

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

OBSAH

	<i>M. Palát</i> : Rizikové faktory — realita alebo mýtus . . .	65
■	PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE	
	<i>B. Ždichynec, V. Puchta</i> : Použití etafenonu u nemocných s transmurálním infarktem myokardu a hyperkinetickým syndromem v dlouhodobém rehabilitačním programu po propuštění z nemocnice	67
	<i>M. Kučera, A. Charvát</i> : Využití svalové typologie pro potřeby rehabilitační péče	77
■	METODICKÉ PRÍSPEVKY	
	<i>J. Voříšek, J. Pechan, V. Kříž, F. Bílý</i> : Nácvik chůze u paraplegiků	85
	<i>M. Kurelová</i> : Význam mluveného slova v práci rehabilitačního pracovníka	91
	<i>H. Tauchmannová, M. Zbojanová, K. Trnavský</i> : Skúsenosti rehabilitačného oddelenia s vyhodnocovaním terapeutických pokusov v reumatológii	99
■	SÚBORNÉ REFERÁTY	
	<i>M. Daňková, H. Selingerová</i> : Některé sociální problémy těžce tělesně postižených	107
■	RECENZIE KNÍH 83, 90, 97, 98, 105, 106, 114, 115—124	
■	SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP	124
■	SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ	125, 126, 127

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

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

Re

habilitácia

Casopis 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 Litome-
rický, Miroslav Palát (predseda), Květa Pochopová, Jiřina Štejano-
vá, Marie Večeřová

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 septembri 1978 — imprimované 4. 9. 1978

■
Indexné číslo: 46 190
Registračné číslo: SŤTI 10/9

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK XII. 1978

ČÍSLO 2

EDITORIAL

RIZIKOVÉ FAKTORY — REALITA ANEBO MÝTUS

Koronárna choroba, infarkt myokardu, periférny poruchy prokrvení a centrální cévní mozkové příhody mají společného jmenovatele — základní postižení cévní stěny aterosklerotickým procesem. Mají také další společnou vlastnost — vykazují soustavně vzestupný trend výskytu. Mimo jiné v současnosti postihují víc a více mladší ročníky a konečně pro neznalost jejich vzniku je i terapie omezená s výjimkou akutních příhod především v boji proti základní příčině všech těchto klinických jednotek — v boji proti ateroskleróze.

Poslední dvě desetiletí se mnoho diskutuje o tak zvaných rizikových faktorech, které většinou v kombinaci vedou ke vzniku základního onemocnění — arteriosklerotického postižení stěny cévní. Tyto rizikové faktory jsou všeobecně známé a je úlohou sekundární prevence, aby je odstranila ze života každého ohroženého jedince. Mnohé zkušenosti ukázaly, že rizikové faktory — a v této oblasti je nejvíce zmapovaná oblast koronární choroby — jsou skutečně faktory, které zasahují do patogenezy aterosklerózy, i když z hlediska některých nových poznatků především z dlouhodobých studií ukázali na určitou hierarchii vlivu těchto rizikových faktorů při vzniku aterosklerózy.

Velmi jednoznačný je názor na nikotinismus, závažným rizikovým faktorem je na příklad přítomnost hypertenzivní choroby, méně jednoznačný význam má na příklad fyzická inaktivita, o otázce rizika tukových látek a cholesterolu se diskutuje. Snad nejzávažnější otázku představuje v současnosti v oblasti rizikových faktorů tak zvaný stress. V patogenezi koronární choroby hovoříme v současnosti o psychosociálním stressu. Někteří hovoří, že psychosociální stress jako komplex především negativních faktorů v životě jedince představuje nadřazený princip podmiňující všechny ostatní dnes už známé a definované rizikové faktory. Je pravda, že jedním z výrazů stressu je hyper-

aktivita sympatiku a je také pravda, že existence rizikových faktorů v životě jedince má vždy určitý vztah k zvýšení činnosti sympatiku. I když v současnosti se nedá říci, že všechny výše uvedené klinické jednotky — koronární choroba a infarkt myokardu, periferní poruchy prokrvení, centrální cévní mozkové příhody — mají společnou „rizikovou základnu“, je nutno konstatovat, že u těchto onemocnění chronicky probíhajících rizikové faktory, tak jako jsou klasicky uváděné, hrají určitou úlohu. Rozdíl je v pořadí jejich nebezpečnosti při vývoji choroby a rozdíl je jistě i v časovém faktoru jejich přítomnosti u postiženého jedince. Rizikový faktor „hypertenze“ je životně nebezpečný u nemocných s překonaným infarktem myokardu, zatím co pro nemocné s periferní poruchou prokrvení dolních končetin nepředstavuje nebezpečí z hlediska života samého.

Snad nejzávažnější otázkou celého komplexu rizikových faktorů a jejich vlivu na organismus při vývoji výše uvedených chronických cévních poruch je otázka jejich kombinování v životě jedince. Kombinace rizikových faktorů zvyšuje riziko akutní příhody, právě tak jako riziko smrti. Vývoj aterosklerózy, vysvětlovaný dnes multifaktoriálně, je rychlejší, je-li přítomno více rizikových faktorů; přežití nemocných s infarktem myokardu je kratší, je-li přítomno v životě jedince po překonaném infarktu myokardu více rizikových faktorů. Z tohoto aspektu je tedy nutné věnovat velkou pozornost rizikovým faktorům, boji proti nim, bez ohledu na to, který rizikový faktor, tak jak je poznáme z historie minulých dvaceti let, je faktorem první kategorie anebo kategorie druhé. A protože psychosociální stress je, jak se zdá, nadřazeným principem ostatních rizikových faktorů právě pro jeho mobilizování sympatického nervového systému, je otázkou základní důležitosti boj proti tomuto rizikovému faktoru.

Dr. Miroslav Palát, Bratislava

PŮVODNÉ VEDECKÉ
A ODBORNÉ PRÁCE**POUŽITÍ ETAFENONU-HCL^R* U NEMOCNÝCH
S TRANSMURÁLNÍM INFARKTEM MYOKARDU
A HYPERKINETICKÝM SYNDROMEM
V DLOUHODOBÉM REHABILITAČNÍM PROGRAMU
PO PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE**

B. ŽDICHYNEC, V. PUCHTA

*OŮNZ Pelhřimov**Interní oddělení nemocnice s poliklinikou Počátky
přednosta: MUDr. B. Ždichynec, CSc.*

Souhrn: Etafenon-HCl (Baxacor^R) významně upravil zvýšenou sympatickou dráždivost a zvýšený tonus sympatiku, jakož i významně snížil četnost výskytu charakteristických symptomů při tzv. hyperkinetickém syndromu, u 28 mužů s AIM, ve věku 49—62 roků, 4.—6. měsíc po proběhlé akutní fázi infarktu. V průběhu standardního a dlouhodobého rehabilitačního programu (metodou podle WHO) jsme při podávání Etafenonu-HCl zjistili i příznivé ovlivnění změn na pracovním elektrokardiogramu: a) významně nižší % zvýšení tepové frekvence po šestiminutové zátěži 1 W/kg a 1,5 W/kg, i [a] zlepšení poruchy repolarizační fáze na EKG, a významně nižší výskyt tzv. benigních extrasystol.

Klíčová slova: Transmurální infarkt myokardu — hyperkinetický cirkulační syndrom — komplexní rehabilitační program WHO — Etafenon-HCl (Baxacor).

Ze zkušenosti v dlouhodobé rehabilitaci infarktu myokardu podle metodiky WHO [5, 6, 8, 9, 10] víme, že u části těchto nemocných přetrvává po propuštění z nemocnice tzv. hyperkinetická porucha cirkulace. I když — vzhledem k vlastnímu srdečnímu infarktu — jde vlastně o benigní onemocnění,

* Fě Mack (Baxacor^R) děkujeme za poskytnutí klinického vzorku léků ke zkoušení

nelze je v takomto případě bagatelizovat, neboť může značně snížit pracovní potenciál u rehabilitovaných nemocných (1, 2, 4) a znesnadnit i zpomalit celý průběh komplexního rehabilitačního postupu. Nejčastější příčinou tzv. hyperkinetického syndromu jsou vlivy psychologenní, méně často příčinou vlivy konvalescentní (tj. stav po proběhlém somatickém onemocnění). Předpokládá se, že u nemocných po srdečním infarktu se obě skupiny příčin vzájemně prolínají (2, 6, 7). U tzv. hyperkinetického syndromu po tělesném zatížení neúměrně stoupá minutový objem a snižuje se tepenno-žilní rozdíl saturace kyslíku, proti splachnickému průtoku je poměrně zpomalen průtok krve kůží a v ortoklinostatickém testu dochází k významnému zrychlení tepu vstoje. V této studii si všímáme vlivu Etafenonu-HCl^R z hlediska ovlivnění tzv. hyperkinetického syndromu u nemocných s transmurálním infarktem myokardu, v průběhu komplexního rehabilitačního programu po propuštění z nemocnice. Podle dostupné firemní literatury je Etafenon HCl (Baxacor^R; 2-/Diaethyl-amino-aethoxy/-3-phenylpropiophenon-hydrochlorid) označován jako bezpečná a příznivě působící látka s účinkem antiarytmickým, koronaroterapeutickým a antiadrenergním.

Materiál a metoda

Náš soubor zahrnuje 28 nemocných mužů s TIM, určeným podle diagnostických kritérií WHO a Minnesota Code (1, 2, 9). Rozdělení z hlediska věku a místa změn na elektrokardiogramu je patrné z tabulky 1. Ve všech případech jde o nemocné s následnou rehabilitací po propuštění z nemocnice, u nichž byla stabilizována poinfarktová jízva a přetrvávala současná ischemie částí srdeční stěny, případně se vyskytovaly i tzv. benigní extrasystoly. Za tzv. benigní extrasystoly považujeme jednak sporadicky se vyskytující supraventrikulární extrasystoly, jednak ojediněle registrované tzv. benigní komorové extrasystoly. Za tzv. maligní komorové extrasystoly považujeme jednak (a) časné nasedající extrasystoly se širšími QRS komplexy, které se tvarově odlišují od běžného typu extrasystol a nasedají na vulnerabilní fázi T vlny (tj. vzestupný úsek T-vlny), jednak (b) komorové extrasystoly, které nasedají nejdříve jako bigeminicky vázaná extrasystola, po ní pak následují další, případně i salva extrasystol (2).

Všichni nemocní byli rehabilitováni podle metodiky WHO (9, 10), přičemž z časového hlediska šlo o tzv. třetí etapu komplexní rehabilitace srdečního infarktu, tj. o ambulantně řízenou rehabilitaci. Žádný z našich pacientů netrpěl typickými stenokardiemi ani kardiální dekompenzací a všichni měli na elektrokardiogramu zhojenou jízvu (4. — 6. měsíc po proběhlé akutní fázi infarktu). U žádného z nemocných nebyl zjištěn diabetes ani obezita — nad 25 % Brocova vzorce, 5 z nich mělo hypertenzi (léčenou pouze saluretiky), 1 dnu (léčen Miluritem), u 24 zjištěna porucha lipidového spektra II. typu podle Friedricksona. Jiné léky naši pacienti nedostávali. Všichni měli doporučenou antisklerotickou dietu.

Důvodem, proč jsme tyto pacienty vyčlenili jako zvláštní skupinu, byl výskyt příznaků odpovídajících diagnóze tzv. hyperkinetického syndromu (tabulka 2, 3). Tito pacienti poměrně velmi dobře tolerovali tělesnou zátěž při standardní pohybové rehabilitaci, překážkou pro zdárné zařazení do pracovního procesu však byly právě obtíže při tzv. hyperkinetickém syndromu. Po důkladném pro-

B. ŽDICHYNEC, V. PUCHTA / POUŽITÍ ETAFENONU-HCL^R U NEMOCNÝCH S TRANSMURÁLNÍM INFARKTEM MYOKARDU A HYPERKINETICKÝM SYNDROMEM...

Tabulka 1. Základní rozčlenění souboru 28 mužů s transmurálním infarktem myokardu (TIM) a příznaky hyperkinetického syndromu, sledovaných v rámci dlouhodobé rehabilitace po propuštění z nemocnice.

Sledované fáze během rehabilitačního programu	Černosti	Průměrný věk (rozpětí intervalu,	Původní změny na klidovém elektrokardiogramu				Následné změny na klidovém elektrokardiogramu				
			TIM přední	TIM zadní	TIM posterolaterální	TIM posterolaterální	poinfarktová jízva	současná ischemie stěny		tzv. benigní extrasystoly	
			18 (64,3 %)	19 (67,9 %)	10 (35,7 %)	11 (39,3 %)		přední a (nebo) boční	zadní	supraventrikulární	komorové
I. Bez medikamentózní léčby	28 (100 %)	58 (49—62)	18 (64,3 %)	19 (67,9 %)	10 (35,7 %)	11 (39,3 %)	28 (100 %)	25 (89,3 %)	11 (39,3 %)	19 (67,9 %)	10 (35,7 %)
II. Etafenon-HCl (75 mg), p. o.	ditto	ditto	ditto	ditto	ditto	ditto	ditto	4* (14,3 %)	3* (10,7 %)	1* (3,6 %)	0 (0 %)
III. Placebo, p. o.	ditto	ditto	ditto	ditto	ditto	ditto	ditto	20 (71,4 %)	9 (32,1 %)	16 (57,1 %)	5 (17,9 %)

* Signifikantně nižší výskyt (na P5 % hladině významnosti)

studování firemní literatury zkusili jsme použít v této indikaci, v rámci komplexního rehabilitačního programu, nový přípravek Etafenon-HCl (Baxacor^R).

Z hlediska posouzení léčebného významu podávání tohoto přípravku nemocným s TIM a současným hyperkinetickým syndromem, jsme náš soubor sledovali ve všech časových fázích, vždy po 14 dnech, a to v následujícím sledu (tabulka 1): I. bez medikamentózní terapie; II. Etafenon-HCl (75 mg v 1 dražé), 4 x 1 dražé denně p. o.; III. Placebový přípravek 4 x 1 dražé denně p. o. Komplexní rehabilitační program se kvalitativně ani kvantitativně neměnil. Na konci každé ze sledovaných časových fází (I. — III.) jsme vždy provedli tato vyšetření:

1. Vyšetření neurovegetativní rovnováhy metodou ortoklinostatického testu (tab. 2). Ortoklinostatický test vyšetřujeme za bazálních podmínek, ráno (mezi 7.—9. hod.) nalačno. Vyšetřovaný nejprve 20 minut vleže odpočívá, pak se postaví a měříme průměr z 1, 2, 6—10 sekund po postavení (tzv. průměrné zrychlení ortostatické—PZO = dráždivost sympatiková; norma pro muže činí 14,5 s variačním rozpětím 7—21). Pak se okamžitě vyšetřovaný položí do vodorovné polohy na tutéž vyšetřovací pohovku a měříme průměr z 6 x 10 sekund vleže (tzv. klinostatické zpomalení — KZ = dráždivost vagu; norma pro muže činí 5,5 s variačním rozpětím 0,5—9,5). Hodnoty PZO a KZ se přepočítávají na jednu minutu. Maximální frekvence pulzu po farmakologickém vyřazení budivých vláken parasympatiku je obrazem tonusu sympatiku (TS; norma pro muže je 108/min. s rozptylem 96—120). Rozdíl mezi výchozím (klidovým) a maximálním pulzem je obrazem tonusu parasympatiku (TP; norma pro muže je 43 s rozptylem 30—56). Z farmak používáme klasicky 1 % atropinsulfát i. v. 0,02 mg/1 kg váhy, nejvýše však 2 ml!) — Princip Flackovy zkoušky (tab. 2): Používáme rtuťového monometru, upraveného tak, že se hadička spojí s náústkem. Pacient vsedě, silou svého výdechu udržuje 60 sec. sloupec rtuti ve výši 40 mm Hg. Vyšetřující sleduje frekvenci tepu v pětisekundových intervalech, nejprve tak dlouho, až se hodnoty nemění. Teprve pak vyzve pacienta ke zkoušce. Z výsledků se sestaví křivka a zhodnotí se: I. typ: v žádném z pětisekundových úseků nepřesáhne hodnota 7 tepů (tj. velmi výkonný oběhový systém), II. typ: v žádném z úseků nepřesáhne 9 tepů (tj. průměrně výkonný oběh), III. typ: tepová frekvence se zvýší na 10 a více pulzů v pětisekundovém úseku, často je současně zkrácena apnoická pauza (tj. nestabilizovaný oběhový systém), III. typ: vzestup na 10 a více pulzů v pětisekundovém úseku, následovaný vzápětí rychlým poklesem (tj. oběhová nedostatečnost).

Vedle výše popsaných objektivních testů jsme ještě sledovali výskyt charakteristických příznaků při tzv. hyperkinetickém syndromu, ve sledovaných fázích standardního rehabilitačního programu (tab. 3).

2. Standardní ergometrické vyšetření oběhu na bicyklovém ergometru při šestiminutové zátěži 1 W/kg, a 1,5 W/kg při trvalém monitorování EKG (pomocí elektrod pro tzv. nestabilní podmínky). Vyšetření jsme provedli vždy na konci pozorovacího období, v každé z fází I. — III. (tab. 4) a zároveň jsme sledovali i další změny na EKG (tab. 5).

Výsledky (tabulka 2—5).

1. U 28 pacientů s TIM a hyperkinetickým syndromem přetrvávala ve třetí etapě standardního komplexního rehabilitačního programu porucha neurovegetativní regulace, ve smyslu zvýšené ergotropní (sympatikové) excitability a zvýšeného tonusu sympatiku. Tato porucha se normalizovala po p. o. podávání Etafenonu-HCl (fáze II), kdežto po vysazení léku a jeho nahrazení placebem se ve většině případů opět obnovila (fáze III, tabulka 2).

Tabulka 2. Změny neurovegetativní reaktivity v souboru 28 mužů s transmurálním infarktem myokardu (TIM) a s příznaky hyperkinetického syndromu v různých fázích rehabilitačního programu po propuštění z nemocnice.

Neurovegetativní rovnováha	Sledované fáze rehabilitačního programu		
	I.	II.	III.
PZO/min.	*22 ± 5,2	10,8 ± 3,4	20 ± 6,4
KZ/min.	6,2 ± 1,2	5,9 ± 1,8	6,0 ± 1,4
TV/min.	40 ± 5,4	41 ± 4,4	40 ± 4,4
TS/min.	*124 ± 12,8	98 ± 7,8	120 ± 10,8
Flackova zkouška: (M = 28 = 100 %)			
a) typ II.	N ₁ = 10 (35,7 %)	N ₁ = 22 (78,6 %)	N ₁ = 12 (42,9 %)
b) typ III.	N ₂ = 18 (64,3 %)	N ₂ = 6 (21,4 %)	N ₂ = 16 (57,1 %)

* Hodnoty nad horní hranici pásma normálního rozptylu.

□ Signifikantní změny (na 95 % hladině významnosti).

FZO¹ průměrné zrychlení ortostatické,

KZ... klinostatické zpomalení,

TV... tonus vagu,

TS... tonus sympatiku.

Tabulka 3. Výskyt některých příznaků v souboru mužů s transmurálním srdečním infarktem (TIM) a s příznaky hyperkinetického syndromu, v různých fázích komplexního rehabilitačního programu po propuštění s nemocnice.

Sledované symptomy	Sledované fáze během rehabilitačního programu		
	I. N = 28 = 100 %	II. N = 28 = 100 %	III. N = 28 = 100 %
Respirační arytmie	20 (71,4 %)	6 (21,4 %)*	17 (60,7 %)
Palpitace	24 (85,7 %)	3 (10,7 %)*	22 (78,6 %)
Tachykardie (nad 100/min.)	20 (71,4 %)	4 (14,3 %)*	18 (64,3 %)
Bodavé bolesti na hrotu srdečním	27 (96,4 %)	10 (35,7 %)*	22 (78,6 %)
Nemožnost dodýchnout po námaze	26 (92,9 %)	7 (25,0 %)*	23 (82,1 %)
Pocit vnitřního napětí	25 (89,3 %)	11 (39,3 %)*	20 (71,4 %)
Parestézie horních končetin	22 (78,6 %)	18 (64,3 %)*	20 (71,4 %)
Prekordální parestézie	28 (100,0 %)	4 (14,3 %)*	22 (78,6 %)
Akrocyanóza	24 (85,7 %)	4 (14,3 %)*	22 (78,6 %)

* Signifikantní změny (na 95 % hladině významnosti).

B. ŽDICHYNEC, V. PUCHTA / POUŽITÍ ETAFENONU-HCL^R U NEMOCNÝCH S TRANS-MURÁLNÍM INFARKTEM MYOKARDU A HYPERKINETICKÝM SYNDROMEM...

Tabulka 4. Tolerance zátěže při bicyklové ergometrii po šestiminutové zátěži 1 W/kg a 1,5 W/kg za 20 a 40 minut po klidném odpočívání (I) nebo po podání i. v. 1 amp. (= 2 ml) Etafenon-HCl = 10 mg (II), nebo po podání 2 ml placebo i. v. (= fyziologický roztok) ve sledovaných fázích rehabilitačního programu 28 mužů s TIM a překvapujícím tím hypokinetickým syndromem.

Sledované fáze rehabilitačního programu	Výchozí frekvence (za min.)	Zátěž 1 W/kg	% zvýšení tepové frekvence po zátěži (oproti výchozí frekvenci)	Zátěž 1,5 W/kg	% zvýšení tepové frekvence v klidu (po přechodu zátěži)
	x ± Sx	x ± Sx	x ± Sx	x ± Sx	x ± Sx
I.	98 ± 6,4	124 ± 8,2	26,5 ± 7,4	136 ± 6,2	38,8 ± 6,8
II.	97,5 ± 5,8	102 ± 7,4	4,6 ± 6,9	106 ± 5,4	8,7 ± 7,0
III.	98,8 ± 5,4	128 ± 5,9	29,6 ± 7,2	140 ± 4,9	41,7 ± 5,9

□ Vyznačen pokles % zvýšení tepové frekvence ve fázi II (na 95 % hladině významnosti).

Tabulka 5. Změny na elektrokardiogramu po standardní zátěži při ergometrickém vyšetření v různých fázích rehabilitačního programu u 28 mužů s TIM (= 100 %) * Signifikantně nižší výskyt (na 95 % hladině významnosti).

Sledované fáze rehabilitačního programu	Změny na EKG po 6 min. zátěži 1 W/kg			Změny na EKG po 6 min. zátěži 1,5 W/kg		
	supraven-trikulární	tzv. benigní extrasystoly	porucha repolarizace	supraven-trikulární	tzv. benigní extrasystoly	porucha repolarizace
I.	11 (39,3 %)	9 (32,1 %)	26 (92,9 %)	12 (42,9 %)	11 (39,3 %)	28 (92,9 %)
II.	1* (3,6 %)	1* (3,6 %)	7* (25 %)	2* (7,1 %)	1* (3,6 %)	2* (7,1 %)
III.	10 (39,3 %)	8 (28,6 %)	24 (85,7 %)	10 (35,7 %)	10 (35,7 %)	24 (85,7 %)

2. Také sledované charakteristické symptomy při tzv. hyperkinetickém syndromu po Etafenonu-HCl p. o. většinou významně ustoupily (fáze II), kdežto po vysazení a podání placebo došlo opět k jejich signifikantnímu vzestupu (fáze III, tabulka 3).

3. Při standardní ergometrické zátěži 1 W/kg a 1,5 W/kg (kterou všichni pacienti subjektivně dobře tolerovali) došlo při léčbě Etafenonem-HCl (fáze III) k významně nižšímu procentu zvýšení tepové frekvence po zátěži (oproti výchozí frekvenci) v porovnání s časovým obdobím bez léku (fáze I) i po placebo (fáze III).

4. Při uvedené zátěži (sub 3) jsme pozorovali po Etafenonu-HCl, podaném injekčně, zlepšení poruchy repolarizační fáze na elektrokardiogramu a významném snížení četnosti tzv. benigních extrasystol (fáze II), oproti časovému období bez léčby (fáze I) i po placebo (fáze III, tabulka 5).

Diskuse

Naše dlouhodobé poznatky s komplexní rehabilitací AIM podle metodiky WHO, ukazují — ve shodě s literaturou (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8), že při převážně tzv. konvalescentním typu současně přítomného hyperkinetického cirkulačního syndromu je někdy nezbytné použít i vhodné medikamentózní léčby. Obvykle jsme používali sedativa a trankvilizéry. Tyto přípravky nám sice kladně ovlivnily některé důležité průvodní subjektivní symptomy, nikdy však nedošlo ke komplexnímu objektivnímu zlepšení všech zjišťovacích poruch. Podle našich dosavadních poznatků se zdá, že Etafenon-HCl (Baxacor^R) je přípravek velmi vhodný jako adjuvans v komplexní dlouhodobé rehabilitační léčbě těchto poruch. Preventivní podávání antikoagulancií v této indikaci se nepovažuje za vhodné (3).

LITERATURA

1. DONAT, K. — KOEFFER, H.: Principles and results of early rehabilitation on following myocardial infarction in the hospital. Verh. Dtsch. Ges. Kreislaufforsch., 37, 1971, 4, 214—219.
2. DERS.: Herzschlagfrequenz und Leistung Seminar einer „Kleinen Ergometrie“ zur Leistungsdiagnostik. S. Karger AG, Basel-München-Paris-London-N. York-Sydney, 1973, S. 285.
3. FALK, O. P.: Current trends in treatment of coronary disease: discussion of dicumamol therapy. South. med. J., 40, 1947, 9, 501—506.
4. GRODEN, B. M.: Mobilisation after myocard infarction. Lancet I, 1969, 945—950.
5. HALHUBER, M. J.: Aktuelle Probleme der Rehabilitation nach Herzinfarkt. Internist, 12, 1971, 4, 233—236.
6. LAMERS, H. J. — DROST, W. S. J. — KROON, B. J. M. — VAN ES, L. A. ET AL.: Early mobilisation after myocardial infarction (a controlled study). Brit. med. J., I, 1973, 257—261.
7. ROSE, G.: Early mobilisation and discharge after myocardial infarction. Mod. Concepts. Cardiovasc. Dis., 41, 1972, 1, 59—62.

B. ŽDICHYNEC, V. PUCHTA / POUŽITÍ ETAFENONU-HCL^R U NEMOCNÝCH S TRANSMURÁLNÍM INFARKTEM MYOKARDU A HYPERKINETICKÝM SYNDROMEM...

8. WINKELMANN, L. — HEIDEL, W. — BREINROTH, W. — KORNMANN, D. et al.: Frühmobilisation im Rahmen der Herzinfarkt Rehabilitation. Dtsch. Ges. Wesen, 28, 1973, 20, 1071—1074.
9. WHO: Report on a working group (Part I) Bordeaux 12. — 15. 10. 1970, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, Euvo 8206 (5).
10. WHO: A programme for the physical rehabilitation of patients with acute myocardial infarction, Freiburg, 1968.

Adresa autora: B. Ž., OÚNZ, 393 01 Pelhřimov.

Б. Ждихинец, В. Пухта

ПРИМЕЧАНИЕ ЭТАФЕНОНА-НСІ У БОЛЬНЫХ С ТРАНСМУРАЛЬНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА (ТИМ) И ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ДЛИТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЕ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ БОЛЬНИЦЫ

Резюме

Этафенон-НСІ (Вахасор^R) существенным образом изменил повышенную раздражимость симпатического нерва и его повышенный тонус. Он также значительно понизил встречаемость характерных симптомов при так наз. гиперкинетическом синдроме, у 28 мужчин с АИМ, в возрасте 49—62 лет, на 4-м — 6-м месяце после прошедшей острой фазы инфаркта. В течение стандартной и длительной программы реабилитации (методом по WHO) при введении Этафенона-НСІ мы установили также благоприятное влияние на изменения на рабочей электрокардиограмме: а) достоверно пониженный процент повышения пульсовой частоты после 6-мин. загрузки 1 W/kg и 1,5 W/kg и б) улучшение расстройства поляризации фазы на ЭКГ и достоверное понижение встречаемости так называемых доброкачественных экстрасистол.

B. Ždichynec, V. Puchta

THE APPLICATION OF ETAFENON-HCL IN PATIENTS WITH TRANSMURAL MYOCARDIAL INFARCTION (TIM) AND HYPERKINETIC SYNDROME IN LONG-TERM REHABILITATION PROGRAMME AFTER DISCHARGE FROM HOSPITAL

Summary

Etafenon-HCl (Baxacor^R) adapted significantly increased sympathetic irritability and increased sympathetic tone and also significantly decreased the incidence of characteristic symptoms in the so called hyperkinetic syndrome in 28 men with AIM aged between 49 and 62 years four to six months after the acute state of myocardial infarction. The course of standard and long-term rehabilitation programme (method according to WHO) and after administration of Etafenon-HCl showed a favourable influence in changes of the working ECG, a/a significantly lower per cent of increased pulse rate after 6 min. of load 1 W/kg and improved disorders of repolarization phase in the ECG and a significantly lower incidence of the so called benign extrasystoles.

B. ŽDICHYNEC, V. PUCHTA / POUŽITÍ ETAFENONU-HCL^R U NEMOCNÝCH S TRANSMURÁLNÍM INFARKTEM MYOKARDU A HYPERKINETICKÝM SYNDROMEM...

B. Ždichynec, V. Puchta

DIE ANWENDUNG VON ETAPHENON-HCL BEI PATIENTEN NACH TRANSMURALEM MYOKARDINFARKT IN BEGLEITUNG VON EINEM HYPERKINETISCHEN SYNDROM IN EINEM LANGFRISTIGEN REHABILITATIONSPROGRAMM NACH DER KRANKENHAUSENTLASSUNG

Zusammenfassung

Das Etaphenon-HCl (Baxacor^R) führte zu einer wesentlichen Besserung der gesteigerten sympathischen Reizbarkeit und des erhöhten Tonus des n. sympathicus. Zugleich verringerte es in bedeutendem Maße die Häufigkeit des Auftretens der für das sog. hyperkinetische Syndrom charakteristischen Symptome, und zwar bei 28 Männern mit akuten Myokardinfarkt, im Alter von 49–62 Jahren, 4–6 Monate nach der akuten Phase des Infarkts. Im Laufe des standardmäßigen und langfristigen Rehabilitationsprogrammes (nach der WHO-Methode) wurde bei Verabreichung von Etaphenon-HCl auch eine günstige Beeinflussung des Arbeits-Elektrokardiogramms festgestellt: a) ein bedeutend niedrigerer Prozentsatz der Pulsfrequenzsteigerung nach 6minütiger Belastung mit 1 W/kg und 1,5 W/kg und b) eine Verringerung der Störung der Repolarisierungsphase im EKG und ein signifikant vermindertes Auftreten von sogenannten benignen Extrasystolen.

B. Ždichynec, V. Puchta

APPLICATION DE L'ETAFENON-HCL CHEZ LES MALADES AFFECTES DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE TRANSMURAL (TIM) AVEC UN SYNDROME HYPERCINETIQUE DANS LE PROGRAMME DE READAPTATION A LONG TERME APRES LA RENTREE DE L'HOPITAL

Résumé

L'Etaphenon-HCl (Baxacor^R) a amélioré de façon importante l'augmentation du tonus du sympathique. Il a aussi, de façon importante, rédiut la présence de symptômes caractéristiques dans le soi-disant syndrome hypercinetique. Chez 28 sujets masculins avec l'AIM, respectivement âgés de 49 à 62 ans, 4 à 6 mois après l'affection de la phase aiguë de l'infarctus. Au cours d'un programme de réadaptation normal et de longue durée (selon la méthode WHO), on a constaté aussi dans l'application de l'Etaphenon-HCl, un effet favorable de changements sur l'électrocardiogramme d'activité physique: a) une réduction importante du pourcentage de l'augmentation de la fréquence du pouls après 6 minutes d'effort physique 1 W/kg et 1,5 W/kg, et (a) une amélioration du trouble de la phase de repolarisation sur l'EKG ainsi qu'une réduction marquée de la présence du soi-disant extra-systole bénin.

VYUŽITÍ SVALOVÉ TYPOLOGIE PRO POTŘEBY REHABILITAČNÍ PÉČE

M. KUČERA, A. CHARVÁT

Katedra tělovýchovného lékařství fakulty dětského lékařství

vedoucí prof. MUDr. Miloš Máček, CSc.

*Chirurgická klinika fakulty dětského lékařství
Pod Petřínem*

vedoucí doc. MUDr. Augustin Charvát, CSc.

Souhrn: Určování typů, kvality i kvantity cvičení se musí provádět na základě podrobné analýsy celé řady faktorů. Jedním z nich je určování skladby svalové tkáně v rozvíčované oblasti. To lze provádět buď pomocí histochemického vyšetření, anebo orientačně důkladnou kinesiologickou analýsou pohybového režimu rozvíčovaného pacienta před onemocněním či úrazem. Podle typu práce je možno dělit svalová vlákna na rychlá — bílá a pomalá či vytrvalostní — červená. Podle toho se pak musí i vybírat metodika rozvíčování tak, aby jejich hlavní charakter koreloval s charakterem rozvíčované tkáně.

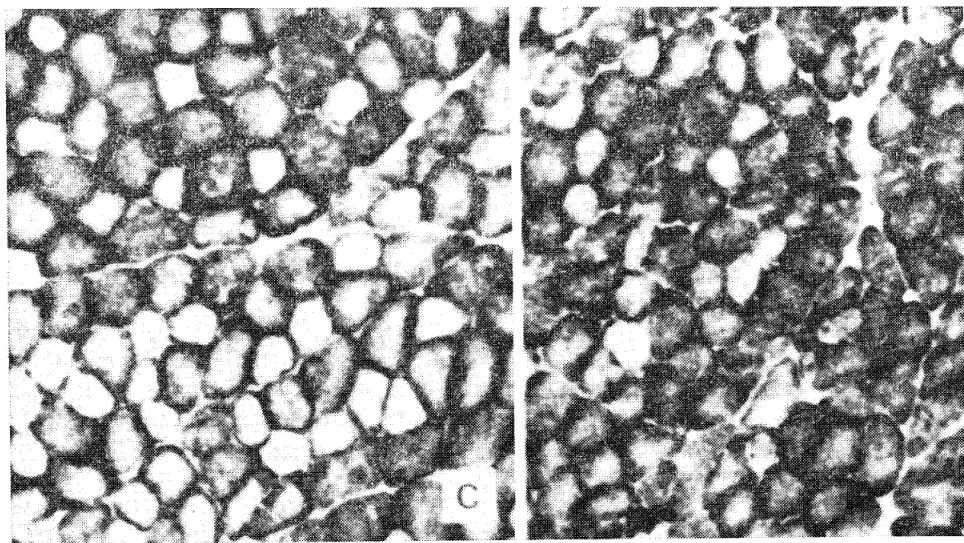
Klíčová slova: Svalová typologie — histochemické vyšetření svalové tkáně — rehabilitační péče.

Fysiologie i patologie se stále více obracejí na problematiku biochemie a dokonce i histochemie. Znalosti a výzkumy posledních let to plně potvrzují, a proto se také tyto zkušenosti začínají promítat i do jiných oblastí celé široké medicínské péče. V našem sdělení se chceme zabývat zkušenostmi, které jsme získali právě při určování typu, kvality i kvantity pooperační léčebné rehabilitace z tohoto pohledu.

Je obecně známo, že při stejné diagnóze, věku i provedeném výkonu se rehabilitační péče operovaných nemocných nesetkává se stejným efektem. Jeden pacient velice dobře zlepšuje celkový stav i lokální adaptaci na změněné podmínky a naproti tomu druhý při stejných — anebo lépe řečeno zdánlivě stejných podmínkách, podstatně pomaleji reaguje na pooperační péči. Zvláště u mladých lidí se tento fakt poměrně často vyskytuje. A z mladých lidí jsme se s ním relativně nejčastěji setkali při ošetřování aktivních sportovců. Zvláště u nich jsme měli mnohdy — a zřejmě jsme

nebyli sami, časté a četné potíže, protože mimo samotnou skutečnost změny v denním pohybovém režimu, se projeví celá řada dalších vesměs nepříznivých činitelů (vysazení z vysoce náročného pohybového režimu — tréninku, postih finanční, společenský, morální a podobně). Při tom je ve většině případů pozitivní skutečnost, že se mladý sportovec snaží co nejdříve dostat do tréninkového a hlavně závodního procesu. Velkou většinou se právě u této skupiny pacientů projevuje velmi dobrá vůle po spolupráci s rehabilitačním pracovníkem i ošetřujícím lékařem. Bohužel pokud nezvolíme správný typ, kvalitu i kvantitu cvičení a efekt rehabilitace se neprojeví, začne se často tento pozitivní faktor měnit v negativní a spolupráce se sportujícím se stává velice špatnou. Proto pokládáme za závažné správné zvolení typu rehabilitačního cvičení.

Jedním z činitelů, na který se nesmí právě při tomto výběru zapomínat, je zhodnocení svalového typu, lépe však řečeno zjištění skladby příslušné svalové tkáně. Vyjdeme ze známé skutečnosti, že lidský sval je svaalem smíšeným, který obsahuje vlákna jak červeného nebo vytrvaleckého typu, tak i vlákna bílá čili rychlého typu. Jejich typ určuje funkci a podle výzkumu celé řady pracovníků je tomu i opačně. V experimentálních pracích, zejména Padykulové 1967, Ziky 1973 a dalších se na zvířatech toto tvrzení plně prokázalo, neboť cílenou fyzickou zátěží je možno podstatně měnit skladbu a typ lokální svalové partie. Svalovina zvířete se skládá ze tří svalových typů — navíc má typ přechodný — a lidská podle většiny autorů obsahuje pouze svalová vlákna bílá a červená (Edström 1972, Gollnick 1972), i když zase naopak Pieper 1974 se drží rozdělení



Obr. 1
Průřez m. biceps humeri u krysy před a po dlouhodobé svalové zátěži statického charakteru (určováno na alfa glykolfosfát dehydrogenázu). Je patrný změněný charakter svaloviny — posun směrem k tmavým vytrvalostním červeným vláknům, kdežto počet bílých, rychlých s převahou anaerobního metabolismu ubylo (Zíka, Lojda a Kučera 1973).

Steina a Padykulové 1962 a uvádí tři typy vláken. Pro vlastní rehabilitaci nakonec není důležité, zda bude vycházet ze dvou nebo tří typů vláken. Pohybem a fyzickou svalovou prací dochází podle této zátěže k diferenciaci vláken buď směrem k bílým — při převaze svalové práce charakteru rychlé a krátkodobé kontrakce, nebo naopak k červeným při práci dlouhodobé, vytrvalostní spíše submaximální intenzity. Podle tvaru buňky a jejího barvení se pak provádí histologická klasifikace a podle reakce na testování svalových enzymů pak klasifikace histochemická. Na obrázku ukazujeme klasické uspořádání svalových buněk podle typů, kde je vidět velké buňky bílého typu a malé nebo střední typu červeného. Již název vysvětluje obsah buněk, kde červená je vyvolána vyšším množstvím myoglobinu. Charakter práce je pak dán i tímto složením — červená má schopnost pracovat podstatně déle, kdežto bílá jeví časně známky unavitelnosti.

Podle prováděné činnosti a anatomického uspořádání můžeme již a priori určovat obecnou klasifikaci svaloviny podle převažujícího typu svalové práce (Dubowitz 1960, Barnard 1970 a Edgerton 1970). Klasickým příkladem jsou svaly posturální, jejichž funkce je dána dlouhým fylogenetickým vývojem a je tedy charakterizována jako práce dlouhodobá, relativně nízké intenzity (i když je jistě s tímto tvrzením možno velmi úspěšně polemizovat) a poměrně nízkou unavitelností. Lze tedy říci, že posturální svalstvo je ve velké míře svalstvo s převahou červených vláken. Pro vlastní cvičení je proto nutné vždy pečlivě provádět kinesiologickou analýzu předpokládané činnosti. Druhá závažná povinnost, která vyplývá z pověděného, je dána zejména pracemi Jakovleva 1975, který ukázal, jak se projeví dlouhodobá činnost na vlastním svalovém vlákne,

Tabulka. Mikromorfologické a biochemické změny ve svalové struktuře po zatížení ve srovnání s kontrolní skupinou (podle Jakovleva 1975)

Sledovaný ukazatel	Vytrvalost	Rychlost	Síla
Silná motorická vlákna	-15	+29	+15
Průřez vláknem	0	+24	+28
Počet jader /100 vláken	0	+ 1	+15
Mitochondriální protein	+50	+35	0
Mitochondriální fosfolipid	+10	+ 6	0
Myosin	0	+18	+59
Myoglobin	+40	+58	+53
ATP	0	0	0
Kreatinfosfát	+12	+58	+15
Glykogen	+80	+70	+38

Uváděná čísla jsou v % ke kontrolní skupině necvičící. Vytrvalost byla trénována během na běhátku střední rychlosti. Rychlost byla prováděna na běhátku vysokou rychlostí a jízdou na bicyklu. Síla zavěšením na hrazdě nebo držením závaží.

jeho složení i funkci. Jak ukazuje tabulka, srovnával kontrolní skupinu se skupinou, která prováděla různé typy zátěže a zjišťoval podstatné změny v biochemických i mikromorfologických parametrech svaloviny. Na spotřebu glykogenu v pracujícím svalu při dlouhodobé práci poukázali Essen a Henriksson 1974, kteří prokázali, že při stejné dlouhodobé práci sníží pomalý sval obsah glykogenu o 88 %, kdežto rychlý jen o 66 %.

Pohybová aktivita je základním požadavkem dobré funkce pohybového aparátu. Organismus jako celek, i jeho jednotlivé orgány se jí přizpůsobují, a tedy podle její kvality i kvantitativně reagují [Jakovlev 1962]. Proto také se všechny změny — ať již ve smyslu zvýšení nebo snížení — bezprostředně promítnou jak na organismus, tak i na svalovou buňku. Při operaci, rehabilitační péči i normální terapii se vždy snažíme udržet pohybovou aktivitu v hranicích před onemocněním. Svalová buňka a její histochemické struktury totiž citlivě reagují a jsou mnohdy limitujícím činitelem úspěšné léčby. Známa skutečnost, že cvičení se promítá bezprostředně do svalové tkáně, je jedním z velice dobrých adjuvantních faktorů léčby, protože zvláště u lidí s normální pohybovou aktivitou můžeme značně zvýšit tak zvanou bílkovinnou rezervu svalu [Čárský 73]. To vše je třeba mít na paměti i při výběru rehabilitačního režimu mladého jedince.

V sérii léčebných zákroků po úrazech i břišních operacích jsme prováděli předoperační odběr svalové tkáně a po jejím zmrazení pak histochemické stanovení svalového typu. Tímto způsobem jsme relativně přesně určili optimální charakter léčebné rehabilitace. Pokládáme tuto metodu samozřejmě za nejpřesnější, ale není vždy možné realizovat právě histochemické vyšetření. Jsme však přesvědčení, že v blízké budoucnosti se stane nedílnou součástí vyšetřovacích metod podpůrně pohybového systému. Jsou však i stavy, kdy není možné provádět odběr příslušné svaloviny, neboť stále ještě pokládáme svalové biopsie za relativně zatěžující zákrok, a proto do rutinní praxe možno s nimi obtížně kalkulovat. Abychom však mohli správným způsobem zvážit a orientačně určit typ svalové struktury, je možno vycházet z těchto skutečností, které pokládáme zvláště u mladých a sportujících (ale stejně se to týká fyzicky pracujících) jedinců za závažné pro průběh pooperační i pourazové péče:

1. Obecné podmínky pohybového režimu (psychický stav, druh poranění nebo operace, způsob léčení, místní podmínky).
2. Skladba svaloviny a analýza její funkce v místě rozcvičování — musí vycházet z anatomické a fyziologické charakteristiky.
3. Pohybová aktivita před onemocněním, její kvalita a kvantita.
4. Pohybová aktivita v průběhu onemocnění.
5. Při neúspěchu rehabilitačního cvičení je možno uvažovat o radikální změně charakteru cvičení až o 180 stupňů.

Tyto skutečnosti je vždy možno brát na potaz u každého mladého jedince a zejména pak u sportovců. U nich navíc nelze zapomínat na ještě další vysoce intenzivně působící faktor, kterým je vyřazení z pravidelného tréninkového cyklu, a s druhotnými změnami, které po tomto vyřazení následují [Hommaerts 1969, Van Uytvanek 1971, Hettinger 1972]. Nejde jen o psychickou zátěž mladého člověka, ale také o podstatný zásah do vegetativní rovnováhy.

Proto i toto musíme v navozování pooperační péče i léčení úrazových stavů vždy pečlivě zvažovat a podle detailního rozboru pak provádět příslušné léčebné manévry.

Znalost svalového složení patří k základním podmínkám správné indikace rehabilitační péče zvláště u mladých lidí. V našem oddělení jsme chtěli na tuto skutečnost upozornit a doporučujeme proto vždy vycházet z pečlivé anamnesy pochybového režimu.

LITERATURA

1. BARNARD R. J. — EDEGERTON V. R. — PETERS J. B.: Effect of exercise on skeletal muscle. *J. Appl. Physiol.* 28, 762—766, 1970
2. ČÁRSKÝ K.: Význam telesnej aktivity v prevencii pooperačných komplikácií. *Rehabilitácia* 6, 37—40, 1973
3. DUBOWITZ V. J. — PEARSE A. G. E.: A comparative histochemical study of oxidative enzyme and phosphorylase activity in skeletal muscle. *Histochemie* 2, 105—117, 1960
4. EDGERTON V. R. — SIMPSON D. R. — BARNARD R. J. — PETERS J. B.: Phosphorylase activity in actually exercised muscle. *Nature* 225, 866—867, 1970
5. EDSTRÖM L. — EKBLOM B.: Differences in sizes of and white muscle fibres in m. vastus lateralis of m. quadriceps femoris of normal individuals and athletes. Relation to physical performance. *Scand. J. Clin and lab. invest.* 30, 175—182, 1972
6. ESSEN B. — HENRIKSSON J.: Glukogen content of individual muscle fibres in man. *Acta physiol. scand.* 90, 645—647, 1974
7. GOLLNICK P. D. — ARMSTRONG R. B. — SAVAERT C. W. — PIEHL K. — SALTIN B.: Enzyme activity and fibre composition in skeletal muscle of untrained and trained men. *J. Appl. Physiol.* 33, 312—319, 1972
8. HANZLÍKOVÁ V.: Histochemická charakteristika svalových vláken. *Čs. fysiologie* 22, 1—9, 1973
9. HETTINGER T.: *Isometrisches Muskelkrafttraining*. G. Thieme, Stuttgart 1972
10. HOMMAERST W.: The energetics of muscle contraction. *Phys. Rev.* 49, 427—502, 1969
11. JAKOVLEV N. N.: Biochemische Adaptionsmechanismen der Skelettmuskel an erhöhte Aktivität. *Med. u. Sport* 15, 132—139, 1975
12. JAKOVLEV N. N. — KOROBKOV A. V. — JANANIS S. V.: *Fysiologické a biochemické základy sportovního tréninku*. STN Praha 1962
13. KARLSSON I. — NORDESJÖ L. O.: Muscle lactate, ATP and CP levels during exercise after physical training in man. *J. Appl. Physiol.* 33, 199—203, 1972
14. KUČERA M. — SOUHRADA J.: Chronical muscle load in the laboratory rats. in *Proc. of the IInd symposium of pred. Group of working physiology*. Universita Karlova 1970
15. PADYKULA H. A. — GAUTHIER G. F.: Morphological and cytochemical characteristics of fiber types in normal mammalian skeletal muscle. *V Exploratory concepts in muscular dystrophy and related disorders* ed. by Milhorat A. T. *Excerpta med.* 1967, s. 117—128.
16. PIEPER K. S. — SHARSCHMIDT F. — RIEDEBERGER J.: Das funktionsabhängige Verhalten der Skelettmuskelfasertypen bei Belastungen unterschiedlicher Dauer und Intensität im Hinblick auf eine gezielte Übungsbehandlung. *Med. u. Sport* 14, 124—126, 1974
17. STEIN J. M. — PADYKULA H. A.: Histochemical classification of individual skeletal muscle fibres of the rat. *Amer. J. Anat.* 110, 103—115, 1962
18. TAYLOR A. W. — BOOTH M. A. — RAO S.: Human skeletal muscle phosphorylase

- activities with exercise and training. Can. J. Physiol. and Pharmacol. 50, 1038—1042, 1972
19. VAN UYTVANEK P. — VRIJENS J.: Der Einfluss des dynamischen und statistischen Trainings auf die Entwicklung der Muskelhypertrophie und Muskelkraft. Sportarzt und Sportmedizin 22, 149—152, 1971
20. ZÍKA K. — LOJDA Z. — KUČERA M.: Activities of some oxidative and hydrolytic enzymes in musculus biceps brachii of rats after tonic stress. Histochemie 35, 153—164, 1973.

Adresa autora: M. K., 120 00 Praha 2, Ke Karlovu 4

M. Kuchera, A. Charvat

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЫШЕЧНОЙ ТИПОЛОГИИ ДЛЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Р е з ю м е

Определение типов, качества и количества упражнений должно осуществляться на основании подробного анализа ряда факторов. Одним из них является установление строения мышечной ткани в разминаемой области. Это возможно осуществить или при помощи гистохимического исследования или ориентировочно тщательным кинезиологическим анализом двигательного режима упражняющегося больного до заболевания или травмы. В зависимости от типа работы можно мышечные волокна разделить на быстрые — белые и на медленные или выносливые — красные. Согласно этому нужно затем избирать методику разминки так, чтобы их главный характер соответствовал характеру разминаемой ткани

M. Kučera, A. Charvát

**THE UTILIZATION OF MUSCLE TYPOLOGY FOR
REHABILITATION CARE**

S u m m a r y

The determination of types, quality and quantity of exercise must be carried out on the basis of a detailed analyses of a number of factors. One of them is the establishment of the structure and composition of the muscle tissue in the trained area. This can be done by histochemical examination or by a thorough kinesiological analyses of exercise regimen of the trained patient before disease or trauma. According to the type of work the muscle fibres can be divided into fast — the white ones and the slow — the red ones. According to this the method of training must be chosen so that its main characteristics correlate with the character of the trained tissue.

M. Kučera, A. Charvát

**NUTZUNG DER MUSKELTYPOLOGIE FÜR DIE
REHABILITATIONSFÜRSORGE**

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

Die Typen, die Qualität und die Quantität von Rehabilitationsübungen müssen auf der Grundlage eingehender Analysen einer Reihe von Faktoren bestimmt werden. Einer

dieser Faktoren ist die Feststellung der Zusammensetzung des Muskelgewebes im Bereich, der von der Übung erfaßt werden soll. Dies kann entweder mit Hilfe der histochemischen Untersuchung oder orientierungsmäßig durch eine gründliche kinesiologische Analyse des Bewegungsregimes des für die Übungen vorgesehenen Patienten, das er vor der Erkrankung oder vor einem Unfall hatte, geschehen. Je nach dem Arbeitstyp können die Muskeln in schnelle — weiße und langsame (ausdauernde) — rote eingeteilt werden. Dementsprechend muß dann auch die Methodik der Übungsbehandlung gewählt werden, und zwar so, daß ihr Grundcharakter dem Charakter des der Übung unterworfenen Gewebes entspreche.

M. Kučera, A. Charvát

EXPLOITATION DE LA TYPOLOGIE MUSCULAIRE POUR LES BESOINS DES SOINS DE READAPTATION

Résumé

La détermination des types, de la qualité et quantité des exercices doit s'effectuer selon des analyses détaillées de toute une série de facteurs. L'un d'eux est la détermination de la structure du tissu musculaire dans la partie réadaptée. Ceci est possible soit par l'examen histochimique ou l'orientation par l'analyse approfondie kinésiologique du régime mobile du patient réadapté avant la maladie ou l'accident. Selon le type de travail, il est possible de diviser les tissus musculaires en rapides — blancs et lents ou d'endurance — rouges. Il convient alors de choisir aussi la méthode de réadaptation de sorte que leur caractère principal se rapporte au caractère du tissu réadapté.

ROSENZWEIG, M. R., PORTER, L. W. (red.)

ANNUAL REVIEW OF PSYCHOLOGY. Vol. 27

Vydalo Annual Review Inc., Palo Alto, Calif. 94306, 1976, 19 referátov, 640 strán, cena \$ 17,50.

Séria ročných prehľadov *Annual Review of Psychology* sa vyznačuje o. i. tým, že témy príspevkov sa systematicky striedajú podľa redakciu vypracovaného „master plan“, pričom jednotlivé problémové okruhy majú niekoľkoročnú periodicitu, rôznu podľa svojej závažnosti v očiach redakčnej rady. Tak sa zabezpečuje obsahová pestrosť pri pravidelnosti obsahovej štruktúry prehľadov.

V tomto zväzku nachádzame niekoľko príspevkov s priamym významom pre pracovníkov klinických odborov. Medzi ne určite patrí príspevok *Neurologické a fyziologické základy psychopatológie* (R. M. Reitan, Seattle). Autor referuje o biologických základoch psychologických funkčných porúch všeobecne a potom sa zameriava špeciálnejšie na atypické biologické nálezy pri psychózach, na men-

tálny deficit vyplývajúci z mozgových lézií u dospelých a detí a na poruchy učenia. Tematicky ešte užšie je vymedzená štúdia *Biochémiá a správanie*: niektoré centrálné účinky amfetamínu a antipsychologických látok (P. M. Groves a G. V. Rebec, Boulder, Colo.). Ide o solídny súborný referát (383 citácií) súčasného bádania o biochemických, neurofyziologických dôsledkoch, ako aj o správaní, najmä pri dlhodobom podávaní amfetamínu s dotazom na zvýšenú motoriku so zreteľom na reálne a perspektívne možnosti využitia týchto poznatkov v terapii.

Autori W. G. Klopfer (Portland) a E. S. Taulbee (Bay Pines, Fla) na začiatku svojho príspevku *Projektívne testy* kladú provokatívnu otázku, či Rorschach nakoniec nezostane iba „škrvnou na deji-

nách klinickej psychológie“. Konštatujú, že za posledné 4 roky vyšlo vyše 500 prác o projektívnych testoch, z ktorých citujú 148 (v angličtine). Hovoria najmä o štyroch testoch: Rorschach, Holtzman, TAT a Nakreslenie osoby. Najsľubnejší prístup vidia v kombinovaní Rorschacha s ďalšou projektívnou technikou, a naj-sľubnejší cieľ v odhaľovaní motivačných a osobnostných štruktúr mimo kategórií správania. Aj keď výber konkrétneho testu podlieha určitým „módnym“ tendenciám, samotné projektívne techniky zostanú hlavným zdrojom údajov pre klinických psychológov i naďalej.

Ďalšiemu inštrumentu psychologického bádania patrí stať Teória testov (J. Lumsden, Nedlands, Austr.). Vo veľmi svojráznom a veľmi kritickom referáte autor rozoberá základné tézy testovacej tradície od založenia výsledku na „práve skóre“ a náhodu až po validitu a otázku škálovania, a dochádza k dosť pesimistickým uzáverom o opodstatnenosti jednotlivých téz, ako aj celej teórie testov, ktorú v súčasnom štádiu považuje za prevažne samoučelný uzavretý kruh.

E. A. Alluisi a B. B. Morgan Jr. (Norfolk, Va.) podávajú súborový referát za posledných 10 rokov na tému Inžinierska psychológia a výkon človeka. Z 5000 publikácií môžu priamo citovať, pochopiteľne, iba asi dvadsaťinu, ale charakterizujú výstižne trendy, najmä neustále presúvania ťažiska z čistého výskumu na aplikáciu. Spomínajú bezpečnosť práce, pracovno-lekárske aspekty, vplyv prostredia, pozornosť a podobne, ako aj rastúci dôraz na experimentálny prístup.

J. E. Keith Smith (Ann Arbor) v stručnom a silne špecializovanom príspevku Analýza kvalitatívnych údajov sa zaoberá štatistickými metódami pri rozbere nekvantifikovateľných dát, uvádza rôzne novšie pokusy o riešenie metodologických ťažkostí, pričom najslubnejšie perspektívy vidí v rozpracovaní teórie beta-binomiálnych distribúcií.

Medzidruhová komparatistika je zastú-

pená dvoma príspevkami. Prvý monotematicky zameraný, je Farebné videnie (G. H. Jacobs, Santa Barbara). Autor analyzuje poznatky o fyziologických mechanizmoch, neurologických prvkoch, a aspektoch správania funkčných charakteristík od Homo sapiens až po ryby. Druhý, veľmi široko koncipovaný, je Etiológia a komparatívna psychológia (W. A. Mason a D. F. Lott, Dais, Calif.). Autori sa zameriavajú najmä na spoločné komparatistické problémy (pojmy kauzalita, funkcia, ontogenéza a evolúcia), na otázky sociálneho správania (altruizmus!) a problémy učenia (adaptívna špecializácia u zvierat v zmysle Brelandovcov). V závere autori konštatujú, že dlho požadovaná syntéza medzi etológiou a porovnávacou psychológiou sa už dnes stala skutočnosťou.

Tento zväzok obsahuje aj súborný referát o rozvoji psychológie v jednej konkrétnej krajine. Pre rok 1976 sa vybralo Francúzsko, čo zrejme súvisí s 21. Medzinárodným kongresom psychológie v júli 1976 v Paríži. Príspevok Vedecká psychológia vo Francúzsku (R. Francés, Nanterre) je komprimovaným prehľadom o súčasných smeroch a výsledkoch bádania vo Francúzsku, pričom ako „vedeckú psychológiu“ autor chápe „práce, uplatňujúce experimentálnu metódu, či už v laboratóriu, alebo v teréne“. Ide o informatívnu, hoci veľmi koncentrovanú, situačnú správu.

Pre nedostatok priestoru nemôžeme sa tu podrobnejšie zmieniť o ostatných referátoch tohto zaujímavého a podnetného zborníka. Ich témou sú: výskum osobnosti, modely učenia, psychológia spotrebiteľa, vyhodnocovanie programov (klinických, výchovných, priemyslových, sociálnych a iných), a otázka ľudských schopností. Sociálne aspekty sú zastúpené v statiach Navodenie zmien v malých skupinách, Psychológia a právo: predohra, Rozvoj personálnych a ľudských zdrojov a Sociálna psychológia malých skupín: spolupráca a zmiešaná motivácia.

Doc. R. Štukovský, Bratislava

NÁCVIK CHŮZE U PARAPLEGIKŮ

J. VOŘÍŠEK, J. PECHAN, V. KŘÍŽ, F. BÍLÝ

*Státní ústav rehabilitační Kladruby u Vlašimi,
ředitel prim. MUDr. V. Kříž*

Souhrn: Péče o paraplegika je komplexem mnoha lékařských oborů a sociálních opatření. Návčik chůze je pouze jednou ze složek této péče. Návčik chůze je zaměřen dvěma směry:

- a) terapie ochrnutých částí těla,
- b) výcvik adaptace orgánů se zachovanou funkcí.

Vlastnímu návčiku chůze předchází vertikalizace. Podle tolerance se postupně nacvičuje sed, stoj a chůze. V podstatě jde o vytváření nových reflexů za pomoci náhradní aference zrakem a propriocepcí trupových svalů.

Návčik chůze má několikerý význam: zajišťuje pravidelnou vertikalizaci, zlepšuje troficitu dolní poloviny těla, umožňuje pacientovi samostatný pohyb a zvyšuje sebevědomí nemocného. Tím se stává klíčem k návratu těžce postižené osoby do společnosti (do rodiny ev. i do pracovního kolektivu) a tudíž i důležitým faktorem společenské rehabilitace paraplegika.

Klíčová slova: návčik chůze, adaptace orgánů, paraplegici

Při úplném přerušení míchy vymizí jak aferentní (senzitivní), tak i eferentní (motorické a vegetativní) funkce v oblastech, které jsou inervovány z oblasti poruchy míchy nebo i intaktní míchy pod místem poškození. Tím vznikají i významné poruchy metabolismu. Tyto změny mají komplexní důsledky v několika oblastech:

Poruchy hybnosti vznikají v důsledku výpadu funkce motorické i senzitivní.

Poruchy mikce, defekace a u mužů též *potence* jsou následkem výpadu funkcí motorických, senzitivních i vegetativních.

Poruchy kůže jsou zvláště následkem výpadu vegetativních a senzitivních funkcí.

Poruchy kloubů nastávají pro ztrátu funkcí senzitivních, motorických i vegetativních. Při jejich vzniku spolupůsobí též změny metabolismu.

Rehabilitace paraplegiků musí být komplexní. Jde o tak rozsáhlou problematiku, že dnes představuje již samostatnou disciplínu rehabilitace. V této stati proto nelze všechny tyto otázky probírat. Zmíníme se pouze o rehabilitaci chůze, která je součástí dlouhodobé mnohotvárné péče o paraplegika, která má složku neurochirurgickou, ortopedickou, neurologickou, urologickou, dermatologickou, psychologickou a rehabilitační (včetně péče o sociální problémy — pracovní zařazení, úpravy bytů a mnohé jiné).

Jednotlivé části nácviku chůze: Rozeznáváme dvě hlavní — jednak je to péče o ochrnuté části těla a jednak je to substituční výcvik orgánů se zachovanou funkcí, zvláště pohybového aparátu, tj. horních končetin a trupu. Na tyto navazuje vlastní nácvik stoje, chůze a rovnováhy.

Pokud se týče *terapie ochrnutých částí těla*, dělíme ji na prevenci a léčbu kontraktur a atrofií a další léčebné metody, které jsou však odchylné podle toho, zda se jedná o obrny centrální nebo periferní.

Kontraktury se léčí (resp. je nutno jim předcházet) polohováním, pasivními — případně i aktivními pohyby a redresním vytahováním. Atrofické (hypotrofické) svaly reedukujeme facilitačními metodami nebo alespoň jejich prvky. U periferních lézí provádíme elektrostimulaci progresivními proudy. U centrálních obrn elektrostimulaci neprovádíme, abychom nezvyšovali spasticitu. Naopak, podle potřeby se provádějí různé způsoby léčení spasticity, jako je např. aplikace farmak, blokády nervů nebo neurochirurgické zákroky, např. neurotomie nebo myelotomie.

Výcvik adaptace orgánů se zachovanou funkcí tvoří tyto úkony: posilování svalů horních končetin a trupu, vertikalizace, nácvik sedu, stoje a chůze, sportovní trénink.

Posilování svalů horních končetin a trupu se děje zvláště zpočátku formou individuálního kondičního cvičení na lůžku, na něž naváže vydatnější skupinové cvičení na žíněnkách. Cvičení má charakter silového tréninku. Používáme náčiní (činky, siliče, plné míče apod.), též se zaměřujeme na obraty a posuny na lůžku nebo žíněnce. Procvičujeme přesezení s vozíku na žíněnku a zpět. Náročnost tohoto cvičení je dána i tím, že je prováděno denně jednu hodinu.

Léčebný sport je další forma, kterou se snažíme dosáhnout optimální kondici zachovaných svalů horních končetin a trupu. Zábavným a soutěživým způsobem vedeme pacienta k pravidelnému a soustavnému tréninku.

Vertikalizace znamená jednak nácvik vazomotorických regulací, jejichž ztráta je rovněž důsledkem přerušení míchy, a jednak představuje mechanické zatěžování skeletu. Vertikální zatížení skeletu je nesmírně důležité: chybí-li mechanické dráždění kostí, nastává jejich demineralizace, a proto hrozí nebezpečí poškození kloubů, eventuálně i patologických fraktur. Provádí se nejprve sed na lůžku, pak nácvik posazování za pomoci hrazdičky, později s činkami a nakonec švihem horních končetin, sed na vozíku, který trvá nejprve minuty, později i hodiny, dále se pacient staví na sklápěcím stole, „stojanu“ po upevnění pomocí popruhů. Stoj se postupně prodlužuje až na 1 hodinu. Rovněž úhel sklopení se postupně zvyšuje asi od 20° do 90°.

Nácvik sedu, stoje a chůze představuje vyvrcholení léčebné rehabilitace paraplegika, který v příznivém případě se stane opět schopným chůze. Znamená to ovšem výcvik nových reflexů, které udržují vzpřímený postoj a umožňují pohyb ochrnutých končetin pomocí zachovaných svalů horních končetin a částečně i trupu. Tento výcvik nelze provádět ihned po zlomenině páteře, nýbrž nejčastěji za 6—12 týdnů po úrazu. Nestačí však jenom provádět výcvik svalů. Aby byl pohyb proveden správně, musí mít pacient správnou informaci o poloze částí těla a o průběhu prováděného pohybu. Při přerušeni míchy jsou ovšem původní dráhy polohocitu a pohybecitu vyraženy. Musí se proto vytvořit nová kontrola pohybu, nová aference pomocí zraku a zachované propriocepce z trupových svalů.

Prvním stupněm je nácvik sedu bez opory, nejprve s otevřenými očima, nejlépe před zrcadlem (tj. vytváření náhradní aference pomocí zraku), později se zavřenými očima (tj. získávání náhradní aference z horních částí trupových svalů). Pak následuje nácvik stoje, k němuž pacient potřebuje fixační dlahy přes kolena, peroneální pásky a pevné šněrovací boty, fixující kotník. Tento nácvik se provádí nejprve v ohrádce a mimo vlastního stoje pacient nacvičuje i změny polohy, jako je postavení se a opětné usednutí na vozík. Velmi důležitý je nácvik pohybu pánve, který umožňuje zdvižení ochrnuté končetiny a tím počátek nácviku jednotlivých kroků. Pacient se tedy učí provádět pohyby dolních končetin pomocí trupového svalstva. Toto cvičení se provádí nejprve v ohrádce, kde má nemocný pevnou oporu. Později se postupně přechází na nácvik chůze o francouzských holích. I v této fázi se znova cvičí postavení a posazení. Nacvičují se otáčky a individuálně nevhodnější typy chůze. U stavů s výraznou spasticitou se osvědčil nácvik chůze pohybem snožmo, která je méně estetická, ale poměrně rychlá. Jestliže je výkonost pacienta při chůzi dostatečná, předepisují se později místo dlah přes kolena aparáty, které může pacient používat (na rozdíl od dlah) i při střídání chůze a sezení.

U nemocných s poškozením krční a horní hrudní míchy je ovšem nácvik chůze většinou nemožný. Jen ojediněle, u mimořádně fyzicky zdatných a obratných jedinců, je možné pokusit se o nácvik chůze. Na rozdíl od literárních údajů se nám někdy podaří nacvičit chůzi o dvou francouzských holích i u nemocných s totální lézí horních hrudních míšních segmentů, případně i s úplným vyrazením míšního segmentu C₈. Tam, kde je výcvik chůze neúspěšný, upouštíme od něj a nahrazujeme jej pravidelným stojem.

Každého paraplegika vedeme k maximální samostatnosti při stoji a chůzi, aby mohl tyto pro něj nové pohybové stereotypy vykonávat denně sám v domácím prostředí a tím do jisté míry předcházet různým komplikacím, jak jsme se již zmínili. Vzpřímená poloha také usnadňuje pasáž moči a stolice a tím i mikci a defekaci, což je pro nemocného velmi důležité.

Vertikalizace dále brání vzniku flekčních kontraktur ze stálého sezení. Nejschopnější paraplegiky v průběhu léčby postupně vedeme k celodennímu chůzení. Nejprve dochází samostatně na některou z procedur, postupně nepoužívá vozík dopoledne nebo odpoledne až konečně chodí celý den.

Dříve vznikl mylný názor, že chůze nebo stoj para- a kvadruplegika jsou zbytečné a neefektivní a tento výcvik se zanedbával. Vlivem takového režimu vznikly již popsané komplikace. Proto nyní vedeme paraplegiky k tomu, aby pravidelně cvičili a chodili, nebo alespoň stáli (podle výše postižení). Takto

lčení nemocní pak přicházejí na opakovaný kondiční pobyt v dobré tělesné kondici a také v lepším psychickém stavu. Kondiční pobyt trvá 8 týdnů a opakujeme jej každé dva roky.

Nácvik chůze není jediným způsobem lokomoce, které se pacient učí. Souběžně s nácvikem chůze se učí ovládat dokonale invalidní vozík, obyčejně mechanický. Má-li pacient i poruchy horních končetin, doporučujeme někdy elektrický vozík, případně speciálně upravený mechanický vozík. Nejlepší ortopedickou pomůckou pro paraplegika je ovšem osobní automobil, upravený na ruční ovládání. Umožňuje nemocnému vyrovnat se úplně zdravým lidem, zvětšuje jejich pohyblivost a možnost zaměstnání a zejména jim odstraňuje komplex méněcennosti proti zdravým osobám. Kde je to možné, vždy pacientovi doporučujeme obstarání motorového vozidla, upraveného na ruční ovládání.

Nácvik chůze u paraplegiků je zdoluhavý a vyžaduje velikou trpělivost a vytrvalost jak cvičitele, tak zejména pacienta. Její výsledky jsou však právem chloubou současné rehabilitace. To, že nemocný se stává opět schopným samostatné chůze, i když je to chůze pomalá, málo estetická a za pomoci ortopedických pomůcek, znamená, že se stává soběstačným, může se sám dostat do všech částí ve svém bytě, může se dostat i do motorového vozidla a toto všechno představuje předpoklady pro jeho návrat do společnosti. Jeho tělesná kondice se zlepšuje, jeho sebevědomí se vrací a je schopen ve většině případů dovést svou společenskou rehabilitaci založením (případně udržením) vlastní rodiny a nástupem do vhodného zaměstnání.

LITERATURA

1. BENEŠ, V.: Poranění míchy. Stát. zdrav. nakl., Praha 1961, 144 s. — 2. GUTTMANN, L.: Spinal cord injuries. Blackwell, Oxford etc. 1973, 694 s. — 3. OBRDA, K. — KARPÍŠEK, J.: Rehabilitace nervově nemocných. Stát. zdrav. nakl., Praha 1964, 604 s. — 4. STEJŠKAL, L. — BALZAROVÁ, J. — MICKOVÁ, O.: Některé problémy časného ošetřování traumatického paraplegika I.—II. Acta Chir. orthop. traum. Českoslov. 38, 1971, 2: 119—124 a 6: 326—367. — 5. WEISS, M.: Aktuální směry v rehabilitaci míšních lézí. V: Janda, V. (pořadatel rukopisu): Pokroky v rehabilitaci. Stát. zdrav. nakl., Praha 1968, s. 208—235.

Adresa autorů: MUDr. J. V., Státní ústav rehabilitační, 257 62 Kladruby u Vlašimi.

И. Боржишек, И. Пехан, В. Кржиж, Ф. Билый
РАЗУЧИВАНИЕ ХОДЬБЫ БОЛЬНЫХ ПАРАПЛЕГИЕЙ

Резюме

Забота о больных параплегией является предметом многих медицинских отраслей и социальных мероприятий. Разучивание ходьбы является лишь одной составной частью этой заботливости. Разучивание ходьбы идет в двух направлениях:

- а) терапия парализованных частей тела,
- б) выработка адаптации органов с сохранившейся функцией.

Собственному разучиванию ходьбы предшествует вертикализация. В зависимости от переносимости разучивают постепенно положение сидя, стоя и ходьбу. По существу речь идет об образовании новых рефлексов при помощи заменяющей афференции зрением и проприоцепцией мышц туловища.

Разучивание ходьбы имеет многостороннее значение: оно обеспечивает правильную вертикализацию, улучшает трофику нижней половины тела, делает возможным самостоятельное движение больного и повышает его самосознание. Тем самым оно становится залогом возвращения тяжело пострадавшего в общество (в семью, или же в трудовой коллектив) и, таким образом, и важным фактором общественной реабилитации параплегика.

J. Voříšek, J. Pechan, V. Kříž, F. Bílý
WALKING TRAINING FOR PARAPLEGIC PATIENTS

Summary

The care for paraplegic patients is managed by a group of medical disciplines and social measures. Walking training is but one component of this care and is carried out in two ways:

- a) Therapy of the plegic part of the body,
- b) Training of adaptation of organs with retained function.

The training of walking is preceded by verticalization. Accorto tolerance, sitting, standing and walking is gradually being practiced. The principle is the formation of new reflexes with the help of compensating afference by sight and proprioception of the trunc muscles.

The training of walking has a number of consequences: it safeguards regular verticalization, improves trophicity of the lower part of the body, enables the patient to move independently and improves his selfconfidence. And this is the key for the return of severely affected persons into society (the family and to work) and therefore an important factor of the social rehabilitation of the paraplegic patient.

J. Voříšek, J. Pechan, V. Kříž, F. Bílý
GEHUNTERRICHT VON PARAPLEGIKERN

Zusammenfassung

Die Behandlung von Paraplegikern bildet einen Komplex von vielen Fachbereichen der Medizin sowie Sozialmaßnahmen. Der Gehunterricht bildet nur einen von vielen Bestandteilen dieser Behandlung. Der Gehunterricht orientiert sich in zwei Richtungen:

- a) Therapie der gelähmten Körperteile,
- b) Übungen zur Anpassung der Organe mit bewahrter Funktionstüchtigkeit.

Der eigentlichen Gehübung geht die Vertikalisierung voraus. Je nach dem Grad der Toleranz wird schrittweise die Sitzlage, das Stehen und das Gehen geübt. Im wesentlichen handelt es sich dabei um die Herausbildung neuer Reflexe mit Hilfe von Ersatz-Afferenzen durch den Gesichtssinn sowie die Propriozeption der Rumpfmuskeln.

Der Gehunterricht hat mehrfache Bedeutung: er sichert eine regelmäßige Vertikalisierung, bessert die Trophizität der unteren Körperhälfte, ermöglicht dem Patienten selbständige Bewegung und hebt das Selbstbewußtsein des Patienten. Dadurch wird der Gehunterricht zum entscheidenden Faktor für die Rückkehr schwer geschädigter

Personen in die gesellschaftliche Umwelt (in die Familie, eventuell auch ins Arbeitskollektiv) und somit auch zu einem wichtigen Faktor der gesellschaftlichen Rehabilitation des Paraplegikers.

J. Voříšek, J. Pechan, V. Kříž, F. Bílý
ENTRAÎNEMENT DE LA MARCHÉ CHEZ LES
PARAPLEGIQUES

R é s u m é

Les soins voués au paraplégique sont un complexe de nombreuses branches médicales et mesures sociales. L'entraînement de la marche est seulement l'un des facteurs de ces soins. L'entraînement de la marche est orienté sur deux tendances:

- a) la thérapie des parties du corps paralysées,
- b) l'éducation physique dont le but est l'adaptation des organes ayant conservé leurs fonctions.

L'entraînement de la marche proprement dit est devancé par la verticalité. Selon la tolérance, s'effectue au fur et à mesure l'entraînement de la position assise, debout et la marche. En général, il s'agit de la formation de nouveaux réflexes à l'aide d'afférence supplémentaire visuelle et la proprioceptivité des muscles du tronc.

L'entraînement de la marche a plusieurs importances: il assure une verticalité régulière, améliore l'activité trophique de la partie inférieure du corps, permet au patient un mouvement indépendant et intensifie la confiance en soi-même du malade. Il devient ainsi le critère du retour des personnes gravement affectés dans la société (dans la famille éventuellement aussi dans le collectif professionnel) et par conséquent aussi un important facteur de réadaptation sociale du paraplégique.

J. BOROŠ

ZÁKLADY PSYCHOLÓGIE

*Vydalo Slovenské pedagogické nakladateľstvo, Bratislava, 1977.
400 str. Cena Kčs 35,—.*

V Slovenskom pedagogickom nakladateľstve vychádza v knižnej forme pôvodná práca dr. Boroša, venovaná základom v psychológii. V desiatich kapitolách sa autor zaoberá históriou, hlavnými smermi a systémom psychologických vied, predmetom, významom a metódami psychológie, determináciou psychiky, poznávacími procesmi. V ďalších kapitolách sa zaoberá psychológiou činnosti, psychológiou osobnosti, psychológiou práce, sociálnou psychológiou a psychológiou riadiacej práce. Posledná kapitola je venovaná aplikovanej psychológii. Menný register,

vecný register, bohatý zoznam literatúry doplňujú túto publikáciu. Pre medicínsku oblasť okrem všeobecných kapitol je zaujímavá posledná kapitola, kde sa hovorí o klinickej psychológii.

Borošova publikácia je prehľadným súborom poznatkov o vedeckých základoch súčasnej psychológie. Snaží sa, aby informoval o všetkých oblastiach psychológie.

Základy psychológie od dr. Boroša iste obohatia rozsiahlu psychologickú literatúru.

Dr. M. Palát, Bratislava

VÝZNAM MLUVENÉHO SLOVA V PRÁCI REHABILITAČNÍHO PRACOVNÍKA

M. KURELOVÁ

Pedagogická fakulta, Ostrava

Souhrn: Mluvené slovo jako jeden z prostředků komunikace podmiňuje ve značné míře interakci mezi rehabilitačním pracovníkem a nemocným. Slovem můžeme vyvolat nejen kladnou a pro nemocného prospěšnou reakci, ale nevhodně voleným slovem můžeme vyvolat i reakci nežádoucí, pro nemocného škodlivou. Proto se musí rehabilitační pracovník varovat nevhodně proneseného slova, které může veškeré úsilí, které jsme nemocnému věnovali, zmařit.

Adekvátně volenými slovy se snažíme získat nemocného k aktivní spolupráci, stimulovat ho k větší aktivitě.

Mluvený projev rehabilitačního pracovníka má mít dobrou úroveň, a to jak po stránce obsahové, tak formální.

Rehabilitační pracovník musí dbát především na srozumitelnost svého mluveného projevu a stále jej kultivovat. Dbá zejména na přirozeně tvořený hlas, přiměřeně silný, nosný a schopný modulace, pečlivou výslovnost, správné členění a přiměřené mluvní tempo.

Klíčová slova: Mluvené slovo — rehabilitace — rehabilitační pracovník.

Řeč — základní pilíř dorozumivacího procesu — má v lidské společnosti sociální determinaci. V léčebné rehabilitaci podmiňuje ve značné míře interakci mezi rehabilitačním pracovníkem a nemocným (kromě jiných prostředků komunikace, kterých rehabilitační pracovník užívá). Mluvené slovo je základním prostředkem vzájemného ovlivňování, které používá lékař nebo psycholog v psychoterapii.

Zdravotničtí pracovníci v léčebné rehabilitaci volí řadu léčebných prostředků, jako je pohyb aktivní a pasivní, polohování a další prostředky léčebné tělesné výchovy; dále prostředky fyzikální terapie (koupele, zábaly, masáže a jiné fyzikální procedury) a vhodně volené aktivní úkony, které nemocný provádí při dózované léčbě prací. Při jakémkoliv styku člověka s člověkem však nelze vyloučit psychologický faktor, a tím důležitější roli pak hraje při styku zdravotnického pracovníka s nemocným.

Slovem můžeme však vyvolat nejen kladnou a pro nemocného prospěšnou reakci, ale nevhodně voleným nebo neopatrně proneseným slovem můžeme vyvolat i reakci nežádoucí a pro nemocného škodlivou, např. úzkost, depre-

sivní reakce, strach atd. a jiné neurotické poruchy. Nemocný je zpravidla zvýšeně sugestibilní, více podléhá vlivu okolí a je na zdravotnickém pracovníkovi, na jeho úsudku, značně závislý.

Děti předškolního a školního věku sledují hovor dospělých s velkým zájmem a napjatě poslouchají každou zmínku o sobě při cvičení, vizitách i jiných příležitostech, i když často hovor dospělých zdánlivě nesledují a hrají si s hračkami nebo čtou knížku. Zvláště děti těžce nemocné odhadují vývoj své nemoci podle útržků hovoru dospělých a nesrozumitelné výrazy si vyloží někdy takovým způsobem, že to může velmi vážně ohrozit jejich psychický stav a ovšem i průběh choroby.

Je třeba mluvit přiměřenou formou přímo k dítěti, avšak nikoliv pronášet k někomu třetímu své úsudky o průběhu choroby, vyjadřovat své obavy, rozpakky či zklamání nebo dokonce řešit před dítětem příp. neshody pokud jde o diagnózu, léčebný postup apod. I když dítě třeba neslyší, co říkáme, nebo smyslu našich slov nerozumí, může poznat z našich gest a mimiky, o co jde. A nerozumí-li ani tomu, zůstává v něm stejně tíživý a nepříjemný pocit nejistoty a nerozřešené záhady.

Je proto nutné, aby zdravotnický pracovník jednal s nemocným vždy uvážlivě a bez spěchu, aby používal výkladu srozumitelného a přístupného nemocnému a hovořil s ním vždy povzbudivě.

I když vlastní psychotherapie, léčebná metoda, jíž působíme na nemocného psychologickými prostředky, a to především pomocí slova, patří do rukou odborně školených psychologů a lékařů, působí každý pracovník zdravotnického zařízení (i pomocnice) na duševní stav nemocného svými slovy i jednáním. A tak psychologický faktor hraje velkou roli i v práci rehabilitačního pracovníka. Vždyť právě v léčebné tělesné výchově můžeme adekvátně volenými slovy získat nemocného k aktivní spolupráci, podnítit, stimulovat ho k větší aktivitě (např. při cvičení parkinsonika se přímo vyžaduje střídání hlasitých a tichých povelů). Rehabilitační pracovník využívá klidně, tiše pronášeného slova při navozování relaxace, např. metodou autogenního tréninku podle Schultze, při čemž nácvik uvolňování podporuje klidným hovorem a povely. Užívá slov a pojmů blízkých cvičenci. Jinak vysvětluje relaxaci dospělému, jinak dítěti.

Zájem rehabilitačního pracovníka se v léčebné péči soustřeďuje především na poruchy hybnosti, pohybovou koordinaci, na poruchy stoje, chůze, vnímání, řeči a na odstranění bolesti. Pokoušíme se obnovit ztracené nebo porušené funkce, zlepšit činnosti svalů oslabených, rozvinout funkci svalů tam, kde je zachována, a optimálně vybudovat funkce náhradní.

V rehabilitaci nemocných, jak jsme se už zmínili, hraje důležitou úlohu psychologický faktor. V nemocném nesmíme nikdy vidět jen porušenou tu a tu funkci, ale především trpícího člověka. Rehabilitační pracovník musí především trpělivě naslouchat všem problémům nemocného, o kterého pečuje. Nemocný musí od začátku cítit srdečnou účast a dobrý vztah. Ujistíme ho o zdárném výsledku rehabilitační péče, upozorníme na sebemenší úspěchy, a tím ho podnítíme k další aktivitě. Vyvarujeme se nevhodně proneseného slova, které může zmařit veškeré úsilí, které jsme nemocnému věnovali.

Mluvný projev rehabilitačního pracovníka by měl mít dobrou úroveň techniky mluveného slova i estetické stránky. Věnujeme se proto v další části našeho příspěvku alespoň nejdůležitějším požadavkům na kulturu mluveného slova.

M. KURELOVÁ / VÝZNAM MLUVENÉHO SLOVA V PRÁCI REHABILITAČNÍHO PRACOVNÍKA

Pěstování jazykové kultury, jejíž součástí je kultura mluveného jazyka, ev. též kultura mluveného slova, je jedním z hlavních předpokladů zdárného společenského styku. Mluvené slovo má i v moderní době stále nezaměnitelné místo ve společenské komunikaci, a to pro své specificky sdělné vlastnosti, z nichž nejdůležitější je možnost přímého působení na posluchače prostředky zvukovými i optickými. Má-li tuto svoji úlohu plnit, musí být v první řadě srozumitelné.

Mluvený jazyk je pro člověka hlavním prostředkem jeho realizace ve společnosti, je hlavním prostředkem aktivní účasti člověka, jeho osobnosti na životě společnosti. Mluvené slovo je i důležitým prostředkem estetického působení a prostředkem k vyjádření osobního citového života.

Při mluvených projevech je uživatel jazyka vázan normami společenskými a estetickými, musí pamatovat na to, že nemluví pro sebe, ale pro jiné, kteří poslouchají a chtějí rozumět.

Mezi obsahovou a formální stránkou mluvené řeči musí být jednotu. Řeč rehabilitačního pracovníka musí být po obsahové stránce pečlivě promyšlena, rehabilitační pracovník si musí uvědomit, že obsah jeho sdělení je pro něj běžný, avšak nemocný jej slyší poprvé. Rehabilitační pracovník se musí přesvědčit, zda mu nemocný rozumí, musí k nemocnému přistupovat individuálně, volit přiměřené tempo mluvené řeči atd. Zdravotnický pracovník si musí uvědomit, že mnozí nemocní pomalu, špatně chápou, někteří nedoslýchají, zejména starší lidé; při léčbě musíme brát v úvahu celou osobnost nemocného, i jeho stupeň vzdělání aj. Rehabilitační pracovník se musí při svém mluvním projevu přiblížit nemocnému a správně, přiměřeně jeho možnostem formulovat svá sdělení.

Rehabilitační pracovník by měl kromě jiného pamatovat také na pěstování a stále rozvíjení dobrých návyků mluvní techniky: na přirozeně tvořený hlas přiměřeně silný, nosný a schopný modulace, na pečlivou výslovnost, na správně členění (frázování) a na přiměřené mluvní tempo.

Řeč nepronášíme stále stejným monotónním způsobem (leďa bychom to činili úmyslně — Schultzův autogenní trénink), nýbrž ji modulujeme (obměňujeme). Modulace se projevuje obměňováním výšky, síly, barvy hlasu a tempa (rychlosti) řeči, přičemž tónová výška, síla, barva a tempo jsou modulačními prostředky. Modulace je tedy silová (dynamika), tónová (intonace), dále modulace barvy hlasové a modulace časová (tempo řeči). Jestli se modulačních prostředků užívá nadměrně, hodnotí se řeč jako afektovaná, jsou-li modulační prostředky málo výrazné, je řeč monotónní (jednotvárná); využijeme těchto prostředků účinně v rehabilitaci, např. ke stimulaci aktivního pohybu nemocného, nebo naopak klidného, až monotónně pronášeného slova při navozování relaxace apod. Správná modulace vychází z obsahu projevu, ze situace a z individuálních možností hlasového výkonu.

Dynamika řeči se projevuje především jako slovní a větný přízvuk; jiným projevem je tzv. důraz, jehož jedním druhem je emfáze, kde je zvukové zvýraznění realizováno i zvýšením tónu a jeho prodloužením, např. to je „báááječné“.

Intonace (melodie řeči) se jeví jako důsledek změn tónové výšky. Umožňuje mluvčímu vyjádřit také jeho osobní zaujetí (hlavně citové). Intonace je totiž podmiňována celkovou osobitou kvalitou hlasu mluvčího, která je závislá na řadě individuálních činitelů (na hlasové poloze a barvě, pohlaví, temperamentu, psychickém stavu, osobním zaujetí apod.).

Modulace barvy hlasové (timbru) je zvukový prostředek, který pro běžné dorozumívání nemá sice takový význam jako např. dynamika nebo intonace,

nicméně existuje jako neoddělitelná součást osobnosti každého člověka. Modulace hlasové barvy je dána kvalitou hlasu. Každý člověk má svou zvláštní, charakteristickou barvu, podle níž ho poznáme. Timbre dovedou vědomě měnit pouze herci, zkušení řečníci, zpěváci; ke změnám v hlasové barvě však dochází i u ostatních mluvčích, a to pod vlivem jejich momentálního psychologického stavu (jinou barvu má hlas při pocitu radosti, pohody apod., jinou při pocitu náhlého strachu, tísně, při velké trémě, fyzické bolesti apod.).

Mluvní tempo záleží na individuálních zvyklostech mluvčího (na jeho temperamentu, vztahu k obsahu sdělení, na prostředí, situaci) a částečně i na tempu příznačném pro určitý jazyk. Správné tempo se řídí potřebou dobré srozumitelnosti a závažnosti sdělení. V literatuře se uvádí, že běžné mluvní tempo češtiny je asi 95—105 slov za minutu. Jednotvárné dlouhotrvající pomalé tempo uspává posluchače, příliš rychlé ztěžuje porozumění; neodůvodněné změny v tempu pak působí formálně až afektovaně. Přiměřené mluvní tempo souvisí i s pečlivou výslovností, kterou se máme nemocnému přiblížit. Naše výslovnost nemá být přemrštěná; v mluvených projevech informačního nebo výkladového rázu užíváme výslovnosti základní, neutrální.

V mluveném projevu je důležité správné členění řeči (frázování), při němž využíváme pauzy; jimi se mluvený projev stává srozumitelnějším a výraznějším jak pro posluchače, tak pro mluvčího. Vedle pauz logických se setkáváme i s pauzami psychologickými a v nepřipravených projevech citově zbarvených i s pauzami citovými (emfatickými).

K porozumění lidské řeči přispívají také tzv. optické prostředky řeči; posluchač vnímá rozevřenost úst, vnější podobu rtů, artikulační námahu, pohyb čelisti apod. K optickým prostředkům patří i tzv. doprovodné prostředky mimojazykové, tj. mimika a gestikulace.

Mimikou se rozumějí různá utváření [pohyby] obličeje mluvčího podmíněná činností mimického svalstva. Toto svalstvo dodává obličeji určitý výraz, který bývá v souladu s celkovým duševním stavem a náladou mluvčího.

Gestikulací se rozumějí doprovodné tělesné pohyby, zejména pohyby rukou. Jí se opticky zvýrazňuje to, co mluvčí považuje za důležité. Mimika a gestikulace rehabilitačního pracovníka by měly být přiměřené.

Kultura hlasu a mluveného jazyka by měla být samozřejmostí pro každého příslušníka našeho národa. Základní význam pro pěstování kultury hlasu a mluveného jazyka mají rodina a škola. I při studiu na oboru rehabilitačních pracovníků, zejména v léčebné tělesné výchově, bychom měli věnovat větší pozornost vzájemné komunikaci mezi rehabilitačním pracovníkem a nemocným. Mluvený projev učitelů by měl být vzorem; mluvený projev je zároveň obrazem učitelovy osobnosti. I na toto musí učitelé pamatovat a vyvozovat z toho praktické závěry pro účinnost svého pedagogického působení, která nespočívá jen v tom, co se řekne, ale také v tom, jak se to řekne. Učitelův projev má být tedy klidný, ukázněný, zvukově (ale i myšlenkově a mluvnicky) správný, vyvážený a působivý vnitřním zaujetím a přirozeností přednesu. Učitelovi se tak naskýtá možnost rozvíjet ve studentech cit pro jazykovou kulturu.

Účinným prostředkem rozvíjení dobré úrovně mluvených projevů žáků je i pěstování vědomí jazykové správnosti, přiměřenosti, libozvučnosti a krásy mateřského jazyka. U studentů léčebné rehabilitace je vhodné a žádoucí při analýze a hodnocení jejich výkonů u nemocných v rámci fyzikální terapie,

léčebné tělesné výchovy aléčby prací všimnout si kromě jiného i jejich mluvního projevu. Student by měl po výkonu provést sebezhdnocení, prostor pro hodnocení by měli mít i ti studenti, kteří výkonu přihlíželi; na závěr by měl vše včetně mluvního projevu zhodnotit učitel praktického výcviku.

Učitel by si měl všítat, jak mají studenti vypěstované vlastní mluvní dovednosti. Měl by se zaměřit zejména na to, aby studenti

- a) uměli při mluvení správně dýchat (neslyšný vdech, ekonomie dechová, appoggio — opora dechová),
- b) tvořili nenásilně, přirozeně hlas dostatečně silný, zvučný a ohebný (jak důležité např. při skupinovém cvičení!),
- c) správně, výrazně artikulovali — prostor ovládnout spíše pečlivou artikulací než naturální hlasovou silou,
- d) dovedli řeč správně členit, frázovat (využití dynamiky, pauz),
- e) dovedli správně, citlivě a neafektovaně využívat prostředků modulace řeči (přízvuků, intonace, tempa a hlasového zabarvení),
- f) měli dostatek příležitosti k mluvení.

Učitel musí taktně a citlivě nepotlačovat ve studentech zdravý cit, temperament atd. Vyskytne-li se potřeba, doporučí studentovi individuální mluvní cvičení, příp. s využitím gramofonu nebo magnetofonu. Pozn.: schopnost správné komunikace by však měla být také jednou z podmínek pro přijetí studenta na tento obor.

Rehabilitační pracovník má přijít k nemocnému vždy v dobré náladě, s úsměvem (přiměřeným) a dobře volenými léčebnými prostředky. Vezměme si příklad od rehabilitačních pracovníků, kteří nikdy nešeřili vlídným úsměvem, dobrou pohodu s vlídnými slovy, celkově vhodně navozenou atmosférou k jednotlivým rehabilitačním úkonům; nemocní pak o nich říkali, že „vyšlo sluníčko“, když za nimi přišli do pokoje, do tělocvičny nebo na hřiště.

V našem příspěvku jsme se nezabývali poruchami řeči u nemocných, které vyžadují cílenou terapii celého týmu pracovníků, což by přesáhlo rámec našeho sdělení.

Zamysleme se všichni nad kulturou svého mluvního projevu a snažme se jej zdokonalit a i tímto způsobem zkvalitnit záslušnou práci v oboru léčebné rehabilitace.

LITERATURA

1. OBRDA, K. — KARPÍŠEK, J.: Rehabilitace nervově nemocných. Praha, SNZ 1960.
2. HUBÁČEK, J.: O zvukové stránce českého jazyka. Ostrava, PF 1972.
3. HUBÁČEK, J.: Výrazný přednes. Ostrava, PF 1974.
4. ŠEDIVEC, V.: Psychologie v lékařské praxi. Praha, UK 1972.
5. MATĚJČEK, Z.: Psychologie nemocných a tělesně postižených dětí. Praha, SPN 1970.
6. MACIASZEK, M.: Vytváření didaktických dovedností učitele. Praha, SPN 1969.

Adresa autora: M. K., Pedagogická fakulta, 700 00 Ostrava

M. KURELOVÁ / VÝZNAM MLUVENÉHO SLOVA V PRÁCI REHABILITAČNÍHO PRACOVNÍKA

M. Курелова
ЗНАЧЕНИЕ СЛОВА В РАБОТЕ РАБОТНИКА ВОССТАНОВИ-
ТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Р е з ю м е

Речь как одно из средств общения в значительной степени обуславливает взаимосвязь между работником восстановительной терапии и больным. С помощью слова можно вызвать не только положительную и полезную для больного реакцию, но неуместным словом можно вызвать и нежелательную, вредную для больного реакцию. Поэтому работник восстановительной терапии должен остерегаться неуместно высказанного слова, которое может сорвать все усилия, приложенные для достижения улучшения состояния больного.

Адекватно подобранными словами мы стремимся привлечь больного к активному сотрудничеству, стимулировать его к большей активности.

Речь работника восстановительной терапии должна быть на надлежащем уровне так в плане содержания, как и в плане формы.

Работник восстановления должен соблюдать прежде всего понятность своих высказываний и все время совершенствовать язык. Он заботится главным образом о том, чтобы его голос звучал естественно, был соответственно сильным и действенным и способным к модуляции, у него должно быть тщательное произношение, правильное членение и надлежащий темп речи.

M. Kurelová

THE IMPORTANCE OF THE SPOKEN WORD IN THE WORK
OF THE REHABILITATION WORKER

S u m m a r y

The spoken word as one of the means of communication is to a considerable extent the condition for the interaction between the rehabilitation worker and the patient. With words not only positive, and for the patient beneficial reactions can be evoked, but also by unsuitably chosen words undesirable reactions may occur, which may be harmful to the patient. The rehabilitation worker must therefore carefully avoid any unsuitably uttered word which may ruin all effort devoted to the patient.

By adequately chosen words the patient can be won for active collaboration and can be stimulated to greater activity.

The spoken manifestation of the rehabilitation worker should have a good standard as regards contents and from the formal point of view.

The rehabilitation worker should see that his words are understood and should cultivate his spoken manifestation. His voice should sound natural, should be adequately strong, bearing and able of modulation with a careful pronunciation, correct articulation and adequate promptitude.

M. Kurelová

DIE BEDEUTUNG DES GESPROCHENEN WORTES IN DER
TÄTIGKEIT DES REHABILITATIONSTHERAPEUTEN

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

Das gesprochene Wort als eines der Kommunikationsmittel hat bedeutenden Einfluß auf die Interaktion zwischen dem Rehabilitationstherapeuten und dem Patienten. Mit seinem Wort kann der Rehabilitationstherapeut nicht nur positive und dem Patienten

M. KURELOVÁ / VÝZNAM MLUVENÉHO SLOVA V PRÁCI REHABILITAČNÍHO PRACOVNÍKA

dienliche Reaktionen hervorrufen. Mit einem falsch gewählten Wort kann er auch eine unerwünschte, für den Patienten schädliche Wirkung hervorrufen. Daher muß der Rehabilitationstherapeut jedes unangebracht ausgesprochene Wort vermeiden, denn es könnte die ganze dem Patienten gewidmete Mühe zunichte machen. Mit richtig gewählten Worten bemüht sich der Rehabilitationstherapeut, den Patienten zu aktiver Mitarbeit zu führen und ihn zu größerer Aktivität anzuregen.

Das vom Rehabilitationstherapeuten gesprochene Wort sollte sowohl inhaltlich als auch in formaler Hinsicht ein gutes Niveau haben.

Der Rehabilitationstherapeut muß vor allem auf Verständlichkeit seiner Rede achten und sie ständig pflegen. Hauptsächlich hat er auf die ungekünstelt gebildete Stime zu achten, die angemessen stark, tragend und modulationsfähig sein muß, ebenso wie auf sorgfältige Aussprache, auf richtige Gliederung der Rede sowie auf ein angemessenes Sprechtempo.

M. Kurelová

L'IMPORTANCE DU PARLE DANS LE TRAVAIL DU
PERSONNEL DE READAPTATION

R é s u m é

Le parlé comme l'un des moyens de communication conditionne dans une large mesure l'interaction entre le personnel de réadaptation et le malade. Par le parlé, il est possible, de provoquer chez le malade non seulement une réaction positive et profitable pour le malade, mais au contraire un parlé choisi mal à propos, peut causer aussi une réaction non désirée.

Il est donc nécessaire que le personnel de réadaptation se méfie du mot inconvenablement prononcé qui peut anéantir tous les efforts voués au patient.

Par des mots choisis adéquats, on s'efforce à gagner le malade pour une collaboration active, à le stimuler vers une plus grande activité.

Le parlé du personnel de réadaptation doit avoir un bon niveau tant du point de vue du sujet que du point de vue formel.

Le personnel de réadaptation doit, tout d'abord, soigner la compréhension du parlé en le cultivant sans cesse. Il prend soin, bien entendu, de la formation naturelle de sa voix conformément forte, de la modulation nosale et la prononciation soignée, de l'articulation correcte et la cadence parlée conforme.

ARBEITSTHERAPIE — PRAXIS UND PROBLEME IN DER PSYCHIATRIE. 7. WEINSBERGER KOLLOQUIUM.

HERAUSGEBEN VON FRITZ REIMER.

Pracovná terapia — Prax a problémy v psychiatrii.

7. Weinsbergské kolokvium. Vydal Fritz Reimer.

Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1977, 76 strán, 6 obr., 18 tabuliek, brožované, cena DM 24,80.

V rozsahom nevelkej publikácii sú zahrnuté príspevky 7. kolokvia o problémoch pracovnej terapie v psychiatrických zariadeniach, ktoré usporiadala psychiat-

rická nemocnica vo Weinsbergu (NSR). Vydavateľom týchto príspevkov je riadiateľ nemocnice F. Reimer.

Všetkých 9 príspevkov je venovaných

rôznym aspektom problematickej tematiky — práci pacientov v psychiatrických zariadeniach. Zámerne používam termín „práca pacientov“, pretože i zo samotnej publikácie vyplýva, že názory na terapeutickú hodnotu práce u duševne chorých nie sú jednotné. Publikácia umožňuje konfrontáciu jednotlivých prístupov k riešeniu tohto problému v rôznych krajinách. Okrem domácich nemeckých autorov sú totiž v publikácii obsiahnuté aj práce švédskych, holandských a anglických autorov.

Kým niektoré príspevky jednoducho opisujú jednotlivé modely pracovnej terapie v tej-ktorej krajine (Rost, Švédsko; Early, Anglicko; Rippe, Holandsko; prípadne Kitzig, NSR), niektoré sa dotýkajú aj teoretických problémov. Zaujímavý je príspevok D. Benneta z Anglicka, ktorý diskutuje o tom, čo je vlastne práca, či prácu možno považovať za terapeutický prostriedok, a ak áno, tak za akých podmienok. Obdobne je zameraný aj príspevok A. Veltina z NSR.

Veľmi podnetné sú príspevky nemeckých autorov Strehseho, Schellinga a Müllera. Zaplňajú totiž doposiaľ prakticky „biele miesta“ v problémoch, súvisiacich s indikáciou a vyhodnocovaním nielen pracovnej terapie ale aj iných rehabilitačných postupov. Ich výsledky sú pritom konform-

né i s našimi skúsenosťami: ani to najpodrobnejšie psychometrické vyšetrenie neprinesie pre potreby rehabilitácie duševne chorého také výsledky, aké prináša jeho priame sledovanie pri akejkoľvek forme činnosti. Výhodou psychometrických vyšetrení je však možnosť kvantifikácie jednotlivých premenných a tým aj možnosť lepšieho sledovania dynamiky zmien, dosiahnutých v priebehu pracovnej terapie.

Zaujímavú problematiku rieši príspevok N. Dillinga (NSR). Na bohatom empirickom materiáli diskutuje naliehavý problém ekonomickej úhrady za pracovnú činnosť pacientov. I keď vychádza z iných podmienok, než sú v našom zdravotníctve, niektoré závery sú podnetné aj pre nás. Presvedčivo dokazuje, že bezprostredná odmena za prácu je lepším stimulom, než i ten najlepšie premyslený systém odmien, blížiaci sa podmienkam pracovnej činnosti mimo psychiatrických zariadení.

Záverom treba poznamenať, že aj keď zborník nedáva žiadne hotové recepty pre pracovnú terapiu v psychiatrických zariadeniach, pre pracovníkov, ktorí s touto problematikou prichádzajú do každodenného styku, prináša dostatok impulzov pre zamyslenie i konkrétnu činnosť s pacientom.

Dr. L. Kočiš, Pezinok

G. HERTEL, H. G. MERTENS, K. RICKER, K. SCHIMRIGK
MYASTHENIA GRAVIS

Vydal Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1977, 330 str., 85 obr., 77 tab. DM 84,— ISBN 3 — 13 — 5492 — 01 — X.

Vo vydavateľstve Georg Thieme Verlag vychádza monografia o myasthenii gravis a ostatných poruchách neuromuskulárnej synapsie. Monografiu pripravil celý rad odborníkov pod vedením wüzburgskej skupiny prof. Hertela, Mertensa, Rickera a Schimrigka. Monografia v jednotlivých kapitolách rozoberá problematiku myasthenie gravis z hľadiska patofyziologického, morfológického, diagnostického, klinického a psychosomatického. V ďalších kapitolách sa rozoberá problematika myasthenických syndrómov, otázky symptomatickej terapie, otázky imunosupresívnej terapie, problematika tymektómie, kortikoi-

dov a cytostatík. Bohatý zoznam literatúry obsahuje 1256 citácií a vecný register ukončuje túto monografiu, doplnenú mnohými obrázkami, originálnymi záznamami, tabuľkami a grafmi.

Recenzovaná monografia prináša súčasný pohľad na problematiku myasthenie a kritickým spôsobom zoraďuje vlastné skúsenosti jednotlivých autorov do tejto knihy. Kniha bude určite vítanou publikáciou v radoch neuroológov, práve tak ako iných lekárov, ktorí sa stretávajú s týmito vážnym ochorením.

Dr. M. Palát, Bratislava

SKÚSENOSTI REHABILITAČNÉHO ODDELENIA S VYHODNOCOVANÍM TERAPEUTICKÝCH POKUSOV V REUMATOLÓGII

H. TAUCHMANNOVÁ, M. ZBOJANOVÁ, K. TRNAVSKÝ

*Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany,
riaditeľ prof. MUDr. Š. Sitaj, DrSc.*

Súhrn: Práca predkladá päťročné výsledky objektívneho i subjektívneho vyhodnocovania niekoľkomesačných terapeutických pokusov s rôznymi typmi nesteroidných antireumatik používaných pri liečbe koxartrózy. Zo subjektívnych ukazovateľov najviac ovplyvnená bola bolesť nočná a pokojová, najmenej štartovacia. Rad funkčných testov použitých na objektivizáciu terapeutického účinku ostal aj pri polročnej liečbe neovplyvnený. Ako najoptimálnejšie sa ukázali pri použití časove limitované testy pre úkony dolných končatín, ktoré jedine zachytili dynamické zmeny v priebehu liečby.

Kľúčové slová: Choroby pohybového aparátu — nesteroidné antireumatiká — funkčné testy.

Vyhodnoteniu liečebného efektu konzervatívnej terapie pri chorobách pohybového aparátu sa pri narastajúcom počte nových liečiv venuje v súčasnosti stále väčšia pozornosť. Objektivizácia terapeutického účinku predstavuje však závažný problém, keďže v popredí kĺbových syndrémov stojí väčšinou bolesť, hodnotiteľná len subjektom rôznymi verbálnymi stupňami a vizuálnymi škálami. Pozornosť sa obrátila na druhý závažný syndrém sprevádzajúci choroby pohybového aparátu — porucha funkcie kľbu, ktorú možno objektivizovať celým radom funkčných testov a pomocou ktorých je možné dynamické sledovanie zmien v priebehu liečby.

Na našom pracovisku sme sa v posledných rokoch sústavne venovali hodnoteniu konzervatívnej, predovšetkým medikamentózne liečby koxartrózy (Zbojanová, M. — Tauchmannová, H. — Trnavský, K., 1974, 1975, 1976). Objektívne klinické hodnotenie liečebných postupov pri tomto ochorení je sťažené problémami, na ktoré všeobecne narážame pri vyhodnocovaní liečebného účinku pri chronických degeneratívnych chorobách, ako sú výkyvy v intenzite subjektívnych ťažkostí a objektívnych prejavov. Napriek tomu je však koxartróza jediným typom degeneratívneho kĺbového ochorenia, pri ktorom možno použiť sústavy pomerne objektívnych testov, odhaľujúcich funkčné postihnutie kľbu. Na našich skúsenostiach by sme chceli poukázať na úlohu, ktorú pri takomto hodnotení liečebného účinku môže hrať rehabilitačné oddelenie.

H. TAUCHMANOVÁ, M. ZBOJANOVÁ, K. TRNAVSKÝ / SKÚSENOSTI REHABILITACNEHO ODDELENIA S VYHODNOCOVANÍM TERAPEUTICKÝCH POKUSOV V REUMATOLOGII

nie, upozorniť na niektoré všeobecné problémy hodnotenia obmedzenej funkcie kľbu a zamyslieť sa nad zásadnou otázkou, ktorá sa vynorila pri objektívnom hodnotení našich liečebných zásahov — do akej miery boli naše — niekedy veľmi intenzívne zásahy — skutočným prínosom pre zlepšenie alebo obnovenie funkčnej kapacity chorého.

Materiál a metodika

Z radu liečiv, ktoré sme testovali, vybrali sme ako príklad dve skupiny liekov s rozdielnym predpokladaným terapeutickým účinkom. V prvej boli lieky so silným analogicko-protizápalovým účinkom — indometacín (Indren Spofa) a benorylát (Benoral Winthrop — komplexná zlúčenina acetylosalicylovej kyseliny a paracetamolu). Druhú skupinu tvorili iľkaninové extrakty typu Rumalon (Robapharm) a Arteparon (Luitpold-Werk, NSR). Indren sme podávali 20-tim chorým pol roka v dennej dávke 75 mg a počas liečby sme vykonali štyri kontrolné funkčné a laboratórne vyšetrenia. Preparátom Benoral sme liečili 31 pacientov, ktorí ho brali počas 2 mesiacov v dávke 6 gramov denne. Vyhodnotenie sa robilo na začiatku liečby, o 1 mesiac od začiatku a pri ukončení liečby. Posledná kontrola sa vykonala po pol roku od začatia liečby. Terapeutický pokus s Rumalom prebiehal v 2 kúrach u 40-tich chorých, ktorým sa podával v dávke 2 ml do celkovej dávky 40 ml. Po dvojmesačnej prestávke sa kúra zopakovala. Vyhodnotenie u týchto chorých sa vykonávalo v rovnakých časových odstupoch ako pri preparáte Indren. Arteparon forte sme podávali 30-tim chorým v celkovej dávke 20 injekcií počas dvoch mesiacov. Vyhodnocovanie sa vykonávalo v rovnakých časových odstupoch ako pri predchádzajúcich liečivách.

Všetci chorí, ktorých sme zaradili do terapeutických pokusov boli v našej ambulantnej starostlivosti, zamestnaní na plný úväzok alebo pracujúci v domácnosti.

Subjektívne údaje chorého o bolesti sme rozdelili na štyri kvalitatívne odlišné typy, na bolesť štartovaciú, pohybovú, pokojovú a nočnú. Funkčné testy, ktoré sme použili pri našich sledovaniach boli zamerané na zmeny v rozsahu pohybu (artrotest bedrových kĺbov a maleolárna vzdialenosť), na zmeny v svalovom tonuse v svaloch zabezpečujúcich kľúč bedrovo-panvovo-lumbálnej chrbtice (m. gluteus maximus, gluteus medius, m. iliopsoas, rectus abdominis, errectores trunci, adductores femoris, flexory kolena) (Janda 1937). Ďalej sme sledovali výskyt hyperalgetických zón a ich ovplyvnenie liečbou (Kibler, 1958) a použili časové testy (Robinson, 1973) pre úkony dolných končatín (chôdza po rovine na štandardnú vzdialenosť, výstup a zostup zo 16-tich schodov a posadenie sa chorého na bežný typ stoličky). Zaznamenávali sme aj zmeny v dynamike chôdze (dĺžka dvojroku, zmeny rytmu a uhol odklonu chodidla od stredovej čiary (Huraj, 1969; Weil, 1966).

Výsledky

Subjektívne hodnotenie pri ukončení terapeutického pokusu s Indrenom a Benoralom, ale už aj v jeho priebehu ukázalo, že sa najviac uplatnil ich mohutný analgetický efekt, čo bolo možné pozorovať z výrazného ústupu

nočných a pokojových bolestí, čiastočného ústupu bolestí pri pohyboch. Najmenej zostala ovplyvnená bolesť štartovacia. Najvýraznejšie zlepšenie sme pozorovali počas tretej kontroly, to znamená pri ukončení liečby (tab. 1).

Tabuľka 1. Výsledky liečby Indrenom a Benoralom podľa subjektívneho hodnotenia bolestivosti.

	Indren				Benoral			
	Bolesť				Bolesť			
	štartovacia	pohybová	pokojová	nočná	štartovacia	pohybová	pokojová	nočná
I.	20	20	20	20	31	31	31	29
II.	20	18	8	3	28	19	16	11
III.	17	14	2	2	25	13	8	7
IV.	16	14	5	5	26	17	12	14

I, II, III, IV = jednotlivé kontrolné vyšetrenia.

Subjektívne hodnotenie liečby pri Rumalone a Arteparone ukázalo rovnako najvýraznejší ústup bolesti nočnej i pokojovej, menej pohybovej a štartovacej (tab. 2).

Tabuľka 2. Výsledky liečby Arteparonom a Rumalonom podľa subjektívneho hodnotenia bolestivosti.

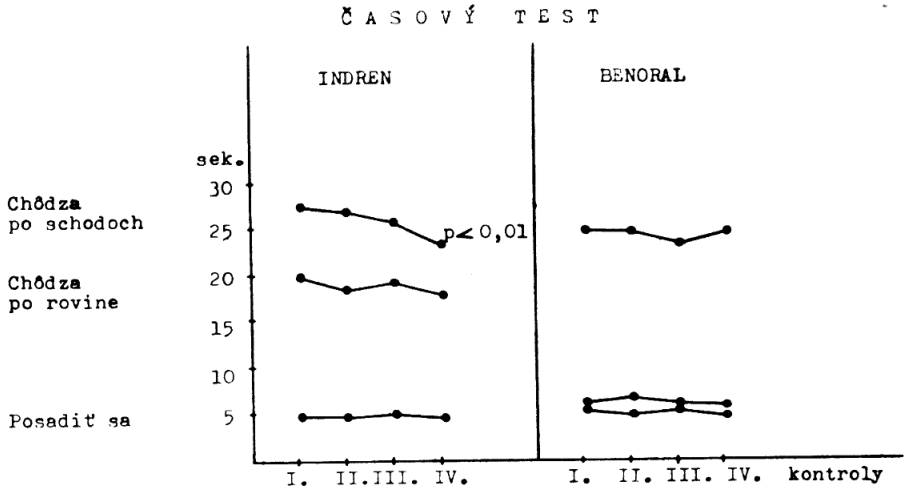
	Arteparon				Rumalon			
	Bolesť				Bolesť			
	štartovacia	pohybová	pokojová	nočná	štartovacia	pohybová	pokojová	nočná
Pred liečbou	30	30	28	26	40	40	40	40
Po liečbe	21	22	9	8	29	29	15	15

Funkčné testy v porovnaní s priaznivým subjektívnym hodnotením lieku pacientom ostali v zásade neovplyvnené. Pri rozbere liečebného efektu najväčším sklamaním boli výsledky prácneho vyhodnocovania zmien v 7 svaloch. Behom polročného sledovania nenastali v týchto svaloch žiadne zmeny, najmä očakávané uvoľnenie spazmov.

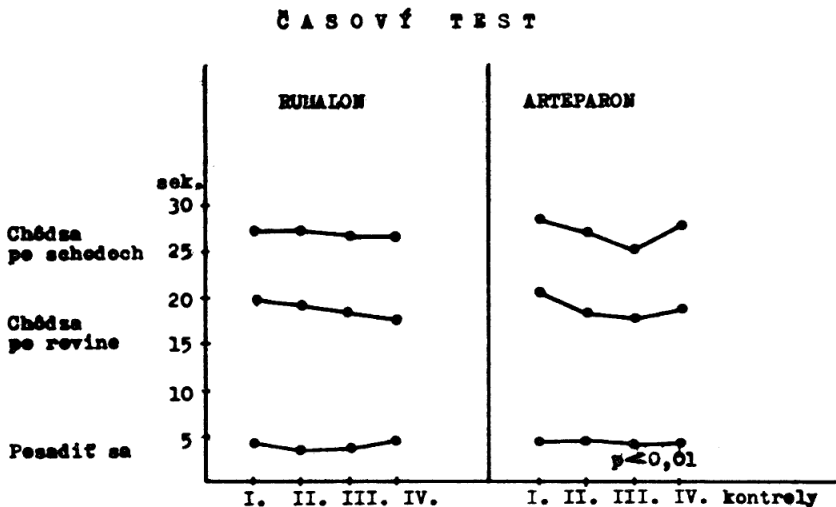
Podobne neovplyvnený ostal nález hyperalgetických zón, kontrolovaný na začiatku, v priebehu a na konci liečby. Nemenila sa signifikantne ani maleo-

lárna vzdialenosť. Výraznejšie sa nezmenili ani rytmus kroku ani dĺžka dvoj-kroku.

Jediné funkčné zmeny sme zachytili pri použití časových funkčných testov pre dolné končatiny a to pri chôdzi do schodov a zo schodov v priebehu terapeutického pokusu s Indrenom, kde sa významne zlepšil výkon chorých na hladine štatistickej významnosti $p < 0,01$. Pri preparáte Arteparon sa zlepšil výkon posadenia sa rovnako na štatistickej hladine významnosti $p < 0,01$ (Graf 1, 2).



Graf 1.



Graf 2.

Diskusia

Štrukturálne zmeny podmieňujúce dysfunkciu bedrového kĺbu pri koxartóze vedú k objaveniu sa bolesti nielen v samom kĺbe, ale aj v celej DK a k vývinu reflektorických spazmov v prilahlých svaloch. Dlhodobá bolesť vyvoláva negatívne psychické zmeny, dlhotrvajúce spazmy vedú k poruche svalovej rovnováhy. Všetky tieto prejavy vyúsťujú do globálnej poruchy funkcie u chorého. Pri vyhodnocovaní sme preto použili subjektívne i objektívne ukazovatele.

Pri rozbere našich terapeutických pokusov s dvoma skupinami liečiv sa ukázalo, že u všetkých boli najvýraznejšie ovplyvnené tri razy typy bolesti: pokojová, nočná a pohybová. Štartovacia bolesť, ktorá je jedným z prekursorov upozorňujúcich na možnú počínajúcu artrózu bedrového kĺbu, ostala najmenej ovplyvnená.

Pri objektívnom hodnotení porúch funkcie bedrového kĺbu pomocou celého radu testov sa ukázal, že medikamentózna liečba trvajúca i niekoľko mesiacov nevedla u našich chorých k ovplyvneniu takých parametrov funkcie ako je rozsah pohybu, uvoľnenie svalových spazmov a k zlepšeniu porušeného stereotypu chôdze. Určité skromné zlepšenie globálnej funkcie zachytili funkčné, časovo limitované testy pre dolné končatiny.

Naše sledovanie možno prirovnať k výsledkom starších prác z nášho ústavu, v ktorých sa hodnotil účinok komplexnej balneorehabilitačnej liečby u chorých na koxartrózu (SítaJ, Zbojanová, Žitňanová, 1963) kde funkčné ukazovatele v skupinách s izolovanou balneoterapiou alebo kineziterapiou ostali u vyše polovice chorých neovplyvnené a kde najvýraznejšiu funkčnú odozvu bolo možné pozorovať u chorých s kombinovanou liečbou medikamentóznou (fenylbutazón) a balneorehabilitačnou.

Získané poznatky z funkčného sledovania našich terapeutických pokusov nás nútia zamyslieť sa nad cieľmi konzervatívnej terapie pri koxartrózach a revidovať naše predstavy o úspechu medikamentózných zásahov pri tomto ochorení. Do popredia vystupuje potreba komplexného liečebného prístupu, ktorý by okrem analgézie zabezpečil zachovanie funkčnej kapacity chorého.

LITERATÚRA

1. JANDA, V.: Vyšetřování hybnosti. Avicenum, zdravotnicke nakladatelství, 235—244, 1972.
2. HURAJ, E.: Vývoj a patológia bedrového kĺbu v detstve a starobe. Osveta, Martin. 143—144, 1969.
3. KIBLER, M.: Das Störungsfeld bei Gelenkerkrankungen und inneren Krankheit. Hippokrates-Verlag, Stuttgart, 141, 15—16, 1958.
4. ROBINSON, H. S.: Functional and Social Deficits-Consequens of time and disease. Total management of the arthritic patient (Ehrlich E. G.) J. B. Lippincott Comp. — Philadelphia-Toronto 1973.
5. SÍTAJ, Š. — ZBOJANOVÁ, M. — ŽITŇANOVÁ, E.: Komplexe Bade-und Rehabilitations-therapie der Koxarthrosen. Arch. phys. Therapie, 1, 71—76, 1963.
6. WEIL, S. — WEIL, U. H.: Mechanik des Gehens, Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 17, 1966.
7. ZBOJANOVÁ, M. — TAUCHMANNOVÁ, H. — TRNAVSKÝ, K.: Naše skúsenosti s lieč-

bou Indrenom u pacientov s koxartrózou. Farmakoterapeut. zpr. 20, 6, 403—408, 1974.

8. ZBOJANOVÁ, M. — TAUCHMANNOVÁ, H. — TRNAVSKÝ, K.: Ergebnisse einer intramuskulären Basistherapie von Koxarthrosen mit Mukopolysaccharid-polyschwe-felsäureester. Therapie Woche, 36, 3, 3—11, 1976.
9. ZBOJANOVÁ, M. — TAUCHMANNOVÁ, H. — TRNAVSKÝ, K.: Naše skúsenosti s liečbou koxartróz Rumalonom. Bratisl. lek. listy 64, 4, 448—454, 1975.

Adresa autora: H. T., VURCH, 921 01 Piešťany.

G. Таухманнова, М. Збойанова, К. Трнавски
ОПЫТ ОТДЕЛА РЕАБИЛИТАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЭКСПЕРИМЕНТОВ В РЕВМАТОЛОГИИ

Резюме

В работе описываются пятилетние результаты объективной и субъективной оценки многомесячных терапевтических экспериментов с разными типами нестероидных противовоспалительных веществ, применяемых при лечении коксартроза. Из субъективных показателей наиболее сильное действие они оказывали на ночные боли и боли во время покоя. Меньше всего они действовали на стартовую боль. Ряд функциональных тестов, примененных в целях объективизации терапевтического эффекта, остался даже при полуголовом лечении неизменным. Оптимальным оказалось применение временно ограниченных тестов для функций нижних конечностей, которые были единственными тестами, зафиксировавшими динамические изменения во время лечения.

H. Tauchmannová, M. Zbojanová, K. Trnavský
EXPERIENCES IN THE DEPARTMENT OF REHABILITATION WITH THE EVALUATION OF THERAPEUTIC EXPERIMENTS IN RHEUMATOLOGY

Summary

The paper presents results over five years of objective and subjective evaluation of some therapeutic experiments during a number of months with various kinds of non-steroid antirheumatic drugs used in the treatment of coxarthrosis. Of the subjective indices mostly influenced were pains during the night and rest, least starting pains. A number of functional tests used for the objectivation of the therapeutic effect remained after half year's application without effect. Most optimal proved to be in application of time limited tests for work of the lower extremities which the only to show dynamic changes in the course of treatment.

H. Tauchmannová, M. Zbojanová, K. Trnavský
ERFAHRUNGEN DER REHABILITATIONSABTEILUNG MIT DER AUSWERTUNG VON THERAPIEVERSUCHEN IM BEREICH DER RHEUMATOLOGIE

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit enthält die Ergebnisse von fünf Jahre lang durchgeführten Auswertungen mehrmonatlicher Therapieversuche mit verschiedenen Typen nichtste-

roider Antirheumatika, die bei der Behandlung von Koxarthrosen zur Anwendung gelangen. Ausgewertet wurden sowohl subjektive als auch objektive Merkmale. An subjektiven Merkmalen wurde durch die Therapie der nächtliche Schmerz sowie das Schmerzempfinden in der Ruhelage am meisten beeinflusst, der Startschmerz hingegen am wenigsten. Mehrere Funktionstests, die zwecks Objektivierung der therapeutischen Wirkung angewandt wurden, blieben auch nach sechsmonatiger Behandlung unverändert. Als optimal erwiesen sich in der Anwendung zeitlich begrenzte Tests der Leistungen der unteren Gliedmaßen, die als einzige dynamischen Veränderungen im Verlauf der Behandlung registrierten.

H. Tauchmannová, M. Zbojanová, K. Trnavský

EXPERIENCES DU DEPARTEMENT DE READAPTATION SUR
L'EVALUATION DES ESSAIS THERAPEUTIQUES EN
RHUMATOLOGIE

R é s u m é

L'article présente les expériences quinquennales des évaluations objective et subjective d'essais thérapeutiques de quelques mois avec plusieurs types de stéroïdes antirhumatismaux, appliqués dans la thérapie de la coxarthrose. Parmi les facteurs subjectifs, la douleur la plus influencée fut celle de la nuit, de repos, la moins influencée celle du matin. Une série de tests fonctionnels appliqués dans l'objectivisation de l'effet thérapeutique est restée aussi sans effet pendant une thérapie de 6 mois. Dans l'application, les tests limités pour les fonctions des extrémités inférieures se sont manifestés comme étant les plus optimaux et seuls ont saisi les transformations dynamiques au cours de la thérapie.

H. J. FICHTNER

**BERUFLICHE REHABILITATION BEI ERKRANKUNGEN DES
HALTUNGS- UND BEWEGUNGSAPPARATES**

PRACOVNÁ REHABILITÁCIA PRI PORUCHÁCH DRŽANIA
A OCHORENIA POHYBOVÉHO SYSTÉMU.

*Vydalo vydavateľstvo Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New
York, 1977, 65 str., 5 obr., 64 tab. Cena DM 28,—.*

ISBN 3-540-08233-6.

V edícii „Rehabilitácia a prevencia“ ako tretí zväzok vychádza drobná publikácia od doc. Fichtnera, riaditeľa rehabilitačnej kliniky v Neckargmünde, ktorá je venovaná veľmi významnej problematike pracovnej rehabilitácie u telesne postihnutých. V jednotlivých kapitolách sú rozoberané jednotlivé základné otázky, napr. multifaktoriálne problémy telesného postihnutia, pojem postihnutia, stupeň postihnutia, čas postihnutia a pod. V druhej kapitole sa venuje pozornosť úlohám liečebnej, pracovnej a sociálnej rehabilitácie. Tretia kapitola je venovaná pracovnej rehabilitácii u telesne postihnutých predovšet-

kým pri postihnutí pohybového systému a táto kapitola taktiež predstavuje ťažisko Fichtnerovej monografie. Posledná, štvrtá kapitola, je venovaná diskusií nadhodnotených problémov. Záver, prehľad literatúry a vecný register ukončujú túto informujúcu publikáciu, doplnenú niekoľkými obrázkami a celým radom tabuliek.

Monografia má predovšetkým informujúci charakter s cieľom hlbšie nahliadnúť do problematiky telesne postihnutých z hľadiska možností pracovnej rehabilitácie.

Dr. M. Palát, Bratislava

Ako 38. zväzok Ročného prehľadu fyziológie vyšiel v roku 1976 v Palo Alto, Kalifornia, rozsiahly zväzok, ktorý zredigovali prof. Knobil, prof. Sonnenchein a prof. Edelman.

Tento Ročný prehľad fyziológie prináša v jednotlivých prácach aktuálne otázky z oblasti fyziológie. 38. zväzok venuje pozornosť oblasti renálnej fyziológie, výmene dýchacích plynov, fyziologickým aspektom rastu a vývoja embrya, vplyvu pohybových dektorov na neuróny pyramídálnej dráhy u opíc, biochemickej identifikácii neurotransmitujúcich látok v mozgu, neurotrofickým vzťahom, vyšším funkciám centrálného nervového systému, iónom a ionotropii, biochemickej adaptácii svalu na vytrvalostné cvičenia, celulárnej termogenézii, regulácii sekrécie inzulínu a glukakónu v pankrease, hypotalamickým hormónom. Posledné práce sú zamerané na súčasné modely akcie steroidov, transport látok cez celulárne membrány, na problematiku krvných doštičiek, problemati-

ku kardiovaskulárnej regulácie, na prietok krvi a funkciu mozgu pri hypotenzii a šoku. Autorský index a vecný register dopĺňujú tento pozoruhodný zväzok, ktorý prináša súčasné pohľady na otázky v oblasti modernej fyziológie. Jednotlivé kapitoly z pera popredných odborníkov v danej tematike sú doplnené ďalšou literatúrou, kde treba, aj ilustráciami, obrázkami, tabuľkami.

Ročný prehľad fyziológie popri súborom spracovaní určitých aktuálnych otázok fyziológie prináša aj kritický pohľad na tieto otázky, a tak štúdium týchto prehľadov je nielen informujúce, ale súčasne podnetné pre každého, kto sa zaoberá príslušnou kapitolou fyziológie. Treba zdôrazniť, že ani 38. zväzok nie je monotematický. A v tom je práve prednosť uvedených prehľadov — prinášajú informácie v extenzívnom rozsahu z oblasti fyziológie, pričom jednotlivé práce veľmi intenzívne rozoberajú danú tematiku.

Dr. M. Palát, Bratislava

G. BACHMANN

DIE AKUPUNKTUR — EINE ORDNUNGSTHERAPIE AKUPUNKTŪRA.

Vydalo vydavateľstvo Haug Verlag, Heidelberg, 1976, 2. vydanie, zv., text: 350 strán, 34 obr., 6 tab., atlas: 60 strán, 47 viacfarebných tabuliek. Cena 160,— DM ISBN 3 — 7760 — 0352 — 9.

Bachmannova monografia, venovaná akupunktúre, vyšla v 1. vydaní v roku 1959. V roku 1976 vydáva heidelberské vydavateľstvo K. Hauga 2. vydanie tejto pozoruhodnej učebnice, ktorá sa skladá z dvoch častí. Prvý zväzok má tri diely, v prvom sa hovorí o princípoch staročínskej akupunktúry, druhý diel je venovaný problematike meridiánov a tretí diel vlastnej terapie touto metódou t. j. predovšetkým indikáciám. Druhý diel — atlas prináša 47 názorne usporiadaných tabuliek s vyznačením jednotlivých meridiánov a ich priebehu.

Monografia má veľký formát, predstavuje v súčasnosti štandardné dielo v oblasti akupunktúry.

V poslednom čase získava akupunktúra v rôznych odboroch medicíny určité postavenie. Je to preto, že má celý rad tera-

peutických úspechov a často prináša úľahčenie v mnohých prípadoch, kde iná terapia uspeľa len čiastočne alebo nemala nijaký efekt. Mnohé pracoviská u nás i v zahraničí sa zaoberajú touto metódou nielen z hľadiska jej aplikácie a metodického prístupu, ale aj z hľadiska teoretického a neurofyziologického základu. Stúpa počet prác o tejto problematike, výsledky sú síce veľmi zaujímavé, ale v mnohých prípadoch chýba teoreticko-klinické vysvetlenie príslušného efektu.

Bachmannova učebnica prehľadným spôsobom venuje pozornosť základom akupunktúry, je dobre dokumentovaná predovšetkým v obrazovej časti. Každý, kto sa zaoberá akupunktúrou, iste v nej nájde dostatok potrebných informácií.

Dr. M. Palát, Bratislava

SÚBORNÉ REFERÁTY**NĚKTERÉ SOCIÁLNÍ PROBLÉMY TĚŽCE
TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH**

M. DAŇKOVÁ, H. SELINGEROVÁ

*Státní ústav rehabilitační, Kladruby u Vlašimi
Ředitel MUDr. V. Kříž*

Souhrn: Autorky — sociální pracovnice rehabilitačního ústavu — se zabývají problémy těžce tělesně postižených, se kterými se setkávají ve své denní praxi. Upozorňují na nutnost vzájemného prolínání jednotlivých ziožek rehabilitace, v níž má sociální práce své nezastupitelné místo. Uplatňuje se v průběhu celé rehabilitace a rozhodujícím způsobem se podílí na jejím výsledku. Cílem rehabilitace je opětovné zařazení člověka postiženého trvalými následky nemoci, úrazu či vrozené vady do společenského života (resocializace) s využitím všech jeho zachovalých funkcí, možností a prostředků společnosti.

Klíčová slova: Tělesně postižení — sociální problematika — návaznost rehabilitačních složek — resocialisace.

Obrovským úsilím se rehabilitačnímu týmu většinou dobře podaří zvládnout oblast biologickou a z části i psychickou u většiny postižených. Jakmile se ovšem bezprostředně v návaznosti nepodaří zvládnout ostatním činitelům zbylé psychické problémy postižených a oblast sociální, je vynaložené úsilí rehabilitačních pracovníků v mnohých případech zbytečné. Proto práce sociální pracovnice v rehabilitačním ústavu musí být spjata s prací celého pracovního týmu.

Velkým přínosem pro naši práci je možnost promluvit s každým nemocným individuálně, a tak nejsme odkázány na to, až nás lékař nebo sestra upozorní na nutnost naší pomoci, jak tomu bývá ve většině zdravotnických zařízení. Teprve navázáním bližšího kontaktu si získáme důvěru pacienta a utvoříme si pravdivý obraz o jeho tíživé situaci. Své poznatky předáváme jak lékařům, tak sestřám, pracovníkům z od-

dělení LTV a LP, při vizitách, kterých se také zúčastníme a současně při nich sledujeme průběh i výsledky rehabilitace.

Psychické změny nemocných

Musíme počítat s tím, že pacient někdy trpí pocity osamělosti, méněcennosti, cítí se na obtíž rodině, má obavy z budoucnosti. Existují silní, psychicky odolní jedinci, kteří se dříve či později dokáží sami nebo s menší pomocí okolí s následky svého zranění vyrovnat a vytvořit si takové podmínky k plnohodnotnému životu, že si svoji abnormálnost někdy ani nestačí uvědomovat. Těm, kteří toho nejsou sami schopni dosáhnout, je třeba věnovat maximální pozornost v celém rehabilitačním procesu. Psychické změny jsou nejmarkantnější u pacientů s amputacemi končetin a hlavně u pacientů s poraněním míchy — paraplegiků a kvadruplegiků. Je to způsobeno jednak charakterem postižení a jednak tím, že téměř 80 % postiženým se úraz stal v produktivním věku, kdy se najednou začnou potýkat s nepohyblivostí končetin, ztrátou rovnováhy, neovladatelným odchodem moči a stolice, pohlavní neschopností a mnoha dalšími následky poranění míchy. Všechny životní plány, tato hnací síla každého člověka, se najednou zhroutí a záleží pak na psychickém typu postiženého, zda najde sílu k životu, nebo se k němu postaví pasívně. Význam celého týmu všech zaměstnanců zdravotnických zařízení je v tomto stadiu pro duševní stav postiženého značný. Snad v žádného jiného druhu postižení nerozhodují zdravotničtí pracovníci tak zřetelně o fyzickém životě, ale i o životě společenském, jak právě u tohoto druhu postižení. Lékaři a sestry v nemocnicích, kde jsou takto poranění hospitalizováni, jsou k postiženým ve většině případů pozorní, hýjí optimismem (nutným hlavně pro počáteční fázi), ale málokdy dokáží vystihnout pravý okamžik, kdy je třeba postiženého vhodným způsobem seznámit s celou pravdou. Tak se stává, že postižený, který je odeslán do rehabilitačního zařízení, je pevně přesvědčen, že právě zde nabude všechny ztracené funkce. Nutné seznámení s jeho reálnými perspektivami je značný duševný šok, z kterého je podle zkušeností pacientů jediné východisko — nemít čas ke stereotypnímu přemýšlení o svém stavu, zaměstnat všechny orgány, které mají zachovanou funkci na maximum a přinutit myšlení orientovat se jiným směrem. U převážné většiny postižených se toto vzniklé duševní trauma snadno pozná. Postižení zůstávají ležet, nechávají si sloužit vším personálem, odmítají rehabilitační úkony, nezajímá je vůbec, co se děje kolem a ani co s nimi bude dál. Tento moment musí všichni pracovníci správně odhadnout a věnovat postiženému v tomto stadiu maximum péče bez ohledu na čas. Zdánlivým šetřením pacienta a ohleduplností mnohdy způsobí ošetřující personál prohloubení těchto nepříznivých změn. V žádném případě by nemělo dojít ke stabilizaci duševního stavu nemocného v tomto stadiu. Depresi ze stráty pohyblivosti a pohlavní neschopnosti ještě více znásobí nedostatek tvůrčí činnosti — práce. Tím vzniká nebezpečí, že postižení z pohodlní, ztratí zájem o společnost, někteří začnou pít, či neurotizují své okolí. Poznání, že je postižený náhle odkázán na milost společnosti, vytváří zložitě vztahy mezi ním a okolím. Někteří nemocní se vůbec nechťejí vrátit do starého prostředí. Nechuť k návratu je mnohdy podmíněna jen vnějšími okolnostmi, převážně rázu estetického. V nemocnicích i rehabilitačních zařízeních je zcela samozřejmé, že pomůčené ložní

i osobní prádlo sestra bez řečí vymění. Je ovšem něco jiného postavit před tento problém matku nebo dokonce manželku. Je tedy třeba instruovat rodinu, do které se postižený vrací. To ovšem neznamená jen úpravu bytu vzhledem k manipulaci s invalidním vozíkem, ale důkladnou přípravu těch, kteří budou s postiženým denně ve styku. Na mnoha případech se potvrdilo, že ošetřující lékaři i další pracovníci, kteří pečovali před návratem o zraněného, nedokázali rodinu o všem dobře informovat. Jinak by nevyhledávali rodiče a partneři paraplegiků často jiné, stejně postižené k tomu, aby se u nich informovali o dalších problémech postižení, se kterými si nedovedou sami poradit. Bylo by jistě velkým přínosem, kdyby byly vypracovány brožury o jednotlivých druzích postižení, které by jednak partnera, rodinu a jednak samého nemocného taktně a podrobně seznámili s celou problematikou jejich postižení. Měly by obsahovat všechny potřebné informace od zdravotních přes sociální a právní, dále informace o vhodných úpravách bytu, o pracovním zařízení, o všech dostupných pomůckách apod. U nás v ústavu byly již tímto způsobem zpracovány pokyny pro pacienty s umělým kyčelním kloubem, pro pacienty s amputací na dolní končetině a brožura péče o nemocné s paraplegií a kvadruplegií.

Sociální situace tělesně postižených

Ve funkci sociální pracovnice máme často možnost nahlédnout do životních osudů celé řady lidí. Naši pacienti si navykli chodit za náma a svěřovat se se svým soukromím, a tak se setkáváme s problémy, které názorně ilustrují situaci, do níž se někteří těžce tělesně postižení dostávají. Vzhledem k tomu, že rehabilitační léčbou končí dlouhá doba pracovní neschopnosti většiny našich nemocných, je podle toho zaměřena i naše náplň práce. Naší povinností je odstranit všechny rušivé vlivy, které by odváděly pacientovu pozornost od rehabilitace. Především narůstá problém, kam se nemocný bude vracet po ukončení léčby, zda bude schopen života v rodinném prostředí. Těžce řešitelným problémem pro pacienta s ochrnutím nebo ztrátou dolních končetin bývá získání vhodného bytu bez architektonických zábran a s veškerým příslušenstvím. Vhodnými bytovými podmínkami se docílí, že těžce poškozený na zdraví se necítí tak vázán na druhé osoby. Velice důležitý je pro něho pocit, že sám naopak může ještě být užitečným pro druhé. Mnoho pacientů, používajících trvale ortopedický vozík, je odkázáno na pobyt v jedné místnosti, protože vozíkem neprojedou do druhé místnosti, do koupelny či WC. Anebo to jsou schody, které brání i vyjetí ven apod.

Na základě poznatků z naší sociální práce se stovkami nemocných jsme zjistily, že i přes veškeré existenční zajištění i výhody, které poskytuje naše socialistická společnost, nepřináší toto invalidním osobám úplné uspokojení. Chtějí být užiteční, mají zájem o práci. Více než polovina těžce postižených se nemůže vrátit po skončení rehabilitace ke svému původnímu zaměstnání nebo dokončit studium nebo učební obor, protože by nenašli uplatnění. A tak je nutné přeškolení na jinou profesi, přerazení na jiné pracoviště. Bohužel, způsob pracovní rehabilitace a přeškolení u nás ještě na mnoha místech neodpovídá moderní době a vyspělé společnosti, ve které žijeme. Práce musí být přizpůsobena postiženému a nikoliv postižený práci. Vždyť takto postižený může sedět, umí se dopravit, i když zdlouhavým způsobem

kamkoliv, může tedy pracovat. Je třeba, aby případný zaměstnavatel viděl na postiženém především to, čeho je schopen a ne to, co ztratil!

Ve své praxi jsme se setkaly pouze s malým počtem imobilních pacientů, kteří byli se svým zaměstnáním spokojeni, vykonávaná práce je bavila, odpovídala jejich schopnostem a přinášela jim při úplném uspokojení i přiměřený finanční efekt — vzhledem k vynaloženému úsilí a času. Málokdy původní či nový zaměstnavatel vyjde vstříc a umožní vykonávání práce upraveným zařízením, aby práce byla bezpečná a vhodná. Zde mají pracovat nemocní z větších měst, kde je proti venkovu možnost většího výběru pracovních míst. Příkladem špatného pracovního zařazení je absolvent střední ekonomické školy, který navléká korále, protože možnost jiné práce v místě bydliště nebyla. Setkaly jsme se i s řadou těžce zdravotně poškozených pacientů, kteří byli zcela spokojeni ve svém zaměstnání. Patří sem např. mladá vysokoškolačka, která s ochrnutím dolních končetin při pobírání invalidního důchodu vykonává domácí práci pro výpočetní techniku, nebo doktorka filosofie též s těžkým postižením na dolních končetinách vykonává korektorskou práci doma, učitelka doručovatelskou práci apod.

Při objektivním posuzování nemůžeme nesprávné pracovní zařazení dávat za vinu pouze orgánům, které jsou k tomu kompetentní, ale mnohdy to hodně závisí i na samém uchazeči, jak při zařazení spolupracuje. Jeho přístup je však většinou výsledkem předchozí práce zdravotníků, sociálních pracovníků a psychologů.

Spolupráce s dalšími institucemi

Při pracovním zařazení spolupracujeme především s národními výbory, Svazem invalidů a původními zaměstnavateli. Pro pacienta těžce poškozeného na zdraví je často limitujícím faktorem získání osobního dopravního prostředku, neboť zařazení do práce je nejčastěji právě omezeno nepřekonatelnými potížemi s dopravou do zaměstnání či školy veřejnými dopravními prostředky. V této věci se nemocným také snažíme být nápomocni.

Vzhledem k tomu, že do našeho ústavu přicházejí pacienti z celých Čech (a do nedávna z celé republiky), máme možnost sledovat práci posudkových komisí v různých okresech, a tak srovnávat její rozdílnost. Týká se nejvíce přiznání zvýšení důchodu pro bezmocnost, kdy u stejného postižení má jeden bezmocnost úplnou a druhý jen částečnou, přitom se zdravotní stav i poměry v rodině shodují. Ke stejným rozdílům dochází při souběhu nároků na přídavek pro bezmocnost a vystavení průkazky ZTP a ZTP/P. A tak pacientka s úplným ochrnutím dolních končetin a částečným ochrnutím horních končetin v případě, že pobírá zvýšení důchodu pro bezmocnost, nemá přiznané již výhody průkazky ZTP/P — při návštěvě kina s doprovodem platí celé vstupné, nemá nárok na příspěvek na provoz motorového vozidla. Některé komise se domnívají, že tím, že je postiženému poskytována bezmocnost, nemusí nikam jezdit a nic vidět. Samozřejmě, že každý z postižených zvolí u okresní posudkové komise sociálního zabezpečení (dále OPK SZ) z těchto dvou eventualit raději zvýšení důchodu. Vždyť ale jedno nevylučuje druhé.

Po pracovní stránce OPK SZ hodnotí pracovní schopnost a doporučuje opatření pro obnovení pracovní schopnosti. Málokdy je zde nemocný informován o možnosti dalšího zaměstnání v místě nebo obvodě i o tom, že by vůbec mohl pracovat při přiznání změněné pracovní schopnosti. Častěji po-

stižený obdržel od okresního umístovatele osob se změněnou pracovní schopností seznam vyčleněných míst a při své ztížené pohyblivosti musí chodit od závodu k závodu a domlouvá se sám.

Konkrétním případem je pacientka, která je po obrně s převahou postižení trupového svalstva a horních končetin. Je soběstačná, píše na psacím stroji. Je absolventkou ekonomické školy a teprve po třech letech marného shánění jí svítla naděje na zaměstnání — korektorskou práci v redakci místních novin.

Setkali jsme se také s vyjádřením OPK SZ, která zamítla žádost o vyučení ve Výcvikovém středisku občanů se změněnou pracovní schopností v Bratislavě a trvala na umístění dvacetiletého chlapce, ochrnutého částečně na dolních končetinách, ale chodícího, do ústavu sociální péče pro tělesně postižené s tím, že jde o psychopata s nezájmem o okolí. Posudková komise rozhodla o chlapci na základě lékařské zprávy obvodní lékařky, která pacienta neviděla ani si nevyžádala k jednání OPK SZ lékařskou zprávu od nás. Šlo naopak o velmi snaživého chlapce, který měl smutné dětství a po krizi, která vyvrcholila při vojenské službě pokusem o sebevraždu, dostal nyní znovu chuť do života a do práce. Ihned jsme podali odvolání proti rozhodnutí OPK SZ, výsledek rozhodnutí byl změněn a nemocný se t. č. učí knihařem ve Výcvikovém středisku v Bratislavě.

Velmi často se setkáváme s tím, že OPK SZ nečekají na výsledek rehabilitace a ani dotazem nezjistí současný zdravotní stav a mnohdy zbytečně ukončí pracovní neschopnosti.

Pak se stane např., že pacient je předán do důchodu invalidního v březnu, i když podpůrní doba nemocenského pojištění mohla trvat do dubna a pacient se mohl po ukončení léčby do tří měsíců vrátit do původního zaměstnání. Je překvapující, když odborný lékař z našeho ústavu podá návrh na prodloužení nemocenských dávek o tři měsíce s tím, že se nemocný vrátí do původního zaměstnání a OPK SZ přesto rozhodne o přiznání invalidního důchodu. Při dnešním nedostatku pracovních sil se to dá nazvat přímo plýtváním.

Téměř 80 % našich nemocných je nuceno používat opěrných pomůcek, protéz, podpůrných přístrojů, ortopedické obuvi a jiných pomůcek, které pomáhají k větší soběstačnosti pacientů. Jejich sortiment se stále rozšiřuje. Postižený do nich vkládá mnohdy všechny své naděje a je velice traumatizován velmi dlouhými čekacími lhůtami a mnohdy ani pacientovi nevyhovují. Velmi důležité je jejich včasné zajištění. Stále se však ještě potýkáme s nárazovým nedostatkem opěrných pomůcek a dokonce i ortopedických vozíků, které jsou vlastně mnohdy jedinou možností pohybu pro pacienta. Pacienti stále příliš dlouho čekají na protézy, ortopedické aparáty, ortopedickou obuv. To jsou nedostatky, které odvádějí pozornost pacienta od rehabilitace, rehabilitaci prodlužují a my ani při velké snaze často nejsme schopni je odstranit. Toto všechno má za následek prodloužení pracovní neschopnosti, rehabilitačního výcviku i návratu do normálního života.

Mnohdy působí rušivě v rehabilitačním komplexu i nesprávný postup podniků při likvidaci nemocenských dávek, opožděném nebo naopak již zmíněném předčasném důchodovém řízení, zdouhavé odškodňování pracovních úrazů apod.

Někdy celá naše práce ztroskotává na situaci, že nelze získat pro pacienta, schopného pobytu v domácím prostředí, pečovatelskou službu — ani z řad

profesionálních ani dobrovolných doručovatelek. Zvláště u těžkých postižení a u nemocných z venkova. Pak musí nemocný do ústavního zařízení, i když by mohl velice dobře za pomoci pečovatelky existovat doma. Ve větších městech není problém zajistit pečovatelskou službu, často si však nemocní stěžují, že k nim docházejí staré ženy, které sotva zvládnou nejnужnější práce. U dobrovolných pečovatelek pak neexistuje závaznost na léčebnou a preventivní péči.

Těžce postiženému nemocnému končí dlouhá doba pracovní neschopnosti právě rehabilitační léčbou a náhle je postaven před problém, že nebude již nikdy chodit, nevrátí se mezi své kolegy, vyvstanou problémy s domácím prostředím, bude odkázán na pomoc druhých osob — mnohdy cizích. Postupně si uvědomuje, oč vše bude ochuzen, když zůstane upoután na lůžko. Psychologická problematika vytvává však i při pouhém přechodu pacienta z pracovní neschopnosti do invalidního důchodu. Je nutné instruovat a připravit rodinu pacienta před jeho příchodem domů. Mállokterí se dovedou i přes svůj hezký vztah k nemocnému zachovat při jeho příchodu domů tak, aby se pacient necítil jako přítěž do domácnosti. Všichni víme, že ošetřování takto těžce nemocných je velkou zátěží pro druhého partnera i celou rodinu, ale přesto je velmi otřesné, když matka odmítá pečovat o svou jedinou dceru, anebo když obdržíme dopis od manželky, ve kterém doslova vyhrožuje sebevraždou v případě, že předáme jejího muže do domácího ošetřování. A to v obou případech šlo o nemocné schopné s malou pomocí žít doma. Proto tam, kde nejsou předpoklady dobrého harmonického soužití s rodinou nebo partnerem, je lépe najít postiženému jiné umístění, např. v některém z ústavů sociální péče, někdy jen na přechodnou dobu. Rozvraty v rodině paraplegiků jsou častější než u některých jiných poranění. Jednou z hlavních udávaných příčin rozvatů je pohlavní neschopnost, která je u mnoha mladších postižených tíživější než ztráta pohyblivosti. Je však otázkou, zda tato nejčastěji udávána příčina rozvatů — asi 70 % — není pouze následkem neschopnosti zdravého partnera adaptovat se na celou řadu nepříjemných problémů, které ze soužití s takto postiženým partnerem vyplývají. Faktem zůstává, že se rozpadá více než polovina manželství, kde jeden z partnerů utrpěl úraz s následnou paraplegií. Naproti tomu manželství nově uzavřená mezi paraplegiky a zdravými osobami jsou trvalejší, pravděpodobně proto, že zdravý partner si je vědom handicapů manžela (manželky) a s tímto vědomím již do manželství vstupuje. Je však možné, že v chování těchto zdravých partnerů jsou určité zvláštní povahové rysy (např. zvýšená touha pečovat o druhého, touha po sebeobětování, jiná sexuální apetence a jiné), pro které jim manželství s paraplegikem nečiní potíže a někdy jsou spokojnější než při soužití se zdravým partnerem.

Závěr

Bezhlednost k postiženému či připomínání bezmocnosti jsou stejně nebezpečné jako přehnaná péče, ohleduplnost, soucit a posluhování členů rodiny, kteří usnadňují život takové invalidní osoby až přehnanou měrou. To vede často k nekritickému zvětšování následků invalidity a postižený se pak spoléhá na pomoc druhých i v úkonech, které se u nás naučil provádět sám

a ztrácí tělesné i duševní schopnosti pracně získané předchozí rehabilitací. Postižení totiž chtějí, aby okolí s nimi jednalo stejně jako s ostatními zdravými lidmi a nikoliv jako s nějakou abnormální skupinou.

Proto je třeba i nadále připomínat, že stálá a systematická péče o postižené osoby je povinností nejen zdravotníků, ale celé lidské společnosti. Jednotlivé složky této péče musí mít nejen plynulou návaznost, ale musí se vzájemně prolínat. Jedině tak je možno dosáhnout plén resocializace postiženého a tím i jediného a konečného cíle rehabilitace.

Adresa autorky: M. D., SÚR, Kladruby

М. Данькова, Г. Селингерова
НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЯЖЕЛЫХ ИНВАЛИДОВ

Резюме

Авторы — сотрудницы отдела социальной помощи института реабилитации — занимаются проблемами тяжелых инвалидов, с которыми они встречаются в своей ежечелневной практике. Они обращают внимание на необходимость взаимосвязи между отдельными элементами реабилитации, в которой социальная помощь имеет свое незаменимое место. Она имеет место в течение всего восстановления здоровья и играет решающую роль в результате последнего. Целью реабилитации является повторное включение человека, страдающего длительными последствиями болезни, несчастного случая или врожденного порока, в общественную жизнь (ресоциализация) с применением всех его оставшихся функций, возможностей и общественных средств.

M. Daňková, H. Selingerová
SOCIAL PROBLEMS OF THE SEVERELY HANDICAPPED

Summary

The authors, social welfare workers at the Institute for Rehabilitation, are dealing with the problems of severely handicapped persons whom they meet in their daily practice. They indicate the necessity of combination of the individual components of rehabilitation in which the social work cannot be substituted. This asserts itself all through the process of rehabilitation and shares in a decisive way in its effect. The object of rehabilitation is the reintegration of the patient with lasting affliction, caused by trauma or congenital failure, into social life [resocialization] with the utilization of all intact functions, possibilities and means of society.

M. Daňková, H. Selingerová
EINIGE SOZIALE PROBLEME VON SCHWERBEHINDERTEN

Zusammenfassung

Die Autorinnen — soziale Mitarbeiterinnen einer Rehabilitationsanstalt — befassen sich mit Problemen von körperlich Schwerbehinderten, mit denen sie in ihrer Alltags-

praxis in Berührung kommen. Sie weisen auf die Notwendigkeit hin, die einzelnen Elemente der Rehabilitationsbehandlung miteinander in Einklang zu bringen, wobei die Sozialarbeit unter diesen Elementen eine unersetzliche Stellung einnimmt. Sie kommt im Verlauf der gesamten Rehabilitationsbehandlung zum Tragen und hat entscheidenden Anteil am Ergebnis der Behandlung. Es ist das Ziel der Rehabilitationsbehandlung, den durch Dauerfolgen einer Krankheit, eines Unfalls oder eines angeborenen Gebrechens behinderten Menschen wieder in das gesellschaftliche Leben einzuordnen (Resozialisierung), unter Nutzung aller seiner verliehenen Funktionen, Möglichkeiten sowie der gesellschaftlichen Mittel.

M. Daňková, H. Selingerová
CERTAINS PROBLEMES SOCIAUX DES AFFECTES
PHYSIQUES GRAVES

R é s u m é

Les auteurs — assistentes sociales de l'Institut de réadaptation — traitent les problèmes des affectés physiques graves, avec lesquels elles en entrent en contact dans la pratique quotidienne. Elles soulignent la nécessité d'une diffusion mutuelle des différents facteurs de réadaptation dans lesquels le travail social occupe une place irremplaçable. Pendant toute la réadaptation il s'applique et prend part de façon décisive à son résultat. Le but de la réadaptation consiste dans la nouvelle incorporation du malade affecté de conséquences durables par la maladie, les accidents ou bien par des affections innées, dans la vie sociale (resocialisation) avec l'exploitation de toutes les fonctions intactes, les moyens et ressources sociales.

RECENZIE KNIH

CH. THEINER, E. KÜNNE, K. P. BECKER

**ZUR THEORIE UND PRAXIS DER ERZIEHUNG UND BILDUNG
GESCHÄDIGTER IN SOZIALISTISCHEN LÄNDERN**

K teorii a praxi výchovy a vzdělávání defektních jedinců v socialistických zemích.

Vydalo nakladatelství VEB Verlag Volk und Gesundheit Berlin, 1977, 183 str., 2 tabulky, cena M 22,—.

Kniha autorů z NDR se zabývá teoretickými základy a praktickou organizací výchovy a vzdělávání defektní mládeže v některých socialistických zemích, jmenovitě v SSSR, Polsku, ČSSR, Maďarsku a NDR.

Po terminologickém úvodu se autoři věnují každé zemi v samostatné kapitole. Nejdříve jsou uvedeny teoretické koncepce, ze kterých v každém státu vychází školství, věnující se defektní mládeži. Tyto koncepce vychází jednak z prací před-

ních pedagogických vědců, jednak ze škol-
ských tradic té které země. V každé kapi-
tole je potom obecná charakteristika jed-
notlivých stupňů škol pro postiženou mlá-
dež (předškolní výchova, základní a střed-
ní vzdělání, výchova k povolání). Dále
jsou charakterisována jednotlivá zařízení
dle stupně a druhu poškození (zařízení
pro mládež s vadami zraku, sluchu, inte-
lektu, řeči, tělesně postiženou mládež,
mládež s kombinovanými vadami, mládež
obtěžně vychovatelnou, tj. mládež s morál-
ními a charakterovými vadami, souhrnně:
mládež vyžadující zvláštní péče).

V poslední kapitole jsou pak srovná-
ny jednotlivé systémy, při čemž autoři
zdůrazňují jak společné znaky (zásada
socialistického humanismu, výchova mlá-
deže v socialisticky uvědomělé občany
s aktivní účastí na hospodářském, poli-
tickém a kulturním i rodinném životě spo-
lečnosti, školství jako instituce státní, jed-
notná a světská), tak upozorňují na roz-
díly, které vznikly na podkladě místních
zvláštností i historického rozvoje školství
v jednotlivých zemích. Autoři vysoce hod-
notí přínos sovětské speciální pedagogiky
a defektologie pro ostatní socialistické
země. Ústav defektologie Akademie peda-
gogických věd SSR má též velké a bo-
hatě vybavené laboratoře a úzce spolu-
pracuje s ostatními vědními obory (medi-
cina, biologie atd.).

Speciální pedagogika, která se zabývá
jako věda výchovou a vzděláním defekt-
ní populace, je tímto termínem označová-
na v SSSR, ČSSR a Polsku. V Maďar-
sku používají termín zdravotní pedagogika
(Heilpädagogik), v NDR pak termínu re-
habilitační pedagogika (Rehabilitationspä-
dagogik) a je považována za součást re-
habilitace, která je zde definována jako
interdisciplinární kolektivní činnost na
poli medicínském, pedagogickém a sociál-
ním, mající za cíl znovu uschopnit de-
fektivního člověka k účasti na životě společ-
nosti po všech stránkách. Toto pojetí
zahrnuje i rehabilitaci dětí s vrozenými
vadami (str. 133).

Rehabilitační pracovník, který se vě-
nuje defektivní mládeži i ostatním zdravot-
ně poškozeným po stránce medicínské,
měl by mít též základní poznatky o systé-
mu vzdělání a výchovy defektivní populace.
K tomuto účelu poslouží kniha jako zá-
kladní orientace, i když pro poměrně ma-
lý rozsah knihy zde čtenář najde jen zá-
kladní a obecné údaje.

Ke kladům knihy patří též přehledně
uspořádání jednotlivých kapitol a pečli-
vá transkripce názvů, jmen autorů v ci-
tácích a termínů v původních jazycích.

Dr. P. Šindelář, Kladruby

L. S. VYGOTSKIJ

VÝVOJ VYŠŠÍCH PSYCHICKÝCH FUNKCÍ

SPN Praha 1976, str. 363, cena výtlačku Kčs 44,—.

Kniha představuje soubor prac význam-
ného sovietskeho psychológa L. S. Vygot-
ského (1896—1934), z ktorých väčšina do
roku 1960 vôbec nebola publikovaná.

Prvú časť zväzku tvorí autorom rozpra-
covaná teória vývoja vyšších psychických
funkcií, známa pod názvom „teória kul-
túrneho vývoja“, ktorá sa považuje za
prvý systematický pokus v ZSSR o pre-
stavbu psychológie na základe historic-
ko-materialistického prístupu k psychike
človeka. Základ spočíva v podrobnom teo-
retickom rozpracovaní téz o sociálnej pod-
mienosti psychiky človeka, t. j., že po-

chopenie jej špecifických zvláštností tre-
ba hľadať v histórii ľudstva a o sprostred-
kovanej štruktúre vyšších psychických
funkcií. Úlohu sprostredkovateľa v psy-
chickej činnosti človeka zastávajú javy
vznikajúce v procese spoločenského ži-
vota, t. j. jazyk, číselné znaky atď.
Z týchto všeobecných téz svojej teórie pri-
stupuje k objasneniu vzťahu zrenia a vý-
voja v procese utvárania detskej psychi-
ky, ako sa pretvára „prírodný“ vývoj psy-
chických funkcií na vývoj ich „kultur-
ných“ foriem. Autor na ilustráciu uvádza
nielen vefa experimentálnych výskumov

z oblasti vývoja vyšších psychických procesov, ale aj z oblasti vývoja psychicky nenormálnych detí a údaje etnografických štúdií.

Ďalšiu časť knihy tvoria „Prednášky o psychológii“, ktoré sú spracovaním stenografického záznamu kurzu psychológie, ktorý Vygotskij odprednášal v roku 1932. Autor v zmysle svojej koncepcie podáva prehľad a kritiku rôznych teórií na vývoj vnímania, pamäti, myslenia, emócií, obrazotvornosti a vôle v detskom veku.

Stať „Chovanie zvierat a človeka“ je pokusom na základe výskumov mnohých bádateľov ako aj samotného autora, ukázať čo je v psychike človeka a zvierat spoločné a čo rozdielne.

Posledná časť knihy „Problémy psychického vývoja dieťaťa“ predstavuje rad experimentálnych a teoretických prác, v ktorých sa zaoberá otázkami normálneho a anomálneho psychického vývoja dieťaťa. Rozoberá vývoj vyšších foriem pozornosti, a na základe experimentov dokazuje platnosť svojej tézy o vývoji psychických funkcií následkom sprostredkovania. Ďalej

tu rieši otázku vzťahu učenia a duševného vývoja v predškolskom a školskom veku a uvádza analýzu praktických dôsledkov, ktoré vyplývajú zo správneho prístupu k tomuto problému. Svoju koncepciu aplikuje aj na problémy psychickej patológie. Vygotskij širšie koncipuje pojem intelektovej menejcnosti a dokazuje vzájomný vzťah a závislosť medzi intelektovými defektmi a celkovými poruchami psychického života, najmä afektovými.

V knihe je zahrnutých i niekoľko referátov, ktorých tematika spadá do oblasti problémov vývoja vyšších psychických funkcií a ktoré sú väčšinou prvýkrát publikované.

Napriek tomu, že dielo L. S. Vygotského bolo podrobené pomerne ostrej kritike, zaujme ešte stále množstvom správnych a hlbokých myšlienok, z ktorých čerpali podnety pre svoje práce mnohí iní autori a nesporne je významným zdrojom poučenia a poznatkov i dnes po uplynutí viac ako štyridsať rokov od napísania diela.

A. Sedláková, Bratislava

G. CZIHÁK, H. LANGER, H. ZIEGLER

BIOLOGIE

(BIOLÓGIA)

Vydalo vydavateľstvo Springer Verlag, Berlin — Heidelberg — New York 1976, 957 obr., 837 str., 2 tab. príloh. Cena DM 58,—. ISBN 3-540-0527-7.

Biológia je jedným z predmetov, s ktorým sa na lekárske fakultách začína štúdium medicíny. Biológia je taktiež základným predmetom pri štúdiu prírodných vied, biologických vied, ako aj pri štúdiu veterinárnej medicíny. Učebnica biológie, ktorú vydalo berlínske vydavateľstvo Springer, je učebnicou, ktorá prináša súčasný pohľad na základné otázky biológie s prihliadnutím na rýchly vývoj tohto odboru. Pod vedením prof. Cziháka, Zieglera a Langeru pripravilo do tlače túto pekne vybavenú učebnicu ďalších 23 autorov-biológov, fyziológov, morfológov, botanikov, imunológov a genetikov.

Učebnica má tri základné časti a každá z nich obsahuje niekoľko kapitol. V prvej časti, venovanej stavbe a funkcii buniek, pozornosť sa zameriava na cytológiu. Druhá časť rozoberá v jednotlivých kapitolách štruktúru a funkciu organizmov; tieto kapitoly sú venované genétičke, rozmnožovaniu a sexualite, vývoju, stavbe a funkcii rastlinných i ži-

vočíšnych orgánov, štruktúrálnej a funkcionálnej integrácii organizmu a problematike správania. Tretia — záverečná časť učebnice sa zaoberá organizmami v populáciách. Jednotlivé kapitoly rozoberajú otázku ekológie, biogeografie a evolúcie. Vecný register ukončuje túto relatívne široko koncipovanú a rozsiahlu učebnicu biológie, ilustrovanú početnými schémami, obrázkami a doplnenú prehľadnými tabuľkami.

Hoci táto učebnica biológie rieši všeobecné otázky biológie, a nie špeciálne otázky biológie človeka, predsa jej jednotlivé kapitoly sú zostavené aj z hľadiska človeka. Pozoruhodný je molekulárne biologický prístup pri riešení predovšetkým funkcií v rámci organizmov.

Táto moderná, zrozumiteľne napísaná, dobre dokumentovaná učebnica biológie prináša súčasný pohľad na biologické otázky ako základ všetkých biologických vied, teda aj medicíny.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

R. M. A. SUCHENWIRTH
NEUROLOGISCHE BEGUTACHTUNG

Posudzovanie v neurológii.

Vydalo vydavateľstvo G. Fischer, Stuttgart — New York, 1977, str. 207, obr. 37, tab. 16, cena DM 64,—. ISBN 3-437-10491-8.

Vydavateľstvo Gustava Fischera v Stuttgarte prinieslo v roku 1977 na knižný trh pozoruhodnú monografiu prof. Suchenwirtha z Kasselu, ktorá pojednáva o posudzovaní v neurológii. Je zameraná vyslovene prakticky a všetci lekári, ktorí sa stretávajú s posudkovou činnosťou, nájdu tu veľké množstvo informácií. Na vypracovaní monografie okrem prof. Suchenwirtha sa zúčastnilo ďalších 5 odborníkov — štyria lekári a jeden právnik. Monografia má 12 kapitol, z ktorých prvá venuje pozornosť právnym problémom, ďalšie kapitoly sú zamerané na anamnézu, údaje vyšetovaných, neurologický nález, psychopatologický nález, neurofyziologické vyšetrenie, laboratórne vyšetrenie

a neurologickú diagnózu. Ďalšia kapitola je venovaná posudzovaniu, záverečná kapitola prináša zásady pre posudzovanie, doplnené príslušnými tabuľkami. Prehľad literatúry a vecný register dopĺňujú túto monografiu, ktorá je veľmi dobrým praktickým činom predovšetkým pre posudkových lekárov v oblasti neurológie.

Jednotlivé kapitoly sú doplnené tabuľkami a obrázkami, ktoré ilustrujú diskutované otázky.

Kniha určite nájde svoje miesto u posudkových lekárov, ale aj u lekárov, ktorí pracujú v rehabilitácii s nervove chorými.

Dr. M. Palát, Bratislava

M. TAKÁČ a kolektív

ZÁKLADY DIAGNOSTIKY VO VNÚTORNOM LEKÁRSTVE

Vydalo vydavateľstvo Osveta, Martin, 1977, str. 512. Cena Kčs 46,—.

V edícii učebníc pre lekárske fakulty vychádza v roku 1977 pozoruhodná publikácia, ktorú pripravil do tlače kolektív košických autorov pod vedením doc. Takáča z internej kliniky Lekárskej fakulty v Košiciach. Učebnica je venovaná problematike diagnostiky vnútorných chorôb. V jednotlivých kapitolách sa pojednáva o anamnéze, základných fyzikálnych vyšetrovacích metódach, základoch röntgenového vyšetrenia, základoch elektrokardiografického vyšetrenia, o vyšetrovacích metódach pri ochoreniach kardiovaskulárneho systému, endokrinného systému, systému obličiek. Ďalšie kapitoly venujú pozornosť vyšetrovaniu porúch metabolizmu a vody, hematologických vyšetrovacím metódam a základnému vyšetrovaniu v klinickej cytogenetike. Veľký počet obrázkov, grafov, originálnych röntgenových snímok a 12 strán farebných príloh dopĺňujú túto učebnicu, určenú pre poslucháčov posledných ročníkov lekárskeho fakult.

Učebnica je pokusom zoznámiť poslucháča medicíny s vyšetrovacími metódami, s ktorými sa stretáva pri chorobách vnútorných systémov. Je relatívne rozsiahla a zdá sa, že niektoré kapitoly prinášajú okrem informatívnych základov aj informácie o špeciálnych vyšetrovacích metódach, ktoré sú viazané na špeciálne pracoviská. Otázkou zostáva, či medik v posledných ročníkoch štúdia potrebuje znalosti týchto špeciálnych metód (vyšetrovacie metódy endokrinného systému, vyšetrovacie metódy klinickej cytogenetiky, niektoré vyšetrovacie metódy hematologické a pod.) alebo či tieto znalosti netreba zaradiť do postgraduálneho štúdia internistov II. stupňa.

Učebnica je však pozoruhodným pokusom kolektívu košických autorov o vypracovanie súčasných názorov na problematiku diagnostiky v modernom vnútornom lekárstve.

Dr. M. Palát, Bratislava

K. P. BECKER a kol.

STOTTERN

ZAJAKAVOSŤ

Vydalo VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1977. (Cena 15,20 M.)

Publikácia má 190 strán textu s 30 obrázkami. Zoznam literatúry obsahuje 160 hesiel, v ktorých sú zahrnuté aj publikácie československých odborníkov.

Po informatívnom historickom prehľade vývoja poznatkov o zajakovosti, najmä v Sovietskom zväze a NDR, rozoberajú príčiny zajakovosti a súčasné názory na jej patofyziologické mechanizmy. Ťažisko publikácie je však v opise komplexných lekársko-logopedických opatrení na úpravu zajakovosti, dokumentované vhodné chorobopisným materiálom.

Počiatky systematického záujmu o zajakovosť možno sledovať od konca 19. a začiatku 20. storočia pod vplyvom zvýšených požiadaviek na spoločenskú komunikáciu pri rozvoji prírodných a technických vied. Prvý ortofonetický ústav s oddelením pre zajakavé deti školského veku bol založený r. 1921 v Petrohrade. Onedlho potom vznikol Výskumný ústav defektologický v Moskve, z ktorého vyšli prví predstavitelia sovietskej defektológie F. A. Rau, D. I. Asbukin, W. P. Kaščenko a L. S. Wygotski. V Nemecku začal vychádzať prvý odborný časopis k otázkam nápravy rečových chýb pod redakciou H. Gutzmana a bola tu založená medzinárodná spoločnosť pre logopédiu a foniatriu. Gutzmannovým žiakom bol prof. dr. M. Seeman, ktorý rozvíjal starostlivosť o rečovo postihnuté deti v Československu.

Problematika zajakovosti sa skoro stala predmetom usilovného výskumu, ktorý sa pri hľadaní príčin sústredil na vývojové dispozície, dané stupňom zrelosti nervovej sústavy, na obdobie búrlivého vývoja reči u detí, na sociálne podmienky a na dispozície, ako následok ranného poškodenia mozgu. S nimi súvisí aj nepriaznivý vývoj dominancie jednej mozgovej hemisféry, vnútorné aj vonkajšie vplyvy — infekcie, úrazy, nevhodné psychologické pôsobenie a precvičovanie ľavorukosti.

Patofyziologické mechanizmy možno objasniť z hľadiska Pavlovskej teórie o vyš-

šej nervovej činnosti. V súčasnosti sa uplatňujú aj poznatky z kybernetiky a neurofyziológie, opierajúce sa najmä o elektromyografickú techniku vyšetrovania zajakovosti. Komplexná lekársko-logopedická starostlivosť začína už v predškolskom veku v denných sanatóriách a špeciálnych materských školách. Vstupné vyšetrovanie sa opiera o rozbor anamnestických údajov. Vlastná náprava sa robí prostriedkami lekárskymi, logopedickými a psychologickými. Účinné sú artikulačné cvičenia, logorytmika, psychoterapeutická prevýchova a práca s rodičmi. V školách pre chybné hovoriace deti sa okrem zhodnotenia anamnézy a lekárskeho vyšetrenia kladie dôraz na posúdenie motoriky a správania. Vlastná lekárska starostlivosť sa opiera o zhodnotenie konštitúcie, životosprávy a týka sa medikamentózneho liečenia. Doplňuje sa poučovaním rodičov, rehabilitáciou reči, pohybu a vplývaním na sociálne prostredie. V logopedických sanatóriách sa hodnotí doterajší priebeh liečenia a kladie sa dôraz na upokojenie, po ktorom nasleduje etapa tonizácie, stimulácie a adaptácie. Náprava zajakovosti u dospelých sa odporúča na osobitných oddeleniach neuropsychiatrických kliník. Začína sa opäť rozborom anamnézy, lekárskeho a logopedického vyšetrením. Po vhodnej príprave nasleduje aktívne liečenie podľa lekársko-logopedických zásad, akými sú: komplexnosť, etapovitosť, individuálny prístup, medikamentózne liečenie, fyzioterapia, psychoterapia a logorytmika.

Kniha je zhusteným prehľadom nielen dosiahnutých teoretických výsledkov pri skúmaní zajakovosti, ale súčasne aj podrobným praktickým návodom na predchádzanie a odstraňovanie tejto závažnej rečovej chyby. Obsahuje všetky poznatky, ktoré logopéd pri svojej práci potrebuje a bolo by užitočné čítať ju v preklade.

PhDr. V. Nádvorníková, Bratislava

A. ENGLHARDT, H. LOMMEL

DIAGNOSTIK HÄMORRHAGISCHER DIATHESEN

Diagnostika hemoragických diatéz.

Vydalo vydavateľstvo Verlag — Chemie. Weinheim, 1977, 204 str., 68 obr., 34 tab. Cena DM 58,—. ISBN 0303-6278.

Ako 4. zväzok edičného radu vydavateľstva Verlag — Chemie o metodických pokrokoch v lekárskech laboratóriách, vychádza v roku 1977 monografia, venovaná problematike diagnostiky hemoragických diatéz. Jednotlivé kapitoly sa zaoberajú základmi hemostázy a problematikou zrážania krvi, vrodenými a získanými koagulopatiami, trombocytárnymi poruchami zrážania, problematikou antikoagulácie, kontrolou kvality vyšetrovacích metód pri koagulácii a konečne diagnostikou porúch zrážania chromogénnymi peptidovými substrátmi. Vecný register dopĺňa túto monografiu, v ktorej je venovaná veľká

pozornosť modernej diagnostike hemoragických diatéz.

Monografia je moderne zostavená, jednotlivé kapitoly a podkapitoly pripravili poprední odborníci v oblasti hemostázy a koagulácie. Kniha je prínosom predovšetkým pre komplexné poňatie a ďalej pre prínos súčasných informácií v tejto modernej oblasti medicíny. Jednoduché ilustratívne schémy a početné ilustrácie dopĺňujú túto publikáciu, ktorá iste nájde uplatnenie predovšetkým v oblasti laboratórnej diagnostiky hemoragických diatéz.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

M. ZATOUROFF

FARBATLAS ZUR BLICKDIAGNOSTIK IN DER ALLGEMEINMEDIZIN

Farebný atlas diagnostiky zrakom vo všeobecnej medicíne.

Vydalo vydavateľstvo F. K. Schattauer Verlag Stuttgart — New York, 1977, 465 str., 812 obr., z toho 760 viacfarebných. Cena DM 89,—. ISBN 3-7945-0580-08.

V edičnom rade farebných atlasov vychádza pozoruhodná publikácia dr. Zatóuroffa — Farebný atlas, venovaná problematike symptómov postihnuteľných zrakom vo všeobecnej medicíne. Publikácia bola pôvodne vydaná v Londýne v angličtine, vydanie vydavateľstva F. K. Schattauer predstavuje nemecký preklad, ktorý urobil prof. Lick z Würzburgu.

Atlas predstavuje súbor prevažne farebných fotografií zoradených podľa jednotlivých anatomických partií tela a charakterizujúcich jednotlivé symptómy pre najrôznejšie choroby. Sú tu prekrásne farebné fotografie zmien na hlave, rukách, krku, hrudníku, bruchu a dolných končatinách, záver publikácie ilustruje spoločné pole dermatológie a všeobecnej medicíny. Posledná kapitola venuje pozornosť popáleninám a tetovaniu. Vecný register ukončuje túto pozoruhodnú publikáciu.

predstavujúcu farebný atlas najrôznejších symptómov viditeľných na rôznych častiach tela.

Farebný atlas je iste veľmi dobrým doplnkom učebníc vnútorného lekárstva, vyžaduje však, aby lekár, ktorý ju používa, mal základné znalosti z diagnostiky a kliniky, predovšetkým vnútorných chorôb. Určitým prekvapením pre európskeho lekára je skutočnosť, že atlas prináša fotografie chorých z oblastí blízkeho východu — je to vysvetliteľné preto, že autor mnohé tieto fotografie získal v Kuvajte a v susedných krajinách. Pre európskeho lekára táto dokumentácia však iste prinesie určitú informáciu.

Farebný atlas je vhodnou, dobre ilustrovanou pomôckou lekára pri jeho fyzikálnom vyšetrovaní.

Dr. M. Palát, Bratislava

H. U. BERGMAYER

GRUNDLAGEN DER ENZYMATISCHEN ANALYSE

Základy enzymatickej analýzy.

Vydalo vydavateľstvo Verlag Chemie, Weinheim — New York, 1977, 260 str., cena kart. DM 44,— .ISBN 3-527-25677-6.

Vo vydavateľstve Chemie — Verlag vyšla v roku 1977 monografia dr. Bergmayera, venovaná základom enzymatickej analýzy. Autor pripravil knihu v spolupráci s dr. Gawehnom. Monografia predstavuje súborné dielo venované základom a metódam analýzy enzýmov s prihliadnutím na novú nomenklatúru a nové merné jednotky. Prednosťou knihy je skutočnosť, že prináša štandardizované metódy. Kniha sa delí na niekoľko častí. V úvodnej časti sa hovorí o základných pojmoch, nomenklatúre a jednotkách v enzymológii. Druhá časť je venovaná teoretickým základom, tretia práci s biochemickými reagensiami a materiálom. V štvrtej sa hovorí o meracích technikách a aparátach a v piatej sa hodnotia získané výsledky. Vecný register dopĺňa túto pozoruhodnú monografiu. Dodatok predsta-

vujú tabuľky, klasifikácie enzýmov, tabuľka atómových váh, prehľad nových SI-jednotiek.

Moderná enzymológia je stredobodom pozornosti tak biochemikov ako aj lekárov, pretože v súčasnej medicíne sa veľmi často stretávame s určovaním najrôznejších enzýmov pri rôznych chorobách. Enzymologická diagnostika predstavuje v modernej medicíne jednu veľkú oblasť diagnostického postupu klinika. Je preto snahou predovšetkým biochemikov, aby pripravili pre toto praktické použitie štandardizované metódy určovania jednotlivých enzymatických hladín. Bergmayerova monografia predstavuje takýto základ a prináša vedľa základných teoretických poznatkov aj prehľad možných meracích technik a aparátov.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

G. HEIDELMANN, P. THIELE

GICHTFIBEL

Dna — rady pre chorých a ohrozených.

Vydavateľstvo — Theodor Steinkopff, Drážďany, 1977, cena 3,60 M.

Počet chorých na dnu nie je veľký, ale ich počet hlavne vo vysoko industrializovaných krajinách z roka na rok stúpa.

Roku 1977 vydalo drážďanské vydavateľstvo praktickú príručku s radami pre chorých a ohrozených dnou a s pokynmi, ako tomuto ochoreniu predchádzať.

Príručka má 62 strán, 16 obrázkov a 4 tabuľky.

Celý obsah je rozdelený do štyroch kapitol, v ktorých sa opisuje podstata a priebeh ochorenia, orgánové poškodenie, preventívne opatrenia a možnosti zabránit ochoreniu, ďalej základné liečebné postupy pri dne a jej komplikácie a medikamentózna terapia.

V jednotlivých kapitolách sú rozoberané jasným, názorným a vyčerpávajúcim spôsobom otázky okolo tohto ochorenia, ktoré najviac zaujímajú pacientov v ich

každodennom živote, s výrazným označením praktických zásad a ponaučení. Moderné preventívne opatrenia a liečebné postupy pôsobia spoľahlivo a úspešne. K tomu však treba, aby chorí aj ohrození dnou vedeli, ako aktívne prispieť k zachovaniu či prinavráteniu zdravia, ako aj k skorej diagnostike tohto ochorenia.

Vydaním uvedenej príručky získava široký okruh čitateľov zdroj informácií, ktoré môžu podstatne znížiť narastajúce množstvo ochorení dnou a získať chorých pre aktívnu spoluprácu s ošetrovajúcim lekárom. Je dobrou pomôckou aj pre lekárov a stredných zdravotníckych pracovníkov, ktorí sa v krátkosti oboznámia s formami ochorenia, základnými princípmi prevencie a terapie iniciálneho aj rozvinutého štádia ochorenia dnou.

Dr. M. Bendíková, Bratislava

K. NEUHAUS, F. DUCKERT

BLUTGERINNUNG UND ANTIKOAGULATION
Aktuelle Probleme für Klinik und Praxis.

F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart-New York, 1976. 154 strán,
31 obrázkov, 60 tabuliek, cena DM 29,—.

Knižka obsahuje prednášky, ktoré odzneli na sympóziu, ktoré sa konalo pri príležitosti sedemdesiatin prof. dr. F. Kollera, odborníka svetového mena, známeho predovšetkým prácami v odbore zrážania krvi, z ktorých viaceré majú prioritný objavný význam. Jeho žiaci a spolupracovníci mu venovali uvedené práce, ktoré sa vyznačujú aktuálnosťou a vysokou odbornosťou v zvolenej problematike.

V prvej časti referátov prevládajú práce s tematikou používania antikoagulantov pri periférnych arteriálnych uzáverových ochoreniach, pri naložených umelých srdcových chlopniach, ďalej kontrolou liečby antikoagulantami v praxi, ako aj ich komplikáciami, najmä krvácaním. Zaujímavé sú správy o bilaterálnej nekróze kôry obličiek, o poruchách zrážania krvi pri renálnej insuficiencii a nové aspekty sa objavujú pri poruchách zrážania krvi, ako jedným z prejavu paraneoplastického syndrómu. Vysoko odborná práca o chemických zákonitostiach zrážania krvi a ich význame v klinike pochádza z pera najbližšieho spolupracovníka jubilanta, prof. F. Duckerta.

V druhej časti sú práce, týkajúce sa jednak porúch zrážania krvi pri poruchách pečene, jednak závislosti syntézy koagu-

lačných faktorov po akútnom zlyhaní pečene. Jedna práca je venovaná „koníčku“ jubilanta a síce poznaniu konduktoriek hemofilie A. Napokon sú uverejnené 4 práce pojednávajúce o použití fibrinolytických metód liečby pri žilových trombózach, ďalej porovnanie rozličných trombolytických liečebných metód pri arteriálnych uzáveroch, vedľajšie účinky trombolytickej liečby a jej komplikácie. Posledná práca sa venuje veľmi aktuálnej téme, ako je profylaxia trombózy — kumarínmi, či malými dávkami heparínu, dextranom alebo inhibítormi agregácie trombocytov.

Všetky uvedené práce sú veľmi zaujímavé, aktuálne a významné pre teoretikú, ale najmä praktickú klinickú medicínu. Prinášajú cenné závery pre prax, získané vo veľkých súboroch chorých a v špecializovaných pracoviskách. Vydavateľom sa podarilo zostaviť takto súbor hodnotných prác, ktoré nájdú odozvu a uznanie najmä u internistov, angiológov, chirurgov, ale aj teoretikov na tomto poli. Týmto všetkým možno túto, rozsahove malú, ale obsahom hodnotnú knižôčku vrelo odporučiť do pozornosti.

Doc. dr. A. Hromec, Bratislava

W. H. HAUSS

KORONAROSKLEROSE UND HERZINFARKT

(KORONÁRNA SKLERÓZA A KORONÁRNY INFARKT)

Vydalo vydavateľstvo Georg Thieme Verlag Stuttgart, 1976.
II. prepracované vydanie, 364 str., 112 obr., 26 tab., cena DM 24,80. ISBN 3-13-3441-02-7.

Riaditeľ Inštitútu pre výskum artériosklerózy a prednosta Kliniky vnútorných chorôb v Münsteri prof. Hauss spolu so svojím spolupracovníkom prof. Kochom vydali v štutgartskom vydavateľstve Georga Thiemeho vo vreckovom formáte monografiu venovanú koronaroskleróze a srdcovému infarktu. Okrem II. nemeckého vydania táto publikácia vyšla v taliančine a v španielčine.

Medzi početnými monografiami, ktoré venujú pozornosť problematike artériosklerózy a srdcového infarktu, je Haussova publikácia významná tým, že v pomerne malom rozsahu predkladá rozsiahlu problematiku z oblasti srdcovej patológie. Kniha má 10 kapitol a záver. V úvode sa hovorí o otázkach nomenklatúry koronárnej sklerózy a infarktu, ďalšie kapitoly venujú pozornosť

anatómii a fyziológii koronárneho riečišťa, patológii artériosklerózy a srdcového infarktu, epidemiológii, rizikovým faktorom, patogenéze, diagnostike a diferenciálnej diagnostike koronaropatií a terapii. Posledná kapitola sa zaoberá prognózou.

Početné obrázky, ilustrácie a mikrofotografie dopĺňujú túto Haussovu monografiu.

Koronárna choroba a infarkt myokardu predstavujú epidemické nebezpečenstvo v súčasných vysokovyvinutých krajinách. Preto je potrebné aj v oblasti medicíny zaoberať sa komplexne týmito

problémami. Haussova monografia prináša súčasný pohľad na túto problematiku, ale podľa našich názorov chýba samostatná kapitola o rehabilitácii infarktu myokardu, pretože táto metodika sa v súčasnosti stala metodikou používanou v širokom spektre terapeutických možností. Azda pri ďalšom vydaní spracujú autori túto metodiku v samostatnej kapitole. Haussova monografia je pozoruhodná, určite nájde svojich čitateľov, pretože prináša komplexný názor na túto modernú kardiologickú problematiku.

Dr. M. Palát, Bratislava

G. L. WOLF, R. S. ELIOT

PRACTICAL MANAGEMENT OF HYPERTENSION

PRÁKTICKÁ LÉČBA HYPERTENSE

R. S. ELIOT, G. L. WOLF, A. D. FORKER

CARDIAC EMERGENCIES

NÁHLÉ PŘÍHODY V KARDIOLOGII

Contemporary Problems in Cardiology, Vol. 2 a Vol. 3

Vydalo nakladatelství Futura Publishing Company, New York 1975, 1977. Vol. 2: 214 stran, cena 14,95 \$. Vol. 3: 375 stran, cena 22,50 \$.

V edičnej rade Contemporary Problems in Cardiology, ktorou vydáva newyorské nakladateľstvo Futura Publishing Comp., vychádzajú dva nové svazky, venované aktuálnym problematice modernej kardiologie. V roku 1975 je to svazek o praktickom lečení hypertenzívnej choroby a v roku 1977 svazek zabývajúci sa problematikou náhlých príhod v kardiológii.

Hypertenzívna choroba, ktoré sa venuje v súčasnosti veľká pozornosť, je spracovaná ze všetkých aspektov vo druhom zväzku tejto kardiologickej edície. V jednotlivých kapitolách rozoberajú sa problémy screeningu, diagnostiky a terapie hypertenzívnej choroby, pričom sa diskutuje o súčasnom stave poznatkov o príslušnej oblasti. Pozoruhodná je kapitola zabývajúca sa otázkami modernej liečby hypertenzívnej choroby. Diskutuje sa tu všeobecne o terapii hypertense, jsou probrané jednotlivé skupiny liečiv hypertense, jako jsou orální diuretika, skupina reserpinu, hydralazínů, otázka medikace guanetidinem a konečně otázka betablokátorů. Závěrečná kapitola tohoto svazku z pera vynikajícího amerického epidemiologa H. Blackburna řeší otázku rizikových koronárních faktorů.

Náhlé příhody v kardiologii představují v současné kardiologii a současném vnitřním lékařství kapitolu velmi významnou nejen z hlediska rychlé diagnostiky, ale především z hlediska rychlého léčebného zásahu. Třetí svazek Současným problémům v kardiologii věnuje pozornost takovým akutním srdečním příhodám a onemocněním, které ohrožují život nemocného a vyžadují rychlé lékařské rozhodnutí. Převážná část publikace je věnována koronární srdeční chorobě a jejím jednotlivým aspektům. Hovoří se tu o patofyziologii, diagnostice a terapii koronární srdeční choroby a je poukázáno na některé zvláštní kapitoly v lečení koronární srdeční choroby — problematice arytmií, problematice lečení šoku při infarktu myokardu, problematice srdečního pacingu, defibrilaci a farmakoterapii akutních příhod při hypertenzívnej chorobe. Náhlé příhody v kardiologii, vlastně současné poznatky v této oblasti kardiologie, jsou pokračováním diskusí, které začaly na symposiu o náhlých příhodách v kardiologii v roku 1972 ve Spojených státech.

Obě publikace vycházejí v řadě současných problémů v kardiologii, jsou do-

plněné celou řadou obrázků a tabulek, které dokumentují diskutované otázky a doplňují text jednotlivých kapitol. Jsou výsledkem práce celé řady amerických odborníků-kardiologů, redakčně a edičně

byly připraveny nebraskými kardiology prof. Wolfem a Eliotem. Jejich předností je, že přináší aktuální informace uvedené na současný stav poznatků.

Dr. M. Palát, Bratislava

MUCUS

Brit. Medical Bulletin, Vol. 34, 1978, č. 1. Vydal The British Council, 65 Davies Street, London

V prvním čísle ročníku 1978 vychází v *British Medical Bulletin* soubor prací, věnovaný problematice mukusu. Jednotlivé kapitoly přináší biochemickou a histochemickou nomenklaturu mukusu, hovoří o sekrečních buňkách a jejich glykoproteinech ve zdraví a v nemoci, zabývají se složkami mukusu, chemickými aspekty mukusu, biosyntézou mukoidních proteinů. Další kapitoly hovoří o kontrole sekrece tracheobronchiálního hlenu, o bronchiálním hlenu u chorych a zdravých, věnují pozornost mekoniu, gastrointestinálnímu hlenu a hlenu ženského genitálního traktu. Závěrečná kapitola se zabývá farmakologií mukusu.

Monotematické číslo *British Medical Bulletin* je souborem prací popředních lékařů, farmakologů, fyziologů, biochemiků a biologů, kteří věnují z nejrůznějších

aspektů pozornost hlenu u zdravého i chorého organismu. Jsou zde shromážděny informace ze současného pohledu na problematiku mukusu.

Hlen jako produkt sekrečních žláz v nejrůznějších orgánech člověka hraje velmi významnou úlohu v zdraví a chorobě. Změny jeho složení, velikost jeho sekrece a mnohé jiné vlastnosti zajímají vedle teoretických pracovníků i lékaře-kliniky, kdy sekrece hlenu, jeho množství a jeho složení představují v mnohých případech velmi významný a základní klinický symptom. Hlubší znalosti o problematice hlenu přináší toto monotematické číslo *British Medical Bulletin*. Jistě se stane zajímavým nejen pro teoretické pracovníky, ale také pro kliniky, protože přináší na mnohé otázky zásadní odpověď.

Dr. M. Palát, Bratislava

G. F. L. STROMEYER

ERRINNERUNGEN EINES DEUTSCHEN ARZTES

[VZPOMÍNKY NĚMECKÉHO LÉKAŘE]

Vydalo nakladatelství Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York, 1977, 453 a 482 stran. Cena DM 136,—, ISBN 3-540-07659-X.

Jako reprint původního vydání *Vzpomínek německého lékaře z roku 1875* vychází v roce 1977 v nakladatelství Springer Verlag historicky i medicínsky zajímavá kniha prof. Stromejera, spoluzakladatele německé ortopedické chirurgie. Původní vydání mělo dva díly, reprint je uspořádaný do jednoho svazku.

Vzpomínky prof. Stromejera začínají dětstvím, roky studia, pokračují sbíraním zkušeností na zahraničních cestách a ukazují vývoj především německé chirurgie první poloviny a začátku druhé poloviny devatenáctého století. Pozoruhodné pro čtenáře jsou kapitoly, věnované setkání

s předními chirurgy, jako byl Dupuytren, Lisfranc, Boyer, Blandin a podobně, stejně zajímavé pro naše čtenáře jsou i kapitoly, kde autor popisuje návštěvu Prahy, Karlových Varů, Mariánských Lázní, Chebu a Františkových Lázní, které navštívil v roce 1826.

Stromejerovy Vzpomínky jsou určitě dílem, které zaujme každého, kdo se zabývá historií lékařství. Zaujmu jistě i ty lékaře, kteří sledují vývoj chirurgických disciplin až po jejich moderní explozi. Kniha Stromejera je cenným příspěvkem i pro tuto oblast lidského poznání, protože dokumentuje velmi zajímavě celý vý-

voj především chirurgické ortopedie v minulém století a ten, kdo dokumentuje tento vývoj, je jedním z lékařů, který se zúčastnil právě na tomto celém vývoji.

Úřčitou překážku při čtení této zajímavé knihy bude jistě pro mladého čtenáře u nás skutečnost, že je vytištěná švabachem, starým německým písmem, je-

hož znalost je mezi mladými lékaři u nás minimální. Přes to, ediční čin Springero-va nakladatelství je významným přispěvkem pro rozšíření pramenů historie lékařství a znamenitým dokumentem o stavu především chirurgie v minulém století.

Dr. M. Palát, Bratislava

W. JENRICH

KINESIOLOGIE UND BEWEGUNGSTHERAPIE

Vyd. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1974, str. 162.

Knihy je jakýmsi minimem ve svém oboru. Má několik částí: Kineziologii (v podstatě i fyziologii pohybu), kapitulu o obecných zásadách a pravidlech léčby pohybem, část věnovanou zásadám praktického použití cvičení ve speciálních případech, kombinace léčebné tělesné výchovy s jinými léčebnými metodami (zde velmi dobrý přehled hlavních zákroků, které se cvičením kombinujeme, aplikace tepla, chladu atd.), diagnostické pokyny jsou dvoustránkovým přehledem hlavních nálezů při artrózách a atropatiích.

Všeobecná část je napsána velmi dobře, je až překvapující, kolik informací, a to informací dobře volených, se podařilo směstnat na poměrně malý prostor. Není zcela jisté, zda pro málo informovaného čtenáře nebude tato partie až trochu nepřehledná. Ve speciální části — jak ani nemohlo být jinak — jsou probírány jen některé stavy. Z chorob vnitř-

ních kromě revmatologických indikací jsou to např. jen nemoci cévní. Tato úplnost souvisí jednak s daným prostorem, jednak jistě i s posláním knihy na půdě NDR.

Papír je horší kvality, vazba lepenková. Při rychlém vývoji medicíny stojí za úvahu, zda tento přístup k vydávání medicínských publikací není neúčelnější. Proč křídový papír a plátěné desky u knih, které za pět let ztratí svou čtenářskou přitěžlivost a nebudou již poskytovat platné informace.

Dobře napsaná a cenově dostupná kniha byla rozebrána během několika dnů. Doufejme, že další vydání bude brzy následovat — obohacené a doplněné o nové poznatky. Z českých prací jsou citovány knihy Jandovy, Lewitovy, sdělení Lenochovo a Kadlecové.

Dr. P. Štěpánek, Mariánské Lázně

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELAVANIE SZP

V dňoch 14.—16. decembra 1977 prebiehali na Ústave pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave na katedre rehabilitačných pracovníkov záverečné skúšky pomaturitného špecializačného štúdia v úseku práce liečebná telesná výchova. Z 21 prihlásených poslucháčov sa na skúšku dostavilo 11. Z tohto počtu skúšku úspešne absolvovali:

Mária Horňáčková, Ortopedická klinika, Bratislava

Emerencia Hupková, NsP Nitra

Margita Janášová, OÚNZ Levice

Mária Jančová, NsP Bezručova, Bratislava

Anna Žabenská, OÚNZ Dolný Kubín

K úspešnému ukončeniu štúdia blahoželáme.

M. Bartovicová, Bratislava

**REHABILITACE A NĚKTERÉ AKTUÁLNÍ PROBLÉMY
VE VNITŘNÍM LÉKAŘSTVÍ**

25. 11. 1977 konala se v Českých Budějovicích interdisciplinární internistická konference, zabývající se některými aktuálními problémy ve vnitřním lékařství. Mezi přednášejícími byli přední čs. odborníci, takže konference měla širší ohlas. V úvodním referátu B. Chrást (Brno) hovořil o problematice mozkových cévních příhod. Zajímavé je, že třetina těchto příhod má extrakraniální původ, nejčastěji na podkladě poruchy krční páteře a anomálií přívodních vertebrálních tepen. Autor pomoci angiografických obrazů názorně dokumentoval význam poruch páteře. Onemocnění plotének, výrůstky a náhlé, nezvyklé polohy páteře mohou přímo vyvolat prudce probíhající, i smrtelně končící mozkovou cévní příhodu. V prevenci by mohla sehrát značnou úlohu speciální, cílená rehabilitace páteře. Podávání léků rozšiřujících cévy má poměrně malý význam v akutním stadiu, kdy může dokonce vyvolat tzv. steel syndrom. Proto Papaverin (Spofa) a Stugeron podáváme až po týdnů a později. Doporučuje se spíše ovlivnit viskozitu krve infuzí rheodextranu, proti přetížení levého srdce podat kardiotonikum (strofantin), z antikoagulantů by byla vhodná u mladších osob streptokináza; trvá-li závrat po proběhlé mozkové příhodě, doporučuje autor preventivně raději pelentanizovat (kontrola Quicka jedenkrát týdně), a to i ve stáří, kdy se často oběhová nedostatečnost v povodí vertebrálními opakuje. J. Syllaba (Praha) podal velmi pěkný přehled o novinkách v léčbě diabetes mellitus. Na světě dnes žije asi 60 milionů diabetiků a ročně přibývá asi 6% nových. V dietě je zapotřebí věnovat zvláštní pozornost léčbě otylosti. V této indikaci se nezavrhují ani vhodná anorektika (t. č. nejlepší Teronac Sandoz). Podobně jako u otylých, sval diabetiků nevyčytává glukózu v klidu ani

po zátěži. Příčinou je nejspíše ztlustěná bazální buněčná membrána, která je druhotným odrazem změn při cukrovce a je změnou reverzibilní (Sutherland). Teoreticky by šlo zasáhnout zde i některými vhodnými léky, například indomethacinem. I u nás se pokusně začalo s výrobou monokomponentních inzulinů (použití: alergie na inzulin, lipodystrofie aj.), které však nesnižují celkovou spotřebu inzulínu, ani neovlivní komplikace při cukrovce. Hlavním problémem dneška zůstává stále léčba pozdních diabetických komplikací. Diabetici jsou například 25krát náchylnější ke slepotě a 28krát ke vzniku ischemické choroby srdeční oproti normální populaci. Při vzniku diabetické mikroangiopatie se uplatňuje více příčin: výkyvy krevního cukru, sekrece STH, prolaktinu aj., ale dochází také k větší přilnavosti krevních destiček (patrně vlivem somatotropinu); jako výraz kompenzačního úsilí ke zlepšení hypoxie se zvyšuje obsah 2,3 — difosfoglycerátu, také některé prostaglandiny mají vztah ke zvýšenému shlukování destiček. Zdá se, že se zde preventivně mohl uplatnit příznivý vliv dlouhodobého podávání kyseliny acetylosalicylové. Sami se zabýváme otázkou dlouhodobého podávání této látky v prevenci diabetické retinopatie (pozn. ref.). Vedle popsanych změn mění se i červené krvinky, dochází ke zvýšení alfa-2-makroglobulinů, stoupá obsah fibrinogenu a snižuje se fibrinolýza. Zvyšuje se obsah A-1-c-hemoglobinu, který na sebe váže více kyslíku a dále prohlubuje hypoxii. Při takto změnách rheologických poměrů v krvi nemocných cukrovkou, zdá se z čs. preparátů nejvhodnějším lékem dlouhodobé podávání Xanidilu retard (Spofa). Svízelná bývá diabetická neuropatie a amyotrofie stehenního svalstva (B. Charvát). Z dostupných léků se doporučuje Biston

(Spofa) a Sodanton (Spofa). Některé tyto kombinace jsou patrně dědičně podmíněny a nejdou souběžně s tíží klinického průběhu cukrovky. Snad by bylo vhodné u tzv. periferních neuropatií dělat tzv. prednizonový glukózotolerační test (pozn. ref.), který by mohl dříve odkrýt tzv. latentní diabetiky (podle našich vlastních zkušeností — pozn. ref.). Také u velké části tzv. juvenilní cukrovky je otázka genetická v popředí. Ale i zde se vyskytuje asi 10 % cukrovky s tzv. klasickým průběhem a 90 % představuje rozkolísanou cukrovku (J. Syllaba). O nových přístupech v léčbě cukrovky hovořil dále J. Syllaba: „1. Je to otázka výroby umělé slinivky (nejvhodnější se ukázal tzv. glukózový detektor; ideální by byly přístroje, které by šly implantovat — podobně jako baterie pacemakeru — pod kůži nemocného). 2. Transplantace beta-buněk slinivky (nejvhodnější se jeví tkáň fetální, která má jen nepatrnou příměs exokrinní tkáně). Není vyloučeno, že transplantací tkáňových kultur beta-buněk bychom se vyhnuli i imunosupresivní dlouhodobé léčbě. 3. Cytogenetický přístup [tj. oprava genetické cukrovky přímo v zárodku chybného genu] jeví se neoptimálnější.“ J. Páv (Praha) pak hovořil o nej-

častějších chybách v léčení cukrovky. Jde nejčastěji: a) o špatně zvolený léčebný postup, b) o nesprávný výběr léku, c) o problémy vedlejších účinků a lékových interakcí, d) o nově vzniklé situace během léčby cukrovky. Kombinace sulfonylurey a biguanidů nevylučuje možnost vzniku hypoglykémie. Biguanidy zlepšují glukoneogenii v játrech, rychlost vstřebávání glukózy ze střeva, ovlivňují příznivě zpracování již v krvi přítomné glukózy, brzdí tvorbu triglyceridů a neovlivňují hladinu inzulínu v krvi. Problémem jsou někdy tzv. larvové hypoglykémie s následnou reaktivní heperglykemií. U otýlých diabetiků je problémem podávat inzulín. Tato léčba je zde prakticky nevhodná. Přidání inzulínu při vysoké inzulinémii snižuje tzv. neosterifikované mastné kyseliny. Větší pozornost by se měla věnovat kaloráži a vůbec individuálnímu přístupu při přípravě diabetických diet. Problémem zůstává vhodné dávkování tělesné činnosti u diabetiků (J. Páv). V praxi by se těmto otázkám měla věnovat větší pozornost a snad by byla vhodná již cílená nemocniční rehabilitace během hospitalizace nemocných s cukrovkou (B. Chrást).

Dr. B. Ždichynec, Počátky

VĚDECKÁ GERONTOLOGICKÁ KONFERENCE

Karlovy Vary, 20. a 21. října 1977

Konference se týkala tří tematických okruhů: 1. psychologie stáří, 2. starý člověk na rekreaci a v lázních, 3. teoretické základy ošetřování starých nemocných. Konferenci zahájil úvodním referátem Stárnutí a stáří prof. V Pacovský, DrSc., který též představil nového předsedu Československé gerontologické společnosti doc. MUDr. V. Viršíka, DrSc. V. Pacovský se zabýval gerontologickou problematikou teoretickou, klinickou a sociální. Uvedl kritéria stáří podle SZO: 45—59 pro střední věk, 60—74 roků pro starší věk, 75—89 pro stařecký věk (senium), 90 a více pro dlouhověkost. Věk biologický odpovídá funkčnímu stavu člověka, dosud však je obtížné testovat věk funk-

ční. Starý organismus mobilizuje činitele homeostázy, tzv. spící mechanismy, které dříve nepotřeboval (to se týká např. vylučování některých léků kůží, vstřebávání kyslíku z tenkého střeva do portálního oběhu apod.). Stáří neznamená tedy úbytek funkcí, ale nástup jiných nových funkcí. Choroby ve stáří mají některé své zvláštnosti: současný výskyt několika chorob u téhož jedince, tzv. fenomen ledovce (tj. vidíme jen malou část příznaků), kombinace typu řetězové reakce [jedna nemoc podmiňuje vznik nemocí dalších], sklon ke komplikacím, tzv. akcelerační jev (každá choroba ve stáří urychluje stárnutí). Psychologii stáří se zabýval J. Dobiáš. Stáří neznamená vždy úpadek

všech psychických funkcí, některé kvality psychiky trpí, jiné se však ve stáří lepší. O duševním zdraví ve stáří referoval Q. Kumpel. Ve stáří může dojít k tzv. kumulativnímu stressu. Podílejí se na něm tělesné nemoci, osobnostní rysy, sociální izolace a změna sociálního prostředí. J. Šiklová hovořila o hodnotové orientaci stárnoucích a starých lidí. N. Smoličová-Krkovičová (Záhřeb) informovala o rozvoji gerontopsychologické péče v Jugoslávii. V. Zindr hovořil o svých zkušenostech psychiatra v Domově důchodců a psychiatr. odd. nemocnice. R. Jonášová seznámila přítomné s longitudinální studií o životním stylu ve stáří a jeho souvislosti se sociálními aktivitami v průběhu života. Studie probíhá při I. int. odd. prim. MUDr. J. A. Trojana, CSc. v Praze 4, Krč. M. Matulová hovořila o možnosti testování psychické zdatnosti ve stáří.

Je zde nutná spolupráce lékaře s psychologem. Význam anamnézy při psychickém vyšetřování starého člověka zdůraznila E. Neumannová. Maladaptivními faktory při hospitalizaci gerontů v LDN v Praze Bohunicích se zabývali V. Smitka a E. Šádková. O poruchách adaptace ve stáří a možnosti jejich objektivizace měřením změn neurovegetativní rovnováhy referovali B. Ždichynec a O. Holzerová. Problematiku psychologie bydlení důchodců osvětlil J. Sedláček.

V další části hovořila H. Heřmanová o svých zkušenostech s pořádáním kursu pro přípravu na stáří. Doporučuje zřídit tzv. předpensijní kursy, např. při závodech. A. Eitnerová (Berlín, NDR) referovala o psychohygienických aspektech při přípravě na stáří a její kolegyně, I. Kalbeová (Berlín, NDR) o medicínských aspektech přípravy na stáří. Velmi zajímavá byla přednáška M. Vojtěchovského o přípravě na smrt. Na tuto přednášku navázala J. Obdrlíková referátem o tom, kdo má připravovat umírajícího na smrt.

Zatímco lékař zosobňuje instituci zabývající se uzdravováním nemocných, postrádáme na druhé straně odborníky s erudicí thanatologie (nauka o umírání).

Každý život končí nevyhnutně smrtí, v současné době značně přibývá tzv. institucionalizované smrti, a tak by tato problematika zasloužila více pozornosti.

Problematikou starého člověka na rekreaci a v láních se zabývala řada pracovníků (V. Vitner a M. Vitnerová, A. Kocinger, J. Vácha, F. Maňai aj.). Vzhledem k tomu, že se zvyšuje průměrný věk v ČSSR, neměla by gerontologická otázka zůstat stranou pozornosti lázeňského výzkumu.

V poslední části konference se hovořilo o teoretických základech ošetřování starých nemocných. Byly to přednášky o zvláštěnostech v ošetřování gerontů (V. Pacovský), o aktivní ošetrovatelské péči (M. Staňková, M. Kvašová) a o tzv. rizikovém starém člověku (H. Heřmanová, E. Janečková, L. Zimová), o nejčastějších komplikacích při ošetřování gerontů (J. Neuwirth), o problémech dehydratace a proleženin starých lidí (např. V. Pacovský, V. Pospíšil, J. Jarkovský a jiní), o osobních pomůckách (F. Krivánek a jiní).

Problematiku rehabilitace ve stáří se zabývala řada fundovaných autorů. (Š. Litomerický, W. Rühlend z NDR, Z. Humel, K. Dohnal a J. Hrubý a jiní). O modelu diferencované péče o staré nemocné s vnitřními chorobami pojednávalo sdělení V. Pacovského a L. Zimové.

V průběhu konference bylo uděleno členství R. Dobrovolskému z Polska, který je členem řady vědeckých společností v Evropě a publikoval více než 400 prací převážně z oboru gerontologie. Profesor V. Pacovský se stal čestným členem polské gerontologické společnosti.

*Dr. O. Holzerová, Dr. B. Ždichynec,
Počátky*

SRDEČNÍ CHOROBY U STARÝCH LIDÍ

U příležitosti 60. výročí VŘSR uspořádala Česká gerontologická společnost a Česká kardiologická společnost pracovní den na toto téma v Přerově 10. 11. 1977.

V původním referátu M. Kubis a K. Šipr podali přehled problematiky o srdečních a cévních chorobách ve stáří. V praxi obvodního lékaře připadá 60 % nemocných vnitřními chorobami, 11 % orto-

pedicky nemocných, 10 % neurologicky nemocných a 8,8 % tvoří pacienti ostatních obvodů. 8 % lidí po 70. roce zůstává bez léčeni. U 80-letých osob polovina nemocných s ischemickou chorobou srdeční neměla subjektivní příznaky. O fyziologii a patofyziologii oběhového ústrojí ve stáří přednášel F. Kölbl. V průběhu fyziologického stárnutí srdce přibývá lipofuscínu, amyloidu, snižuje se endoplasmatické retikulum a snižuje se schopnost štěpit adenosintrifosfát. O patologii stařeckých změn srdce hovořil dále I. Šteiner. Problematikou EKG ve stáří se zabýval B. Coufal. K možnostem a hranicím ergometrického vyšetřování v tzv. geriatrické kardiologii podal přehled vhodných metod pro praxi B. Ždichynec. V Pacovský přednášel o náhlých příhodách kardiiovaskulárního původu u starých lidí. Z komplikací zdůraznil: 1. tzv. řetězové reakce (flebotrombóza — ictus), 2. tzv. fenomen vytěsnění (akutní amentní stavy), 3. akutní imobilizační syndrom (např. ortostatická hypotenze). J. Švejda, M. Kubis, V. Chytil se zabývali intenzivní péčí ve stáří, která je vhodná i u osob v osmém deceniu. Z. Štěpánek, M. Tancerová, B. Fleischhans mají úmrtnost na infarkt u osob přes 60 let 40 %, na intenzivní jednotce. O ischemické chorobě srdeční z patofyziologického hlediska podal přehled Z. Lupínek. O péči o staré osoby s infarktem srdce v modelové oblasti Ostrava referovali J. Šimíček, A. Káňa, L. Klabusay. Studie je prakticky realizována nyní i v dalších čtyřech modelových oblastech ČSSR. O zvláštnosti klinického průběhu infarktu srdce ve stáří referovala Z. Lupínková. O problematice diagnostiky infarktu P. Lunda, R. Fryč, J. Fišerová, M. Kubis, H. Kudová a J. Švejda upozornili, že přibývá patrně ruptur srdce po srdečním infarktu. J. Fišerová a spol. mají dobré zkušenosti s injekční aplikací Diazepamu u akutní formy ischemické choroby srdeční ve stáří. O zkušenostech obvodního lékaře v tzv. geriatrické kar-

diologii hovořil L. Mann. Velmi pěkná byla přednáška Z. Fejara o problematice arteriální hypertenze u starých osob. Aortální stenóza se nesmí vůbec léčit hypotenzivou. Methyldopa není ve stáří vhodným lékem. Spíše se doporučují nižší dávky, a to většinou diuretika, hlavně u osob s tlakem vyšším než 200/110 torry, ve stáří nad 70 let. O léčení srdeční nedostatečnosti ve stáří referoval K. Šipr a M. Kubis. E. Eiselt uvedl zajímavou metodu stanovení tzv. výkonnostního srdečního kvocientu jako indikátoru včasné kardiotonické léčby ve stáří. I v sedmém deceniu doporučuje pohybový režim. Dále se hovořilo o problematice nežádoucích účinků digitalisu [K. Šipr a spol., A. Tovaryš aj.]. Vedlejší účinky digitalisu u starých osob pozorujeme nejčastěji jako tachykardii, ektopické rytmy nebo supraventrikulární tachykardii s parciálním blokem. Jako antidotum se osvědčil údajně spirolakton i. v. M. Kubis a spolupracovníci doložili, že i ve stáří lze užít tzv. aplikace dolní duté žíly. Problematikou dlouhodobé stimulace ve stáří se zabývali kardiochirurgové M. Kučera, J. Macholdová a M. Novák. Péči o kardiaky vyššího věku ve zdravotnickém obvodu se zabývalo oddělení H. Novákové. L. Hubáčová sdělila své zkušenosti ze studijní cesty v provincii Ontario v Kanadě. Maximum úmrtí u mužů je tam mezi 40. až 69. rokem, po 70 letech sexuální rozdíly mizí. J. Rybka se zabýval příčinami tzv. tranzitorních mozkových cévních příhod: 1. systémová hypotenze, 2. kardiální poruchy (v 73 %), 3. neúčelné podávání hypotenziv (ve 4 %), 4. další faktory (diabetes, anemie, respirační choroby aj.). Pracovní zasedání uzavřel předseda ČGS ČLS prof. Vl. Pacovský, DrSc. Šlo o mimořádně úspěšnou konferenci, která dala cenné podněty jak pro praxi, tak pro výskum. Účastnilo se jí několik kardiologů a geriatrů z celé ČSSR.

Dr. B. Ždichynec, Počátky