta chir. ort. tr. Č.* 41, 1974, 5: 423—434.
5. *Cerveňanský, J. a spol.*: Chirurgická liečba dogeneratívnych chorôb pohybového ústrojenstva v pokročilom veku. *Rehabilitácia* 5, 1972, 4: 195 až 199.
6. *Durianová J.*: Význam a vyšetrenie funkcie fázických svalov v motorických stereotypoch pri vertebrogénnych poruchách. *Fys. věst.* 53, 1975, 1: 54—61.
7. *Eis, E.*: Léčebná rehabilitace u starších, ortopedicky nemocných lidí. *Prakt. lék. (Praha)* 50, 1970, 10: 353—355.
8. *Huraj, E. a spol.*: Dynamické poruchy chůdze u ortopedických pacientov. *Rehabilitácia* 5, 1972, 4: 201—206.
9. *Charnley, J.*: Total Hip Replacement. *J.A.M.A.* 230, 1974, 7: 1025—1028.
10. *Kochański, W.*: Zachowanie się objawu bólowego w trakcie leczenia balneorehabilitacyjnego u chorych z endoproteza stawu biodrowego typu Moore a i McKee Farrar'a. *Chir. nar. ruchu* 36, 1971, 3: 369—373.
2. *Bozděch, Z.*: Totální protézy kyčelního kloubu u revmatických onemocnění. *Fys. věst.* 50, 1972, 6: 313—317.
3. *Bozděch, Z.*: Problémy totálních protéz ve velmi těžce změněm kyčelním kloubu. *Acta chir. ort. tr. Č.* 41, 1974, 1: 5—12.
11. *Locova, E. I. a spol.*: Fizioterapia posle metalloosteosinteza. *Ort. travm. protez.* 47, 1974, 3: 9—12.
12. *Lutonski, B. a spol.*: Balneorehabilitacja stanów po metalloplastyce stawu biodrowego za pomoca endoprotezy Austin-Mooréa i McKee Farrar'a. *Chir. nar. ruchu* 38, 1973, 4: 451—456.
13. *Müller, M. E.*: Total Hip Protsheses. *Clin. Orth. Rel. Res.* 72, 1970, 46—68.
14. *Müller, I. a spol.*: Náhrada proximálního konce femuru cervikokapitální protézou. *Acta chir. ort. tr. Č.* 41, 1974, 1: 44—47.
15. *Müllerová, B.*: Rehabilitace v pečovatelské službě o staré lidi. Přednáška pro pečovatelky, MÚNZ Brno, květen 1973.
16. *Neuwirtová, R. a spol.*: Zkušenosti s rehabilitací gerontologických nemocných. *Prakt. lék. (Praha)* 54, 1974, 23: 864—868.
17. *Sivaš, K. M.*: Razvitije alloplastiki tazobedrennogo sustava za poslednie 15 let. *Ort. travm. protez.* 42, 1969, 11: 28—33.
18. *Vlach, O.*: První zkušenosti s plastikou kyčelního kloubu podle Sivaše. *Acta chir. ort. tr. Č.* 28, 1971, 2: 73—76.

Adresa autora: B. M., Rehabilitační oddělení MÚNZ, Brno.

Б. Мюллерова, И. Мюллер: Долговременный опыт по восстановлению оперированных эндопротезами в области тазобедренного сустава.

Резюме

В своей статье авторы обращают внимание на психическое состояние больных в послеинфарктном периоде в рамках комплексной восстановительной заботливости о них.

Психическое состояние определялось психиатрическим и психическим исследованием, главным образом техникой опросных листов (MMQ, MAS, NSQ).

Исследование проводилось у 44 больных после инфаркта миокарда, проходящих комплексную восстановительную терапию и у 22 больных после инфаркта миокарда, не подвергавшихся восстановлению и составляющих контрольную группу. Больные обследовались в течение одного года (через 2, 6 и 12 месяцев после инфаркта миокарда).

Авторы установили, что в послеинфарктный период переживает у больных сравнительно долго жуткая депрессивная и неврастеническая симптоматология разной степени, на которую можно положительно повлиять психиатрическо-психологической заботливостью. При контрольных обследованиях через 6 и 12 месяцев после инфаркта миокарда установлен у группы восстанавливаемых больных более благоприятный терапевтический эффект по сравнению с группой больных без восстановительной терапии.

B. Müllerová, I. Müller: Langjährige Erfahrungen mit der Rehabilitationsbehandlung von Patienten nach Operationen mit Endoprothesen im Hüftbereich.

Zusammenfassung

Die Autoren teilen ihre Erfahrungen mit der Rehabilitationsbehandlung von 136 Patienten mit, denen das proximale Ende des Femurs durch eine zervikokapitale Prothese (des Mooreschen oder Thompsonschen Typs) bei verschiedenen Indikationen (Brüche oder Pseudoarthrosen des Femurhalses, idiopathische Nekrosen des Femurkopfes usw.) ersetzt wurde. Diese Patienten wurden an der Orthopädischen Klinik in Brno in den Jahren 1966—1974 behandelt und systematisch rehabilitiert. Ferner werden Erfahrungen mit der Rehabilitationsbehandlung von Patienten nach Operationen bei Koxarthrosen, Polyarthrit, nach Verletzungen des proximalen Femurendes sowie wegen anderer Indikationen, die totale Hüftgelenkprothesen erhielten, dargelegt. Es handelte sich um den mechanischen Prothesentyp nach Sivaš oder den Zementtyp (Müller, McKee-Farrar, Weber). Diese Gruppe von operierten Patienten bestand aus 161 in den Jahren 1968—1974 behandelten Kranken.

Es wird auf die Unterschiede in der klinischen Anwendung der komplexen Rehabilitation bei diesen beiden Gruppen von Operierten Patienten hingewiesen, auf die Vor- und Nachteile des operativen Eingriffs im Hinblick auf den Bewegungsapparat und seine Reparation. Die Problematik der ambulanten Rehabilitation und der Nachbehandlung mit Badekur besitzt ihre Spezifik, die ebenfalls aufgezeigt wird. Aufgrund der ausgearbeiteten Schemen — unter Berücksichtigung der individuellen Unterschiede unter den Patienten — ermöglicht die komplexe Rehabili-

**B. MÜLLEROVÁ, I. MÜLLER / DLOUHODOBÉ ZKUŠENOSTI S REHABILITACÍ
V OBLASTI KYČLE**

tationsbehandlung eine frühzeitige Erneuerung der Funktion des Bewegungsapparates nach diesen neuartigen und schwerwiegenden Rekonstruktionsoperationen. Die eigenen Erfahrungen der Autoren werden mit Angaben aus der Literatur konfrontiert. Eine kasuistische Fotodokumentation ist als Ergänzung beigefügt.

B. Müllerová, I. Müller: Long-term experience with rehabilitation in operated patients with endoprotheses in the hip region.

S u m m a r y

The authors report about their experiences with rehabilitation treatment in 136 patients after substitution of the proximal femur by a cervicocapital prosthesis (type Moore or Thompson) in various indications (fractures and pseudo-articulation of the femur neck, idiopathic necrosis of the femur head etc.). These patients were treated at the Orthopaedic Clinic in Brno in the years 1966—1974 and systematically underwent rehabilitation treatment. Experiences are also presented after surgery for coxarthrosis, polyarthrititis, trauma of the proximal femur and other indications for total prosthesis of the hip joint. The mechanic prosthesis of the Sivaš-type or the cemented type of prosthesis (Müller, McKee-Farrar, Weber) was applied. The group of these patients consisted of 161 patients treated during the years 1968—1974.

Attention is being paid to the differences of the clinical application of rehabilitation in these two groups of operated patients, to the advantages and disadvantages of surgery with regard to the motor system and its reparation. The problem of ambulatory rehabilitation treatment and spa treatment has its specification and is being mentioned. According to the elaborated schemes, with regard to individual differences in patients, complex rehabilitation enables functional renewal of the motor system after the mentioned reconstructive operations. The authors own experiences are compared with dates from literature. The paper is supplemented by case photo-documentation.

B. Müllerová, I. Müller: Expériences à long terme de la réadaptation des opérés avec endoprothèses dans la partie coxale.

R é s u m é

Les auteurs présentent les expériences de la réadaptation de 136 malades après substitution de l'extrémité proximale du fémur par la prothèse cervicocapitale (du type de Moor ou Thompson) dans les différentes indications (fractures et articulations fausses du col du fémur, les nécroses idiopathiques de la tête du fémur etc.). Ces malades ont été traités à la Clinique orthopédique de Brno dans la période de 1966 à 1974 et réadaptés systématiquement. Ensuite, sont mentionnées les expériences acquises avec la réadaptation des opérés par suite de la coxarthrose, de la polyarthrite, des blessures de l'extrémité proximale du fémur et pour d'autres indications de la prothèse entière de l'articulation coxale. Il s'agissait du type de prothèse mécanique Sivaš ou de la prothèse cimentée types Müller, McKee-Farrar, Weber). Le groupe de ces opérés comptait 161 malades traités dans la période de 1968 à 1974.

On fait remarquer les différences dans l'application clinique de la réadaptation complexe chez ces deux groupes d'opérés, les avantages et désavantages de la méthode d'opération en égard au système mobile et de sa réparation. La problématique de la réadaptation ambulatoire et des traitements balnéaires a ses différentes spécificités et est esquissée. Selon les schèmes élaborés et en considération avec les différences individuelles des malades, la réadaptation complexe permet un rétablissement fonctionnel opportun du système mobile après ces opérations de reconstruction nouvelles et graves. Les expériences propres sont confrontées avec les données littéraires et complétées par la photodocumentation.

H. J. HOLTMEIER:

TASCHENBUCH DER PATHOPHYSIOLOGIE I.

(Průručka patofyziologie I. svazok.)

Vydal: Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, 1974, 369 str., Cena: DM 23.80. ISBN 3-437-00124-8.

Vo vreckovom formáte vychádza v edícii ÚTB (Univerzitné príručky) I. diel patofyziologie, ktorý pod vedením prof. Holtmeiera spracoval kolektív ďalších 6 autorov. Prvý diel obsahuje kapitoly dýchania, srdca, obehu, obličiek, vegetatívnych regulácií a výživy. Kniha, určená predovšetkým poslucháčom medicíny na univerzite, prináša súčasný pohľad na patofyziologické deje prebiehajúce v organizme, ktorých poznanie je dôležité ako základ klinického myslenia a klinického prístupu v praktickej medicíne. Je prehľadná, mnohé ilustrácie a tabuľky dopĺňujú príslušný text jednotlivých kapitol. Jednotlivé kapitoly priťahujú na záver poukaz na ďalšiu literatúru, ktorá osvetľuje jednotlivé čiastkové otázky.

Fyziológii a patofyziológii jednotlivých systémov organizmu venuje súčasná medicína najmä v posledných 10 rokoch značnú pozornosť. Výsledkom tohto záujmu sú viaceré publikácie, monografie klinickej fyziologie, ako aj z hľadiska teoretických základov tejto klinickej fyziologie.

Holtmeierova príručka je dokladom toho, ako sa dá poslucháča medicíny rýchlym spôsobom informovať o základných patofyziologických dejoch v ľudskom organizme.

Dr. M. Palát, Bratislava

B. FRIEDRICH:

**BIOMECHANISCHE STABILITÄT
UND POSTTRAUMATISCHE OSTEITIS**

(Biomechanická stabilita a poúrazová osteitis.)

Heft zur Unfallheilkunde, Heft 122.

Vydal J. Rehn a I. Schweiberer.

Springer Verlag, Berlin, Heidelberg—New York, 1975. 113 stran, 61 obrázků, 16 tabulek, cena 48 DM.

Autor užíva pro metastatické kostní infekce název osteomyelitis, pro kostní hnisání traumatického původu název osteitis.

V pokuse na králících sledoval autor hojení zlomenin ošetřených jednak stabilně (tlaková dlažka) jednak nestabilně (nitrodřeňový hřeb). V jedné skupině králíků bylo hojení za normálních podmínek, ve druhé skupině byla do zlomeniny očkována infekce. Autor dospěl k těmto výsledkům:

1. Mezi osteitidou a instabilitou úloalků je přímý vztah.
2. Osteitis neprodukuje dobu hojení.

3. Postup hojení závisí na biomechanické stabilitě úloalků a nikoliv na osteitidě.

Na základě experimentů, klinických zkušeností a rozsáhlých literárních podkladů doporučuje autor při osteitidě ponechat kovový materiál až do zhojení zlomeniny a zaručit tak pro hojení potřebný klid. Kde je to nutné, má se provést široká inese a proplachy antibiotiky. Příčinou pozdních infekcí může být nedostatečné profylaktické dávkování antibiotiky, které infekci jen dočasně utlumí.

Dr. V. Mastný, Brno

MODEL PRACOVNÍ ČINNOSTI JAKO PŘÍPRAVA NA ZAMĚSTNÁNÍ A TEST PRACOVNÍ ČINNOSTI U NEMOCNÝCH PO INFARKTU MYOKARDU

V. ŠUCHMANOVÁ, J. SUCHAN,
J. JOCHIMSTHALER, J. POLÁČKOVÁ,
M. KUČERA, L. PACELTOVÁ, J. JESCHKE.

Rehabilitační oddělení FN KUNZ v Plzni,

přednosta: MUDr. J. Suchan

Krajská hygienická stanice v Plzni,

ředitel: MUDr. J. Man

Psychiatrická klinika LF UK v Plzni,

přednosta: prof. MUDr. V. Sedivec, CSc.

Interní klinika LF UK v Plzni,

zast. přednosta: doc. MUDr. V. Karlíček, CSc.

Oddělení tělovýchovného lékařství FN KUNZ v Plzni,

přednosta: MUDr. J. Jeschke

Souhrn: Nemocné po prodělaném infarktu myokardu připravujeme v rámci rehabilitačního programu na pracovní zatížení v zaměstnání. Podle podrobného rozboru příslušné profese modelujeme fyzickou zátěž prostředky léčebné tělesné výchovy. Pro psychickou zátěž používáme vhodné psychologické testy. Před nástupem do zaměstnání je každý během pracovního zatížení kontrolován telemetricky elektrokardiografem.

Heslo: Infarkt myokardu — psychika nemocných — komplexní rehabilitace.

Pro rutinní určování pracovní schopnosti u nemocných po infarktu myokardu se užívají různé ergometrické metody. Mají řadu výhod: Přesné dávkování zátěže a opakovatelnost. Vyšetření je možno provádět v omezených prostorách laboratoře, a tím je usnadněna registrace sledovaných hodnot. Výsledky zátěžových testů je možno analogicky využívat i k určování pracovní schopnosti a jsou zařízení, kde např. bicyklové ergometrie se používá i jako tréninkové metody pro zvyšování nebo udržování tělesné zdatnosti.

Nevýhodou ergometrických testů (bicyklový, rumpálový, běhátkový, Masterovy schody) je okolnost, že nevystihují základní pohybové požadavky většiny zaměstnání. Vůbec nekalkulují s psychickou komponentou, velikostí zapojovaných svalových skupin, rytmem práce, ani vzájemným podílem fázické a tonické složky. Proto se někdy stane, že velmi pečlivé vyšetření s následným zařazením nemocného do pracovního procesu musí být revidováno. To je nepříjemná záležitost jak pro nemocného, tak pro posuzujícího lékaře. Nehledě k jiným škodám, otrásá to důvěrou a možností objektivního bezpečného po-

souzení pracovní schopnosti a možnosti správného pracovního zařazení postiženého pracovníka.

Zjednodušené zařazování do pracovního procesu přehlíží i některé řídké, ale nezbytné úkony s mimořádnými požadavky, např. na isometrickou kontrakci svalovou apod. Ve snaze odstranit jmenované nedostatky při léčebné rehabilitaci našich nemocných po prodělaném infarktu myokardu, jsme ve spolupráci s oddělením fyziologie práce KES připravili profesiogramy nemocných. V podrobném rozboru práce jsme se snažili postihnout všechny základní důležité činnosti, které naši nemocní po návratu do zaměstnání budou muset konat (5). Ty jsme pak postupně nacvičovali jako součást komplexního rehabilitačního programu. Dodržovali jsme zásadu, že pulsová frekvence nesmí dlouhodobě přesáhnout 30 % nad klidovou tepovou hodnotu z maximálně tolerované zátěže, zjištěné na bicyklovém ergometru. Jen krátkodobě může dosáhnout 60 % maximálně tolerované zátěže. Tyto hodnoty byly vodítkem při léčebné tělesné výchově. Tepovou frekvenci a krevní tlak jsme sledovali během cvičení po krátkých intervalech a po každém namáhavějším úkonu. Telemetrické elektrokardiografické vyšetření jsme prováděli průběžně a vždy před nástupem do zaměstnání (2). Záznam musel být bez ischemických změn a arytmií, nemocní nesměli mít subjektivní obtíže.

Kdyby nemocný přesahoval stanovená kritéria při některém úkonu, musíme takovou činnost eliminovat, eventuálně doporučit jinou práci. Je-li však profesiogram dobře sestaven, nemůže dojít k překvapení při nástupu do zaměstnání. Při nácviku jsme dodržovali časový sled a návaznost úkonů i velikost zátěže, která je pro nacvičovanou profesi charakteristická.

Způsob nácviku pracovních profilů

Jakmile je nemocný, u kterého je reálný předpoklad nástupu do zaměstnání, schopen zátěže, alespoň 75 %, začínáme se cvičením připraveným na základě profesiogramu. Pro modelaci fyzické zátěže používáme: chůzi, běh, chůzi se závažím po rovině i do schodů, výstup na žebříny, přenášení a zdvihání plného míče, činek s výměnným závažím, dynamometr a bicyklový ergometr. Pro modelaci psychické zátěže máme k dispozici některé psychologické testy, zaměřené zejména na koncentraci pozornosti a výkonnost: reaktoměr (vyvinutý Pinkerem, Chalupkovou a Joachimsthalerem (7) společně se sedmičkovým a osmičkovým testem (pozornost je zaměřena na dvě činnosti), korektivní test pozornosti (zkouška přesnosti a rychlosti) (4), Bourdonův škrtačí test (který je prvotně testem úmyslné koncentrace pozornosti, přesnosti percepce a psychomotorického tempa a druhotně zkouškou činnosti kapacity) (6), číselný čtverec (3) a ve spolupráci s dr. Blažkovou používáme Brickenkampův test d-2 (informuje o množství závadnosti a kolísavosti výkonu) (1). Abychom modelovali stressovou situaci, nemocný pracuje v běžném provozu tělocvičny, je rušen metronomem, ev. reprodukovanou hudbou a dotazy během časově limitované činnosti. Pracovní profil nacvičujeme dvakrát týdně 15 až 50 minut po dobu jednoho až tří měsíců, prakticky do nástupu do zaměstnání (8).

Příklad profesiogramu nemocného J. F., narozeného 1928, veterinárního technika: Charakteristika práce: pracuje jako veterinární technik od r. 1952, má pracovní dobu od 7,00 do 15,30 hod. Pětkrát v měsíci má noční službu,

Jezdí po JZD a kontroluje stav skotu, čistotu mléka atd. Nosí brašnu kolem 20 kg těžkou. Jezdí služebně autem. O každé návštěvě vede záznam, na konci měsíce provádí sumarizaci.

Modelace: 1. Chůze — 5 minut.

2. Chůze s činkou 10 kg — 5 minut.

3. Vyšetření reakční doby — 5 minut.

4. Modifikované Masterovy schody (rytmus 60×/min.) — 5 minut.

5. Číselný čtverec.

6. Výstup na žebříny po pěti příčkách (vždy ob jednu) — zpočátku třikrát, později pětikrát.

7. Modifikované Masterovy schody jako sub 4.

8. Chůze s činkou 10 kg — 5 minut.

9. Vyšetření reakční doby — 5 minut.

10. Číselný čtverec.

11. Zdvíhání plného míče 1,5 kg do výše 1 m, šestkrát za minutu — 2 minuty.

Protože tento pracovník vykonává při práci i statickou práci v souvislosti s porody u dobytka, doporučuje se provést před nástupem do zaměstnání, při telemetrické elektrokardiografické kontrole: tah v předklonu oběma rukama — 30 kp — doba tahu 10 sec. — přestávka 5 sec. — provádět po dvě minuty.

Nácvik pracovního profilu, jak nazýváme přípravu do zaměstnání, je racionální využívání metod léčebné tělesné výchovy pro konkrétní práci. Navíc je i vhodnou metodou stanovení pracovní schopnosti u jednotlivých povolání. Předností je i pestrost práce jak pro nemocného, tak pro rehabilitačního pracovníka, od kterého metoda vyžaduje tvořivý a zasvěcený přístup.

LITERATURA

1. *Krickenkamp, R.*: Aufmerksamkeits-Belastungs-Test d—2, C. J. Hogrefe, Göttingen, 1967.

2. *Jeschke, J. et al.*: Telemetrie v tělocvičně u osob po infarktu myokardu. *Pracov. Lék.*, 25 (1973), č. 7, s. 280—285.

3. *Jirásek, J.*: Číselný čtverec. *Čs. Psychiatrie* (1963), s. 381.

4. Korekturný test pozornosti (překlad L. Repáň), *Psychodiagnostické a didaktické testy*, n. p. Bratislava, 1968.

5. *Kučera, M., Joachimstahler, J., Suchan, J., Jeschke, J., Chaloupková, E., Poláčková, J.*: Návrh nové metodiky

vyšetřování pracovní schopnosti u nemocných po infarktu myokardu. *Čas. Lék., čes.*, 114, (1975), č. 2, s. 49—51.

6. *Kuruc, J., Senka, J., Čečer, M.*: Bourdonova skůška (Bo Pr-test), *Psychodiagnostické a didaktické testy*, n. p. Bratislava, 1972.

7. *Pinker, J., Chaloupková, E., Joachimstahler, J.*: Přístroj k měření reakční doby s programovaným podáváním podnětů. *Čs. Hyg.*, 16, (1971), 4/5: s. 161—165.

8. *Suchan, J., Kučera, M., Šuchmanová, V., Jeschke, J., Joachimstahler, J.*: Některé nové prvky v pohybové léčbě u nemocných po infarktu. *Rehabilitační* 6, (1973), 221—227.

Adresa autora: MUDr. V. Š., Rehabilitační odd. FN KÚNZ, Plzeň.

В. Шухманова, Й. Сухан, Й. Йоахимсталер,
Й. Полачкова, М. Кучера, Л. Пацелтова, Й. Еш-
ке: Модель трудовой деятельности как подготовка для ра-
боты и тест трудовой деятельности у больных после инфар-
кта миокарда

Резюме

В рамках восстановительной программы больные после инфаркта миокарда подготавливаются к рабочей нагрузке на работе. На основании подробного анализа соответствующей профессии моделируется физическая нагрузка средствами лечебной физкультуры. Для психической нагрузки применяются подходящие психологические тесты. Перед поступлением на работу каждый больной контролируется во время трудовой нагрузки телеметрически путем электрокардиограммы.

V. Suchmanová, J. Suchan, J. Joachimsthaler,
J. Poláčková, M. Kučera, L. Paceltoová, J. Jesch-
ke: Modell der Arbeitstätigkeit als Vorbereitung für die
Beschäftigung und als Test der Arbeitstätigkeit bei Patien-
ten nach überstandenem Myokardinfarkt

Zusammenfassung

Patienten nach überstandenem Myokardinfarkte werden im Rahmen des Rehabilitationsprogramms auf die Arbeitsbelastung in der Beschäftigung vorbereitet. Nach eingehender Analyse des betreffenden Berufes wird die physische Belastung mit den Mitteln der Heilgymnastik modelliert. Zur psychischen Belastung werden geeignete psychologische Tests angewendet. Vor dem Arbeitsantritt in der Beschäftigung wird jeder Patient im Laufe der Arbeitsbelastung telemetrisch mit Hilfe eines Elektrokardiographs kontrolliert.

V. Suchmanová, J. Suchan, J. Joachimsthaler,
J. Poláčková, M. Kučera, L. Paceltoová, J. Jesch-
ke: Modèle d'activité physique comme formation au travail
et test d'activité physique chez les malades après l'infarctus
du myocarde

Résumé

Les malades ayant subi une affection d'infarctus du myocarde sont, dans le cadre du programme de réadaptation, soumis à l'effort physique dans leur emploi. Selon l'analyse détaillée de la profession respective, on constitue un modèle d'effort physique des moyens de kinésithérapie. Pour l'effort psychique, on utilise des tests psychologique appropriés. Avant l'entrée en fonctions, chaque malade est soumis, au cours de l'effort physique au contrôle télémétrique par l'électrocardiographe.

V. Suchmanová, J. Suchan, J. Joachimsthaler,
J. Poláčková, M. Kučera, L. Paceltoová, J. Jesch-
ke: A model of working activity as preparation for employ-
ment and a working test for patients after myocardial
infarction

Summary

Patients who have gone through myocardial infarction are being prepared for employment during a rehabilitation programme. According to a detailed analysis of the pertinent profession, the physical load is being chosen in exercise therapy. For psychical load a suitable psychological test is being chosen too. Before entering employment each patient is being controlled by telemetric radiography.

W. BEIER:

BIOFYSIKA

(Úvod do fyzikální analýzy biologických systémů a soustav.)
Vydalo: Academia, nakladatelství Čs. akademie věd, Praha,
1974, 364 str. 190 obr., cena: Kčs 58,—.

Pražské nakladatelstvo Čs. akademie věd v preklade I. Hauzara a K. Zemana vydalo v roku 1974 Biofyziku, ktorá vyšla v troch vydaniach v Lipskom vydavateľstve VEB Georga Thiemeho. Monografia je venovaná biofyzike, hraničnému odboru medzi biológiou a fyzikou. Veľký rozvoj biologických vied, chémie a fyziky viedol k vytvoreniu hraničných odborov a jedným z takýchto odborov je práve biofyzika.

Beierova monografia má 5 základných kapitol, záver, menný a vecný register. V predhovore prof. Beier zdôvodňuje účel monografie o biofyzike. V predhovore k českému vydaniu prekladateľa zdôrazňujú zmysel vydania tejto významnej monografie v češtine, kde v súčasnosti podobná práca nie je.

Prvá kapitola hovorí o úlohách biofyziky. V druhej sa rozoberá fyzikálna analýza systémov, tretia venuje pozornosť ideovým prístupom analýzy systémov, štvrtá sa zaoberá experimentálnymi metódami analýzy systémov a konečne v piatej, ktorá je najrozsiahlejšia, uvádzajú sa príklady biofyzikálneho výskumu, ako sú výskumy molekulárnych systémov, štúdie bunkových systémov a výskum mnohobunkových sústav.

Monografia prof. Beiera je vlastne

prehľadom súčasných poznatkov v tejto oblasti vedy. V súčasnosti sa lekári a biológovia musia nevyhnutne oboznámiť so základmi biofyziky, predovšetkým z hľadiska molekulárnych systémov, z hľadiska bunkových systémov, ako aj z hľadiska viacbunkových sústav. Preto je vítané, že túto monografiu v pražskom vydavateľstve Academia publikovali v češtine. Pre lekárov má základný význam piata kapitola, kde môžu získať potrebné a podrobné informácie o biofyzike živých systémov, či už na úrovni bunky, alebo organizmu. Uvádzanie matematických vzorcov azda odraďí mnohých čitateľov, i keď tieto vzorce sú len určitým úvodom do tejto problematiky z hľadiska matematického vyjadrenia.

Početné obrázky, schémy aj mikrofotografie ilustrujú a dopĺňujú diskutovanú látku jednotlivých kapitol. Každá kapitola, event. každá subkapitola je doplnená prehľadom literatúry, takže každý, kto má záujem o hlbšie štúdium tejto problematiky, môže získať potrebné pramene.

Kniha zo strany polygrafickej zodpovedá štandardu podobných publikácií vydavateľstva Academia v Prahe. Aj cenovo je prístupná.

Dr. M. Palát, Bratislava

K. H. DEGENHARDT (red.), a ďalší:

HUMANGENETIK

(Ein Leitfaden für Studium, Praxis und Klinik.)

Genetika človeka.

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Löwenich-Köln, 1973, strán 442, početné fot. a tab., cena DM 39,— (v sérii „FT“ Fach-Taschenbücher für Lehre und Praxis, Nr. 4).

Pod redakciou a za aktívneho prispenia prof. dr. Karl-Heinza Degenhardta, riaditeľa Ústavu pre humánnu genetiku pri frankfurtskej Johann-Wolfgang-Goetha Universität, predkladá Vydavateľstvo nemeckých lekárov knižku, ktorá v malom, vreckovom formáte prezentuje dobrý prehľad o teoretických základoch a o súčasných smeroch aplikácie genetiky človeka.

V autorskom kolektíve, ktorý túto učebnicu napísal, nachádzame dvoch profesorov medicíny, teda lekárov, jedného docenta a dvoch doktorov prírodných vied (genetikov), a jedného DrPh., čiže psycholga, všetkých z Frankfurtu nad Mohanom. Podarilo sa im na pomerne malom priestore zhromaždiť a nešpecialistovi sprístupniť veľké množstvo informácií, ktoré odborníkom susedných disciplín dovoľujú rýchlu a dost hlbokú orientáciu v príslušnej problematike.

Prvou kapitolou je stručný výklad súčasného stavu v genetike všeobecne a v genetike človeka obzvlášť: podáva sa vysvetlenie moderného chápania pojmov gén a chromozóm. Nasleduje najrozsiahlejšia kapitola knihy, totiž veľmi bohatá a pekne ilustrovaný opis genómových a chromozómových anomálií, mechanizmov ich vzniku, pravdepodobnosti ich výskytu atď. Tretia kapitola má zameranie skôr teoretické, hovorí sa v nej o formálnej genetike, konštrukcii rodokmeňov a multifaktoriálnej dedičnosti. Za ňou nasleduje klinicky zameraná kapitola o geneticky podmienených poruchách metabolizmu a o farmakogenetike.

Druhá časť knihy, zatiaľ čo sa priamym autorstvom redaktora, patrí praxi klinickej genetiky a má podnad-

pis: Diagnostikovanie a klinické poradenstvo (prevencia). Na bohatom a konkrétnom klinickom materiáli sa tu demonštruje konkrétne aplikácia všeobecne genetických poznatkov v poradenskej praxi. Prístup kazuistický tu veľmi šťastne dopĺňujú všeobecnoteoretické princípy, ale aj poukazy na technické a metodické pomôcky. Knihu uzatvárajú tri kratšie kapitoly o teratológii, mutagenéze a o nadaniach a osobnostných črtách pod zorným uhlom genetiky (s dôrazom na dedičnosti inteligencie).

Prístup je ojaz komplexný, je dobrou ukážkou spojenia teoretických princípov s klinickou praxou. V knihe sú zohľadnené aj najnovšie problémové okruhy, s ktorými sa praktik môže stretnúť pri rozhovoroch s informovanými laikmi, ako napr. dobrovoľná sterilizácia (samozrejme so zreteľom na právnu situáciu v NSR), alebo otázka možných poškodení genetickej podstaty človeka škodlivinami civilizačného životného prostredia. Pochopiteľne, rozsah knihy nedovoľuje často taký hlboký výklad, aký by si azda záujemca o špeciálnu problematiku mohol priať, no všade je na doplnenie obrazu ďalšia originálna literatúra. Treba s uznaním konštatovať, že autorom sa na pomerne malom priestore podarilo komprimovane podať ojaz rozsiahle množstvo informácií z oblasti vyznačujúcej sa prudkým a — nech je mi dovolený výraz — multifaktoriálnym vývojom.

Z technickej stránky je knižka vyba-vená taktiež veľmi kvalitne: nielen papier a väzba, ale najmä početné fotografie sa vyznačujú dôkladnosťou uskutočnenia a prispievajú k jej hodnote.

Doc. R. Stukovský, Bratislava

**LASÉGUEŮV MANÉVR, SUBJEKTIVNÍ STAV
A NEUROTICISMUS PODLE EYSENCKOVA
DOTAZNÍKU U NEMOCNÝCH
S LUMBOISCHIADICKÝM SYNDRONEM**

A. HLAVÁČEK

*Výzkumný ústav balneologický, Mariánské Lázně.
Reditel: MUDr. J. Benda, CSc.*

Souhrn: Posoudit léčebný efekt u chronických onemocnění je nesnadné. Platí to i pro rehabilitaci nemocných s lumboischiadickým syndromem komplexní lázeňskou léčbou. Při hledání způsobů, jak u nich efekt posoudit, bylo zjištěno, že parametry pro kořenové dráždění a subjektivní stav na jedné straně a parametry pro toto dráždění a psychologicky stanovenou labilitou na druhé straně vypovídají shodně Laségueův manévr koreluje vysoce statisticky významně s duševní pohodou, jak ji známkuje sám nemocný, i se skórem neuroticismu, stanoveným pomocí Eysenckova osobnostního dotazníku. Tyto korelace potvrzují úzkou psychosomatickou vazbu u nemocných s lumboischiadickým syndromem a upozorňují na cenu tzv. subjektivních údajů pro posouzení stavu nemocného, pokud nejsou zkruslovány motivačně.

Heslo: Lumboischiadický syndrom — Laségueův manévr — Eysenckův osobnostní dotazník — neuroticismus.

Hodnotit výsledky léčby chronické nemoci je nesnadné. Nemoc zpravidla se nedaří vyléčit a ani stupeň dosaženého zlepšení zdravotního stavu často nelze jednoznačně posoudit. Platí to i pro posuzování efektu lázeňské léčby nemocných s bederním kořenovým syndromem. Nejasnosti v posuzování efektu nabývají na významu tím více, že onemocnění je masové a v československých lázních představuje nyní až asi desetinu všech léčených.

Obvykle se hodnotí stav nemocných ze dvou hledisek: z tzv. subjektivního a z tzv. objektivního. Hranice mezi nimi není ostrá a v praxi často jde o to zjistit, jakou váhu přisoudit právě subjektivnímu stavu. Subjektivní stav je

významný proto, že u chronických nemocných bývá někdy jediným a vylučným kritériem pro dynamiku choroby a zvláště jejích funkčních projevů. Subjektivní stav posuzujeme podle výpovědi pacienta samého. Je pochopitelné, že v subjektivním údaji pacienta se může projevit ovlivnění osobou lékaře, který stav hodnotí. Naopak při objektivním hodnocení, které provádí lékař, se může uplatnit větší nebo menší měrou subjektivní postoj nemocného (1—4, 6—9).

Pokusili jsme se proto u skupiny nemocných s lumboischiadickým syndromem porovnat objektivně zjišťovanou míru — Laségueův manévr — a subjektivní stav podle výpovědi nemocného a podle jednoduchého psychologického testu.

Metodika

K objektivnímu hodnocení jsme zvolili Laségueův manévr. Měřili jsme jej vleže hydrogoniometrem firmy GEIGY, přiloženým na ventrální plochu stehna. Ventrální flexi v kyčli prováděl nemocný do objevení se nebo zjištění bolesti. Použili jsme hodnoty naměřené ve stupních na nemocné straně. Subjektivní stav nemocní hodnotili sami v denním dotazníku. Zapisovali v něm každý den večer známky za celkový subjektivní pocit, a to podle pětibodové stupnice školního typu. Pro každou známku byla zhruba vymezena charakteristika stavu tak, aby známky byly srovnatelné nejen u jedince v čase, ale i mezi jedinci navzájem.

Charakteristika byla formulována takto:

- 1 — pocit dobré nálady, spokojenosti, duševní svěžesti celý den,
- 2 — k pocitu dobré nálady a duševní svěžesti občas něco scházelo,
- 3 — k pocitu dobré nálady a svěžesti stále něco scházelo,
- 4 — trvalá skleslost, pocit duševní únavy,
- 5 — trvalý pocit velké skleslosti, sklíčenosti, duševní únavy.

K psychologickému testování sloužil Eysenckův osobnostní dotazník, a to v obou variantách A a B současně. Tento dotazník zachycuje dvě základní psychologické dimenze, a to neuroticismus, extrovertovanost a její opak introvertovanost. Umožňuje současně stanovit i lie-index, kterým se odhaduje spolehlivost výpovědi nemocného. Z dotazníku jsme využili skóre neuroticismu. Neuroticismus je psychologický pojem pro vlastnost, odvozenou z příznaků neurotika. Ten bývá neklidný, úzkostlivý, dělá si zbytečné starosti, chová se nedospěle, je snadno podrážděný, chybí mu sebedůvěra, mívá pocity méněcennosti. Jeho citů se lze snadno dotknout. Jiný termín pro neuroticismus je labilita a je možné tuto psychologickou dimenzi označit i dvoupólově jako labilitu a stabilitu. Skóre zdravé populace se pohybuje kolem 10. Skóre neurotiků je vyšší, kolem 15. Labilitu tedy charakterisuje vyšší počet bodů než přísluší „stabilním“ osobám (5).

Výsledek předběžného vyšetření

Předběžné vyšetření jsme provedli u malého souboru 16 nemocných. Jde o 13 mužů a 3 ženy, převážně v páté dekádě věku, léčených 34 dny ve V ýzkumném ústavu balneologickém komplexní lázeňskou léčbou. Hodnocení jsme provedli stejný den, jednou na začátku a jednou na konci léčby, zpravidla 4. a 28. den pobytu pacienta v lázních.

Nemocné jsme podle hodnot Laségueůva manévru naměřených na postižené

A. HLAVÁČEK / LASÉGUEŮV MANÉVR

končetiňně rozdělili do dvou skupin, a to s hodnotami do 75° a s hodnotami 80° a více. Uobou skupin jsme pak vypočítali průměrnou známku za subjektivní stav a průměrné skóre neuroticismu podle Eysenckova osobnostního dotazníku na začátku a na konci léčby. Z tabulky 1 je patřno, že příznivějším hodnotám Laségueova manévru odpovídají příznivější známky za subjektivní stav a příznivější skóre neuroticity na začátku i na konci lázeňské léčby.

Laségue (stupně)	Subjektivní stav (známka)		Neuroticismus (skóre)	
	začátek léčby	konec léčby	začátek léčby	konec léčby
n = 16				
do 75°	1,9	1,8	13	15
80 a více	1,7	1,5	11	10

Tab. 1 Porovnání hodnot Laségueova manévru, známek za subjektivní stav a skóre neuroticismu na začátku a na konci lázeňské léčby u 16 nemocných s lumboschiadickým syndromem.

Dále jsme porovnali u známek za subjektivní stav, u skóre neuroticismu a u Laségueova manévru změnu mezi začátkem a koncem lázeňské léčby. Sečetli jsme na jedné straně pacienty, jejichž parametry se „zhoršily“. Jeden změnili“ a na druhé straně pacienty, jejichž parametry se „zhoršili“. Jeden pacient nebyl hodnocen pro chybějící hodnotu, takže soubor čítá jen 15 osob. Změny jsou uvedeny v tabulce 2, a to v absolutních číslech i v procentech:

	Laségue	Subjektivní stav	Neuroticismus
„Zlepšen“ nebo „nezměněn“	13 (87 %)	7 (50 %)	11 (73 %)
„Zhoršen“	2 (13 %)	7 (50 %)	7 (27 %)

Tab. 2 Změna parametrů z tabulky 1 na konci lázeňské léčby.

A. HLAVÁČEK / LASÉGUEŮV MANÉVR

Statisticky jsme vztah nedohnotili. Při malém počtu pozorování není vyloučena shoda ve změně hodnotících kritérií. Kvalitativně se shodně mění zvláště Laségueův manévr a skóre neuroticismu.

Z předběžného vyšetření vyplynulo, že je oprávněně očekávat dobrou shodu mezi uvedenými kritérii jak při statickém, tak i při dynamickém vyšetření, tj. jak mezi jejich absolutními hodnotami, tak i mezi jejich změnami v čase. Dosud jsme si ověřili, jak uvedeme dále, závislost mezi absolutními hodnotami.

Statisticky ověřené výsledky

Naznačenou závislost mezi Laségueovým manévrem a subjektivním stavem jsme ověřovali u skupiny 71 nemocných s lumboischadiadickým syndromem. Jednalo se o 42 mužů a 29 žen převážně v páté dekádě věku, léčených shodně jako skupina 16 pacientů z ověřovacích měření. Vypočítali jsme koeficient z korelační tabulky pro hodnoty jak na začátku, tak na konci léčby,

$$\langle r = -0,356 \rangle$$

který pro 142 porovnávaných hodnot je statisticky významný na jednoprocenní hladině. Zkrácenou tabulku uvádíme:

Laségue (stupně)	Subjektivní stav (známka)				
	1	2	3	4	5
do 55°	10	24	11	1	1
60°—75°	20	26	6	2	0
80° a více	25	13	3	0	0

Tab. 3 Porovnání hodnot Laségueova manévru a známek za subjektivní stav u 71 nemocných s lumboischadiadickým syndromem na začátku a na konci lázeňské léčby.

Naznačenou závislost mezi Laségueovým manévrem a skórem neuroticismu jsme ověřovali u skupiny 29 pacientů s lumboischadiadickým syndromem. Jednalo se o 22 mužů a 7 žen převážně v páté dekádě věku, léčených shodně jako skupina 16 pacientů z předběžných měření. Vypočítali jsme Spearmanův koeficient korelace pro hodnoty Laségueova manévru a pro skóre neuroticismu na začátku léčby

$$R = -0,341 \text{ podle dotazníku A,}$$

který je na pomezí pětiprocentní hladiny významnosti, a podle dotazníku B,

$$R = -0,436$$

který je významný na pětiprocentní hladině. Do tabulky jsme zaznamenali výskyt pacientů v širokých intervalech obou parametrů; hodnoty neuroticismu pocházejí z dotazníku typu B.

Laségue (stupně)	Skóre neuroticismu	
	do 14	15 a více
do 55°	3	6
60°—75°	3	4
80° a více	10	3

Tab. 4 Porovnání hodnot Laségueova manévru a skóre neuroticismu u 29 nemocných s lumboischiadickým syndromem na začátku lázeňské léčby.

Kontrola shody mezi známkou za subjektivní stav a skóre neuroticity na začátku léčby u skupiny 29 nemocných byla provedena! Shoda nebyla statisticky potvrzena, přestože s oběma kritérii odděleně Laségueův manévr koreluje.

Diskuse

Použijeme-li Laségueova manévru nikoliv diagnosticky, ale jako hodnotícího kritéria, je dostupným a objektivním ukazatelem stavu kořenového dráždění u lumboischiadického syndromu. Vypovídá o onemocnění obdobně jako Thomayerova vzdálenost, Knappovy indexy a pod., jak již bylo ověřeno dříve. Zajímavé je, že lze prokázat i shodu mezi Laségueovým manévrem a subjektivním stavem nemocného, jak si jej hodnotí on sám, i jeho subjektivním stavem, měřeným body pro labilitu či stabilitu, jak to umožňuje Eysenckův osobnostní dotazník. Čím je rozsah flexe dolní končetiny omezenější pro bolestivý tah za postižený bederní kořen, tím více klesá pocit dobré nálady a vzrůstá neurotická labilita. Platí pochopitelně i opak. Otázkou bylo, zda při hodnocení chronického kořenového dráždění se můžeme spolehlivě opírat o tuto subjektivní výpověď nemocného, pokud není motivačně zkreslena. Na základě našich zjištění jsme v zásadě oprávněni odpovědět kladně, že tedy subjektivní posouzení je v souladu s objektivně měřitelným projevem nemoci. Má to význam proto, že v dnešním, někdy snad až módním snažení o objektivní měření podceňujeme spontánní výpověď nemocného. Význam takové výpovědi jsme si ověřili psychologickým testem. Potvrdil, že míra duševní pohody u chronicky postiženého souvisí s mírou postižení právě tak, jako s mírou postižení souvisí i míra duševní stability. Při psychologickém testu o ní vypovídá nemocný nevědomky, není na nich přímo tázán. Je tedy prokazována objektivně.

Jsme oprávněni se domnívat, že existuje psychosomatická vazba u chro-

nického kořenového bederního dráždění. Nemůžeme vyloučit, že při stagnaci tzv. objektivních kritérií, která jsou jistě často velmi hrubá, nám dobře spolupracující nemocný prostřednictvím svého subjektivního citění může vyzradit změny ve svém postižení. Ty nás při léčbě pochopitelně zajímají a subjektivní citění by nám mohlo naznačovat i změny, které dosud nejsou objektivně zjištěné.

Skutečnost, že nebyla prokázána jasná statistická závislost mezi známkami za subjektivní stav a skóre neuroticismu, lze připsat na vrub malému počtu pozorování. Ostatně oba pohledy na osobnost se navzájem jistě liší a v této práci je do určité míry kladem, že nejsou totožné.

LITERATURA

1. *Bystrická, M.*: K psychologickému hľadisku pri rehabilitácii niektorých bolestivých syndrómov chrbtice. Rehabilitácia, 8, 1975, č. 1, s. 19—23.
2. *Bystrická, M.*: Psychologické problémy pri bolestivých syndrómoch chrbtice. Lek. Obzor, 23, 1974, č. 2, s. 79 až 84.
3. *Donner, M.*: Psychologische Aspekte bei vertebraler Störungen. Manuelle Med., 12, 1974, č. 4, s. 73—78.
4. *Forrest, J., — Wolkind, S. N.*: Masked depression in men with low back pain. Rheumatol. and Rehabi, 13, 1974, č. 3, s. 148—153.
5. *Konečný, R., — Bouchal, M.*: Psychologie v lékařství. Avicenum, Praha 1971.
6. *Pokan, H.—Lorenzoni, E.*: Vertebrogene Schmerzen bei Depressionzuständen. Manuelle Med., 12, 1974, č. 1, s. 7—9.
7. *Sternbach, R. A. et alii*: Traits of pain patients: the low-back „loser“. Psychosomatische, 14, 1973, č. 0, s. 226 až 229.
8. *Šrámek, J. — Škrabal, J.*: Neurasthenie und Funktionsstörungen der Wirbelsäule. Manuelle Med., 13, 1975, č. 4, s. 61—64.
9. *Wolkind, S. N.*: Psychiatric aspects of low back pain. Physiother., 60, 1974, č. 3, s. 75—77.

Adresa autora: MUDr. A. H., Výzkumný ústav balneologický, Mariánské Lázně.

A. Главачек: Маневр Ласега, субъективное состояние и невротизм по опросному листу Эйсенка у больных с люмбоишиадическим синдромом

Резюме

Обсудить лечебный эффект при хронических заболеваниях нелегко. Это применимо и к восстановлению больных с люмбоишиадическим синдромом путем комплексной курортной терапии. В поисках способов обсуждения у них эффекта было установлено, что параметры для корневого раздражения и субъективного состояния с одной, и параметра для этого же раздражения и психически установленной нестойкостью с другой стороны согласуются. Маневр Ласега высоко статистически достоверно коррелирует с душевным спокойствием, как его оценивает сам больной и с результатом невротизма, установленным при помощи личного опросного листа Эйсенка. Эти корреляции подтверждают узкую психосоматическую взаимосвязь у больных с люмбоишиадическим синдромом и указывают на цену т. наз. субъективных данных для обсуждения состояния больного, пока они не искажены мотивировкой.

A. Hlaváček: Das Lasègue-Manöver, subjektiver Zustand und Neurotizismus nach dem Eysenckschen Fragebogen bei Patienten mit lumboischiaischem Syndrom

Zusammenfassung

Es ist schwer, die Heilwirkung bei chronischen Erkrankungen zu werten. Das gilt auch in bezug auf die Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit lumboischiaischem Syndrom im Zuge einer komplexen Badekurbehandlung. Bei der Suche nach Methoden zur Wertung der Heilwirkung wurde festgestellt, daß die Parameter für den Wurzelreiz und der subjektive Zustand einerseits und die Parameter dieses Reizes und die psychologisch festgestellte Labilität andererseits die gleichen Ergebnisse bringen. Das Lasègue-Manöver korreliert mit statistisch hoher Signifikanz mit dem seelischen Wohlbefinden, wie es vom Patienten selbst eingeschätzt wird, und dem mit Hilfe des Eysenckschen Persönlichkeits-Fragebogens festgestellten Neurotizismus-Score. Diese Korrelationen bestätigen die enge psychosomatische Gebundenheit der Patienten mit lumboischiaischem Syndrom und unterstreichen den Wert der sogenannten subjektiven Angaben für die Einschätzung des Zustandes des Patienten, insofern diese Angaben nicht motivationsmäßig entstellt sind.

A. Hlaváček: Lasegue's method of examination, subjective condition and neuroticism according to Eysenck-questionnaire in patients with lumbo-sciatic syndrome

Summary

It is difficult to estimate the therapeutic effect in chronic diseases. The same can be said for rehabilitation in patients with lumbo-sciatic syndrome by complex spa treatment. When trying to find a method for the estimation of the effect, it was found that indices for root stimulation and subjective condition on the one hand and the indices for this stimulation and the psychologically determined lability on the other hand are corresponding. Lasegue's method correlates with high statistical significance with the psychic good state, as the patient classifies it himself, as well as with the grade of neuroticism determined according to Eysenck's questionnaire. These correlations confirm the close psychosomatic structure in patients with lumbo-sciatic syndrome and bring to attention the value of the so-called subjective dates for the condition of the patient if it is not distorted by motivation.

A. Hlaváček: La manoeuvre de Lasègue, l'état subjectif et le neuroticisme d'après le questionnaire d'Eysenck chez les malades affectés du syndrome lumbosciatique

Résumé

Analyser l'effet du traitement des maladies chroniques n'est pas chose aisée. Ceci est aussi valable pour la réadaptation des malades affectés du syndrome lumbo-sciatique par le traitement complexe balnéaire. Dans la recherche de la méthode permettant d'apprécier cet effet, on a constaté que les paramètres pour l'irritation de base et l'état subjectif d'une part, et les paramètres pour cette irritation et la labilité psychologique déterminée sont, d'autre part, déposés de façon conforme. La manoeuvre de Lasègue a une corrélation hautement significative du point de vue statistique avec la commodité intellectuelle telle que le malade lui-même l'indique, avec le point de neuroticisme d'Eysenck. Ces corrélations confirment la liaison psychomatique étroite chez les malades affectés de syndrome lumbosciatiques et signalent la valeur des soidisantes données subjectives nécessaires à l'examination de l'état du malade, tant que celles-ci ne sont pas déformées.

**NĚKTERÉ DOSAVADNÍ ZKUŠENOSTI ZÍSKANÉ
SLEDOVÁNÍM PSYCHICKÉHO STAVU
NEMOCNÝCH PO I. M. V RÁMCI
KOMPLEXNÍ REHABILITAČNÍ PÉČE**

J. POLÁČKOVÁ, L. PACELTOVÁ, J. SUCHAN,
M. KUČERA, V. ŠUCHMANOVÁ

Psychiatrická klinika LF UK v Plzni

Přednosta: prof. MUDr. Vladislav Šedivec, CSc.

Rehabilitační oddělení KÚNZ v Plzni

Přednosta: prim. MUDr. Jaroslav Suchan

Interní klinika LF UK v Plzni

Zast. přednosta: doc. MUDr. Václav Karlíček, CSc.

Souhrn: Autoři ve své studii zaměřili pozornost na psychický stav nemocných v poinfarktovém období, sledovaný v rámci jejich komplexní rehabilitační péče.

Psychický stav zjišťovali psychiatrickým vyšetřením a psychologickým vyšetřením (zejména dotazníkovými technikami: MMQ, MAS, NSQ).

Vyšetřováno bylo 44 nemocných po i. m., kteří byli podrobena komplexní rehabilitační péči a 22 nemocných po i. m., kteří rehabilitováni nebyli a tvořili kontrolní skupinu. Nemocní byli sledováni po dobu jednoho roku (2 měsíce, 6 měsíců a 12 měsíců po i. m.).

Autoři zjistili, že v poinfarktovém období poměrně dlouhou dobu přetrvává u nemocných úzkostně depresivní a neurastenická symptomatologie různé intenzity, kterou lze soustavnou psychiatricko-psychologickou péčí příznivě ovlivnit. Při kontrolních vyšetřeních za 6 a 12 měsíců po i. m. zjišťovali u skupiny nemocných-rehabilitovaných příznivější terapeutický efekt oproti skupině nemocných-nerehabilitovaných.

Heslo: Infarkt myokardu — pracovní zatížení — psychologické testy — telemetrie.

Na základě mnoha experimentů a studií na úrovni i pomezi nejrůznějších vědních oborů opakovaně se diskutovalo o pojmech „choroby z adaptace“, „psychosomatická onemocnění“, „kortikoviscerální onemocnění“ — a o problémech příslušnosti ischemické choroby srdeční a infarktu myokardu k těmto onemocněním (1, 3, 11, 14, 15, 23, 24).

Výsledkem dosavadních bádání však zůstává multifaktoriální etiopatogenické pojetí kardiovaskulárních onemocnění — podle Charváta — počínaje dědičnou dispozicí, individuální vnímavostí a konče různým podmiňováním, k němuž došlo za života jedince.

V poslední době je věnováno více pozornosti také osobnosti nemocného, zejména emocionální sféře, afektivní reaktivitě a neurotickým tendencím (1, 3, 5, 7, 11). Z tohoto pojetí vycházíme i my při sledování psychického stavu nemocných po prodělaném infarktu myokardu v rámci jejich komplexní rehabilitační péče.

Při vzniku infarktu myokardu a v souladu s dalším průběhem onemocnění se mohou projevit i psychické poruchy — akutní a pozdní. Akutní onemocnění infarktem myokardu může být ojedinele provázeno, tak jako každé jiné závažné somatické onemocnění, akutním organickým psych syndromem. Projevuje se kvalitativní poruchou vědomí, psychomotorickým neklidem, poruchami vnímání a myšlení. Tento amentně delirantní syndrom bývá důsledkem cerebrální ischemie, zhoršované často přítomnou cerebrální sklerosou. Hovoříme pak o cerebrálním typu infarktu myokardu (Vondráček), koronárně mozkovém syndromu (Chini), kardiocerebrálním typu infarktu myokardu (7). Klinicky bývá tato symptomatologie pokládána za známku špatné prognosy základního onemocnění (25).

V průběhu hospitalizace je psychika nemocných, léčených obvykle na jednotkách intenzivní péče, vystavena naléhavým vlivům tohoto nezvyklého prostředí, což může být pro nemocné nepříznivé. Atmosféra ustavičného napětí a vědomí ohrožení vlastního života — vyvolává u nemocných pocity vnitřního neklidu, napětí, anxiety. Proto se u nich rozvíjí především úzkostné a hypochondrické syndromy a úzkostně depresivní reaktivní stavy. Setkáváme se však i s apatií a resignací (7).

V dalším průběhu onemocnění se naopak může vyvinout pocit závislosti na zdravotnickém prostředí a strach ze samostatného života bez lékařského dohledu a péče. Po propuštění nemocného do domácí léčby se tedy psychická problematika významně podílí na dalším vývoji celkového zdravotního stavu.

Psychický stav nemocného v průběhu jakéhokoliv onemocnění závisí na tom, jak pacient přijme roli nemocného — tj. jaké stanovisko zaujme subjekt k dění, které ohrožuje jeho hodnoty — zdraví a z toho vyplývající životní komplikace (26) nebo i život.

Reakce může být adekvátní, přiměřená situaci a inadekvátní — tj. bagatelisující, nebo naopak hypochondrická. Setkáváme se s agravační a simulací příznaků — i s disimulací. S přeceňující reakcí, s plným soustředěním na své potíže, nebo i s reakcí vytěšňující z vědomí možnost onemocnění. O depresivní reakci různé intenzity byla již zmínka.

Pocit ohrožení vlastních hodnot je tak dalece významným momentem lidské psychiky, že se stává zdrojem strachu, obav, úzkosti. Adekvátní strach bývá reálný, konkrétní, proto je snáze terapeuticky ovlivnitelný a mizí s ústupem somatických potíží a příznaků onemocnění.

Přetrvávání neurčitého, nepřiměřeného strachu — tj. úzkosti, je již projevem narušení obranných mechanismů, v důsledku přepětí a selhání organismu působením psychické zátěže. Tuto zátěž může představovat buď faktor, který působil již před vznikem onemocnění a mohl se podílet i na jeho vzniku

(pokud ovšem uznáváme i podíl psychické zátěže na vzniku onemocnění).

Konkrétními příčinami podle Mikšíka bývají: chronická nemožnost uspokojit některou ze základních potřeb, opakované prožívání nebezpečností nebo neznalost budoucího, nejistota [18, 19]. Nebo tuto zátěž pak představuje nemoc sama, protože jejími důsledky mohou být opět výše uvedené stressující faktory. Úzkost se pak zpětně stává traumatizujícím, zátěžovým momentem — podporujícím pravděpodobně recidivu onemocnění.

Proto jsme se pokusili sledovat u nemocných po infarktu myokardu psychické změny, zjišťovat, zda přetrvávají v pozdějším průběhu a zda a jak se působením komplexní rehabilitační péče mění.

Vzorek a metoda výzkumu

Sledovaný soubor tvořilo 66 nemocných po i. m., 63 mužů a 3 ženy ve věku od 31 do 63 let; průměrný věk byl 44 let.

U 44 nemocných náhodného výběru byla prováděna komplexní rehabilitační léčba, která se skládala převážně z léčebné tělesné výchovy a podle potřeby z medikamentózní terapie jak interní, tak psychiatrické a z psychoterapie.

Kontrolní skupinu tvořilo 22 nemocných po i. m., přibližně stejného věku a sociálního postavení, kteří byli v péči a kontrole obvodních lékařů a u nás kontrolováni dvakrát za rok.

Psychický stav jsme zjišťovali psychiatrickým vyšetřením — řízeným pohovorem a psychologickým vyšetřením, které zahrnovalo rozhovor s nemocným, zaměřený na získání základních anamnestických dat a psychologické dotazníky — Eysenckův MMQ, Taylorové MAS a Cattellův NSQ.

Prvé testové vyšetření jsme provedli dva měsíce po i. m., tj. v době, kdy se nemocný pozvolna vrací k normálnímu životu kromě zaměstnání, je mimo akutní nebezpečí a přestává být pod neustálou lékařskou kontrolou. Druhé vyšetření v šestém měsíci, kdy se obvykle rozhoduje o jeho dalším pracovním zařazení, eventuálně invaliditě, a třetí vyšetření pak 12 měsíců po i. m., tj. v době, kdy vzrůstá objektivní a díky tomu i subjektivní naděje na další přežití.

Výsledky

Nejčastěji (v 73,8 %) jsme nacházeli úzkost a strach, a to především strach z recidivy onemocnění, ze smrti, o existenční zajištění v budoucnosti vlastní či rodiny při eventuálním vzniku invalidity, strach ze stráty zaměstnání, strach z bezmocnosti, z toho, že budou na obtíž rodině, v neposlední řadě pak strach z pohybu a fyzické práce.

První projevy anxiety bylo možno vypátrat — podle autoanamnestických údajů — už v období akutního vzniku onemocnění, v době hospitalisace na interní klinice (jež obvykle trvala 3—4 týdny od začátku onemocnění). Je tedy možno na ně pohlížet jako na reakci na základní onemocnění, neboť v předchorobí žádný z vyšetřovaných nemocných neudával psychiatrickou zátěž v rodinné ani osobní anamnéze.

Menší část nemocných (16,8 %) udávala a objektivně pomocí psychologických testů bylo možno u nich zjistit depresivní náladu, opět jako reakci na

základní onemocnění. Deprese byla v některých případech prohlubována konfliktovými situacemi v rodině, manželství a v zaměstnání. Často byla provázána pocity napětí a vnitřního neklidu, méně často apatiei.

Poruchy spánku, koncentrace, pocity nadměrné únavy, zvýšené sebezpozorování jsme zjišťovali méně často (v 10,4 %).

Snažili jsme se v rámci komplexní rehabilitace o psychofarmakologické ovlivňování těchto potíží podáváním anxiolytických sedativ (Diazepam, Rade-pur, Oxazepam, Meproamat), která byla dobře tolerována. Efektivním byl i Melleril v kapkách, či malé dávky Chlorprotixenu, v některých případech kombinované s malými dávkami antidepressiv (např. Tofranil 10 mg). Léky byly podávány spolu s individuální psychoterapií, direktivně změřenou.

Při kontrolním vyšetření ze 6 a 12 měsíců od vzniku onemocnění jsme zjišťovali subjektivně udávané zlepšení psychického stavu, zejména vyrovnávání nálady, ubývání úzkostného napětí, zlepšování spánku a ubývání strachu z fyzického pohybu. V šestém měsíci však ještě poměrně často nacházíme strach o existenční zajištění, strach ze stráty zaměstnání, eventuálně i strach z invalidity.

Ke statistickému zhodnocení výsledků této léčby jsme použili kvantitativních hodnot, získaných zejména prostřednictvím MMQ a MAS.

Na začátku léčby byla průměrná hodnota anxiety, měřená pomocí MAS 22, 24 bodů, tj. patologická. Při kontrolním vyšetření za 6 a zejména pak za 12 měsíců došlo ke statisticky významnému poklesu [za 6 měsíců na 20,67, za 12 měsíců na 17,46 bodu, což odpovídá hodnotě udávané Horáčkovou pro psychicky zdravé jedince (12)].

Také v MMQ zjišťujeme při kontrolním vyšetření menší počet neurotických příznaků, a to pokles z průměrné hodnoty 14,35 bodu, kterou považujeme za patologickou, na 13,3 bodu po šesti měsících a na 11,59 bodu po dvanácti měsících, tj. opět na hodnotu „normální“, nepatologickou (16). Tento pokles však není statisticky signifikantní (t-test).

V kontrolní skupině nerehabilitovaných rozdíl mezi prvním vyšetřením a kontrolním vyšetřením nebyl statisticky signifikantní. (MAS: I. vyš.: 28,7, II. vyš.: 26,9 bodu; MMQ: I. vyš.: 16,8, II. vyš.: 16,1 bodu).

Srovnáme-li obě skupiny nemocných, tj. rehabilitované a nerehabilitované, zjišťujeme zejména v Taylorově škále jak při prvním vyšetření, tak i při kontrolách u rehabilitovaných nemocných statisticky významně nižší výskyt úzkostných symptomů, měřených touto metodou, než u nerehabilitovaných nemocných (t-test).

V Cattellově NSQ se nám mezi oběma skupinami nemocných nepodařilo prokázat statisticky signifikantní rozdíl. Při podrobnější analýze profilu však zjišťujeme u nemocných — rehabilitovaných vyšší skóre u faktoru F, který se podle našich dosavadních zkušeností v praxi projevuje tlumením emočních projevů, zvýšenou starostlivostí o život, sebekritickým pojetím vlastní odpovědnosti a tím, že nemocní netrpí tendencí k úniku.

Nerehabilitovaní nemocní jsou naproti tomu úzkostnější, jejich frustrační tolerance je snížena, jsou častěji v tensi, více napjatí, neklidní a dají se snadněji vyvést z rovnováhy (vyšší skóre faktoru An).

Také totální neurotické skóre, které je podle Cattella „ukazatelem náležitosti k neurotické kategorii“ (10), je u nemocných—rehabilitovaných nižší

než u kontrolní skupiny nerehabilitovaných (při I. vyšetření: rehab.: 45,7, nerehab.: 46,9 bodu, po dvanácti měsících: rehab.: 38,9 bodu, nerehab.: 41,8 bodu)!

Závěr

Psychické změny, především úzkost, strach a depresivní nálada, které vznikají v akutním stadiu i. m. často dlouho přetrvávají i v rekonvalescenci.

Ke zhoršování psychického stavu dochází obvykle při propuštění z nemocniční péče, kdy nemocní přestávají být pod trvalým lékařským dohledem. Neúplný ústup úzkostně depresivní a neurastenické symptomatologie v šestém měsíci po i. m. pak připisujeme změně sociálních podmínek, tj. zařazování do zaměstnání, eventuálně změně pracovního zařazení i negativním vlivům osobního života (např. nesouladu v rodině a pod.). Psychiatricko-psychologická péče spolu s LTV může tyto změny příznivě ovlivnit.

Pro účelnou a optimální terapii nemocných považujeme proto za nezbytné, aby se psychologicko-psychiatrická péče stala integrální součástí rehabilitace nemocných infarktem myokardu.

LITERATURA

1. Brožek, J.: Osobnost jedinců se sklonem ke koronární chorobě, Čs. psychol., (1968), 2, 131—138.
2. Čáp, J., Dytrych, Z.: Utváření osobnosti v náročných životních situacích, SPN, Praha, 1968.
3. Dědková, J.: Vztah psychické zátěže k ischemické chorobě srdeční a neurotičnosti, Diplomová práce FFUK, Praha 1974.
4. Drvota, St.: Úzkost a strach, Avicenum, Praha 1971.
5. Dvořáková, M., Poláčková, J., Kučera, M., Suchan, J., Jeschke, J.: Změny psychiky u nemocných v poinfarktovém období, Čas. lék. čes., (1974), 44, 1345—1350.
6. Engelsmann, F.: Dotazníkové metody, Zprávy VÚPs (1966), 8.
7. Faltus, F., Petrášek, J.: Psychiatrická problematika v jednotkách intenzivní péče, Čs. psychiatrie (1973), 1, 23—28.
8. Foucault, M.: Psychologie a duševní nemoc, Horizont, Praha 1971.
9. Frank, J. D.: Wirkungskomponenten der Psychotherapie, Das Medizinische Prisma, 2, (1975).
10. Hiltmann, H.: Kompendium der psychdiagnostischen Teste, Verlag Hans Huber, Bern, 1966.
11. Honzák, R., Horáčková, E.: Myokardinfarkt — Zivilisationskrankheit oder Persönlichkeitsmaladaptation?, Vitalstoffe Zivilisationskrankheiten, International Journal (1970), 1, 4—6.
12. Horáčková, E.: Měření úzkosti metodou J. A. Taylorové, Čs. psychiatria (1958), 322—327.
13. Chalupa, B.: Osobnostní dotazníky, Katedra psychol. FFUK, Praha, 1970.
14. Charvát, J.: Život, adaptace a stress, Avicenum, Praha, 1970.
15. Janota, O.: Psychosomatická medicína a klinická psychiatrie, Čs. psychiatria (1968), 1, 6—12.
16. Kolektiv autorů: Emoce, SZN, Praha, 1969.
17. Kratochvíl, St.: Psychotherapie, Avicenum, Praha, 1970.
18. Mikšík, O.: Člověk a svízelné situace, Naše vojsko, (1969).
19. Mikšík, O.: Metodologie. Koncipování a vývoj testů ke zjišťování subjektivních předpokladů odolnosti vůči zátěži, Zprávy VÚPs (1973), 25.
20. Mjasišček, V. N.: Osobnost a neurózy, Čs. psychiatria (1962), 3, 191—199.
21. Myocardial Infarction (How to prevent — How to rehabilitate), Spon-

- sored by the Council on Rehabilitation International Society of Cardiology 1973, Boehringer, Mannheim, 1973.
22. *Palát, M.*: Problematika testingu v súčasnej rehabilitácii chorôb kardiovaskulárneho systému, Rehabilitácia — Supplementum [1973], 7, 13—16.
23. Rehabilitation of Patients with Cardiovascular Diseases, Report on a Seminar convened by the Office for Europe of the WHO, Noordwijk aan Zee, 2.—7. October 1967, zvl. str. 19 až 21, 87—93.
24. *Selye, H.*: Život a stress, Obzor, Bratislava 1966.
25. *Sova, J. a kol.*: Náhlé příhody v interní medicíně, SPN, Praha 1974.
26. *Vondráček, V.*: Hodnocení a jeho poruchy z hlediska psychiatrie, NČAV, Praha 1964.
27. *Vondráček, V.*: Speciální psychiatrie, SPN, Praha 1967.
28. *Vondráček, V.*: Klinická psychologie a vnitřní lékařství, Čs. psychologie, [1958], 2, 125—129.
29. *Vondráček, V., Dobiáš, J. a kol.*: Lékařská psychologie, SZN, Praha 1969.

Adresa autora: MUDr. J. P., Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň.

Й. Полачкова, Л. Пацелтова, Й. Сухан, М. Кучера, В. Шухманова: Опыт, приобретенный до сих пор путем наблюдения за психическим состоянием больных после инфаркта миокарда в рамках комплексной восстановительной заботливости о них.

Резюме

Авторы описывают опыт по восстановлению 136 больных после замещения проксимального конца бедра цервико-капитальным протезом (типа Моора или Томпсона) с различными показаниями (переломы и ложные суставы шейки бедра, идиопатические некрозы головки бедра и т. д.). Эти больные лечились в 1966—1974 гг. на ортопедической клинике в г. Брно и систематически подвергались восстановлению. Кроме того приводится опыт по восстановлению оперированных из-за коксартроза, полиартрита, повреждения проксимального конца бедра и из-за других показаний полным протезом тазобедренного сустава. Речь идет о механическом типе протеза Сиваша или цементированном типе протезов (Müller, Mc Kee-Farrar, Weber). В составе этих оперированных был 161 больной, лечимый в 1968—1974 гг.

Отмечаются различия в клиническом введении комплексного восстановления у этих двух групп оперированных, преимущества и невыгоды оперативного метода с учетом двигательного аппарата и его исправления. Проблематика амбулаторного восстановления и курортного долечивания имеет некоторые свои специфические особенности. Она намечается в общих чертах. Согласно обработанным схемам, с учетом индивидуальных отличий больных, комплексное восстановление дает возможность своевременного возобновления функции двигательного аппарата после этих новых и веских реконструктивных операций. Собственный опыт сопоставляется с литературными данными. Статья дополнена казуистической фотодокументацией.

J. Poláčková, L. Paceltová, J. Suchan, M. Kučera, V. Suchmanová: Einige bislang durch Beobachtung der psychischen Zustände von Patienten nach Myokardinfarkten im Rahmen der komplexen Rehabilitationsbehandlung gewonnene Erfahrungen

Zusammenfassung

Die Autoren widmen ihre Aufmerksamkeit in dieser Studie dem psychischen Zustand von Patienten nach Myokardinfarkten, wobei sie diesen Zustand im Rahmen ihrer komplexen Rehabilitationsbehandlung beobachten.

Der psychische Zustand der Patienten wurde durch psychiatrische und psychologische Untersuchungen festgestellt (vor allem durch Anwendung von Enquete-Techniken: MMQ, MAS, NSQ).

Untersucht wurden 44 Patienten nach Myokardinfarkten, die einer komplexen Rehabilitationsbehandlung unterzogen wurden, und 22 Patienten nach Myokardinfarkten, die nicht rehabilitiert wurden und die Kontrollgruppe bildeten. Die Patienten wurden im Laufe eines Jahres beobachtet (2 Monate, 6 Monate und 12 Monate nach dem Myokardinfarkt).

Die Autoren stellten fest, dass in der Nachinfarktzeit bei den Patienten ziemlich lange eine beklemmende depressive und neurasthenische Symptomathologie verschiedener Intensität andauert, die sich durch systematische psychiatrisch-psychologische Betreuung günstig beeinflussen lässt. Bei den 6 und 12 Monate nach dem Myokardinfarkt durchgeführten Untersuchungen wurde bei den rehabilitierten Patienten ein günstigerer therapeutischer Effekt im Vergleich zur Gruppe der nicht-rehabilitierten Patienten festgestellt.

J. Poláčková, L. Paceltová, J. Suchan, M. Kučera, V. Suchmanová: Différentes expériences actuelles obtenues par l'observation de l'état psychique des malades après l'infarctus du myocarde dans le cadre de la réhabilitation médicale complexe.

Résumé

Dans leur étude, les auteurs ont porté leur attention sur l'état psychique des malades après le période suivant l'infarctus du myocarde, observée dans le cadre de la réhabilitation médicale complexe.

L'état psychique fut constaté par l'examen psychiatrique et psychique (notamment par les questionnaires techniques: MMQ, MAS, NSQ).

44 malades ont été examinés après l'infarctus du myocarde et furent soumis à la réhabilitation médicale complexe et 22 patients après l'infarctus du myocarde qui ne furent pas réhabilités et formaient un groupe de contrôle. L'état des malades fut suivi pendant une période d'une année, (de deux mois, six mois et 12 mois après l'infarctus du myocarde.)

Les auteurs ont constaté qu'après la période suivant l'infarctus du myocarde, on remarquait chez les malades des symptomatologies dépressive et neurasténiques de différentes intensités pouvant être influencées de façon favorable par la thérapie psychiatrique-psychologique systématique. Au cours des examens de contrôle de 6 et 12 mois après l'infarctus du myocarde, on a constaté chez un groupe de malades réhabilités un effet thérapeutique plus favorable que chez le groupe de malades non réhabilités.

J. Poláčková, L. Paceltová, J. Suchan, M. Kučera, V. Suchmanová: Recent experiences with the follow up of psychic condition in patients after myocardial infarction within complex rehabilitation treatment

Summary

The study deals with the psychic condition in patients during the post infarction period. The patients were followed up during a complex rehabilitation care.

The patients' psychic condition was determined by psychiatric and psychological examination [specially by questionnaires: MMQ, MAS, NSQ].

A group of patients after myocardial infarction taking part in a rehabilitation programme, and 22 patients after myocardial infarction which as control group were not included in rehabilitation care, were examined. All patients were followed up during a period of one year [2 months, 6 months and 12 months after myocardial infarction]. The authors observed that during the postinfarction period conditions of anxiety or depression persisted in patients for a considerable time, as well as neuroathenic symptomatology of varying intensity which can be favourably influenced by psychiatric and psychological care. Control examinations after 6 and after 12 months after acute myocardial infarction showed more favourable results in patients taking part in rehabilitation treatment compared with those who as control group did not undergo that treatment.

SPRAVY Z ODBORNÝCH SPOLEČNOSTI

ZPRÁVA O VI. PRACOVNÍ KONFERENCI ČESKÉ REHABILITACNÍ SPOLEČNOSTI

Ve dnech 2. až 4. července 1975 se konala v Hradci Králové VI. pracovní konference České rehabilitační společnosti. Třídenní konference, uspořádané v příjemném sadovém prostředí Domu odborů, se zúčastnilo 320 zájemců z celé republiky, rehabilitačních pracovníků, lékařů i jiných pracovníků.

Hlavním tématem pracovní konference byla Rehabilitace při léčení a prevenci civilizačních chorob. Úvodem zdůraznil doc. Obrda význam rehabilitace v geriatrii. Současně se zmínil o malé informovanosti lékařů jiných oborů o nutnosti kontinuální léčby včetně dlouhodobého programu léčebné rehabilitace. Z tohoto nedostatku vyplývají časové ztráty, které jsou příčinou prodloužení doby nemoci. Doc. Janda se zaměřil na

sociální problematiku v technicky vyspělé společnosti. Průmyslově vyspělá společnost vytváří řadu problémů v tom, že mění vztah mezi člověkem a jeho přirozeným prostředím. Technika se vyvíjí rychleji než adaptace člověka na změněné podmínky pracovní i životní, a tím dochází k diskrepanci jak ve sféře psychické, tak somatické. Rehabilitace pomáhá řešit komplikace, které přinesou pokrok.

MUDr. Palát uvedl možnosti a hranice rehabilitace u nemocí kardiovaskulárního aparátu. Zdůraznil nutnost komplexní rehabilitace jako sekundární prevence při těchto chorobách. Pohybová léčba musí být přesně indikována podle stavu pacienta, který musí být pravidelně testován a vyšetřován, protože

rehabilitační program musí být adekvátní. Dále poukázal i na vztah psychické zátěže, stressu, koronární sklerózy a bolesti při vzniku opakovaných infarktů myokardu. MUDr. Daněk se zabýval prevencí civilizačních chorob především kardiovaskulárních. Poukázal na význam „terénní léčby“, kterou již v roce 1884 zavedl Oertel.

Oertelovy terénní kúry byly později jinými autory modifikovány. Pobyt v kopcovitém terénu na čerstvém vzduchu by měl být více využíván preventivně i terapeuticky. K tomu je nutné, aby lékař měl možnost pacienta telemetricky sledovat během zatížení v terénu.

MUDr. Daněk doporučuje nahrávat kontinuální záznam kazetovým magnetofonem s možností pozdějšího zobrazení záznamu na osciloskopu. V dalších referátech byly zhodnoceny dlouhodobé výsledky nemocných po I. M.

K civilizačním chorobám patří i degenerativní postižení pohybového aparátu. Proto byly v programu zařazeny i referáty zabývající se tematikou rehabilitace nemocných s totální endoprotézou kyčelního kloubu. Porovnáme-li tyto nemocné před operací a po ní, je zřejmé, že funkční stav u všech nemocných je po operaci zlepšen. Technika mobilizace po operaci se liší podle druhu použitých protéz. Rehabilitační postupy se individuálně upravují podle stavu nemocného [vzhledem ke kontrakturám a atrofiím svalovým]. Velkou předností těchto operací je možnost včasné mobilizace.

Další referáty byly zaměřeny na rehabilitaci nemocných po AO syntézách. Předností těchto operací je možnost včasné mobilizace. Je však nutno, jak upozornil dr. Lesák, pacienty k operaci přesně indikovat a volit vhodný materiál k osteosyntéze.

Doc. Lewit uvedl některé nové aspekty na funkční poruchy v oblasti krční páteře, způsobující bolesti hlavy. Vysvětlil různé provokující momenty, vedoucí ke vzniku vadného stereotypu při pohybu hlavy. Pozoruhodné a unikátní je zjištění, že bolest hlavy může vycházet ze zadního oblouku atlasu. Doc. Lewit popisuje diagnostiku i terapii těchto případů.

Dr. Heřmanová názorně dokumentovanou přednáškou objasnila problematiku stanovení soběstačnosti starého člověka.

Člověk a prostředí musí být vždy v rovnováze. Je proto nutné, aby staří lidé měli k dispozici technické pomůcky, které jim pomohou zajistit sociální integraci.

V bohaté diskusi k tomuto referátu vysvětlil dr. Palát pojem štěstí jednoduchou rovnicí — životní kvalita = štěstí.

Celá řada referátů byla věnována reedukačním technikám a objektivnímu hodnocení. Dr. Kadlec, dr. Kraus, dr. Kabelíková se zabývali vlivem izometrického cvičení na sílu svalovou. Izometrické cvičení má příznivý vliv na vzrůst svalové síly, musí se však provádět vhodným způsobem.

S. Sirovátková upozornila na možnost redukce vrozeného pes equinovarus metodou podle Vojty. Cvičení provádějí rodiče doma podle instruktáže. Funkční výsledky jsou přesvědčivě dobré, jak dosvědčila bohatá fotodokumentace dlouhodobě sledovaných dětí.

MUDr. Pfeifer a s. Beránková se zaměřili na testování spastických svalů a funkční hodnocení nemocných s centrálními parézami. U těchto nemocných je nutno provádět analýzu celkového stavu velice podrobně, má-li být reedukace efektivní.

Kolektiv autorů z RÚ Kladruby seznámil posluchače s výcvikem nemocných s bioelektrickými protézami.

Problematikou výuky rehabilitace na SZŠ se zabývaly s. Nechvátalová a s. Špičková.

Celkem bylo předneseno 47 referátů, všechny byly zajímavé, přinášející mnoho nových poznatků.

V rámci sjezdu se konala exkurze do rehabilitačního ústavu v Košumberku-Lužích, kde se mohli návštěvníci seznámit s provozem v tomto našem největším ústavu pro rehabilitaci dětí. Ústav má 600 lůžek a léčí se tam děti od tří měsíců do patnácti let. Velmi zajímavé je oddělení pro nejmenší děti s DMO. Na závěr léčení jsou do ústavu pozvány i matky k týdennímu pobytu. Jsou prakticky seznámeny s cvičením, aby děti mohly pokračovat v léčení doma.

I přes poměrně velký počet referátů byl průběh celé konference klidný, harmonický, v příjemném prostředí, takže pořadatelům patří vřelý dík za dobrou práci.

Dr. E. Vořvová, Ostrava

IV. CELOSTATNÍ KONFERENCE PRO AKUPUNKTURU

Ve dnech 26. a 27. 9. 1975 se konala v Trinci IV. celostátní pracovní konference pro akupunkturu, uspořádaná u příležitosti 30. výročí osvobození naší vlasti Sovětskou armádou. Zájemci o tento způsob terapie zcela zaplnili sál Společenského domu v Trinci a vyslechli víc než třicet příspěvků, týkajících se až na výjimky hlavního tématu konference — Akupunktura a bolest. Program byl rozdělen na dvě části.

V části teoreticko-experimentální se účastníci seznámili s novými názory na mechanismus bolesti a s neurofyziologickými schémata, podle nichž akupunktura bolest ovlivňuje. Se svými příspěvky vystoupili dr. Vyklický z Fysiologického ústavu ČSAV a dr. Véle, několika teoretickými i experimentálními příspěvky objasnil působení akupunktury dr. Umlauf. Velký ohlas měl příspěvek dr. Novotného z anatomického ústavu brněnské fakulty, který rozebral anatomické struktury v jednom z nejdůležitějších bodů, He-gu.

Několika příspěvků se týkalo elektroakupunktury. Pod tímto termínem, kolem něhož se rozvinula diskuse, rozuměli někteří z účastníků především vyhledávání akupunkturových bodů měřením kožního odporu. Jiní takto označují působení terapeutické — elektrické dráždění v aktivních bodech, ať už hrotem zabodnuté jehly, nebo povr-

chově. Elektrostimulací se zabývaly též přednášky kolegů z Polska. Dále budila pozornost tzv. ušní akupunktura, působící i na vzdálené oblasti těla (příspěvky dr. Kajdoše a dr. Szarowského).

V klinické části sdělovali své praktické zkušenosti ti z účastníků, kteří se akupunkturou zabývají již delší dobu. Udávali dobrý efekt akupunktury jak na bolesti somatické, tak i viscerální.

V diskusi, stejně jako v závěrečném usnesení konference, byla vyjádřena potřeba zřídit specializovaná pracoviště, pořádat kurzy a vydat učebnici akupunktury, podobně jako je tomu v SSSR a dalších zemích. V rámci konference byla pořádána výstava akupunkturových jehel a přístrojů pro detekci a stimulaci aktivních bodů.

Konference byla přínosem pro všechny účastníky, ať už se touto metodou zabývají léta nebo s ní teprve začínají, anebo — a těch bylo asi nejvíce —, akupunkturou dosud neprovádějí a přišli spíše ze zvědavosti. Ke spokojenosti všech přispěla i vzorná organizace odborného i společenského programu, za což je nutno poděkovat primáři rehabilitačního oddělení v Trinci dr. Szarowskému i dalším členům organizačního výboru, předsedům Komise pro akupunkturu v ČSR (dr. Kajdoš) a v SSR (dr. Umlauf).

Dr. J. Votava, Praha

CELOŠTÁTNA KONFERENCIA O OTÁZKACH PSYCHOLOGIE A PEDAGOGIKY V PROCESE REHABILITÁCIE

Prednášky a diskusie, ktoré odznali na Celoštátnej vedeckej konferencii usporiadanej z poverenia Československej rehabilitačnej spoločnosti Slovenskou rehabilitačnou spoločnosťou za aktívnej spoluúčasti Slovenskej psychologickkej spoločnosti a Spoločnosti pre špeciálnu a liečebnú výchovu, ukázali, aký veľký význam má uplatňovanie psychológie a pedagogiky v procese rehabilitácie.

Výsledky dosiahnuté na tejto konferencii možno zhrnúť do týchto záverov: 1. Uplatnenie a rozvinutie psychologických

aspektov v procese rehabilitácie možno zabezpečiť len tak, ak sa

- a) podstatne prehĺbi vzdelanie v psychológii tak lekárov pracujúcich v rehabilitačných zariadeniach, ako aj rehabilitačných pracovníkov,
 - b) ak sa do tímu pracovníkov rehabilitačných zariadení príjmu odborne kvalifikovaní psychológovia.
2. Poznatky psychológie a pedagogiky veľmi významne prispievajú k rozvíjaniu teoretických základov úkonov a postupov používaných pri rehabilitácii.

3. Psychologické a pedagogické pôsobenie podstatne zlepšuje prístup k pacientovi a je veľmi významnou zložkou rehabilitačného procesu.
4. Psychologický aspekt je neodmysliteľnou súčasťou evaluácie, vyhodnocovania stavu pacienta a jeho možností a schopností, na základe ktorého sa rozhoduje o zameraní rehabilitácie, o pláne určujúcom voľbu prostriedkov a metód, ako i o konečnom celi rehabilitácie.
5. Psychológia v podstatnej miere pomáha upravovať formy rehabilitačnej starostlivosti podľa osobitostí jednotlivých vekových etáp.
6. Výučbovo-výchovný proces je dnes uzpávanou a veľmi účinnou zložkou rehabilitácie.
7. Prostriedky psychológie sa môžu využiť aj na redukovanie a na odstraňovanie nepriaznivých stavov, vrátane úzkosti, anxiety, depresie a iných stavov, ktoré sú prekážkou úspešnej rehabilitácie.
8. Využitie psychologických zákonitostí a poznatkov je významným prínosom k zefektívňovaniu rehabilitačného procesu a to tým, že umožňuje zlepšiť výsledky rehabilitácie pri tom istom vynaloženom úsilí a za tých istých pracovných podmienok.

Dr. V. Lánik, Bratislava

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. 1976/77 tieto školiace akcie:

Kurzy

- a) Kurz pomaturitného špecializačného štúdia na úseku práce liečebná telesná výchova, druhý rok štúdia.
Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov, zaradených do pomaturitného špecializovaného štúdia k 1. 9. 1975.
Termín: 1. 11.—12. 11. 1976.
Miesto: Bratislava.
Počet účastníkov: 25.
Náplň: náročnejšie úseky fyziológie, patofyziológie, kineziologických rozborov, reedukačných techník a špeciálnych metodík liečebnej telesnej výchovy z internej medicíny, neurologie a psychiatrie.
- b) Kurz v základnej problematike detských spastikov.
Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov pracujúcich v tejto problematike na rehabilitačných detských oddeleniach zdravotníckych zariadení.
Termín: 15. 11.—26. 11. 1976.
Miesto: Bratislava
Počet účastníkov: 20
Náplň: metodické aspekty rehabili-

tácie detských spastikov, evaluácia funkčného stavu, psychologické a sociálne aspekty rehabilitácie detských spastikov.

Školiace miesta

- a) Školiace miesto v liečebnej telesnej výchove
Určenie: pre účastníkov 2. ročníka pomaturitného špecializačného štúdia, ktorí nemajú možnosť overiť si praktické skúsenosti vo všetkých profiloch rehabilitácie
Termín: v priebehu školského roku
Miesto: Bratislava
Počet účastníkov: 6
Náplň: podľa individuálneho študijného plánu na základe overenia poznatkov pohovorov, oboznámenie sa s doplnkovými metodikami.
- b) Školiace miesto v metódach elektrostimulácie a elektrodiagnostiky
Určenie: pre vybraných rehabilitačných pracovníkov z jednotlivých krajov
Termín: v priebehu školského roku
Miesto: Bratislava
Počet účastníkov: 12
Náplň: elektrodiagnostické metódy a kombinácie s LTV. Elektrostimulácia impulzmi rôznych tvarov, dĺžok pri poruchách nervovosvalovej dráždivosti

c) Školiace miesto vo vyšetrovacích metódach pri vnútorných systémoch
 Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí zabezpečujú výučbu v tomto predmete na stredných zdravotníckych školách, odbor rehabilitačný pracovník
 Termín: v priebehu školského roku
 Miesto: Bratislava
 Počet účastníkov: 4
 Náplň: metódy, ktoré slúžia na posúdenie funkcie vnútorných systémov a na evaluáciu výsledkov rehabilitačnej liečby.
 Metodické postupy námahových tes-

tot, základné metodiky určené na posúdenie kardiovaskulárneho a respiračného systému.
 d) Školiace miesto v mobilizačných technikách
 Určenie: pre absolventov základných kurzov o zásadách mobilizačnej terapie
 Termín: v priebehu školského roku
 Miesto: Bratislava
 Počet účastníkov: 6
 Náplň: prehĺbenie praktických zručností novšími technikami v oblasti mobilizačnej terapie.

M. Bartovicová, Bratislava

V Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně probíhaly závěrečné zkoušky pomaturitního specializačního studia rehabilitačních pracovníků v úseku léčebná tělesná výchova v termínu od 3. 11. do 7. 11. a od 17. 11. do 28. 11. 1975.

K závěrečným zkouškám se přihlásilo celkem 79 rehabilitačních pracovníků. Ke zkoušce se dostavilo 64 kandidátů. V průběhu zkoušek 1 odstoupil, 18 kandidátů neprospělo.

Pomaturitní specializační studium v úseku práce léčebná tělesná výchova ukončilo úspěšně 45 kandidátů:

Augustová Michaela, Čs. státní lázně Karlovy Vary
 Bártová Jana, OÚNZ Most
 Březinová Anna, OÚNZ Strakonice
 Březinová Vlasta, OÚNZ Frýdek-Místek
 Csonťová Marta, MÚNZ Plzeň
 Cimplová Renáta, OÚNZ Rychnov nad Kněžnou
 Čermáková Jiřina, MÚNZ Ostrava
 Deciová Martina, OÚNZ Česká Lípa
 Fourová Alena, OÚNZ Praha 2
 Gajerová Marie, OÚNZ Příbram
 Holinková Marie, Čs. státní lázně Karlovy Vary
 Hotová Anežka, MÚNZ Brno
 Huspěková Marie, OÚNZ Ústí n. Labem
 Junková Dagmar, OÚNZ Cheb
 Kasíková Miroslava, ÚNZ Praha
 Kochová Jarmila, OÚNZ Hodonín
 Koškříská Ivona, OÚNZ Teplice
 Knápek Bohuslav, Čs. státní lázně Karlovy Vary
 Lhotáková Marcela, OÚNZ Děčín
 Lungová Zdenka, MÚNZ Plzeň
 Macourková Helena, Thomayerova nem. Praha

Mikolajková Věra, OÚNZ Kladno
 Menšíková Marie, KÚNZ Brno
 Meisnerová Zdena, KÚNZ Ústí n. Labem
 Nováková Jana, OÚNZ Karviná
 Němcová Svatava, OÚNZ Benešov
 Oberreignerová Jitka, OÚNZ Praha 9
 Chlídálová Marie, KÚNZ Praha 2
 Ondrušková Marie, OÚNZ Ostrov n. Ohří
 Pekařová Gabriela, OÚNZ Rychnov nad Kněžnou

Pinkasová Ludmila, Thomayerova nem. Praha
 Poláčková Drahuse, OÚNZ Liberec
 Ptáčková Zdenka, KÚNZ Brno
 Saporová Hana, FN 2, Praha
 Straková Miluše, OÚNZ Blansko
 Szomorová Marta, OÚNZ Beroun
 Stašková Olga, OÚNZ Prostějov
 Šafařová Stanislava, Gottwaldova dětská léčebna, Luže-Košumberk
 Šilerová Luďmíla, OÚNZ Kroměříž
 Šnajdrová Marcela, KÚNZ Ostrava
 Šormová Marie, OÚNZ Trutnov
 Štiková Marie, KÚNZ Hradec Králové
 Voslařová Eva, KÚNZ Hradec Králové
 Zelenková Magdaléna, OÚNZ Karviná
 Nová Jaroslava, KÚNZ Ústí n. Labem.

Závěrečné zkoušky pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčba prací se uskutečnil pod vedením ÚDV SZP katedry rehabilitačních pracovníků, Brno ve Státním ústavu rehabilitačním v Kladrubech u Vlašimi dne 6. 11. 1975.

Studium úspěšně zakončili 4 kandidátky:

Kacířová Svatava, MÚNZ Ostrava
 Klusoňová Eva, Hrabyně
 Příbylová Jana, KÚNZ Brno
 Šumberová Věra, Hrabyně.

B. Chlubnová, Brno