

OBSAH

■	<i>M. Palát</i> : Medzinárodný rok detí a súčasná rehabilitácia	65
■	PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE	
	<i>R. Příbyl, J. Molčan</i> : Vytváranie životného štýlu a psychiatrická rehabilitácia	67
■	METODICKÉ PRÍSPEVKY	
	<i>J. Pfeiffer</i> : Standardizace rehabilitačního vyšetření	71
	<i>J. Marková, M. Macourková</i> : Naše zkušenosti s obrnou lícního nervu. II. část	79
	<i>P. Škodáček, E. Dobrucká, J. Domáň</i> : Zmeny kroku pri koxartróze po kompletnej kúpeľnej liečbe	89
	<i>V. Kříž</i> : Význam tělesné výchovy a sportu u paraplegiků	97
	<i>B. Ždychinec, I. Poláček, O. Holzerová, R. Kobza, B. A. Rechmani</i> : Porovnání změn na zátěžovém elektrokardiogramu při bicyklové ergometrii Masterově „Two-step“ testu a při standardizovaném izometrickém testu u starších osob	103
■	HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ	111
	RECENZIE KNÍH	78, 88, 96, 109, 110, 111—122
■	SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ	123, 125, 126
■	SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP	128

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 Bio Sciences Information Service of Biological Abstracts.

Re

habilitácia

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



Vydáva Vydavateľstvo OBZOR, n. p., ul. Československej armády 35, 893 36 Bratislava



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



Redakčná rada:

Marta Bartovicová, Marta Fanová, Bohumil Chrást, Vladimír Kříž, Vladimír Lánik, Štefan Litomerický, Miroslav Palát (predseda), Marie Večeřová

Adresa redakcie: Kramáre, Limbová ul. 5, 809 46 Bratislava



Grafická úprava: Melánia Gajdošová



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



Vychádza štvrtročne, cena jednotlivého čísla Kčs 6,—



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



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

Re habilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK XII/1979

ČÍSLO 2

EDITORIAL...

MEDZINÁRODNÝ ROK DETÍ A SÚČASNÁ REHABILITÁCIA

Organizácia spojených národov vyhlásila rok 1979 za medzinárodný rok dieťaťa, aby tak dokumentovala záujem a snahu modernej spoločnosti o prichádzajúcu generáciu. Aj u nás sa pripravuje celý rad akcií, venovaných medzinárodnému roku dieťaťa.

Rehabilitačná medicína ako jedna z moderných lekárskejších disciplín venuje svoju pozornosť predovšetkým chronicky postihnutým chorým, niekedy aj akútne postihnutým, ako je to pri úrazoch a iných ochoreniach. Veľké percento záujmu rehabilitačnej medicíny predstavujú práve deti. Ako ukazujú štatistiky, závažným ochorením detského veku sú predovšetkým úrazy, inú skupinu predstavujú chronické ochorenia kardiovaskulárneho systému, opäť inú chronické ochorenia dýchadiel a tak ďalej.

A práve pri týchto chorobách prostriedky rehabilitačnej starostlivosti predstavujú jednu z možných ciest obnovenia poškodenej funkcie. Napriek tomu nie vždy a nie s plným záujmom venujeme pozornosť tomuto okruhu medicínskej činnosti a týmto programom, ktoré, ako opäť ukazujú výsledky štúdií, sú veľmi významným faktorom v komplexnej liečebnej starostlivosti.

Kardiovaskulárny program, ktorý formuloval snahu modernej spoločnosti o kardiálne chorých vychádza vo svojej realizácii z troch aspektov:

- 1. z aspektu primárnej prevencie,*
- 2. z aspektu sekundárnej prevencie,*
- 3. z aspektu terapie a liečebnej rehabilitácie u kardiakov.*

Kardiovaskulárny program spočíva prirodzene aj na ostatných parametroch, na epidemiológii kardiovaskulárnych ochorení, registri kardiálne chorých a podobne.

Zdalo by sa, že dieťa by vlastne nemalo byť predmetom záujmu kardiovaskulárneho programu — opak je však pravdou. Opatrenia primárnej prevencie

sú základnou liniou starostlivosti o novú generáciu nielen z hľadiska kardiovaskulárnych chorôb, opatrenia sekundárnej prevencie v detskom veku sú predpokladom pre zdravý vývoj nielen detskej generácie, ale aj ostatných generácií. Terapeutické a rehabilitačné opatrenia dnes znamenajú modernú cestu boja proti chorobám aj v detskom veku. Prevencia kardiovaskulárnych opatrení nie je otázkou súčasnej geriatrickej ale pediatickej, ako to lapidárne vyjadril Schettler, jeden z vedúcich špičkových svetových odborníkov v oblasti aterosklerózy. Čísla charakterizujúce morbiditu a mortalitu na kardiovaskulárne opatrenia sú výsledkom realizovania primárnej a sekundárnej prevencie v nižších vekových ročníkoch. A aj keď súčasná rehabilitácia nie je v oblasti kardiovaskulárnych chorôb prostriedkom na zníženie mortality na tieto choroby súčasnej spoločnosti, zostáva jej úloha v prevencii invalidity. Inými slovami, aká bude primárna eventuálne sekundárna prevencia, také bude percento invalidity a jej stupeň u tých, ktorí sú alebo budú postihnutí.

Tieto otázky, ktoré sú v súčasnosti náplňou jedného z celospoločenských programov — kardiovaskulárneho programu, nútia k zamysleniu práve pri príležitosti medzinárodného roku dieťaťa. Moderná rehabilitačná starostlivosť v rámci komplexnej liečebno-preventívnej starostlivosti o mladú generáciu hrá veľkú úlohu pre uvedené aspekty.

Otázky, o ktorých sme hovorili pri príležitosti medzinárodného roku dieťaťa sú iste veľmi závažné, nestačí však konštatovať, že takéto otázky sú, treba viac — realizovať príslušné opatrenia aj v oblasti liečebnej rehabilitácie. Deklarácia síce upozorňuje na závažnosť týchto problémov, problémy však nerieši. Treba sa aktívne angažovať a táto cesta bude potom konkrétnym príspevkom rehabilitačnej medicíny k medzinárodnému roku dieťaťa.

Dr. Miroslav Palát, Bratislava

OZNÁMENIE

Československá rehabilitačná spoločnosť v spolupráci s Československou ortopedickou a pediatickou spoločnosťou usporiadajú pod záštitou Svetového združenia chirurgov a spondyliatrov Sympóziu s medzinárodnou účasťou o rehabilitácii detí so skoliózou, kyfózami a s chybami držania tela.

Sympóziu sa bude konať v dňoch 7.—9. novembra 1979 v Bratislave.

**VYTVÁRANIE ŽIVOTNÉHO ŠTÝLU
A PSYCHIATRICKÁ REHABILITÁCIA**

R. PŘIBYL, J. MOLČAN

*Psychiatrická liečebňa Veľké Leváre**Riaditeľ: prim. MUDr. R. Příbyl**Psychiatrická klinika LFUK Bratislava**Prednosta: doc. MUDr. J. Molčan, CSc.*

Súhrn: Spôsob života, zvyky, názory, obyčaje sú charakteristické pre každú spoločnosť. Do toho patrí nielen vzťah k práci a pracovné návyky, ale aj spôsob a formy uspokojovania kultúrnych a iných potrieb. Pri psychickom ochorení sa často naruší a mení spôsob života. Zmeny sú rozdielne a ovplyvňuje ich aj psychopatologický obraz. V rámci komplexnej liečebnej starostlivosti by sa mali ovplyvňovať psychopatologické symptómy a v súvislosti s nimi aj celkový spôsob života a životného štýlu rôznymi metódami, najmä rehabilitačnými a psychoterapeutickými. Autori vo svojej práci sa zaoberajú vzťahom rehabilitácie k vytváraniu životného štýlu u psychiatrických pacientov.

Kľúčové slová: životný štýl — psychiatrická rehabilitácia — duševné zdravie.

Liečebná starostlivosť podmieňuje komplexný prístup k chorému. Takýto prístup obsahuje okrem vlastnej terapie celý rad komponentov vrátane vplyvov prostredia, okolia, sociálnych vzťahov, spôsobu života, uspokojovania sociálnych i materiálnych potrieb chorého.

Každý človek žije v istej societe, v makroskupine a v jej rámci aj mikroskupine. Pre spoločnosť, v ktorej žije, je charakteristický určitý spôsob života, zvyky, názory, obyčaje. Spôsob života, názory majú širšiu platnosť, zvyky, obyčaje mávajú spravidla platnosť užšiu, často regionálne či etnicky obmedzenú, ba niektoré len lokálnu. Sem zahrňujeme aj vzťah k práci, pracovné návyky. Môžeme teda hovoriť, že ide vlastne o životný štýl. Čo chápeme pod pojmom životný štýl? Životný štýl je nevýrobnou životnou sférou, je to súhrn spôsobov a foriem uspokojovania materiálnych a duchovných potrieb ľudí, súhrn rôznych zvykov, obradov, obyčajov a noriem spoločenského života [P. N. Fedosejev a kol., 1972].

Pracovnú činnosť môžeme brať ako bázu v širšom slova zmysle formujúcu správanie sa jedinca i mimo pracovného času, zamestnania, ovplyvňujúcu jeho vzťahy a postoje sociálne, spôsob a formy využitia voľného času — o čom autori v minulosti referovali (Molčan J., Příbyl R., 1972). Vyplýva to z úlohy človeka v spoločnosti ako nositeľa pracovnej sily. Na tento faktor organicky nadväzujú ostatné činitele, vzájomne prepojené v horizontálnej i vertikálnej línii ovplyvňujúce osobnosť i jej štruktúru. Vo fylogenetickom a ontogenetickom vývoji sa vytvárajú a kodifikujú javy, ktoré môžeme súhrnne nazvať životný štýl. Životný štýl je modifikovaný v závislosti od vývoja a štruktúry osobnosti.

Pri zmenách duševného zdravia prichádza zákonite aj k väčším či menším zmenám v životnom štýle. Niekedy možno vidieť, že samotná zmena životného štýlu, jeho časti, ktorá je v rozpore so spôsobom života navodzuje primárne, alebo sekundárne vznik psychopatologických symptómov (napr.: vznik závislosti zneužívania drog ap.). Pri poruche duševného zdravia narušuje sa životný štýl na rôznych úrovniach v nadväznosti okrem iného aj na aktuálny psychopatologický obraz, na dynamiku ochorenia.

Naším snažením je návrat duševného zdravia v komplexnom meradle, teda aj s reštituovaním adekvátneho životného štýlu chorého. Pri tomto môžu významnú úlohu zohrať aj metódy a postupy rehabilitácie a psychoterapie. V rehabilitácii by malo ísť na základe psychopatologického obrazu ochorenia a s tým súvisiacich zmien v životnom štýle chorého a obecného rozboru tohto štýlu až po individuálnu analýzu jeho zmien — o postavenie cieľa konkretizovaného z týchto aspektov.

Určenie cieľa rehabilitácie a úrovne resocializácie by mala predchádzať komplexná analýza štýlu života chorého a jeho zmien v súvislosti s poruchou duševného zdravia. V našich snaženiach pôjde najskôr o úpravu sociálnych vzťahov, zlepšenie adaptability, a iba potom o zmenu postojov, názorov, zvykov s korekciami pozitívne pôsobiacimi na resocializáciu chorého.

Nevhodný životný štýl, neschopnosť adaptovať sa na spôsob života v spoločnosti, zmeny v jeho mikroštruktúre a vyváženosti môžu viesť k neurotickému ochoreniu. Mení sa napr. vzťah k práci, čo vedie až k snahe o únik zo skupiny do inej, napr. do práceneschopnosti. Môže sa objaviť situačná suicidálna aktivita, ďalej zmeny v spôsobe obstarávania si ekonomických a iných potrieb, niekedy s rentovými tendenciami, môže sa plne rozvinúť obraz neurózy. Pri depresívnych stavoch pozorujeme zmenu v spôsobe využívania voľného času kvantitatívne a kvalitatívne, upravujú sa názory, menia sa zvyklosti, ich dodržiavanie. Pri hlbšej depresii dochádza k eliminácii niektorých foriem spôsobu života, a narušeniu až absenciou zvykov, obyčajov chorého, k prehodnoteniu názorov a postojov k životu.

Pri endogénnych ochoreniach je síce primárna porucha v chorom organizme, ale so sekundárnymi zmenami v životnom štýle. Tieto zmeny môžu spätne viesť k prehĺbeniu endogénnych symptómov a vzniku „začarovaného okruhu“. Zúženie záujmov, zmeny v sociálnych potrebách a ich uspokojovaní sú aj zmenami štýlu života.

Pri odchode starších ľudí do dôchodku dochádza de facto k zmene životného štýlu a takáto náhla zmena bez primeranej náhrady, adekvátnej prípravy, často urýchli zvýšenú progredienciu symptómov senie.

R. PŘIBYL, J. MOLČAN / VYTVÁRANIE ŽIVOTNÉHO ŠTÝLU A PSYCHIATRICKÁ REHABILITÁCIA

Ak uznávame, že v životnom štýle je zahrnutá mnohotvárnosť medziludských vzťahov, vplyv na formovanie osobnosti, potom môžeme úpravou životného štýlu pôsobiť aj na zdravotný stav chorých.

Jedným zo spôsobov, ktorým môžeme ovplyvňovať životný štýl a jeho aktuálne negatívne zmeny je rehabilitácia.

Pracovnou terapiou sa pokúšame obnoviť vzťah k práci, profesionálne návyky, reštituovať pozitívne pracovné postoje súbežne s úpravou zdravotného stavu chorého. Rehabilitáciou učíme pacienta vhodnou formou využívať pracovný čas, zlepšujeme kultúru správania sa, obnovujeme jeho normy spoločenského života.

Ak používame v rehabilitácii okrem iných napr. aj muzikoterapiu, arteterapeutické postupy, zájazdy, návštevy výstav, pohybovú liečbu, biblioterapiu, spoločenské hry s psychoterapeutickým nábojom, psychoterapeutické postupy, organizujeme kluby pacientov, formujeme uspokojovanie kultúrnych potrieb chorého. Vidíme, že používanie rôznych rehabilitačných techník vplyva tiež na životný štýl, jeho obnovenie, učí racionálnej organizácii voľného času, učí žiť medzi ľuďmi a s ľuďmi v zmysle zospoločnenia štýlu života, obnovuje obyčaje, zvyky na úrovni rozvoja spoločnosti.

Autori si nekladú v tomto článku za cieľ zaoberať sa mechanizmami rehabilitácie na štýl života. Chceli len upozorniť na jeden z mnohých aspektov, ktorý má svoje opodstatnenie v našich liečebných snaženiach, i na to, že úlohou zdravotníctva je slúžiť potrebám človeka, pomáhať ozdravovať a zvyšovať všeobecnú kultúru jeho životného štýlu.

LITERATÚRA

1. FEDOSEJEV, P. N., a kol.: Vedecký komunizmus, Pravda, Bratislava, 1972, 473 s.
2. MOLČAN, J. — PŘIBYL, R.: K niektorým teoretickým a praktickým problémom v psychiatrickej rehabilitácii, prednáška na Panelových dňoch, Veľké Leváre, 28.—29. júna 1972.

Adresa autora: Dr. R. P., 908 73 Veľké Leváre, Psychiatrická liečebňa

Р. Прибыл, Я. Молчан СОЗДАНИЕ ЖИЗНЕННОГО УКЛАДА И ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Резюме

Образ жизни, привычки, взгляды, обычаи характерны для каждого общества. Сюда относится не только отношение к труду и трудовые навыки, но и способ и формы удовлетворения культурных и других потребностей. При психическом заболевании часто происходят нарушения и изменения в образе жизни. Изменения разные и на них влияет и психопатологическая картина. В рамках комплексной лечебной заботливости следует оказывать действие на психопатологические симптомы и в связи с ними разными методами, главным образом психотерапевтическими и лечебной физкультурой содействовать при создании общего образа жизни и быта. Авторы занимаются в своей работе взаимоотношением лечебной физкультуры и создания быта и психических больных.

R. PŘIBYL, J. MOLČAN / VYTVARANIE ŽIVOTNÉHO ŠTÝLU A PSYCHIATRICKÁ REHABILITÁCIA

R. Přibyl, J. Molčan

DIE HERAUSBILDUNG DES LEBENSSTILS UND PSYCHIATRISCHE REHABILITATION

Zusammenfassung

Die Lebensweise, Gewohnheiten, Anschauungen, Bräuche sind für jede Gesellschaft charakteristisch. Dazu gehört nicht nur die Einstellung zur Arbeit und Arbeitsgewohnheiten, sondern auch die Art und Weise sowie die Form der Befriedigung von Kultur- und sonstigen Bedürfnissen. Bei psychischen Erkrankungen kommt es häufig zur Störung und zu Veränderungen auch der Lebensweise. Die Veränderungen sind verschiedenartig und werden auch vom psychopathologischen Bild beeinflusst. Im Rahmen der komplexen Heilbehandlung sollten auch die psychopathologischen Symptome beeinflusst werden und in Zusammenhang damit steht auch die Beeinflussung der gesamten Lebensweise, des Lebensstils, mit verschiedenen Methoden, insbesondere mit Rehabilitations- und psychotherapeutischen Methoden. Die Autoren behandeln in ihrer Schrift die Beziehung zwischen Rehabilitation und Gestaltung des Lebensstils bei Psychiatriepatienten.

R. Přibyl, J. Molčan

STYLE OF LIFE AND PSYCHIATRIC REHABILITATION

Summary

The style of life, habits, ideas, customs are characteristic for every society. Of these are not only the attitude to work and working habits, but also the way and forms of satisfaction of cultural and other needs. In psychic diseases affections and changes also influence the psychopathological picture. Within complex therapeutical care the psychopathological symptoms should be influenced, and in connection with them, in close cooperation with influencing of the whole style of life by various methods, particularly by methods of rehabilitation and psychoterapy. The authors deal in the paper with the relation of rehabilitation to the formation of the style of life in psychiatric patients.

R. Přibyl, J. Molčan

LA FORMATION DU STYLE DE VIE ET LA RÉADAPTION PSYCHIATRIQUE

Résumé

La mode de vie, les coutumes, les opinions, les habitudes sont caractéristiques pour chaque société. Là, se rangent non seulement le rapport au travail et les coutumes opérationnelles mais aussi le procédé et les formes de satisfaction des nécessités culturelles et autres. Dans les affections psychiques surviennent souvent aussi des troubles et changements dans le mode de la vie. Les changements sont différents et influencés aussi par l'image psychopathologique. Dans le cadre d'un traitement complexe, les symptômes psychopathologiques devraient être influencés et en connexion avec eux en étroite coopération avec l'influence du mode de vie complexe, du style de vie par des méthodes diverses, notamment psychothérapeutiques et de réadaptation. Dans leur contribution les auteurs s'occupent du rapport de la réadaptation pour une formation de style de vie chez les patients psychiatriques.

STANDARDIZACE REHABILITAČNÍHO VYŠETŘENÍ

J. PFEIFFER

*Rehabilitační oddělení FN 2 Praha**Přednosta: Doc. MUDr. Jan Pfeiffer, CSc.*

Souhrn: Autor upozorňuje na význam standardizace vyšetření v léčebné rehabilitaci, která jako poměrně mladý obor nemá ustálený způsob vyšetřování. Lékaři jsou většinou ovlivněni svým odborným vzděláním základní specializace, které různě adaptují na danou situaci při rehabilitačním vyšetření. V práci je doporučeno, aby se pokud možno vypracovaly formuláře na vyšetření často se vyskytujících chorob a syndromů, léčených převážně na rehabilitačních odděleních. Tyto formuláře musí být pečlivě připraveny podle kritérií platných pro hodnotící techniky.

Klíčová slova: rehabilitační vyšetření — standardizace — formuláře

Každý lékařský obor má své standardní postupy při vyšetřování pacientů, které jsou charakteristické pro daný druh medicínské specializace. Rehabilitace je natolik mladý obor, že této standardizace dosud nedosáhl, i když některá vyšetření již k tomu směřují. Každý student medicíny se učí na lékařské fakultě vyšetřovat podle určitého schématu. Při celkovém vyšetření se začíná většinou od hlavy směrem k dolním končetinám. Na každé části těla různí odborníci standardně hodnotí různé fenomény, i když se v určitém smyslu jejich vyšetření překrývají a vzájemně doplňují.

Tato praxe v rehabilitaci zatím nebyla dosažena především proto, že je to obor, který dosud nedosáhl takového stupně sebeurčení, aby nebyl velkým dílem poplatný základnímu vzdělání lékařů podle oborů, ze kterých vzešli. Tak se stává, že rehabilitační lékař původem neurolog zaznamenává do rehabilitačního chorobopisu řadu fenoménů, které z rehabilitačního hlediska nejsou důležité — např. různé druhy pyramidových iritačních jevů apod. Rehabilitační lékař původem internista naopak popisuje interní nálezy, ortoped ortopedické atd.

Nechceme tím zpochybňovat hodnotu takových vyšetření, ale musíme si uvědomit, že tento způsob vyšetření většinou slouží k jinému diferenciatně diagnostickému postupu při stanovení druhu a příčiny onemocnění. Na rehabilitační oddělení však přicházejí pacienti s určenou diagnózou základní choroby, kterou již stanovil jiný odborník a od

rehabilitačního oddělení se žádá léčebná a pracovní rehabilitace, která předpokládá jiné údaje.

Základním posláním našeho oboru je v širokém slova smyslu odstranit obtíže, které brání postiženému zařadit se bez větších pohybových překážek do společnosti. Neptáme se tedy ani tak o jakou chorobu jde, ale jak omezuje postiženého, což je spíše syndrom společný více chorobám, etiologicky rozličným. Jde tedy o oblast sekundární a terciární prevence. Znamená to, že u choroby, která již vznikla, zabraňujeme druhotným následkům, především ve sféře pohybové a pokud již vznikly neodstranitelné poruchy, snažíme se je odstraňovat pomocí psychosociálních zákroků a různých technických kompenzačních pomůcek. Tedy k tomu účelu musí směřovat naše vyšetření a standardizace informací, které jsou pro všechny srozumitelné: jak pro lékaře, tak pro rehabilitační instruktorky.

K získání takových informací musíme zajistit určité metodologické postupy. K této otázce byla publikována řada prací, zabývajících se hodnocením pohybového systému, zvláště v neurologii. Náznorně to můžeme ukázat na svalovém testu, který je všeobecně známou metodou vyšetřování v rehabilitaci.

1. **Vyšetření musí být validní** — česky možno přeložit přiléhavě, což znamená, že hodnotí opravdu to, k čemu je určeno, pro co je vypracováno. Svalový test byl vypracován pro vyšetřování periferní obrny nervové při poruše předních rohů míšních. Pokud toto vyšetření použijeme např. u osob s dětskou mozkovou obrnou, nebo po náhlé mozkové příhodě, vyšetření není validní a musíme použít jiné standardizované vyšetření.

2. **Vyšetření musí být reliabilní** — česky možno přeložit věrně, což znamená, že vyšetříme-li dvakrát za sebou stejnou osobu, výsledky musí být identické (tzv. metoda test — retest), kdy hovoříme o koeficientu věrnosti. V tomto případě je důležité, aby pojmy, s kterými test pracuje, byly přesně definované, bylo popsáno jak vyšetření provádět a aby je vyšetřující dobře ovládal. Např. když dvě rehabilitační instruktorky, krátce po sobě provedou svalový test, mají být výsledky u téže osoby stejné.

3. **Vyšetření musí být senzibilní**, což znamená citlivé nebo se také užívá výrazu diskriminativní. Musí mít přiměřenou rozlišovací schopnost. Čím širší je škála hodnocených jevů, tím je vyšetření méně citlivé uvnitř vlastní škály a naopak. Svalový test je určen pro skupiny sinergistů a často může dosti dobře podchytit poruchu i jednotlivých velkých svalů, ale při vyšetření drobných svalů, nebo dokonce svalových motorických jednotek, musíme použít techniky jehlové elektromyografie, která má diskriminativní schopnost mnohem větší, ale nepodává nám ani zdaleka tak dobrý pohled na vlastní užitnou hybnost.

4. **Vyšetření musí být proporcionální**. To znamená, že vyšetření nesmí být příliš podrobné a rozsáhlé, ani příliš krátké, orientační ve vztahu k dané situaci. Jinak musí být koncipováno vyšetření pro vědecká zpracování a jinak pro rutinní potřebu. Vypracovat vždy celý svalový test je velmi užitečné z cvičných důvodů, ale v praxi se většinou provede vyšetření jen postižené oblasti s vědomím rizika, že některá menší skrytá paréza svalová unikne.

5. **Vyšetření musí být koncipováno po stránce formální**. Jde především o grafickou úpravu; na standardním tiskopise. Tištěný text musí být dobře čitelný, text má obsahovat informace jen opravdu nutné a přehledné. Formulář třeba orientovat tak, aby se sledoval od leva do prava a shora dolů pokud možno tak,

J. PFEIFFER / STANDARDIZACE REHABILITAČNÍHO VYŠETŘENÍ

NAME		DATE OF BIRTH		RECORD NO																						
MONTHS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
SPONTANEOUS BEHAVIOUR	HEAD	BODY HELD VERTICAL	[Timeline with 'LIFTS' annotations]																							
		BODY LYING PRONE	[Timeline with 'LIFTS' annotations]																							
		BODY LYING SUPINE	[Timeline with 'LIFTS' annotations]																							
	BODY	BODY PULLED UP FROM SUPINE	[Timeline with stick figures]																							
		SITTING	[Timeline with stick figures]																							
		ALL FOURS	[Timeline with stick figures and labels: ELBOWS, HANDS, ADV. KNEELING, PLANTIGRADE]																							
	ACTING	STANDING	[Timeline with stick figures and labels: SUPPORTING REACTIONS, ASTASIA TAKES WEIGHT]																							
		STANDING UP FROM SUPINES	[Timeline with labels: WITH ROTATION AND SUPPORT, WITHOUT SUPPORT, ROTATION: 3 YRS, 5 YRS, PARTIAL, NONE]																							
		LOCOMOTIVE	[Timeline with labels: AUTOMATIC STEPPING, ROLLS OVER, CRAWLS, WALKS HIGH GUARD, MEDIUM, NO GUARD, RECIPROCAL MOVEMENT, RUNS]																							
		MINIMALIST	[Timeline with labels: WALKS HIGH GUARD, MEDIUM, NO GUARD, RECIPROCAL MOVEMENT, RUNS]																							
MONTHS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
WORLD RESPONSES	PRIMITIVE REACTIONS	HAND GRASP	[Timeline]																							
		ASYM T N	[Timeline]																							
		MORO	[Timeline]																							
		SYM T N	[Timeline]																							
	PARAVOLITE REACTIONS	FOOT GRASP	[Timeline]																							
		HEAD IN SPACE	[Timeline]																							
		BODY IN SAGITTAL PL.	[Timeline]																							
		BODY DEROTATIVE	[Timeline]																							
		BODY ROTATIVE	[Timeline]																							
		BODY MVT DOWNWARDS	[Timeline]																							
LITING REACTIONS	BODY MVT SIDEWAYS	[Timeline]																								
	BODY MVT FORWARDS	[Timeline]																								
	BODY MVT BACKWARDS	[Timeline]																								
	PRONE	[Timeline]																								
MONTHS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	

Obr. 1. Velmi dobře vypracovaný vyšetřovací formulář, který používá Milani Comparetti M. D. pro vyšetřování dětské mozkové obrny. Využívá schematizovaných postav dítěte v různých ontogenetických stádiích vývoje posturalního svalstva.

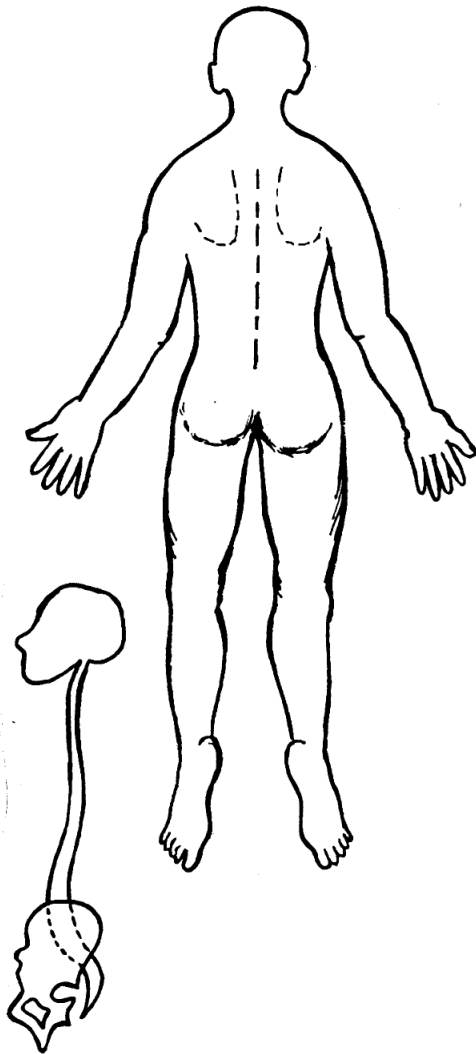
aby v dokumentaci nebylo nutno přetáčet chorobopis, tedy u formátu A4 delší osou kolmo ke čtvcím. Pokud zachycujeme symetrii těla, pravá polovina trupu aby byla na prvním místě, tedy v levé polovině formuláře, údaje nejprve o hlavě sestupující směrem k dolním končetinám. Tisknout formuláře pokud možno jen po jedné straně papíru i za cenu, že bude potřeba více tiskopisů.

6. Vyšetřování musí být kvantifikované. V rehabilitaci lze většinu vyšetřených hodnot vyjádřit v určitých ucelených „jednotkách“ nebo se na ně vyšetření snažit převést. Tento způsob hodnocení velmi dobře pomáhá sledovat vývoj léčení. Tato práce předpokládá dobré definice hodnocených jevů. Stručný, výstižný a jednoznačný výkladový text k vyšetření je nezbytným doplňkem.

Dne

Jméno Dat. nar.

Zaměstnání



Schober

Thomayer

Prostý tah za nohy:

bolí

úleva

lhostejný

Lasègug manevr před trakci

sin.	dex.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrácený Lasègug manevr

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Chůze po patách vázne

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Chůze po špičkách vázne

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Lasègug manevr po trakci

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

kontraktury vyšrafovat

Úlevová poloha:

Obr. 2. Ukázka formuláře na vyšetření vertebrogenního onemocnění, který se používá na pracovišti autora. Do figury člověka, lze zakreslit asymetrie páteře, různé kontury trupu, apod. Doplněk anamnézy je na druhém formuláři (obrázek vpravo), který vyplní sám nemocný a popřípadě je korigován vyšetřujícím lékařem. Vhodou jsou čtyřúhelníky, které nemocný pouze začerní, bez podrobnějšího popisování.

Datum vyplnění

Jméno Datum nar.:

1. Měl(a) jste již v životě někdy podobné obtíže, popřípadě na jiném místě?
.....

2. Za jakých okolností se první obtíže objevily, nebo co se domníváte, že je vyprovokovalo?
.....

3. Jaká léčba zmírnila, nebo odstranila vaše obtíže?
.....
.....

4. Za jakých okolností vznikly vaše nynější obtíže, nebo co je vyprovokovalo?
.....

5. Kdy během dne obtíže začínají?

a) ranní bolesti při vstávání

b) bolesti po únavě

c) bolesti v noci

d) bolesti stálé

6. Zhoršují se bolesti?

a) staním

b) chůzí

c) seděním

d) ležením

e) větší tělesnou námahou

7. Máte oslabenou sílu svalovou při některém pohybu (nikoliv bolest)
.....

8. Močení a stolice

a) bez obtíží

b) nemůže udržet

c) nemůže spustit

9. Až dosud obtíže

a) ustupují

b) se zhoršují

c) trvají

10. Obtíže jsou

a) nesnesitelné

b) znemožňující činnost

c) omezující činnost

d) nepříjemné, ale dovolující zaměstnání
v plném rozsahu

11. Pro toto onemocnění jste byl(a) celkem práce neschopen asi

Celkem dní asi

Začerněte ty čtverečky, které se shodují
s vaším stavem

Hodnotit musíme vždy jen jednu kvalitu, nesměšovat např. sílu a rychlost nebo vytrvalost a koordinaci apod. Často se setkáváme s příliš obecnou a širokou definicí např. svede s mírnými obtížemi, nebo vykonává jako zdravá osoba, takové hodnocení může mít jen velmi orientační charakter. Hodnoty často vyjadřujeme čísly. Mnoho autorů (1, 5, 7) v poslední době užívá pro normální hodnoty „0“, což znamená nula obtíží, a vyšší čísla představují horší výkon. Výhodné je, že můžeme této škály využívat oběma směry jako na teploměru. Reflexy mohou být zvýšené i snižené, podobně svalový tonus atd.

7. Vyšetření má využívat srozumitelné symboly, které zjednodušují rychlou orientaci — symbolic language. Jsou to různá schémata a jednoduché kresby, které nahrazují celé věty nebo poslouží jako podklad pro zakreslení patologických údajů. Např. obrys člověka, do kterého zakreslíme zakřivení páteře apod.

8. Často lze využít informací zpracovaných pacientem ve formě dotazníku. Jde především o jednoznačné otázky standardizované anamnézy, kde v podstatě i lékař píše pouze to, co mu řekne pacient.

Velká rehabilitační pracoviště mají pro některá onemocnění vlastní vyšetřovací postupy na tištěných nebo nějakou rozmnožovací technikou připravených formulářích. Jde většinou o choroby nebo postižené funkce, které se převážnou měrou léčí na rehabilitačním oddělení jako vertebrogenní onemocnění, dětská mozková obrna, myopatie, transversální leze míšní, omezené rozsahy pohybů kloubů, amputace končetin a další. Mnohé z těchto testů by měly být celostátně dostupné s patřičným výkladem hodnocených jevů, což by pomohlo ke sjednocení hodnotících hledisek na jednotlivých pracovištích.

LITERATURA

1. ALEXANDER L.: New Concept of Critical Steps in Course of Chronic Rehabilitating Neurologic Disease in Evaluation of Therapeutic Response: Longitudinal Study of Multiple Sclerosis by Quantitative Evaluation of Neurologic Involvement and Disability. Arch. Neurol. Psychiat. (Chic.) 66, 253—271. 1951.
2. BERGMANN L. T. — BROMAN T. a další: Computer Based Schemes for Clinical M. S. Research. — Předneseno na World Federation of Neurology Göteborg Sept. 7—9. 1972.
3. Committee on Medical Rating of Physical Impairment — Guides to the Evaluation of Permanent Impairment. J. Amer. Med. Ass. 185, 24—25. 1963.
4. GRYNTERUP V.: A Comparison of Some Rating Systems in Multiple Sclerosis. Acta neurol. Scand. 45, 611—622. 1969.
5. KURTZKE J. F.: A New Scale for Evaluating Disability in Multiple Sclerosis. Neurology 5, 580—583. 1961.
6. LESNÝ I. a kolektiv: Dětská mozková obrna [kap. Pfeiffer J. Testování] — 204—209 Avicenum Praha 1972.
7. LOWITZSCH K.: Quantification of Spasticity and Assessment of Drug Action in Multiple Sclerosis Patients by a Scoring System Based on an Optical Mark Reader Documentation System. Acta Neurol. Scand. Sept. 782—795, 1973.

Adresa autora: Dr. J. P., Rehabilitační oddělení, Fakultní nemocnice 2, Kateřinská 30, 120 00 Praha 2

Й. Пфейффер

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ В ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ

Резюме

Автор обращает внимание на значение стандартизации исследования для целей лечебной физкультуры, которая, будучи сравнительно новой областью, не имеет общепринятого метода исследования. В большинстве случаев врачи работают под влиянием своих профессиональных знаний по основной специализации, приспособляя их разным способом к данной ситуации при обследовании для целей лечебной физкультуры. В работе рекомендуется подготовить, по мере возможности, бланки для исследования частых заболеваний и синдромов, лечимых преимущественно в отделениях лечебной физкультуры. Эти бланки следует изготовить с большой тщательностью, согласно действующим критериям оценочной техники.

J. Pfeiffer

STANDARDISATION OF REHABILITATION
EXAMINATION

Summary

The author brings to attention the importance of the standardization of examination in medical rehabilitation which is a relatively new branch and no fix method of examination. Physicians are usually influenced by their basic training for specialization which they differently adapt to the given situation in rehabilitation examination. The paper recommends to draft, if possible, forms for frequently occurring diseases and syndromes treated prevailingly at departments of rehabilitation. These forms must be carefully prepared according to the criteria valid for techniques of evaluation.

J. Pfeiffer

STANDARDISIERUNG DER REHABILITATIONSUNTERSUCHUNG

Zusammenfassung

Der Autor weist auf die Bedeutung der Standardisierung der Untersuchung innerhalb der Rehabilitationsbehandlung hin, die als ein verhältnismäßig junger Fachbereich keine stabilisierte Untersuchungsmethode besitzt. Die Ärzte sind meist durch ihre Fachbildung im ursprünglichen Spezialfach beeinflusst, die sie verschiedenartig in der gegebenen Situation bei der Rehabilitationsuntersuchung anwenden. In der Schrift wird empfohlen, nach Möglichkeit Formulare für die Untersuchung häufig vorkommender Krankheiten und Syndrome, die überwiegend in Rehabilitationsabteilungen behandelt werden, auszuarbeiten. Diese Formulare müssen sorgfältig laut den für die Wertungstechnik gültigen Kriterien vorbereitet werden.

J. Pfeiffer

STANDARDISATION DE L'EXAMEN DE LA RÉHABILITATION MÉDICALE

Résumé

L'auteur attire l'attention sur l'importance de la standardisation de l'examen de la réhabilitation médicale qui, en tant que domaine jeune, n'a pas en principe de procédé d'examen stable. Les médecins influencés, pour la plupart par leur formation de spécialistes de base s'adaptent de façon différente à la situation donnée dans l'examen de la réhabilitation. Le travail recommande d'élaborer, si possible, des formulaires d'examen pour les maladies et syndrome avec tendance à se renouveler, traités en général aux services de réhabilitation. Ces formulaires doivent être élaborés avec soin, selon les critères en vigueur pour la technique d'évaluation.

INFLUENZA

CHRÍPKA

British Medical Bulletin Vol. 35, 1979, Nr. 1. Vydal Medical Department, The British Council, London. Cena 5 angl. lib.

Ako prvé číslo ročníka 1979 vychádza v novej grafickej úprave zväzok venovaný problematike chrípky. Vedeckým redaktorom tohto zväzku je prof. G. C. Schild, prednosta Virologického oddelenia Národného ústavu biologických štandard v Londýne.

Jednotlivé práce tohto zväzku, ktoré tvoria logický celok venovaný problematike chrípky z jednotlivých aspektov sa zaoberajú epidemiológiou influenzy u človeka (C. H. Stuart — Harris), surveillanciou influenzy (C. H. Stuart — Harris), epidemiológiou influenzy v tropických krajinách (A. McGregor, G. C. Schild, W. Z. Billewicz, K. Williams), matematickým modelom epidémií chrípky (C. C. Spicer), ekológiou vírusu chrípky u nižších cicavcov a vtákov (W. G. Laver, R. G. Webster). V ďalších prácach sa venuje pozornosť otázkam elektrónkovej mikroskopie vírusu chrípky (N. G. Wrigley), genómu vírusu chrípky a jeho replikácií (R. D. Barry, B. W. J. Mahy), transkripcii vírusu chrípky (A. J. Hay, J. J. Shekel). V ďalšom sú zaradené práce o primárnej štruktúre hemaglutinínu Hong-Kong (C. W. Ward,

T. A. Dopheide), štruktúre hemaglutinínu vírusu chrípky (M. D. Waterfield, K. Espelie, K. Elde, J. J. Shekel), imunobiologickej odpovedi na vírus influenzy u myši a jej úlohe v kontrole infekcie (J. L. Virelizier, A. C. Allison, G. C. Schild), determinantám imunity na chrípkovú infekciu u človeka (C. W. Potter, J. S. Oxford), vakcinácii proti vírusu chrípky (D. A. J. Tyrell, J. W. G. Smith) a posledná práca sa zaoberá inhibítormi replikácie vírusu influenzy (G. C. Schild, J. S. Oxford).

Všetky práce zaradené do tohto zväzku British Medical Bulletin napísali poprední odborníci v oblasti virológie so špecifickým zameraním na problematiku chrípky, ktorá aj v súčasnosti predstavuje problém číslo jedna v oblasti infekčných chorôb. Jednotlivé práce sú dobre dokumentované a prinášajú prakticky veľmi cenné informácie nielen pre odborníkov — virológov, ale aj pre ostatných lekárov, pretože chrípka, jej rozširovanie a jej nebezpečenstvo pre život človeka je stále vážnym zdravotníckym problémom.

Dr. M. Palát, Bratislava

**NAŠE ZKUŠENOSTI S OBRNOU LÍCNÍHO NERVU.
II. ČÁST.**

J. MARKOVÁ, M. MACOURKOVÁ

*Technická spolupráce: Kolektiv rehabilitačních pracovníků oddělení.**Z oddělení léčebné rehabilitace Thomayerovy nemocnice v Praze-Krči.**Přednosta: MUDr. Petr Truhlář, CSc.*

Souhrn: V práci je popsána metodika rehabilitačních postupů u paresy lícního nervu s vyhodnocením klinických zkušeností. V metodice kinesiterapie je položen důraz na jemný postup, bez masáží a pasivního protahování svalových vláken. Je věnována pozornost doplňujícím postupům teploléčebným a elektroléčebným. Statistické vyhodnocení ukazuje v uvedeném souboru téměř 230 nemocných až 80 % úspěchů, i při známé diskutabilitě průběhu tohoto onemocnění.

Klíčová slova: Obrna lícního nervu — rehabilitační postup — doplňující prostředky

Cvičební postupy u obrny lícního nervu se vyvíjejí jako celý náš obor. Přesto se domníváme, že ke změnám osvědčených postupů by nemělo docházet bez racionálních a objektivních důvodů, jinak se dobře vypracované a osvědčené metody zbytečně ztrácejí ze široké praxe.

Soubor nemocných

Naším oddělením prošlo za patnáct let od r. 1962 do r. 1977 prokazatelně 263 nemocných s obrnou lícního nervu. U 229 je dokumentace natolik úplná, že bylo možné zpracování počítačem. U všech došlo přinejmenším ke zlepšení. Míru tohoto zlepšení jsme rozdělili do šesti skupin a zpracované poznatky sdělili zčásti ve dvou předchozích článcích (17, 18). Ukázalo se, že léčení Prednizonem v nárazu je velmi účinné, podá-li se lék na počátku onemocnění, ale je nutno respektovat kontraindikace jako je deprese, ulcus ventriculi, diabetes, tbc, osteoporosa, a ptát se po nich. První v české literatuře sdělili své zkušenosti s léčením obrny lícního nervu kortikoidy Kratochvíl a Pešl, další zkušenosti sdělil Pechan (12, 28, 29). V otázce dávkování a kontraindikací jsme se opírali o knihu Beickertovu (1). Pokud se týká etiologie tzv. Bellových

obrn, mělo v naší sestavě asi 30 % nemocných v anamneze silné a dlouhodobé prochlazení (v tabulce 2 dg 1). Asi 30 % zůstává skutečně kryptogenních (dg 2), ale u zbytku můžeme prokázat v anamneze buď těsně před onemocněním, nebo o dva až tři dny dříve teploty, schvácenost, pocity jako při infekčních chorobách, bolesti hlavy (dg 3). Léčebnými výsledky se tyto skupiny od sebe příliš neliší. Výsledek naší statistiky je v dobré korelaci s prací Nováka a spol. (23), kde asi u 30 % nemocných byla možná identifikace vyvolávajícího viru (5). U části nemocných jde asi také o frustní Guillén — Barréův syndrom [15, 22, 24]; liquor byl však vyšetřen jen u nevýznamného množství našich nemocných.

Nejhorší výsledky léčení jsou u onemocnění v rámci herpes zooster (dg 4). Podle moderních prací může proběhnout bez kožních erupcí (6, 15, 4, 5, 2, 14). Paresa lícního nervu může být prvním příznakem otitidy (dg 6). Její prognosa za moderní operační techniky (mikroskopy!) je lepší, než bývala (peroperační poškození z doby před jejich zavedením je dg 8). Špatnou prognosu mají recidivy (dg 11 a 12). Věk (od 1 do 83 let) nemá na výsledky léčení vlivu, jen u mladších bývá efekt rychlejší.

Užití stimulatoru s měnitelnými impulsy podle pravidel, publikovaných např. Raušerem, Jančou aj. (31, 32, 33, 34 b, 8, 16) zlepšuje výsledky proti běžné bodové galvanisaci (18). Jsou i nemocní uzdravení bez farmakoterapie, čtyři se nám uzdravili do týdne jen po Acylpyrinu a dva zcela spontánně (18). Poznamenáváme, že na podávání farmak jsme neměli přímý vliv.

Metodika

O kinesiterapii, hlavním předmětu tohoto sdělení, uvádíme: Od počátku práce našeho oddělení v roce 1955 jsme dodržovali postup, který popsali Obrda (25, 26, 27) a Hampl (7). Kafková později postupovala jinak (7). Od r. 1962 byl tak unifikován, že se mu snadno naučili jak ošetřující, tak pacienti.

V celkovém postupu pacientovi doporučujeme, aby prvních pět dní zachoval klid na lůžku a dával si nejméně dvakrát denně na postiženou tvář horké zábalý, a to v takové improvisaci, jakou sám dokáže. Přesvědčili jsme se, že přesné kopie koncentrovaných horkých zábalů dle Kennyové téměř nikdo doma nedokáže, ani zdravotníci. Domníváme se, že více záleží na tom, aby se tzv. vlhké teplo opravdu aplikovalo, než na tom, jakým způsobem. Již při prvním hovoru s nemocným jak zapisující sestra, tak lékař i cvičitelky pacienta ujišťující o dobré prognose onemocnění, bude-li jen trochu ochoten spolupracovat. Starší nemocné často musíme ujistit, že nejde o iktus. Pacienta upozorňujeme na nutnost relaxovat zdravou stranu a vyhybat se situacím, kde se dá předpokládat zvýšená mimika. Delší pracovní neschopnost jsme prosazovali aspoň u pracujících v průvanu, v živém styku s lidmi nebo tam, kde jsou rizikové faktory zejména pro oči (prašné prostředí apod.). V počátcích této studie jsme začínali nejslabším svaelem, později jsme přešli na propagovaný standardní postup od čela dolů, ale neukazuje se nám jako významně lepší. Cvičení předchází u nulových svalů mechanická stimulace jemnými vibračními pohyby. Nikdy jsme nedělali na úvod pohyby pasivní protažení svalových vláken, ani přípravné cviky z téže inervační oblasti (očí, jazyk!), ač jsme si všimli, že mírné spolupostížení IV., V. nebo VI. nervu není při podrobném vyšetření zdaleka nálezem vzácným. Slabé svaly cvičíme zásadně s opatrnou dopomocí. Pacienta varujeme, aby nedělal pohyby vši silou, aby jen naznačoval, nedělal nic křečovitě. Násilný a křečovitý pohyb má totiž skoro vždy souhyb a vede spíše k posilování zdravé strany a tím k přetahování, které dále omezuje pohyb strany

postižené. Proto vedeme pacienta, aby každý pohyb byl lehký, nenásilný, aby ani k dopomoci slabým svalům nebylo nutno užít síly. Postup připomíná jemné sochařské modelování z formely nebo řídké hlíny. Pokud jde o cvičení v leže nebo před zrcadlem, je volba individuální. Některý pacient se spíše zrelaxuje vleže, jiný se musí na sebe dívat. Jsou však i nemocní, u nichž se některý sval aktivuje lépe vsedě, jiný vleže, což nemusí záviset na vyloučení váhy. Proto u většiny police kombinujeme. „Domácí úkoly“ (36) dáváme nemocným jen v tom smyslu, že se mají často kontrolovat před zrcadlem, nemají-li zdravou tvář staženou, a nedaří-li se jim uvědomělá relaxace, pomoci si rukou. Nabádáme je, aby si při mluvení přidržovali nemocný koutek. Zdravou stranu mají mít uvolněnou, mluvit jako „skrze zuby“. Přidržit zdravou stranu je třeba jen výjimečně.

Nikdy jsme neužívali masáží. Před cvičením jsme nemocnému tvář nahřáli buď malým Soluxem, nebo zábalem, který překrýváme Piešťanskou kompresou, aby zůstal déle teplý. I u chronických otitid jsme směřovali infračervený zářič na cirkumorální krajinu pacienta. Jen u stavů po operacích maligních tumorů jsme se přímé aplikaci tepla vyhnuli.

Pacient od sedmého dne nemoci docházel denně, až do vyléčení nebo do jednoho roku od počátku nemoci.

Elektrostimulace v uplynulých letech začínala u operačních poškození nervů ihned, u Belovy obrny, která se nelepšila, po třech týdnech, ale podle IT křivky a emg vyšetření i dříve. V časové tísni jsme minimálně vyšetřili akomodační kvocient nebo vyhledávali nejselektivnější působící impuls. Při stopě aktivního pohybu jsme elektrolyčbu nepoužívali. Emg nativní i stimulační máme možnost provádět soustavně od r. 1976. Již dříve se ukázalo, že tato technika je vynikající indikátor prognosy (35).

Otázky vzniku a léčení kontraktur, a důležité ochrany oka budou předmětem jiného sdělení.

Výsledky

Výsledky podle času, který uplynul od počátku onemocnění do počátku léčení u nás, jsou v tabulce 1. Výsledky podle etiologie onemocnění jsou pro srovnání v tabulce 2. Záměrně hodnotíme společně všechny parezy n. VII. jakékoli etiologie. V podstatě jde téměř vždy o přerušení vedení tlakem: jizvy (úraz, etiologie 10), zánětlivého edému [dg 3 a 6], alergického nebo vasomotoricky podmíněného edému [dg 1, 9 a zčásti i 2].

Úspěch jsme hodnotili v šestistupňové škále: stupeň 1 (zdráv) a 2 (občasný záškub, občasná nedotažení v chladu) jsme považovali za úspěch. Od stupně 3 (drobné oslabení + záškub, nebo drobná kontraktura viditelná odborníkovi) až po stupeň 6 (trof. změny rohovky, nehybnost některého svalu nebo těžké kontraktury) jsme hodnotili jako „neúspěch“ (17). Ani jeden z našich nemocných nezůstal plegický.

Celkem jsme zhodnotili 229 chorobopisů. 179 případů, tedy 78,16 %, můžeme považovat za úspěch.

V letech 1976 až 1978, kdy jsme statistiku zpracovávali, jsme neměli ani jeden neúspěch — s výjimkou nemocné s recidivou maligního tumoru parotis.

Rozbor

Naše hodnocení je přísné, (13), přísnější než Mayovo (19, 20, 21). Pacient u nás vedený jako nejhorší neúspěch se v publikaci, z jiného hlediska zpraco-

J. MARKOVÁ, M. MACOURKOVÁ / NAŠE ZKUŠENOSTI S OBRNOU LÍCNÍHO NERVU

Tabulka 1. Vztah výsledků ke dni od počátku nemoci, kdy pacient začal být léčen na rehabilitačním oddělení Thomayerovy nemocnice

Počátek léčení	Od 1. do 7. dne	Od 8. do 13. dne	Od 14. do 21. dne	Déle než 22 dní	celkem
Pacientů zcela uzdravených	96	25	16	5	142
Drobná oslabení, občasné záškuby nebo pocit tuhnutí v chladu	11	8	7	11	37
Celkem úspěch	107	33	23	16	179
Neúspěch	21	4	8	17	50
Úspěch v %	83,58	89,18	74,19	48,48	78,16
Podle diagnos Dg 1 až 3-Bellova obrna — úspěch:	72	20	11	3	106
Totéž — neúspěch	12	1	2	8	23
Úspěch v %	85,71	95,24	84,62	27,27	84,13
Ostatní diagnosy — úspěch	35	13	12	13	73
Ostat. diagnosy (4 až 12), neúspěch	9	3	6	9	27
Úspěch v %	79,55	81,25	66,66	59,09	73,00
Celkový počet pacientů v jednotlivých skupinách podle začátku léčení	128	37	31	33	229

Tabulka 2. Rozdělení pacientů podle etiologie onemocnění a výsledků

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Silné prochlazení	Neurčitá	Známky virosy	Herpes zooster	Tlak tumoru	Otitis media	Peroperační tumor	Peroperační otitis	Různé	Úraz	Recidiva stejnostranná	Recidiva druhostranná
45	44	40	11	2	10	10	4	23	10	13	8
Z toho úspěch											
36	36	35	5	1	17	7	3	19	8	7	5
Z toho neúspěch											
9	8	5	6	1	2	3	1	4	2	6	3
Úspěch v procentech											
80+	81,81	87,50	45,45*	50	89,42	70	75	82,60	80	53,84	62,5

+ - * — rozdíl statisticky významný na 5 % hladině

vané, objevil jako středně úspěšný. V našem souboru jsme vynechali ty, kteří byli předáni na jiné pracoviště na obšíř nervového kmene. Pochopitelně jsme vynechali nemocné, kde paresa n. VII. se později ukázala být prvním příznakem vyvíjejícího se demyelinisačního onemocnění.

Naš postup není zcela originální, ale považujeme za svou povinnost zopakovat jeho popis doplněný statistikou, protože dodnes se právě zde chybí, a naopak úspěchy nejsou doloženy.

Nutným předpokladem úspěšné kineziterapie je zacvičený personál se zájmem o práci a kladným vztahem k pacientům, kteří při tomto onemocnění vyžadují velké trpělivosti.

Pokud jde o aplikaci tepla, není vlastně teoreticky odůvodněna. Raušer a jeho skupina (34 a) ukázali na některé fyziologické problémy, ale práce v tomto směru stále pokračují. Metody teploléčebné zde začínali jako analogie metody Kennyové. Virus poliomyelitidy se však u izolované paresy facialis i v době před všeobecným očkováním nacházel jen zřídka (30). Zato byly prokázány jiné viry (15, 2, 14, 6, 4). Z nich za nebezpečné je považováno onemocnění herpesem bez vyrážky. Empiricky se užívá tepla i u Guillén-Barréovy choroby. Jinak platí, že teplo je zřejmě nejsilnějším podnětem k oživení vasomotoriky.

Životospráva nemocných by měla být jako po lehkém virovém onemocnění CNS. Virologické vyšetření a vyšetření liquoru, které by nám umožnilo přesnou diagnosu, u tak velkých počtů nemocných není totiž možné. Asi v třetině případů skutečně o virozu jde. Není důvodu, proč by se nemocní měli delší dobu vyhýbat sportu, slunění a plavání.

Vliv prochlazení byl experimentálně prokázán na opicích (cit. v 15). Nemocní by se měli vyvarovat expozice chladu v té míře, jaká působila při prvním onemocnění.

Významným ukazatelem při diagnostice pares n. VII. je signalisace bolesti. Inervací středouší je dáno, že u otitis media může být bolest poměrně pozdním příznakem, ale naopak u neuroinfekčních typů onemocnění je častá bolest za processus mastoideus již před rozvojem paresy.

Je velmi mnoho spontánních uzdravení, tuto skutečnost potvrzují i práce Mayovy a Pechanovy (19, 20, 21, 28, 29). Přesná čísla jsou nejspolehlivější, protože z etických důvodů se žádný lékař neodvážil ponechat pacienta bez léčení. Většinou tedy lze jen srovnat léčení účinnější proti méně účinným. Na lékaři a cvičitelce je tomuto spontánnímu uzdravení napomáhat a bránit nemocnému, aby se sám nepoškodil.

Otázky elektroléčby jsou stále aktuální. Jsou propracovány metodiky jako Jankelova (9), tj. stimulace zesíleným emg ze zdravé strany. Je otázkou, zda elektroléčbou nemohou vznikat škody, zejména kontraktury, jak jsme dokazovali v roce 1963 (3). Během popsaných patnácti let jsme postupovali podle svých technických možností. Od r. 1962 jsme měli pracovní kontakty se skupinami, které zavádějí stimulaci moderními přístroji, nastavitelnými na měřitelné pravouhlé nebo progresivní impulsy. (8, 31, 32, 33, 34 b). Technické problémy vybavení pracoviště a poruchovost přístrojů nás vedly k tomu, že v mezní situaci jsme neváhali užít přerušované galvanisace, tzv. bodové galvanisace, jako metody udržující trofiku svalů, než nerv doroste, s vědomím, že kontraktura by byla esteticky přijatelnější než plegie. Docílit touto metodou přesné

isolované kontrakce je nesmírně nesnadné, prakticky nemožné. Proto jsme uvítali stimulátor FS-2 IKEM navržený pro výrobu v Tesle Valašské Meziříčí (34 b), jehož prototyp u nás skoro dva roky bezporuchově pracuje. Umožňuje vyšetřit IT křivku a také měnit impuls, jeho tvar a trvání podle toho, jak se mění stav pacienta, aby nedocházelo k souhybům (16).

Důležitost času, ve kterém je fyzikální léčba v průběhu nemoci nasazena, vyplývá nejlépe z tabulky.

Závěrem uvádíme, že jsme považovali za nutné uvést své zkušenosti s rozsáhlejším statistickým hodnocením jako základ navrhovaných racionálních léčebných postupů u paresy lícního nervu. Na základě těchto zkušeností, dále ověřovaných, zpracovává komplexní racionalizační brigáda rehabilitačních pracovišť v Praze čtyři další upřesnění diagnostických, léčebných i rehabilitačních postupů u tohoto onemocnění.

LITERATURA

1. BEICKERT, A.: Die Kortikoidtherapie innerer Krankheiten. VEB Verlag Gustav Fischer, Jena 1964. 413 str.
2. BERG, R. — FORSGREN, M. — SCHIRATZKI, H.: Acute Facial Palsy. Acta Otolaryngol. (Stockholm) 81, 1976, č. 5—6, s. 462—467.
3. BORTLÍKOVÁ, V. — MARKOVÁ, J. — ADOLFOVÁ, V. — BENEŠOVÁ, M. — VOLFOVÁ, M.: Přednáška na 1. sjezdu rehab. společnosti, Bratislava, prosinec 1963.
4. DJUPESLAND, G. — BERDAL, P. — JOHANESSEN, T. A. — DEGRÉ, M. — STIEN, R. — SKREDE, S.: Viral Infection as a Cause of Acute Peripheral Facial Palsy. Arch. Otolaryngol. 102, 1976, č. 7, s. 403—406.
5. ENGELHARDT, P.: Liquorbefunde bei ein- doppel- und wechelseitigen Fazialispareesen. Med. Klin. 71, 1976, č. 17, s. 706—710.
6. GIANNONI, E. — CORBACELLI, A.: Aspects immunofluoroscopiques de la corde du tympan sur des sujets atteints de paralysie de Bell. Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. (Bordeaux) 98, 1977, č. 1—2, s. 31—40.
7. HAMPL, F.: Přednášky v kursu léčení obrny lícního nervu pro rehabilitační pracovníky, opakovaně v různých kursech, např. v r. 1960 v Janských Lázních.
8. JANČA, VI.: Dráždivé proudy v diagnostice a terapii chabých obrn. Sborník věd. prací VLA JEP (Hradec Králové) sv. 6, 1958, č. 2 s. 63—67.
9. JANKEL, W. R.: Bell Palsy: Muscle Reeducation by Electromyograph Feedback. Arch. Phys. Med. Rehab. Vol. 59, 1978, May, s. 240—242.
10. JERUZALEM, F.: Periphere Fazialislähmung. Schweiz. Rundschau Med. (PRAXIS) 66, 1977, č. 19, s. 497—500.
11. KAVKOVÁ, H.: Přehled postupu polybové léčby periferní paresy lícního nervu. Prakt. lék. 46, 1966, č. 21, s. 828—831.
12. KRATOCHVÍL, L. — PEŠL, J.: Léčení kryptogenní obrny lícního nervu dexamethazonem. Prakt. lék. 43, 1963, č. 13—14, s. 527—528.
13. LATHROP, F. D.: A Critical Analysis of Current Trends in the Management of Bell's Palsy. Laryngoscope 86, 1976, č. 8, s. 1209—1217.
14. MAIR, I. W. S. — FLUSGRUD, L. B.: Peripheral Facial Palsy and Herpes Zooster Infection. J. Laryngol. Otol. (Troms) 90, 1976, č. 4, s. 373—379.
15. MAMOLI, B.: Zur Prognosestellung peripherer Fazialispareesen unter besonderer Berücksichtigung der Elektroneurographie. Wiener Klin. W. suppl. 88, 1976, č. 53, s. 3—28.

16. MANOVIČ, Z. CH. — GRUZMAN, G. B.: Diagnostičeskoje i prognostičeskoje značeniye elektrofysiologičeskich issledovanij u bolnych s periferičeskimi paraličami licevogo nerva. Ž. nevroptol. psichiatr. 76, 1976, č. 6, s. 830—835.
17. MARKOVÁ, J.: Naše zkušenosti s obrnou lícního nervu. Část I. Čs. neurol. 1973, v tisku.
18. MARKOVÁ, J.: Obrna lícního nervu a pokroky v elektroléčbě. Fysiatr. věstník 1978, v tisku.
19. MAY, M. — HARDIN, W. — SULLIVAN, J. — WETTE, R.: Natural History of the Bell's Palsy. Laryngoscope 86, 1976, č. 5, s. 704—712.
20. MAY, M. — HARVEY, J. E. — NAROVITZ, W. F. — STROUD, M.: The Prognostic Accuracy of the Maximal Stimulation Test Compared with that of the Nerve Excitability Test in Bell's Palsy. Laryngoscope 81, 1971, ř. 6, s. 931—938.
21. MAY, M. — WETTE, R. — HARDIN, W. — SULLIVAN, J.: The Use of Steroids in Bell's Palsy: a Prospective Controlled Study. Laryngoscope 86, 1976, č. 6, s. 1111—1121.
22. MCGOVERN, F. H. — ESTEVEZ, J. — JACKSON, R.: Immunological Concept for Bell's Palsy. Ann. otol. rhinol. laryngol. 86, 1977, č. 3, s. 300—305.
23. NOVÁK, M. — MERTENOVÁ, J. — KULKOVÁ, H. — DOU TLÍK, S.: Bellova obrna lícního nervu a virová infekce. Čas. lék. čes. 117, 1978, č. 15, s. 460—465.
24. NOVÁK, M. — KULKOVÁ, H.: K virové etiologii Guillén-Barré-ova syndromu. Čas. lék. čes. 117, 1978, č. 4, s. 97—101.
25. OBRDA, K. — CHODOUNSKÁ, H.: Léčení obrny lícního nervu. SZN Praha 1953, Thomayerova sbírka č. 383. 36 str.
26. OBRDA, K. — KARPÍŠEK, J.: Rehabilitace nervově nemocných. SZdN, Praha, 1960. 470 str.
27. PECHAN, J.: Bellova obrna lícního nervu a její patogenetická léčba. Thomayerova sbírka č. 461. Avicenum, Praha, 1972, 144 str.
28. PECHAN, J.: Léčení Bellovy obrny: kortizonoidy nebo akupunktura? Prakt. lék. 57, 1977, č. 10, str. 388.
29. PROCHÁZKA, J. — DOU TLÍK, S. — ADAMO VÁ, V.: Klinický a laboratorní rozbor 55 nemocných podezřelých z poliomyelitidy za rok 1961. Prakt. lék. 42, 1962, č. 15—16, str. 690—693.
30. RAUŠER, V.: Určování restitučních procesů z výsledků funkční elektrodiagnostiky. Fysiatr. věst. 45, 1967, č. 3, s. 173—177.
31. RAUŠER, V. — ŘEHÁČEK, J. — BLÁHA, K.: Elektrodiagnostické sledování v oblasti lícního nervu při otorhinolaryngologických onemocněních. Sborník z celost. sjezdu ORL společnosti, Luhačovice 1966.
32. RAUŠER, V.: Hodnocení a analýsa výsledků funkční elektrodiagnostiky. Fysiatr. věstník 45, 1967, č. 3, str. 12—17.
33. RAUŠER, V.: Racionální postupy v teploléčbě. Prac. dny čs. fysiatr. společnosti, Luhačovice 1977. Prakt. lékař, v tisku.
34. RAUŠER, V. — DVOŘÁK, S.: Fysiatrický stimulátor FS/2. Služba zdravotníkům, 1975, č. 1, s. 69.
35. RAUŠER, V.: Záv. zpráva výzk. úkolu OPU-MZ ČSR. VTI IKEM, Praha 1970.
36. STEIDL, L.: Stanovení prognosy Bellovy obrny. Klinická a elektromyografická studie. Čs. neurol. 33, 1970, č. 1, s. 20—28.
37. VOTAVA, J. — SKÁLOVÁ, V.: Obrna lícního nervu — rehabilitační cvičení. Pokyny pro nemocné. Vydavatelství Odd. zdr. výchovy ÚNZ-NVP, Praha 1975. 13 str.

Adresa autora: J. M., Thomayerova nemocnice, Budějovická ulice čp 800,
Praha 4-Krč

Й. Маркова, М. Мацоурекова

НАШ ОПЫТ С ПАРАЛИЧОМ ЩЕЧНОГО НЕРВА

Резюме

В работе описывается методика лечебной физкультуры при парезе щечного нерва и дается оценка клинического опыта. В методике кинезотерапии подчеркивается мягкий метод, без массажей и пассивного протягивания мышечных волокон. Обращается внимание на термотерапевтические и электротерапевтические процессы. Статистическая оценка обнаруживает (при известной спорности этого заболевания) в приведенной серии почти 230 больных успехи даже в 80 %.

J. Marková, M. Macourková

OUR EXPERIENCES WITH FACIAL PARESIS

Summary

The paper deals with the methodology of rehabilitation of facial paresis and the evaluation of clinical experiences. In the methodology of kinesotherapy are emphasized a gentle method without massage and passive extension of muscle fibres. Attention is devoted to supplementary methods of thermo- and electrotherapy. Statistic evaluation shows in a group of 230 patients 80 % successful treatment, even in the well-known discutability in the course of this disease.

J. Marková, M. Macourková

UNSERE ERFAHRUNGEN MIT DER FAZIALISLÄHMUNG

Zusammenfassung

In der Schrift wird die Methodik der Rehabilitationsverfahren bei der Pese des Fazialis unter Auswertung klinischer Erfahrungen beschrieben. In der Methodik der Kinesitherapie wird die Notwendigkeit der Anwendung sanfter Verfahren, ohne Massage und passive Dehnung der Muskelfasern, betont. Auch ergänzenden Verfahren der Thermo- sowie der Elektrotherapie wird Aufmerksamkeit geschenkt. Die statistische Auswertung des behandelten Ensembles von fast 230 Patienten verzeichnet Erfolg in 80 % der Fälle, trotz aller Diskutabilität des Verlaufes dieser Erkrankung.

J. Marková, M. Macourková

NOS EXPÉRIENCES AVEC LA PARALYSIE
DU NERF FACIAL

Résumé

L'article traite la méthodique des procédés de réadaptation dans la parésie du nerf facial avec évaluation des expériences cliniques. Dans la méthodique de kinésithérapie on souligne le procédé doux, sans massages ni allongements passifs des filaments musculaires. Une attention spéciale est vouée aux méthodes complémentaires de la diathermie et l'électrothérapie. Dans un groupe d'environ 230 patients, l'évaluation statistique démontre les succès atteignant jusqu' à 80 p.cent, malgré le cours discutable connu de cette maladie.

R. MEINECKE

BEWEGUNGS-LÄNGEN UND UMFANGSMÄSSUNGEN. NEUTRAL-O-DURCHGANGSMETHODE

MERANIE POHYBLIVOSTI, DĹŽKY A OBVODU. NEUTRÁLNA-O-METÓDA

Vydal Institut für Weiterbildung mittlerer medizinischer Fachkräfte, Potsdam, 1978, 54 str., 57 obr., cena 2,50 Mark.

Práca prof. dr. R. Meineckeho vyplňuje dôležitú medzeru v zdravotníckej literatúre a tak prispieva k zjednoteniu dokumentácie artrotestu a k meraniu dĺžky končatín pri chorobných stavoch.

Pri meraní pohyblivosti kĺbov doteraz temer každá ortopedická klinika, ale aj iné pracoviská s profilom chorôb pohybového aparátu, nemali jednotný základ. Tak v reumatológii platila konvencia, že ak človek stojí v spojnomo stojí, má všetky kĺby v nulovej polohe. Každý pohyb z tejto polohy znamená určité zväčšovanie uhla, takže krajné polohy vyjadrujú najväčší uhol. Niektorým autorom to nevyhovovalo, pretože to neodpovedá geometrickej presnosti. Preto označujú pri niektorých kĺboch za nulovú polohu 180° (laktef, koleno), pri iných napr. pri členkovom kĺbe 90° ako nulovú polohu. Z tohto nejednotného označovania vznikali nejasnosti. Na problém nejednotnosti poukazoval Hněvkovský, Lánik, i keď Janda legalizoval už dávnejšie nulovú polohu ako základnú pri všetkých kĺboch.

Prof. Meinecke vychádzal z hodnotenia

Debrunner-Müllera, prepracoval a doplnil jeho metódu a tak prispel k exaktnej dokumentácii merania mobility kĺbov a chrbtice.

Publikácia obsahuje VI kapitol. V prvej sa osvetľuje princíp a metódy merania, vysvetľuje sa pojem nultého postavenia, dokumentácia a meracie prístroje. V ďalších kapitolách sa opisuje špeciálne meranie jednotlivých kĺbov a chrbtice. Ostatné state sú venované meraniu dĺžky končatín, aj amputovaných.

Inštruktívne obrázky demonštrujú názorne O-postavenie a normálnu pohyblivosť.

Knižka je písaná jasne, stručne. Bolo by účelné legalizovať túto metódu merania u nás a školíť podľa nej kádre v zdravotníckych školách.

Jediným nedostatkom je, že autor, i keď uvádza Thomayerovu dištanciu, nehovorí o jej autorovi a neuvádza Stiborovu dištanciu, ani Pevolkov test na meranie rotačných pohybov chrbtice.

Dr. P. Škodáček, Piešťany

V dňoch 22.—27. júna koná sa vo Winnipegu v Kanade XIV. svetový kongres Rehabilitation International. Základnou témou kongresu je „Prevenčia — Integrácia: Priority pre 80. roky“.

Informácie o tomto kongrese podá:
Congress Secretariat 1980 World Congress,
c/o Canadian Rehabilitation Council for the Disabled
P. O. Box 1980 Winnipeg, Manitoba, Canada
R3C 3R3

ZMENY KROKU PRI KOXARTÓZE PO KOMPLEXNEJ KÚPELNEJ LIEČBE

P. ŠKODÁČEK, E. DOBRUCKÁ, J. DOMÁŇ

*Čs. štátne kúpele, Piešťany**Riaditeľ: MUDr. E. Scholtz*

Súhrn: Komplexnou balneoterapiou sa dosiahne objektívne zlepšenie dynamiky chôdze a takto sa dá čiastočne vyhodnotiť aj morfológia chôdze. Efekt komplexnej balneoterapie sa však nemohol vypukle gravitovať, pretože v súbore pacientov sme nemohli vylúčiť chorých, precitlivených a intravertovaných.

Od integrácie tejto úlohy by bolo účelné sledovať systém svalovej kapacity — svalový test a to svalov s tendenciou k skráteniu (adduktory stehna a flexory stehna) ako aj ich antagonistov s fázickou funkciou (abduktory stehna — m. glutei, brušné svalstvo), aby sa nezvyšovala svalová dysbalancia, ktorá vedie k fixovaniu zmeneného postavenia kĺbov.

Kľúčové slová: Koxartrózy a kúpeľná liečba — objektívne hodnotenie chôdze.

Chôdza je plynulý pohybový dej patriaci k základným podmienkam existencie a základným prejavom živého organizmu. Je primárnou funkciou dolných končatín. Jej porušenie patrí medzi prvé príznaky ochorenia alebo traumatického poškodenia lokomočného aparátu.

Hodnotenie chôdze sa robí väčšinou opisom: normálna, krivajúca, s podporou, aj keď možnosti jej registrácie sú veľmi široké, od mechanického hodnotenia až po biomechanické, fotografické, filmové, atď.

Chôdza sa odlišuje aj podľa typov (Švehla 1970):

- a) Chôdza stenická je charakterizovaná pravidelným, stredným krokom, s plnou účasťou všetkých fyziologických pohybov. Držanie tela je priame, s hlavou takmer fixovanou dopredu. Javí pružnú prispôsobivosť a reaktivitu na vonkajší svet.
- b) Chôdza astenická je charakterizovaná tendenciou k všeobecnej flexii, hlava je sklonená dopredu, chrbát býva guľatý, kroky sú kratšie, tiché. Chôdza je pomalá, váhavá, ostražitá. Obzeranie je menej časté, ale potom rýchle, akoby úzkostné. Hybnosť je malá, skôr aktívna než elastická.
- c) Chôdza hyperstenická je vznešená so zdvihnutou hlavou, rýchla, pružná až hojdavá, kroky dlhé, pohyby živé až premrštené. Hlavou otáča veľmi často a aj na malé podnety javí sa reakcia v celom tele.

Chôdza sa odlišuje aj podľa pohlavia: ženská chôdza je všeobecne charakterizovaná väčšími horizontálnymi výkyvmi, ženy väčšinou zanedbávajú koordináciu pohybov. Starecká chôdza podľa la Dajérina je zvýraznená súchavým, krátkym krokom. Fáza dvojitej opory, ktorá normálne obnáša jednu desatinu kroku, je u starcov nápadne dlhá. I keď starec došlapuje na celé chodidlo, je tu predsa viditeľná zvýšená labilita, ktorá núti starca používať palicu aj bez zrejmej poruchy mobility. Markantne to vyjadril Malaise: „Človek chodí v detstve po štyroch, v dospelosti po dvoch a v starobe po troch nohách.“

Dôležitým formatívnym faktom chôdze sú choroby — bolesť, psychická trauma atď. Chôdza pri nervových chorobách — ataktická pri hyperkinézach, pri vestibulárnych poruchách.

V testoch pri hodnotení chôdze sa uvádza asymetria krokov, krívanie, nevyhnutná podpora.

Podľa Marle d'Aubigné sa chôdza hodnotí v 6-tich stupňoch:

- 0 — chôdza nemožná
- 1 — len o barlách
- 2 — len o dvoch paliciach
- 3 — s jednou palicou, menej ako 1 hod., bez palice veľmi namáhavá
- 4 — s jednou palicou dlhšie ako 1 hod., bez palice len na krátku vzdialenosť, krívanie
- 5 — bez palice, ale ľahké krívanie
- 6 — normálna

Iní autori hodnotili pri svojich sledovaniach podľa testu praktických činností (Sitaj—Zbojanová) chôdzu po rovine, po šikmej rovine, hore schodmi, dolu schodmi atď. Alebo časom, za ktorý prejde 30 m pred liečbou a po nej.

Kladrubský test hodnotí rytmus chôdze podľa pravidelnosti a nepravidelnosti, dĺžky kroku a lokomóciu pri chôdzi na rýchlosť za 1. minútu a chôdzi na vytrvalosť za 30 minút.

Výstup na chodník a zostup, chôdzu do schodov a zo schodov (25 schodov), chôdzu v teréne, cestovanie verejnými dopravnými prostriedkami, ako aj hodnotenie techniky chôdze s barlami.

Významné je hodnotenie chôdze pomocou elektrogoniografie, pri ktorej graficky sa objektivizujú zmeny, ktoré sú často pri zmyslovom vyšetrowaní nepostrehnuteľné a pri ktorom sa registrujú patologické typy chôdze a ich úprava v priebehu liečenia (Spišák).

Pri takejto mozaike kritérií chôdze porovnávanie jednotlivých liečebných výsledkov bolo veľmi ťažké.

Ak chceme zistiť, ako sa zmenila chôdza pri poruchách lokomočného aparátu a objektívne to vyjadriť, musíme mať určité kritériá.

Základné kritériá pri hodnotení chôdze:

- a) podľa morfológie — kinetické vlastnosti;
- b) podľa dynamiky — vzťah medzi chôdzou, akciou svalov a pôsobením gravitačnej sily.

Hodnotí sa pravidelnosť chôdze a to priestorová a časová. Priestorovú chôdzu charakterizujeme dĺžkou krokov a časovú opisom rytmu a tempa chôdze (Lá-

**P. ŠKODÁČEK, E. DOBRUCKÁ, J. DOMAŇ / ZMENY KROKU PRI KOXARTRÓZE
PO KOMPLEXNEJ KÚPEĽNEJ LIEČBE**

nik, Rehabilitácia č. 3, 1963). Pri tom nie je dôležité sledovať koľko metrov za sekundu prejde, ale ako rýchle bude sriedať pohybovú a stojnú fázu pri chôdzi.

Podľa Hackenbrocha pri chôdzi v uzavretom priestore ide o priamočiary pohyb dopredu a jej podstatou je rytmická výmena a kombinácia rôznych odsekov končatín na spôsob otvárania a zatvárania reťaze. Došliapnutím nohy na podložku sa reťaz uzavrie a odvinutím sa otvorí. Chôdza bude tým plynulejšia a rýchlejšia, čím viac sa jednotlivé krokové pohyby zrefazia. Motorom chôdze je však flexorový a extenzorový svalový systém (Jandová—Velé: triceps surae s extenzormi a flexormi kolena).

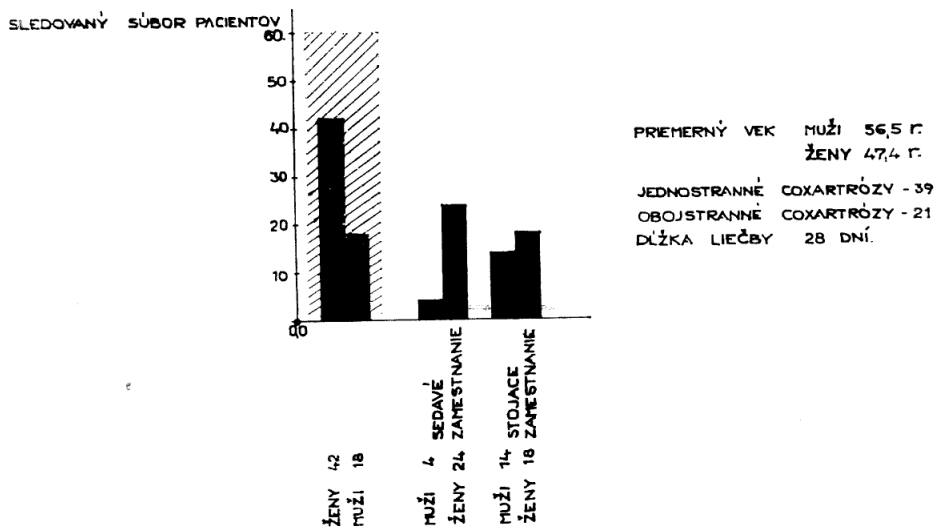
Huraj sledoval vo svojej práci poruchy chôdze u 50-tich pacientov s koxartrózou a zistil, že krok je kratší, čas dvojkroku dlhší a nastáva aj rozšírenie kroku a iné zmeny, preto odporučil takúto registráciu ako najmenej komplikovanú pri objektivizácii výsledkov komplexnej balneoterapie. Sledovali sme a hodnotil s prof. Dobruckou a rehabilitačným pracovníkom Domáňom 60 pacientov pred 28-dňovou kúpeľnou liečbou a po jej ukončení.

V tomto súbore pacientov bolo 42 žien a 18 mužov. U mužov zamestnanie v stoji malo 14, u žien 18 a sedavé zamestnanie mali 4 muži a 24 žien.

Priemerný vek: muži — 56,5 rokov

ženy — 47,4 rokov

Jednostranné koxartrózy 39, obojstranné koxartrózy 21.



Graf 1.

Metodika:

1. Balneačné prostriedky:

Bazénový kúpeľ 38,5 °C na čas 20 minút 2x týždenne.

Bahnový obklad 44 °C na čas 20 minút na dolné končatiny 2x týždenne.

Masáž pod vodou o tlaku 3 atm na dolné končatiny 2x týždenne.

**P. ŠKODÁČEK, E. DOBRUCKÁ, J. DOMAŇ / ZMENY KROKU PRI KOXARTRÓZE
PO KOMPLEXNEJ KÚPELNEJ LIEČBE**

Ručná masáž parciálna 2x týždenne po bazénovom kúpeli.

Krenokineziterapia v bazéne s teplotou vody 34 °C 3x týždenne s plávaním.

II. Analýza chôdze pred liečbou a po nej:

- merať dĺžku kroku a dvojkroku
- čas trvania dvojkroku
- šírka kroku
- uhol stupaje

Vyšetrovanie kroku sme robili na podlahe jemne poprášenej sadrou, v ktorej ostáva zreteľne otláčená stupaj vyšetrovaného. K ďalšiemu vyšetrovaniu sme použili stopky a uhlomer.

Podľa Fishera-Murraya dĺžka cestovného kroku je 150 cm. Ide vlastne o dvojkrok po vykročení stojmo (tzv. vojenský krok).

Čas trvania dvojkroku — priemerne 0,98 sek.

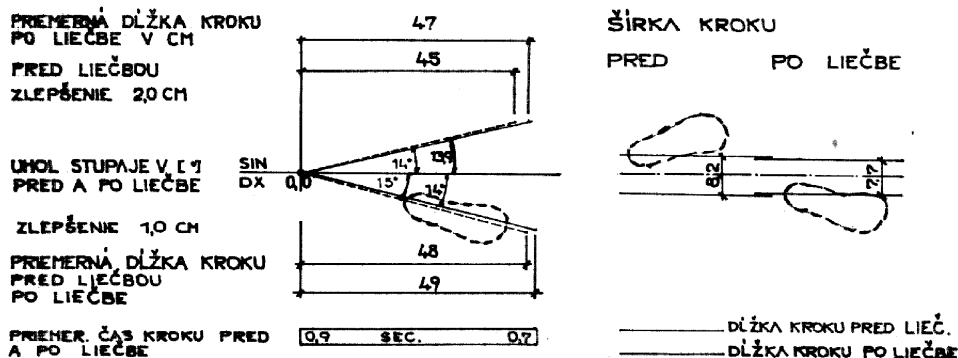
Tento ukazovateľ značne variuje. Závisí od mnohých faktorov, hlavne od telesnej výšky sledovaného, jeho vôľového úsilia atď. Šírka kroku (meria sa od stredy päty stupaje pravej nohy po stred stupaje ľavej nohy) — priemerne 8 cm.

Uhol stupaje (meria sa v smere pohybu. Je výslednicou uhla, ktorý zvierajú os stupaje s ňou) — normálne 7—9°.

Z nášho sledovania sme dospeli k takýmto záverom:

Jednostranné koxartrózy:

1. Dĺžka kroku pri jednostranných koxartrózach sa priemerne zlepšila o 3 cm.
2. Šírka kroku sa nezlepšila, ale sa zhoršila o 2,3 cm a to preto, lebo u väčšiny pacientov išlo o addukčné kontraktúry a chronické koxartrózy III. štádia.



Graf 2. Priemery meraných parametrov pred liečbou a po liečbe jednostranných koxartróz.

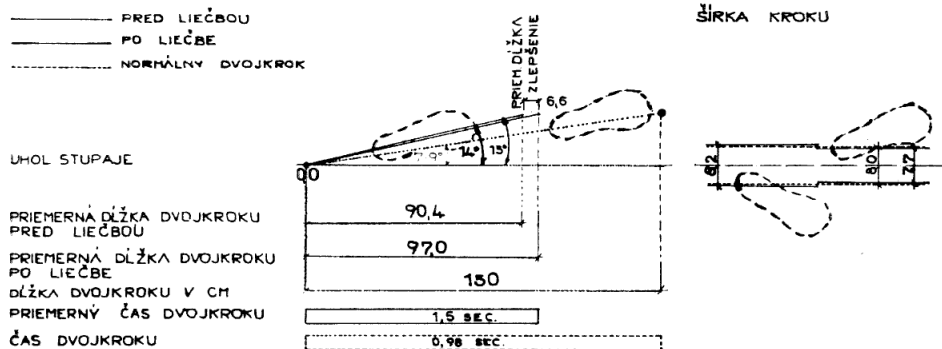
Huraj tiež uvádza, že pri akútnych formách, kde je ešte aj zápalová zložka, je báza širšia. A negatívna hodnota je, ako sa aj v našej zostave do-

P. ŠKODÁČEK, E. DOBRUCKÁ, J. DOMAŇ / ZMENY KROKU PRI KOXARTRÓZE
PO KOMPLEXNEJ KÚPELNEJ LIEČBE

kazuje, že pacienti v takýchto prípadoch akoby predkladali jednu nohu pred druhú, stupaje prechádzajú za os smeru pohybu.

3. Taktiež uhol stupaje vykazoval negatívne hodnoty.

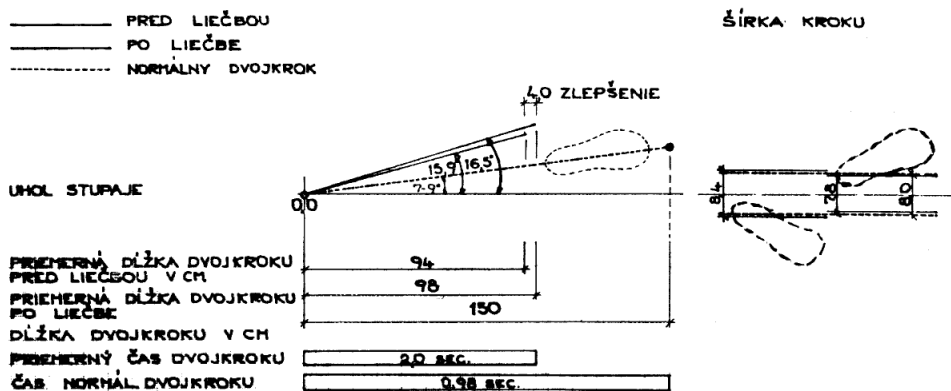
4. Priemerný čas kroku (čas trvania chôdze) 0,9 sek., po liečbe sa čas zlepšil na 0,7 sek.



Graf 3. Priemery meraných parametrov pred liečbou a po liečbe jednostranných koxartróz.

Obojstranné koxartrózy :

1. Dĺžka kroku sa zlepšila o 7 cm.
2. Šírka kroku vykazovala negatívne hodnoty.
3. Uhol stupaje sa zlepšil na pravej DK o 0,6°.
4. Priemerný čas kroku sa tiež zlepšil o 0,16 sek.



Graf 4. Priemery meraných parametrov pred liečbou a po liečbe obojstranných koxartróz.

P. ŠKODÁČEK, E. DOBRUCKÁ, J. DOMÁŇ / ZMENY KROKU PRI KOXARTRÓZE PO KOMPLEXNEJ KÚPELNEJ LIEČBE

Záver

Komplexnou balneoterapiou dosiahne sa objektívne zlepšenie dynamiky chôdze a takto sa dá čiastočne hodnotiť aj morfológia chôdze. Efekt komplexnej balneoterapie sa však nemohol vypukle gravitovať, pretože v súbore pacientov sme nemohli vylúčiť chorých, precitlivených a intravertovaných. Pri integrácii tejto úlohy bolo by účelné sledovať systém svalovej kapacity — svalový test — a to svalov s tendenciou ku skráteniu (adduktory stehna a flexory stehna), ako aj ich antagonistov s fázickou funkciou — abduktory stehna — m. glutei, brušné svalstvo, aby sa nezvyšovala svalová dysbalancia, ktorá vedie k fixovaniu zmeneného postavenia kĺbov.

LITERATÚRA

- E. HURAJ: Poruchy chôdze pri koxartrózach. Lekársky obzor XVI., 1967, 9: 503—509
E. HURAJ — J. LÁTAL — J. HORSKÝ: Dynamické poruchy chôdze u ortopedických pacientov. Rehabilitácia 1972, 4: 201—205
F. ŠVEHLA: Úvod k neurológii chůze. Zdravotnické nakladatelství, Praha, 1950, 25—46
V. SELIGER — A. NOVÁK: Biomechanika sportovního pohybu. Sportovní a turistické nakladatelství, Praha 1960, 126—129
V. LÁNIK A KOL.: Liečebná telesná výchova a rehabilitácia. Obzor, Bratislava 1966
K. LEWIT — G. GUTMANN: Funkční patologie hybné soustavy. Rehabilitácia — Supplementum 10—11, 1975, 91—157

Adresa autora: P. Š., Čs. štátne kúpele, Piešťany

П. Шкодачек, Е. Добруцкая, Й. Домань

ИЗМЕНЕНИЯ ШАГА У КОКСАРТРОЗОВ ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Резюме

При помощи комплексной бальнеотерапии достигается объективного улучшения динамики ходьбы и, таким образом, возможно дать и частичную оценку морфологии ходьбы. Нельзя было, однако, отчетливо выразить эффект комплексной бальнеотерапии, так как из серии больных мы не могли исключить слишком чувствительных и замкнутых больных.

Для интеграции этой задачи было бы целесообразно проследить систему мышечной способности — мышечный тест, а именно мышц с тенденцией к сокращению (аддукторы бедра, флексоры бедра), равно как их антагонистов с фазической функцией (абдукторы бедра ягодичные мышцы, брюшная мускулатура), чтобы не повышалась мышечная неуравновешенность, влекущая за собой фиксацию измененного положения суставов.

P. Škodáček, E. Dobrucká, J. Domáň

CHANGES IN GAIT AFTER COMPLEX BALNEOTHERAPY

Summary

An objective improvement of the dynamics of gait can be achieved by balneotherapy and thus the morphology of gait can be partially evaluated. The precise effect of complex balneotherapy however could not be estimated because oversensitive individuals could not be eliminated from the group of patients.

**P. ŠKODÁČEK, E. DOBRUCKÁ, J. DOMAŇ / ZMENY KROKU PRI KOXARTRÓZE
PO KOMPLEXNEJ KÚPELNEJ LIEČBE**

For the integration of this task it would be expedient to investigate the system of muscle capacity — muscle test of the muscles with the tendency of shortening (adductors of the thigh and flexor of the thigh), as well as their antagonists with phase function (abductors of the thigh — m. glutei, abdominal muscles) so that muscle imbalance is not increased which would lead to fixation of the changed position of the joints.

P. Škodáček, E. Dobrucká, J. Domaň

VERÄNDERUNGEN DES SCHRITTES BEI KOXARTHROSEN NACH
KOMPLEXER BADEKURBEHANDLUNG

Zusammenfassung

Mit Hilfe komplexer Balneotherapie wird eine objektive Besserung der Gangdynamik erzielt und aufgrund dessen kann auch die Morphologie des Ganges zum Teil ausgewertet werden. Der Effekt der Balneotherapie konnte jedoch nicht voll markant zum Ausdruck kommen, da es nicht möglich wär, kranke, überempfindliche und introvertierte Patienten aus dem Ensemble auszuschließen.

Zwecks Integration dieser Aufgabe wäre es angebracht, das System der Muskelkapazität zu beobachten — den Muskeltest, und zwar der zu Verkürzung neigenden Muskel (der Adduktoren der Oberschenkel und der Flexoren der Oberschenkel), sowie auch ihrer Antagonisten mit phasischer Funktion (die Abduktoren der Oberschenkel — m. glutei, die Bauchmuskulatur), damit die Muskedybalanz, die zur Fixierung der veränderten Stellung der Gelenke führt, nicht weiter gesteigert werde.

P. Škodáček, E. Dobrucká, J. Domaň

CHANGEMENTS DU PAS CHEZ LES COXARTHROSES APRÈS
UNE CURE DE BALNEOTHERAPIE COMPLEXE

Résumé

Par une balnéothérapie complexe on obtient une amélioration objective de la dynamique de la marche. Il est donc possible d'évaluer aussi en partie la morphologie de la marche. Il ne fut cependant pas possible de mettre en relief l'effet d'une balnéothérapie complexe, étant donné que dans le groupe de patients, on n'a pas été en mesure d'éliminer les malades, puis ceux atteints de grande sensibilité et les intraverteux.

A l'intégration de cette tâche, il serait utile de poursuivre le système de la capacité musculaire — test musculaire c.a.d. les muscles ayant une tendance à se raccourcir (les adducteurs de la cuisse et les flexeurs de celle-ci) ainsi que leurs antagonistes à fonction phasique (abducteurs de la cuisse — m. glutei, muscles abdominaux), pour éviter l'augmentation de la dysbalance qui mène à la fixation du changement de la position des articulations.

R. HASCHEN, C. WAGENKNECHT

PATHOBIOCHEMIE. PERSPEKTIVEN UND ENTWICKLUNGSTENDENZEN FÜR KLINISCHE CHEMIE UND LABORATORIUMSDIAGNOSTIK.

PATOBIOCHÉMIA. PERSPEKTÍVY A VÝVOJOVÉ TENDENCIE KLINICKEJ CHÉMIE A LABORATÓRNEJ DIAGNOSTIKY.

Vydal VEB Volk und Gesundheit Berlin 1978 v edícii Ergebnisse der experimentellen Medizin, Zv. 30, 246 strán, početné obrázky a tabuľky, cena 27,— M.

Haschenova a Wagenknechtova publikácia je vlastne zborníkom prác, ktoré venujú pozornosť niektorým otázkam súčasnej klinickej biochémie. V prvej časti sú zoradené práce zaoberajúce sa aktuálnou problematikou klinicko-biochemickej diagnostiky koronárnej choroby aj jej komplikácií, otázkami diagnostiky pečeneových porúch pomocou izoenzymov, možnosťami a hranicami diagnostiky hepatobiliárnych ochorení, okruhom využitia určovania enzýmov v moči najmä pri poruchách obličiek. Druhá časť publikácie sa plne venuje patobiochémiu perinatálneho obdobia a v ôsmich prácach rieši jednotlivé biochemické otázky.

Práce sú dokumentované grafmi a tabuľkami, ilustrujúcimi diskutované otázky. Vecný register a zoznam autorov jednotlivých príspevkov ukončuje tento zborník. Jednotlivé práce prinášajú iste veľmi cenné poznatky v danom tematickom okruhu, chýba však jednotiaci motív celej publikácie — perspektívy a vývojové tendencie klinickej chémie a laboratórnej diagnostiky. Jednotlivé práce, tak ako sú usporiadané, neriešia a ani nemôžu riešiť vcelku koncepčnú otázku perspektív a vývojových tendencií — to vyžaduje širšie spracovanie celej látky.

Dr. M. Palát, Bratislava

WIRBELSÄULE

ANALYSE DER RÖNTGENBILDER. BAND 1: SKELETT, WIRBELSÄURE

ANALÝZA RÖNTGENOGRAMOV. ZVÄZOK 1: KOSTRA, CHRBTICA
Vydal Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1978, 726 strán, 425 obrázkov. Cena DM 110,—.
ISBN 3-432-89081-8.

Ako prvý zväzok trojdielnej učebnice vychádza v roku 1978 vo vydavateľstve Ferdinand Enkeho v Stuttgarte nemecký preklad americkej publikácie profesora Meschana. Pôvodná učebnica vyšla v roku 1973 vo vydavateľstve W. B. Saundersa.

Prvý diel je venovaný otázkam röntgenologickej diagnostiky v oblasti porúch kostry a chrbtice. Kniha má dva oddiely, 14 kapitol, s poukazmi na literatúru, relatívne rozsiahly prehľad nemeckej odbornej literatúry na konci knihy a vecný register. Prvý oddiel je všeobecne zameraný, hovorí sa v troch kapitolách o základoch röntgenovej diagnostiky, o ochrane pred žiarením pri röntgenodiagnostike sa

o všeobecných výrazoch a pojmoch v röntgenovej diagnostike.

Druhý oddiel je systematický a jednotlivé kapitoly sa zaoberajú poruchami kostrového substrátu a poruchami chrbtice podľa anatomickej lokalizácie — je tu kapitola o fraktúrach, o kongenitálnych a hereditárnych poruchách kostrového systému, o chorobách sprevádzaných poruchami metabolizmu kalcia, o ochoreniach kostí charakterizovaných rozšírením. Je tu kapitola venovaná otázkam röntgenológie kĺbov, röntgenológii lebky a konečne veľká kapitola o röntgenovej diagnostike pri poruchách chrbtice.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

VÝZNAM TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU U PARAPLEGIKŮ

V. KRÍŽ

Rehabilitační ústav v Kladrubech
Ředitel: MUDr. Vladimír Kríž

Souhrn: Tělesná výchova a sport jsou důležitou součástí života tělesně postižených, jejichž příkladem jsou např. nemocní s paraplegií dolních končetin. Léčebná tělesná výchova a léčebný sport je důležitou součástí základní rehabilitace. Velký význam má i ve stadiu stabilizace zdravotního stavu, kde aktivně a pravidelně prováděná tělovýchova pomáhá udržet optimální funkční stav tělesně postižených. Formy této tělovýchovy jsou: domácí cvičení, kondiční či rekreační tělovýchova a sport tělesně postižených. Je třeba, aby pracovníci v rehabilitaci byli dobře informováni i o těchto možnostech, aby navázali kontakty s institucemi zajišťujícími tělovýchovu tělesně postižených, aby přesvědčovali nemocné o důležitosti této formy kondičního cvičení a aby se podle svých možností podíleli na kontrole, eventuálně i provádění tělesné výchovy a sportu tělesně postižených.

Klíčová slova: Paraplegici — tělesná výchova — léčebný sport — kondiční cvičení.

Rehabilitace tělesně postižených osob je celospolečenským úkolem, který mnohonásobně překračuje úkoly uložené zdravotníkům. Tento systém zahrnuje opatření politická, organizační, zdravotnická, sociální, kulturní a další. Prakticky všechna opatření se týkají také tělesné výchovy invalidních osob, ať již jde o léčebnou tělesnou výchovu jako součást léčebné rehabilitace v časném i pozdním stadiu po nemoci či úrazu, nebo o zájmovou a rekreační tělovýchovu či závodně provozovanou sportovní činnost ve stadiu stabilizace tělesného postižení.

V Koncepci fyziatrie, balneologie a léčebné rehabilitace, vydané ministerstvem zdravotnictví v roce 1973, jsou sport tělesně postižených a cíleně řízená rekreace uvedeny jako prostředky léčebné rehabilitace:

- a) zajišťující předcházení i léčení druhotných změn vznikajících v důsledku onemocnění, operace či úrazu;
- b) sloužící k dosažení maximálních funkčních možností postižených částí těla;
- c) sloužící k nejuvhodnější aktivizaci funkcí nepostižených částí organismu;
- d) zajišťující maximálně aktivizaci všech schopností člověka (tělesných i duševních), aby celková funkční ztráta byla co nejmenší a byla dosažena nejvyšší možná výkonnost postiženého jedince.

V současné době jsou personální i kapacitní možnosti rehabilitačních nemocnic, poliklinik a rehabilitačních ústavů plně vytíženy nemocnými po čerstvých onemocněních, úrazech či operacích. Podstatné zlepšení této situace bude ještě úkolem dalších let. Proto se kvalifikovaní lékaři i rehabilitační pracovníci mohou věnovat tělesné výchově tělesně postižených osob se stabilizovaným zdravotním stavem prakticky jen v mimopracovní době a ze svého vlastního popudu. Proto také zůstávají hlavními organizátory jak rekreační (a kondiční), tak závodně provozované tělovýchovy dobrovolní tělovýchovní pracovníci s kvalifikací tělovýchovný pedagog (někteří mají specializaci pro zvláštní tělesnou výchovu) nebo dobrovolný cvičitel či trenér. Zvláštní tělesná výchova se provádí na školách, organizovanou dobrovolnou tělovýchovu tělesně postižených dále provádějí některé oddíly a jednoty ČSTV, některé pohybově rekreační činnosti organizují Svaz invalidů, domy kultury, ojedinele i jiné instituce.

Z čistě medicínského hlediska mají tělesná cvičení zásadní význam ve všech fázích onemocnění. U paraplegiků začínáme cvičit hned po odeznění pourazového či pooperačního šoku. Pasivně cvičíme ochrnuté části těla, abychom udrželi dobrou pohyblivost kloubů a zlepšili prokrvení ochrnutých částí. Ještě však důležitější je cvičení nepostižených svalů. Prostřednictvím těchto svalů udržujeme trénovanost oběhového a dýchacího systému, která bude velmi důležitá v další fázi rehabilitace. Urychlení krevního oběhu intenzivním cvičením má i význam pro lepší prokrvení i ochrnutých částí těla, zpomaluje atrofii těchto tkání, je i částečnou prevencí vzniku proleženin. Snažíme se maximálně posílit zachovalé svaly, protože jejich dobrá funkce bude základním předpokladem pro výcvik sebaobsluhy, výcvik jízdy na vozíku i eventuální výcvik chůze. Většinu těchto cviků si může provádět nemocný sám podle návodu rehabilitačního pracovníka (nejlépe i písemného), a měly by být hlavní náplní jeho denního režimu. Zde je nutno si uvědomit, že pro některé základní sebeobslužné výkony (např. přesezení na vozíku) musí mít nemocný tak silné svaly horních končetin, že musí být schopný vzepřít celou jeho tělesnou váhu. Konkrétně řečeno, pacient vážící 70 kg by měl vleže na zádech vzepřít činku o váze 70 kg. Z toho také vyplývá, jakou pozornost je nutno věnovat udržování správné tělesné váhy. Pokud váha stoupá ukládáním tuku, vzniká nebezpečí, že svaly horních končetin a trupu tuto váhu již nezvládnou a nemocný se v důsledku otylosti stane neschopným sebeobsluhy. V první fázi léčby paraplegiků má jejich tělesná váha klesat, protože se ztrácí svalová hmota a kostní minerály z nehybných částí těla. Pokles váhy je tedy plně zdůvodněn průběhem nemoci, není ukazatelem nových nepříznivých změn a bývá chybou, pokud se chce zvýšeným kalorickým obsahem potravy váhu udržet. Strava má v tomto období obsahovat maximální množství bílkovin a vitaminů, má však mít vzhledem ke snížené pohyblivosti nižší kalorický obsah o 500 až 1000 kalorií. Čím větší byla fyzická námaha před úrazem či operací, tím větší musí být snížení kalorického obsahu potravy. Na úbytku váhy se podílí rovněž úbytek svalové hmoty ze zdravých svalů v důsledku nižší aktivity těchto svalů, spojené s uložením nemocného na lůžku. Tomu se však dá (a má) zabránit intenzivním a často opakovaným cvičením zachovalých svalů, takže pokles váhy v prvních dvou měsících by neměl být větší než 1 kg týdně, v dalších dvou měsících 1 kg za 14 dní, v dalších dvou měsících 1 kg za měsíc. Pak by se měla váha udržovat na stejných hodnotách.

Kromě speciálního posilování svalů HK a trupu (cvičení s činkami, závažím, práce na lůžku s těžšími předměty, vzpírání trupu, přitahování k hrazdičce) cvičíme tyto svaly i praktickými činnostmi z oblastí sebeobsluhy na lůžku (otáčení z polohy na zádech do polohy na boku, na břicho, používání hrazdičky

či žebříčku k přitahování horní poloviny trupu, posazování). Při většině těchto cvičení je však nutný souhlas lékaře s prováděním každého konkrétního cviku, protože v časném stadiu některým nemocným mohou být některé tyto činnosti zakázány. Jsou to především ty činnosti, které namáhají oslabený nebo poškozený podpurný aparát (t. j. především obratle, ale i vazy spojující obratle) ve stadiu, kdy tyto tkáně ještě vyžadují klid k anatomickému zhojení.

Je nutno dbát pravidla obecně platného v medicíně pro každý léčebný postup: především nepoškodit nemocného. V časně fázi se to týká nejen kostí a vazů, ale především kůže, a to jednak tím, že je porušena automatická regulace cévního zásobení kůže a podkoží (porušením funkce vegetativních nervů, které regulují průtok krve, jednak tím, že chybí signalizace vznikajících nepříznivých změn v kůži a podkoží (vyřazením funkce nervů, které signalizují tlakové a tepelné změny a bolest). Nemocný má jen velmi omezenou možnost sám si kontrolovat stav kůže, zvláště pak na místech, kam si přímo nevidí. Je sice možné, aby používal zrcadel, ale omezená možnost pohybu, nemožnost prohlédnutí podezřelého místa zblízka i převrácení obrazu zrcadly tuto metodu sebezpozorování dosti omezuje. Je tedy nutné, aby kontrolu prováděla druhá osoba. V zdravotnických zařízeních jsou to většinou zdravotní sestry nebo i zkušena ošetřovatelka; je-li nemocný doma, musí tuto kontrolu provádět někdo z rodiny. Minimální požadavek, někdy i málo dostačující, je kontrola kůže na zvláště exponovaných místech jednou denně. Ideální je kontrola při každé změně polohy nemocného, před cvičením (aby se mohla vyloučit cvičení, která by nadměrně zatěžovala postižené místo kůže, nebo aby se preventivně rozložil lépe tlak na okolí tohoto místa) a po cvičení (aby se mohla podíknout všechna preventivní opatření k zabránění poškození na exponovaných místech). Každý pohyb, zvláště pak cvičení silová kladou zvýšené nároky na stav kůže v místech, kde jsou blízko pod kůží pevné části opěrného systému, např. vleze na zádech oblast kyčlí, oblast nad křížovou kostí, zadní část paty, ale i oblast kůže nad lopatkami, nad zadními výběžky obratlů a podobně. Proto je nutné při cvičení co nejčastěji měnit polohu nemocného, aby se nadměrně zatěžovaná místa (kde vzniká nedokrvení stlačením tkáně mezi podložkou a pevnou částí kostry) odlehčilo a umožnila se zde dostatečná výměna látková. Častá změna polohy je tedy jedním z předpokladů zabránění poškození kůže, dalšími předpoklady jsou preventivní místní péče o kůži, spočívající především v maximálním rozložení tlaku na co největší plochu (zabránění všem nerovnostem lůžka, poddajnost matrací, obkládání exponovaných míst molitanem apod.) a v hygieně kůže (maximální čistotě, kam patří: pečlivě a včasné odstraňování všech nečistot: zbytků stolice, moči, potu, drobků z potravy), v udržování dostatečné vlhkosti a vláčnosti kůže (používáním kosmetických krémů obsahujících vodu i tuk) i v udržování dostatečné látkové výměny v kůži (masážemi, které zlepšují prokrvení, zvyšují přívod výživných a odplavování škodlivých látek). Tato opatření platí nejen pro první měsíce po vzniku postižení, ale jsou stejně tak důležitá i v období stabilizace zdravotního stavu, tedy v období, kdy nemocní přecházejí od léčebné výchovy a sportu k rekreační či závodní tělovýchově. Opomenutí těchto opatření v zápalu tréninkového či závodního úsilí vedou k poškozením, která jednak vyřazují nemocného na určitý čas nejen ze sportovní činnosti, ale též třebaš i z práce nebo ze společenského života. Jsou také argumentem pro dnes již nepatrnou část zdravotníků, kteří při nedostatečných

zkušenostech a znalostech z oblasti sportu tělesně postižených považují tyto zcela výjimečné případy poškození nemocného v důsledku sportovní činnosti za obecný jev, za kterého pak usuzují na nevhodnost intenzivního sportu pro tělesně postižené.

Více než třicetileté zkušenosti pracovníků Rehabilitačního ústavu Kladruhy svědčí jednoznačně o vysoce kladném účinku aktivní a intenzivní tělovýchovy, a to jak po stránce tělesné, tak po stránce psychické. Při opakované ústavní rehabilitaci zjišťujeme, že nemocní, kteří sami necvičí nebo kteří ani nepovažují cvičení za nutnou a trvalou součást svého života, přicházejí na rehabilitaci v podstatně horším zdravotním, tělesném (celková tělesná zdatnost a výkonnost) i duševním stavu, než v jakém byli při ukončení poslední léčebné rehabilitace, či než jaký nacházíme u stejně tělesně postižených, kteří pravidelně cvičí nebo sportují.

Pravidelná cvičení mají nejen vliv na zdravotní stav (sílu svalovou, rozsah pohybů v kloubech, obratnost, celkovou výkonnost apod.), ale ovlivňují i psychiku nemocného (např. trénují jeho vůli vyrovnat se s obtížnějšími situacemi), ale i jeho sociální postavení. Sport jim přináší možnost pravidelného styku s obdobně postiženými, a tím i rozšíření sociálních kontaktů. Zde má příznivý vliv nejen předávání sportovních zkušeností, ale i vzájemné předávání dalších, pro tělesně postižené důležitých informací a zkušeností. Známe i řadu konkrétních příkladů, kdy právě při sportu našli tělesně postižení své celoživotní partnery pro rodinný život. Jak tyto kontakty, tak i vlastní sportovní činnost napomáhají odstraňovat ztracený pocit sebedůvěry, ukazující i dosud neznámé rezervy ve vlastním sebezdokonalování. Není zanedbatelná ani mimořádná péče, která je věnovaná tělesně postiženým sportovcům po stránce zdravotní i po stránce zajišťování mimořádných protetických pomůcek (vozíky, hole, protézy, dlahy). Ti, kteří docílují dobrých výsledků, soutěží i v krajských soutěžích tělesně postižených, účastní se mistrovství ČSSR i mezinárodních sportovních akcí.

Pravidelná tělovýchova je jedním z prostředků, jak docílit harmonického rozvoje všech schopností člověka. To je cílem řady organizačních i politických opatření našich nejvyšších orgánů. Platí to pro zdravé občany, ale ještě více pro tělesně či smyslově postižené občany. Péče o zdraví našich občanů je nejen úkolem naší společnosti — t. j. příslušných stranických a vládních orgánů, ministerstev, vedení organizací, závodů a podniků, společenských organizací (ROH, SSM, Svaz invalidů apod.) — ale je i zákonem určenou povinností každého občana naší republiky. Každý občan je povinen pečovat o své zdraví, pomáhat podle svých schopností a možností ostatním spoluobčanům a tak se účinně a aktivně podílet na realizaci celospolečenských opatření směřujících k upevnování zdraví všech našich občanů. Přesto, že možnosti rekreační i závodní tělovýchovy pro tělesně postižené nejsou ještě tak rozsáhlé, jak bychom si všichni (kteří v této oblasti ať profesionálně či zájmově pracujeme) přáli, mrzí nás (a je to škoda celospolečenská i škoda postiženého samotného), když se ani existujících možností dosud ještě plně nevyužívá. Více než 90 % našich nemocných, kteří by pravidelnou tělesnou výchovou vzhledem ke svému tělesnému postižení nutně potřebovali, ji neprovádí. Síť, která ji zajišťuje v rámci ČSTV, ale i některých jiných organizací (Svaz invalidů, Svazarm apod.), se stále rozšiřuje. Rozšiřování materiálních předpokladů pro tělovýchovu tělesně postižených je tak jako v jiných oblastech limitováno momentálními eko-

nomickými možnostmi. Přesto však se domníváme, že největší rezervy jsou ve výchově lidí, ve výchově každého občana (a tělesně postiženého obzvláště) ke zdravému způsobu života a konečně i ve výchově odborných kádří, které tělovýchovu a sport tělesně postižených zajišťují.

LITERATURA

1. SRDEČNÝ V.: Sport tělesně postižených. Olympia Praha 1974. 82 stran (skripta — 600 výtisků).
2. SRDEČNÝ V.: Tělovýchova a sport v rehabilitaci tělesně postižených. Rehabilitácia, Supplementum 13/1976, 96 strán.
3. SRDEČNÝ V., a kol.: Srdce postiženo nebylo — 25 let sportu tělesně a zrakově postižených v ČSSR. Olympia Praha 1976, 78 strán.
4. VOŘÍŠEK J. — MACOUNOVÁ E.: Péče o nemocné s paraplegií a quadruplegií, 3. vydání, 1978, vydalo a distribuuje OZV KÚNZ Středočeského kraje, 31 stran.
5. KRÍŽ V. a kol.: Skupinová léčebná tělesná výchova u nemocných po úrazech a operacích na pohybovém ústrojí. Skripta ÚDV SZP Brno, v tisku.
6. SRDEČNÝ V. a kol.: Sport paraplegiků, Olympia Praha, v tisku.

Adresa autora: V. K., Státní rehabilitační ústav, Kladruhy u Vlašimi

В. Кржиж

ЗНАЧЕНИЕ ФИЗКУЛЬТУРЫ И СПОРТА ДЛЯ ПАРАПЛЕГИКОВ

Резюме

Физкультура и спорт являются составной частью жизни тяжело пострадавших, примером которых могут служить, например, больные с параплегией нижних конечностей. Лечебная физкультура и лечебный спорт являются важной составной частью основного восстановления здоровья. Большое значение имеют и в стадии стабилизации состояния здоровья, где активно и систематически проводимая лечебная физкультура способствует сохранению оптимального состояния физически пострадавших. Необходимо, чтобы работники восстановления здоровья были хорошо осведомлены и об этих возможностях, установили контакты с учреждениями, обеспечивающими физическую культуру физически пострадавших, убеждали больных о важности этой формы упражнений для физического состояния и, по мере своих возможностей, участвовали в контроле и даже в осуществлении физической культуры и спорта физически пострадавших.

V. Kríž

THE SIGNIFICANCE OF PHYSICAL EDUCATION AND SPORT IN PARAPLEGIC PATIENTS

Summary

Physical education and sport are an important part of the life of severely physically afflicted, as e. g. patients with paraplegia of the lower extremities. Exercise therapy and sport therapy is an important component of basic medical rehabilitation. It is

also of great importance at the stage of stabilisation of the state of health where active and systematically applied physical education helps to maintain the optimal functional condition of physically handicapped persons. These are the forms of physical training: home exercise, fitness and recreational physical training and sport for physically handicapped. It is necessary for the physiotherapist to be informed about the possibilities in order to contact institutes providing exercise therapy for the handicapped, to persuade the patients about the importance of this type of fitness training, and if possible to share in the control and if necessary exercise with the handicapped.

V. Kríž

DIE BEDEUTUNG VON KÖRPERKULTUR UND SPORT BEI PARAPLEGIKERN

Zusammenfassung

Körperkultur und Sport sind wichtige Bestandteile des Lebens von Schwergeschädigten, wie z. B. von Patienten mit Paraplegie der unteren Gliedmaßen. Heilgymnastik und Heilsport bilden wichtige Bestandteile der grundlegenden Rehabilitation. Von großer Bedeutung sind Körperkultur und Sport auch im Stadium der Stabilisierung des Gesundheitszustandes, wo aktiv und regelmäßig geübte Körperkultur dazu beiträgt, die optimale Körperfunktion der Körperbehinderten aufrecht zu erhalten. Formen dieser Körperkultur sind folgende: Heimturnen, Konditions- und Erholungssport sowie Sport für Körperbehinderte. Es ist erforderlich, daß die Rehabilitationsbetreuer über diese Möglichkeiten gut Bescheid wissen, daß sie mit Institutionen, die die Körperbehinderten gewährleisten, Kontakt aufnehmen, die Patienten von der Wichtigkeit dieser Form des Konditionsturnens überzeugen und daß sie sich womöglich an der Kontrolle, eventuell auch an der Durchführung von Körperkultur und Sport Körperbehinderte beteiligen.

V. Kríž

IMPORTANCE DE LA KINÉSITHÉRAPIE ET DU SPORT CHEZ LES PARAPLÉGIQUES

Résumé

La kinésithérapie et le sport sont les facteurs importants de la vie chez les affectés physiques graves dont les exemples sont les malades affectés de la paraplégie des extrémités inférieures. La kinésithérapie et le sport thérapeutique sont des facteurs de grande portée dans le domaine de la réhabilitation fondamentale. Elle possède aussi une place très importante dans le stade de la stabilité de l'état de santé où la kinésithérapie pratiquée de façon active et régulière aide à maintenir un état fonctionnel optimal des affectés physiques. Les formes de cette kinésithérapie sont les suivantes: exercices de maison, kinésithérapie de conditionnement et de détente et sport des affectés physiques. Il est nécessaire que le personnel de réhabilitation soit aussi bien au courant sur ces possibilités, afin d'entretenir des contacts avec les institutions assurant la kinésithérapie des affectés physiques. Leur tâche consiste à persuader les malades sur l'importance de cette forme d'exercices physiques conditionnels et à participer, selon leur possibilité, au contrôle, et le cas échéant, effectuer la kinésithérapie et le sport des affectés physiques.

**POROVNÁNÍ ZMĚN NA ZÁTĚŽOVÉM
ELEKTROKARDIOGRAMU PŘI BICYKLOVÉ
ERGOMETRII MASTEROVĚ „TWO-STEP“ TESTU
A PŘI STANDARDIZOVANÉM IZOMETRICKÉM
TESTU U STARŠÍCH OSOB.**

B. ŽDICHYNEC, I. POLÁČEK, O. HOLZEROVÁ, R. KOBZA.
B. A. RECHMANI

*Interní oddělení nemocnice s poliklinikou Počátky,
OÚNZ Pelhřimov*

Primář: MUDr. B. Ždychinec, CSc.

Souhrn: U padesáti mužů ve vyšším věku (průměrný věk 66,5 roků), kteří si stěžovali v rozmezí 1—7 měsíců na neurčitě oprese na hrudi, netrpěli přitom žádným organickým onemocněním a měli normální klidový elektrokardiogram, jsme porovnali vliv fyzické standardizované zátěže na elektrokardiogramu, a to pomocí bicyklové ergometrie (BE), standardní izometrické zátěže (IZ) a Masterova „two-step“ testu (MT). Test byl negativní ve čtyřech případech, u BE, v sedmi případech u IZ a v jedenácti u MT; přerušen musel být ve dvou případech u BE, v pěti u IZ a v šesti u MT. Z příčin pro přerušení zátěžového testu byla nejčastější výrazná presorická reakce (jedenkrát u BE, jedenkrát u MT a dvakrát u IZ), tzv. maligní extrasystoly (třikrát u IZ) a nadměrná dušnost a únava (třikrát u MT, jedenkrát u BE). U dvou případů BE, kde musel být test přerušen, byla koronarograficky prokázána ischemická choroba srdce. Naopak v negativních čtyřech případech při BE nebylo prokázáno onemocnění věnčitých tepen ani koronarograficky.

Klíčová slova: ergometrie — ischemická choroba srdeční
— izometrická zátěž — Masterův „two-step“ test

Možnosti účinné léčby ischemické choroby srdeční (dále ICHS) cestou medikamentózní, chirurgickou a rehabilitační v posledních letech natolik vzrostly, že lze vhodně volenou, cílenou a komplexní léčbou ICHS prodloužit život těchto nemocných. Proto není samoúčelné provádět funkční vyšetřování oběhového systému ani u osob vyššího věku, pomůže-li toto vyšetření zejména zpřesnit diagnózu, účelněji použít dostupné léčebné prostředky a popřípadě i zkontrolovat dosažený stupeň funkční zdatnosti oběhové soustavy u dlouhodobě léčených

osob. Naším cílem bylo porovnat změny na zátěžovém elektrokardiogramu při bicyklové ergometrii, Masterově „two-step“ testu a standardizovaném izometrickém zátěžovém testu u starších osob.

Metodika

Vyšetřovali jsme selektivní soubor padesáti mužů (normotoniků, bez známek jiného onemocnění, včetně obezity a onemocnění páteře) vyššího věku. Průměrný věk činil 66,5 roků, rozptýl 61—70 roků. Uvedený soubor byl klinicky charakterizován jednak tím, že nemocní uváděli v anamnéze neurčitě pocity tísně, či oprese na hrudi, které se vyskytovali v rozmezí 1—7 měsíců (průměrně ve 4,5 měsících) před vyšetřením na našem pracovišti. Dále tím, že klidový elektrokardiogram vykazoval jen nespecifické změny nebo byl zcela normální. Hodnocení EKG bylo prováděno podle kritérií Minnesotského kódu (cit. podle 7—9). Před příchodem k nám dostávali nemocní nejrůznější analgetika, sedativa a trankvilizéry. Žádný z vyšetřovaných neprodělal srdeční infarkt, takže v našem souboru šlo hlavně o problém diagnostický, nikoliv funkční testování výsledků léčby. Testy byly prováděny v rozmezí několika týdnů. Za příznak ischemie považujeme horizontální pokles ST úseku o 1 mm (cejch 0,1 mV), trvajícím aspoň 0,08 sec. Vyšetřujeme mezi 13.—16. hodinou, minimálně hodinu po jídle.

Kontraindikace k provedení námahového testu: 1. Zjevné selhávání srdeční pumpy. 2. Těžká nebo nestabilní angina pectoris. 3. Poruchy srdečního rytmu, mnohočetné předčasné komorové stahy. 4. Těžká aortální stenóza. 5. Zánět srdečního svalu. 6. Zvýšená tělesná teplota, nedávno přestálá infekční onemocnění. 7. Sklon k tromboembolismu, stav po čerstvě proběhlém žilním zánětu.

Indikace k přerušení testu: 1. Bolest za hrudní kostí, nevolnost, těžká dušnost, klaudikační bolest. 2. Znamky srdečního selhávání. 3. Nedostatečnost cerebrovaskulární (psychická alterace a zvýšení systolického krevního tlaku nad 240 torrů nebo jeho pokles o 20 torrů). 4. Změny elektrokardiografické (na obrazovce monitoru): tzv. maligní extrasystoly (tj. vznikající v časné repolarizační fázi), poruchy síňokomorového a nitrokomorového vedení, pokles či vzestup ST úseku větší než 2 mm, záchvatovitě bušení srdce.

Použité námahové testy: Kritériem je dosažení submaximální tepové frekvence mezi 130—140 tepy/min. podle Astronda. (Při tepu nad 140/min. test přerušujeme.)

a) Bicyklová ergometrie (BE). Kontinuální třístupňová zátěž, každý stupeň po šesti minutách: 1. stupeň — 50 wattů, 2. stupeň — zvýšíme o 25—50 wattů (podle objektivního stavu pacienta), 3. stupeň — zvýšíme o dalších 25—50 wattů, podle stavu pacienta. Nedokončí-li starší jedinci zátěž na bicyklovém ergometru podle WHO pro únavu, opakujeme vyšetření s rychlejším vzestupem zátěže podle Hollmana. Krevní tlak sledujeme před zátěží: při každé změně stupně zátěže, po skončení zátěže a v desáté minutě zotavovací fáze. Na standardizovanou zátěž navazuje ortoklinostatický test, který jsme podrobně popsali již v dřívějších dostupných pracích (7, 8). Zásadně se nám v tzv. geriatrické kardiologii neosvědčil test do maxima (6). Průběžné sledování pacienta i elektrokardiografický záznam na monitoru provádí lékař, řádně poučený i pro případné poskytnutí první pomoci. V EKG záznamu registrujeme 12 svodů, během zátěže V4—6 (a V1—3) v tzv. zotavovací fázi ve 2., 5., 10. minutě.

b) Standardní izometrická zátěž (IZ). Při standardizaci tohoto testu lze použít jednak ruční dynamometrie, případně i speciálně vybraných tzv. izometrických cviků. Nedo- statkem může být především špatná spolupráce pacienta. Abychom provedli určitou standardizaci, vzali jsme jako měřítko dosažené přiměřené izometrické zátěže, vzestup systolického obvodového krevního tlaku v průměru o 1,33 kPa, podobně jako je zvýšení tepové frekvence měřítkem stupně zatížení při izotonickém cvičení (5). Při tomto

**B. ŽDICHYNEC, I. POLÁČEK, O. HOLZEROVÁ, R. KOBZA, B. A. RECHMANI / POROVNÁ-
NÍ ZMĚN NA ZÁTĚŽOVÉM ELEKTROKARDIOGRAMU...**

testu je však navíc nutné nacvičit s vyšetřovanou osobou, aby nevědomky neprováděla Valsalvův manévr. Trvání testu jsme časově omezili na 6 minut.

c) Masterův „two-step“ test (MT). Tento test je v klinické praxi dobře znám pro svoji dostupnost. Své zkušenosti jsme popsali již v dřívějších pracích [7, 8] a je znám u nás i z původní literatury [3, 4].

U vyšetřovaných čtyř případů s negativním testem při bicyklové ergometrii a u dvou nemocných, kde byl zátěžový test přerušen, bylo indikováno koronarografické vyšetření v IKEMu v Praze.

Výsledky (tabulka 1 a 2)

Tabulka 1. Porovnání výsledků dosažených při vyšetření třemi různými standardizovanými zátěžovými testy v souboru 40 mužů ve starším věku.

Porovnávané testy N = 50 (abs.)	Počet osob s pozitivním *) výsledkem testu (abs.)	Počet vyšetřených s negativním výsledkem testu (abs.)	Počet vyšetřených z nichž musil být test přerušen
Bicyklová ergometrie	44	4	2
Standardní izometrická zátěž	38	7	5
Masterův „Two-step“ test	33	11	6

Poznámka: Výsledky při porovnání uvedených zátěžových testů, jsou statisticky nevýznamné. *) Pozitivním výsledkem testu rozumíme horizontální pokles ST úseku o 1 mm (cejch 0,1 mV), trvajícím alespoň 0,08 sec.

Tabulka 2. Rozbor příčin, pro které byly zátěžové testy přerušeny.

Příčiny, pro které byl zátěžový test přerušen N = 13	BE	MT	IZ	Celkem
Výrazná preesorická reakce *)	1	3	2	6
Maligní extrasystoly **)	0	0	3	3
Nadměrná dušnost a únava	1	3	0	4

Poznámka: BE — bicyklová ergometrie, MT — Masterův test, IZ — izometrický test, **) tj. vznikající v časně repolarizační fázi; *) tj. zvýšení systolického krevního tlaku o více než 80 torrů.

U padesáti mužů vyššího věku jsme diagnostikovali ischemickou chorobu srdeční při bicyklové ergometrii (dále BE) ve 44 případech, při standardní izometrické zátěži (IZ) ve 38 případech, při Masterově „two-step“ testu (MT) ve 33 případech. Test byl negativní ve čtyřech případech u BE, v sedmi případech u IZ a v jedenácti u MT. Test musil být přerušen u dvou vyšetřovaných při BE, u pěti vyšetřovaných při MT a u šesti osob při IZ. Hlavními důvody, proč musil být standardní zátěžový test přerušen, byla v šesti případech výrazná presorická reakce, ve třech případech se vyskytli tzv. maligní extrasystoly, ve čtyřech případech pak únava a nadměrná dušnost. Relativně nejčastěji byl standardní zátěžový test přerušen u MT šestkrát a IZ pětkrát, méně u BE (dvakrát). Tzv. maligní extrasystoly se vyskytly pouze při použití testu IZ.

Ze čtyř případů s negativním testem při BE nepotvrdilo koronarografické vyšetření diagnózu ICHS ani v jediném případě. U dvou vyšetřovaných, kde musil být test přerušen, byla koronarografickým vyšetřením potvrzena objektivně ICHS. Nemuselo být však indikováno chirurgické řešení pomocí aortokoronárního bypassu.

Diskuse

Nepodařilo se nám potvrdit statisticky významný rozdíl mezi použitím BE, IZ a MT, i když poměrně nejvyšší výtěžnost byla u BE. Náš selektivní soubor je ovšem poměrně malý a jde tedy zatím o výsledky předběžné. Z našich dosavadních zkušeností předpokládáme, že u osob ve vyšším věku lze — podle potřeby — užít všechny tři popsané zátěžové testy. Tam, kde je to možné, dáváme však stále přednost BE, který je podle našich poznatků relativně nejbezpečnější.

V této práci jsme zátěžové testy použili z indikačních důvodů. Lze však hodnotit i funkcí oběhovou zdatnost (5, 6, 7, 8, 9). Potvrzuje to navíc i náš jiný poznatek, že u všech vyšetřených nemocných byla opožděna tzv. restituční fáze na EKG, kterou sledujeme do desáté minuty (viz metodická část). Jistě se u starších lidí více uplatňuje vliv emocí, stressu a poruch adaptace (2). Proto provádíme současně i vyšetření ortoklinostatického standardizovaného testu (7, 8). Zajímavé je pozorování tzv. presorické reakce. U osob vyššího věku ji sami pozorujeme častěji, a to i u normotoniků. Hloucal a Kálal (1), kteří pracují při BE v podobných podmínkách a podobnou metodikou SZO, pozorovali tuto reakci ve 32,9 % případů v souboru 237 nemocných.

Závěr

Ergometrické vyšetření u osob ve vyšším věku není limitováno kalendářním věkem, nýbrž jinými činiteli. Patří k nim zejména: 1. Těžká městnavá srdeční slabost. 2. Tzv. maligní extrasystoly. 3. Angina pectoris, s průkaznými změnami v repolarizační fázi na klidovém elektrokardiogramu. 4. Přidružená onemocnění znesnadňující toto vyšetření provést: a) psychická nespokojenost, b) některá somatická onemocnění, zejména pohybového aparátu dýchacích cest apod. Ve světle dosavadních zkušeností se zatím jeví nejvhodnějším zátěžovým testem BE (nejčastěji jako třístupňová kontinuální zátěž podle event. s rychlejším

vzestupem zátěže podle Hollmana), jejíž předností je poměrně vyšší výtěžnost i menší výskyt komplikací. MT má nižší výtěžnost a zdá se být pro staršího pacienta i méně pohodlný, včetně možnosti poměrně častějšího výskytu komplikací. V případě sub. 4b) je možno použít standardní izometrické zátěže IZ. V této souvislosti je porovnán výskyt ischemických změn na elektrokardiogramu u padesáti mužů ve vyšším věku, při použití standardní izometrické zátěže (IZ), bicyklové ergometrie (BE) a Masterova „two-step“ testu (MT). Vyšetření zátěžovými testy má význam provádět u osob ve vyšším věku zejména z těchto důvodů: 1. K upřesnění diagnózy. 2. Jako jeden z testů při stanovení tzv. funkční kapacity v průběhu stárnutí. 3. Při hodnocení výsledků speciální pohybové rehabilitace a medikamentózní léčby. Určité opatrnosti z hlediska možného častějšího výskytu tzv. maligních extrasystol je třeba u IZ.

Adresa autora: Dr. B. Ž., Interní odd., NSP Počátky

В. Ждихинец, И. Полачек, О. Гольцера, Р. Кобза, В. А. Рехмани

СОПОСТАВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ПРИ НАГРУЗКЕ НА ВЕЛОСИПЕДНОМ ЭРГОМЕТРЕ, ПРИ ПРОБЕ МАСТЕРА («TWO STEP») И ПРИ СТАНДАРТИЗОВАННОЙ ИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЕ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Резюме

У 50 мужчин старческого возраста (средний возраст — 66,5 года), жаловавшихся в течение 1—7 месяцев на неопределенные стеснения на груди, причем они не болели никакой органической болезнью и имели нормальную электрокардиограмму в покое, мы сопоставляли влияние физической стандартизированной нагрузки на электрокардиограмме, а именно при помощи велосипедной эргометрии (BE), стандартной изометрической нагрузки (IZ) и пробы Мастера «two step» (MT). Проба была негативной в 4 случаях у BE, в 7 случаях у IZ и в 11 у MT, прекратить пробу следовало в 2 случаях у BE, в 5 у IZ и в 6 у MT. По поводу прекращения нагрузочной пробы наиболее частой была выразительная прессорная реакция (1 раз у BE, 1 раз у MT и 2 раза у IZ, так наз. maligne extrasystoly (3 раза у IZ) и чрезмерная одышка и утомление (3 раза у MT, 1 раз у BE). В двух случаях BE, когда нужно было прекратить пробу, была коронарографическим путем установлена ишемическая болезнь сердца. Наоборот, в четырех негативных случаях при BE не было обнаружено заболевание венечных сосудов даже коронарографическим путем.

B. Ždychinec, I. Poláček, O. Holzerová, R. Kobza, B. A. Rechmani

COMPARISON OF CHANGES IN THE ELECTROCARDIOGRAM IN BICYCLE ERGOMETRY MASTER'S „TWO-STEP-TEST“ AND IN STANDARDIZED ISOMETRIC TEST IN ELDERLY PERSONS

Summary

In 50 men of the higher age group (average age 66,5 years) who had complained of undetermined oppression in the chest region and did not suffer from any organic

disease and had a normal resting electrocardiogram, we compared the influence of standardized load on the electrocardiogram, by the use of bicycle ergometry (BE), by the application of the standard isometric load (IL) and Master's „two-step-test“ (MT). The test was negative in 4 cases in BE, in 7 cases in IL and in 11 cases in 11 cases in MT; test had to be discontinued in 2 cases in BE, in 5 cases in IL and in 5 cases in IL and in 6 cases in MT. A pronounced pressoric reaction was most frequently the reason for the discontinuation (one in BE, once in MT, twice in IL), so-called malignant extrasystoles (three times in IL) and excessive short breath and fatigue (three times in MT, once in BE). In two cases in BEE when the test had to be interrupted, ischaemic heart disease was coronarographically confirmed. In 4 negative cases in BE coronary artery disease was not coronarographically proved.

B. Ždichynec, I. Poláček, O. Holzerová, R. Kobza, B. A. Rechmani

EIN VERGLEICH DER UNTERSCHIEDE IM BELASTUNGSELEKTROKARDIOGRAMM BEI DER FAHRRADERGOMETRIE, BEI MASTERS TWO-STEP-TEST UND BEIM STANDARDISIERTEN ISOMETRIE-TEST BEI ÄLTEREN PERSONEN

Zusammenfassung

Bei 50 Männern höheren Alters (Durchschnittsalter 66,5 Jahre), die im Laufe von 1—7 über undefinierte Oppressionen auf der Brust klagten, jedoch unter keinerlei organischer Erkrankung litten und ein normales Ruhe-Elektrokardiogramm aufwiesen, wurde der Einfluß der standardisierten physischen Belastung auf das Elektrokardiogramm verglichen, und zwar mit Hilfe der Fahrradergometrie (BE), der standardisierten isometrischen Belastung (IZ) und des Masterschen Two-step-Test (MT). Der Test war in viere Fällen negativ bei BE, in sieben Fällen bei IZ und in elf Fällen bei MT, in zwei Fällen mußte der Test unterbrochen werden bei BE, in fünf Fällen bei IZ und in sechs Fällen bei MT. Unter den Ursachen der Unterbrechung des Belastungstests war eine markante pressorische Reaktion am häufigsten (1x bei BE, 1x bei MT und 2x bei IZ), ferner sog. maligne Extrasystolen (3x bei IZ) und übermäßige Atemnot und Ermüdung (3x bei MT, 1x bei BE). In zwei Fällen, wo der Test bei BE unterbrochen werden mußte, wurde koronarographisch eine ischämische Herzerkrankung nachgewiesen. Umgekehrt wurde in vier negativen Fällen bei BE keine Erkrankung der Krankzarterien festgestellt, nicht einmal koronarographisch.

B. Ždichynec, I. Poláček, O. Holzerová, R. Kobza, B. A. Rechmani

COMPARAISON DES CHANGEMENTS SUR UN ÉLECTROCARDIOGRAMME DE SURCHARGE PENDANT L'ENTRAÎNEMENT SUR UNE BICYCLETTE ERGOMÉTRIQUE, SUR TEST „TWO-STEP“ DE MASTER ET SUR TEST STANDARDISÉ ISOMÉTRIQUE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Résumé

Chez 50 hommes âgés (moyenne d'âge 66,5) qui pendant une durée de 1 à 7 mois se plaignaient d'oppressions indéfinies de poitrine, ne souffraient cependant d'aucune maladie organique et avec un E. C. G. de tranquillité normale, nous avons comparé

l'influence de la surcharge physique sur l'électrocardiogramme par l'ergométrie sur bicyclette (BE), la surcharge isométrique standard (SIS) et le test „Two-step“ de Master (MT). Dans 4 cas, le test fut négatif par BE, dans 7 cas par SIS et 11 cas par MT. Il fut nécessaire de l'interrompre dans 2 cas BE, 5 cas SIS et 6 cas MT. Pour des raisons de suspension du test de surcharge, la réaction pressorifique fut la plus expressive (1 fois BE, 1 fois MT et 2 fois SIS), soit des extra-systoles malignes (3 fois SIS) et une asthme et fatigue extrêmes (3 fois MT, 1 fois BE). Dans 2 cas BE, où le test a dû être interrompu, une maladie du coeur ischémique fut détectée par la coronarographie. Au contraire, dans 4 cas négatifs de BE n'apas même été démontrée l'affection des artères coronaires par la coronarographie.

JOHN F. MURRAY

**DIE NORMALE LUNGE
NORMÁLNE PLÚCA**

*Vydalo Nakladateľstvo F. K. Schattauer-Verlag, Stuttgart —
New York 1978, 329 strán, cena DM 69,—.*

ISBN 3-7945-0611-1.

V štuttgartskom vydavateľstve F. K. Schattauer vychádza v roku 1978 nemecký preklad monografie prof. Murraya z Kalifornskej univerzity v San Francisku o normálnych pľúcach. Pôvodnú monografiu vydalo vydavateľstvo W. B. Saundersa vo Filadelfii v roku 1976.

V posledných dvadsiatich rokoch sa objavilo na knižnom trhu veľké množstvo monografií, učebníc a príručiek, ktoré sa zaoberajú problematikou fyziológie a patofyziológie, kliniky pľúcnych ochorení alebo podobnou pneumologickou problematikou. Iste je to preto, že tejto skupine chorôb sa venuje zvýšená pozornosť pre ich výskyt, nebezpečenstvo a aj pre pokroky v modernej terapii.

Murrayova monografia je vlastne knihou zameranou na základy diagnostiky a terapie pľúcnych ochorení. Tento cieľ sa dôsledne sleduje aj v jednotlivých kapitolách, ktoré venujú pozornosť čiastkovým otázkam komplexu súčasnej pneumológie. V desiatich kapitolách rieši autor jednotlivé okruhy — počínajúc prenatálnym rastom a vývojom pľúc a rastom a vývojom po pôrode. Hovorí sa o lymfatickom a nervovom systéme pľúc, ďalšie kapitoly prinášajú poznatky o ventilácii, cirkulácii a difúzii dýchacích plynov, o vý-

mene plynov a transporte kyslíka. Pozoruhodná je kapitola o acidobázickej rovnováhe a regulácii dýchania. Posledné kapitoly opisujú telesné zafáženie, obranné mechanizmy a proces starnutia. Bohatý prehľad literatúry a vecný register ukončujú túto monografiu, bohato ilustrovanú početnými schémami, fotografiami, tabuľkami a grafmi.

Medzi množstvom publikácií o problematike ochorení respiračnej funkcie predstavuje Murrayova monografia dielo, ktoré sa iste zaradí ako štandardné dielo v oblasti pulmológie do knižníc odborníkov v tejto oblasti.

Ide o monografiu názorne písanú, dobre dokumentovanú a svedčiacu o bohatých skúsenostiach autora. Poznatky a informácie zodpovedajú súčasnému stavu, takže monografia predstavuje aktuálny zdroj pre odbornú prácu nielen lekárov — pneumológov, ale aj klinických lekárov iného zamerania, napr. fyziológov a patofyziológov.

Publikácia má stredný rozsah, ktorý však prináša dobré a hlboké informácie. Súčasne poukazuje na možné ďalšie informácie, ktoré možno nájsť v špecializovanejších učebniciach a monografiách. Knihu možno len odporučiť.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

THROMBOSIS

TROMBÓZA

Brit. Med. Bull. Vol. 34, 1978, Nr. 2. Vydal Medical Department, The British Council, London 1978.

Ako druhé číslo ročníka 1978 prináša British Medical Bulletin monotematicky spracovanú problematiku trombózy. Vedecským editorom je prof. Thomas, riaditeľ oddelenia krvných produktov Národného ústavu biologických štandardov a kontroly v Londýne.

Zväzok obsahuje celý rad prác, zameraných na problematiku trombózy, antikoagulácie a trombolýzy z najrôznejších aspektov. Celkom 16 prác od významných, predovšetkým anglických autorov sa zaoberá klinickými stavmi následkom vzniku trombu, problematikou krvnej koagulácie a trombózy, účasťou trombocytov na formácii trombu, trombózou a artériosklerózou, antikoncepcími prostriedkami vo vzťahu k trombóze, diagnostikou hlbokaj žilovej trombózy, klinickou liečbou tromboembolických venózných porúch, trombolytickou terapiou a podobne. Toto je iba neúplný výpočet prác, ktoré obsahuje re-

cenзованé druhé číslo British Medical Bulletin.

Problematika trombózy, tromboembolických komplikácií, problematika koagulácie a klinické otázky porúch koagulácie predstavuje v súčasnosti oblasť širokého klinického záujmu nielen v chirurgickej disciplíne, ale aj v interných disciplínach. Súborné spracovanie týchto otázok, tak ako ich nachádzame v uvedenom čísle, je edičným činom veľkého praktického významu. Súčasný pohľad na problematiku — informácie sú „up to date“ — je charakteristický práve pre British Medical Bulletin.

Monotematické číslo venované problematike trombózy je iste doplnkom čísla 3 z roku 1977 toho istého časopisu, ktoré sa zaoberalo problematikou hemostázy a ktoré bolo recenzované v našom časopise [Rehabilitácia 11, 1978, str. 33].

Dr. Palát, Bratislava

T. E. KEATS

ATLAS RADIOLOGISCHER NORMVARIANTEN

ATLAS RÁDIOLOGICKÝCH VARIANTOV NORMY

Vydalo nakladateľstvo Ferdinand Enke-Verlag, Stuttgart 1978, strán 351, obr. 840, cena DM 98,—. ISBN 3-432-89751-0.

V roku 1978 vychádza vo vydavateľstve Ferdinand Enke v Stuttgarte nemecký preklad americkej monografie z roku 1973 od prof. Keatsa z virginskej univerzity v Charlottesville. Kniha je venovaná rádiologickým variantom, s ktorými sa stretáva lekár v röntgenologickej diagnostike pri posudzovaní normálnych a patologických nálezov.

Monografia je vlastne atlasom klasicky deleným podľa anatomickej lokalizácie. V jednotlivých oddieloch, ktoré tvoria dve časti, sa hovorí o kostre a mäkkých častiach. V oddiele „Skelet“ v jednotlivých kapitolách sa opisujú vždy röntgenologické nálezy na lebke, tvárovej časti lebky, chrbtici, panve, lopatke, hornej a dolnej končatine. V oddiele „Mäkké časti“ sa venuje pozornosť mäkkým častiam oblasti krku, hrudníka, bránice, brušnej oblasti

panvy a urogenitálnemu traktu.

Na tomto atlase je pozoruhodná röntgenologická dokumentácia s príslušným vysvetľujúcim komentárom. Prevzaté obrázky nesú aj citáciu literárneho prameňa, kde boli publikované. Krásne reprodukcie, názornosť výberu a stručný, ale výstižný komentár, to sú charakteristiky tohoto atlasu rádiologických variantov normy, ktorý predstavuje iste nielen vrchol pedagogického podania, ale je aj príkladom dlhodobej práce prof. Keatsa v oblasti röntgenovej diagnostiky. Atlas je veľmi inštruktívny, mal by sa s ním oboznámiť každý lekár, nie iba lekár-röntgenológ. Pri podrobnom štúdiu tejto pozoruhodnej monografie dostávame veľmi dobrý obraz o širokej perspektíve diagnostickej röntgenológie.

Dr. Mikulová, Bratislava

DR. JAROSLAV SUCHAN — PADESÄTILETÝ

Dne 9. 1. 1979 dožil se významného životného jubilea — 50 let — MUDr. Jaroslav Suchan, lekář rehabilitačního oddělení FN KÚNZ v Plzni.

MUDr. Jaroslav Suchan byl promován v roce 1953 na Lékařské fakultě Karlovy university v Praze a dráhu lékaře nastoupil v OÚNZ Sušice. Vzdělal se v oboru chirurgie a ortopedie a atestoval I. st. chirurgie v roce 1957, z ortopedie v roce 1960 již jako starší sekundární lékař ortopedické kliniky prof. dr. Polívky v Plzni.

Jako ortopéd měl vždy na mysli funkční výsledek své práce a to jej přivedlo v roce 1961 do řad lékařů zabývajících se léčebnou rehabilitací. Desítky publikací svědčí o jeho houževnatosti a odborné úrovni v ortopedii a léčebné rehabilitaci, v níž manuální medicíně věnuje svůj nejlubší zájem.

Za spolupracovníky RO FN KÚNZ v Plzni blahopřeje

Dr. Zdeněk Kubín, CSc.

Redakce našeho časopisu se připojuje ke gratulaci z příležitosti narozenin dr. J. Suchana. Šéfredaktor

RECENZIE KNIH

K. J. ZÜLCH, W. KAUFMANN, K. A. HOSSMANN, V. HOSSMANN
BRAIN AND HEART INFARCT
MOZGOVÝ A SRDCOVÝ INFARKT
Vydal Springer-Verlag 1977, 349 strán, 155 obrázkov, 14 tabuliek, cena DM 67,— ISBN 3-540-08270-0.

Výsledky sympózia o cerebrálnych a koronárnych cievnych poruchách a infarktoch, ktoré bolo prvé svojho druhu, vydal z Max-Planckovho ústavu pre výskum mozgu v Kolíne nad Rýnom, prof. Kaufmann z Internej kliniky v Kolíne nad Rýnom, prof. Hossmann taktiež z Max-Planckovho ústavu pre výskum mozgu a dr. Hossmann z Internej kliniky v Kolíne Lindenthal.

Sympózia sa zúčastnil celý rad popredných odborníkov z Európy i zo zámoria. V jednotlivých prednáškach sa predisku-

tovali základné otázky cerebrálnej a koronárnej cirkulácie, otázky prenosu kyslíka v srdci a mozgu, otázky kontraktility srdca poškodeného infarktóm, problematika koagulácie a jej poruchy. Pri cerebrovaskulárnych poruchách a ischemickej chorobe srdca, problémy experimentálnej ischemie, otázky hypertenzie, problematika koronárnej a cerebrálnej formy aterosklerózy. Otázky rizikových faktorov, problém tranzistórnych príhod a konečne problematika terapie cerebrovas-

kulárnych porúch, infarktu myokardu a koronárnej choroby.

Nie je možné zaujať stanovisko k jednotlivým prácam tohto zborníka zo sympózia, všetky majú spoločného menovateľa — sú aktuálne, vysoko vedecké, dobre experimentálne a klinicky podložené a originálne. Originálna je celá koncepcia tohto sympózia. Po dlhé roky sa celkom oddelene diskutovalo o otázkach myokardiálneho infarktu a cerebrálnych príhod. Snáď to bolo preto, že o prvú skupinu chorôb sa starali kardiológovia a o druhú

neuroológovia. Sympóziu o mozgovom a srdcovom infarkte ukazuje novú cestu — spoločnú tak pre kardiológov, internistov, ako aj pre neuroológov, najst spoločnú platformu a spoločný prístup k riešeniu takej závažnej medicínskej problematike, ako je problematika infarktu a porúch prekrvenia.

Zborník prednášok je vyslovene dobrý. Informuje, predkladá ďalšie problémy a je intuitívny.

Dr. M. Palát, Bratislava

ANNUAL REVIEW OF MEDICINE

SELECTED TOPICS IN THE CLINICAL SCIENCES

ROČNÝ PREHLAD LEKÁRSTVA: VYBRANÉ TÉMY Z KLINICKÝCH DISCIPLÍN

Vydala Annual Reviews Inc., 1978, Vol. 29, Palo Alto, California, 1978

Rozsiahly prehľad vybraných tém z oblasti klinických disciplín, obsahujúci 614 strán textu prináša celý rad prác z najrôznejších oblastí klinickej medicíny. V prehľade sú zastúpené práce z oblasti alergológie a imunológie, z oblasti anesteziológie kardiovaskulárnej problematiky, z oblasti klinickej farmakológie, endokrinológie a metabolizmu, z oblasti kliniky gastrointestinálnych porúch, z hematológie, infektológie, z oblasti porúch obličiek a močových ciest, ďalej práce z oblasti psychiatrie a z oblasti reprodukcie.

Celý zborník má klasický charakter ročných prehľadov so zameraním na práce s aktuálnou tematikou, moderným spracovaním a klinicky dôležité. Ročný prehľad pripravil prof. Greger zo Stanfordskej univerzity spolu s prof. Cogginsenom z Harvardskej univerzity a prof. Hancockom rovnako zo Stanfordskej univerzity.

Ako vidieť z výberu, sú tu zastúpené všetky oblasti medicíny, takže sa predstavujú jednotlivé práce s aktuálnou a dôležitou problematikou pre jednotlivé klinické disciplíny. Je iba logické, že tieto klinické disciplíny nie sú zastúpené rovnakým počtom prác.

Kardiovaskulárna problematika, endokrinológia a metabolizmus, práve tak ako onkológia a moderná psychiatria sú reprezentované prácami, ktoré charakterizujú základný trend v jednotlivých oblastiach, ale aj aktuálne detaily v týchto vedných disciplínach.

Každý klinický pracovník tu nájde niečo, čo ho môže zaujať a čo mu prinesie potrebnú informáciu a súčasný názor v danej tematike. Ročný prehľad medicíny sa tak zaraďuje dôstojným spôsobom do radu prechádzajúcich v tejto oblasti.

Dr. M. Palát, Bratislava

B. J. SIEGEL, A. R. BEALS, S. A. TYLER

ANNUAL REVIEW OF ANTHROPOLOGY

ROČNÝ PREHLAD ANTROPOLOGIE

Volume 7, 1978, 568 str., Vydalo Annual Reviews Inc., Palo Alto, California 94306.

Redaktorský kolektív predkladá ďalší, v poradí už siedmy zväzok súborných referátov z oblasti antropológie. Treba kon-

štatovať, že práve v ňom sa veľmi výrazne prejavuje rozdiel medzi anglosaským a európskym chápaním výrazu „antropoló-

gia“: redaktori ho tu brali v celej šírke a zahrnovali doň príspevky, ktoré by sa u nás už skôr označovali za etnografiu, sociálnu biológiu, alebo neurológiu.

Po stránke geografickej sa stretávame s podobnou šírkou ako po stránke časovej. Tak napr. J. T. Clark a J. Terrell referujú o archeológii v Oceánii, C. M. Aikens o archeológii Veľkej severoamerickej panvy, a A. C. Swedlund o historickej demografii v súvislosti s populačnou ekológiou. Vzťahy medzi fylogenezou a ontogenézou sú zastúpené príspevkami J. H. Hillovej o probléme reči u Iudoopov, a D. Keller-Cohenovej o kontextuálnych aspektoch detského jazyka. S nimi súvisí aj referát dvojice autorov S. R. Witkowského a C. H. Browna o lexikálnych univerzáliách.

Etnologické a etnografické zameranie majú najmä práce: Etnicita, jej problém

a ťažisko v antropológii [R. Cohen], Etnografický film, jeho neúspechy a sľubné vyhliadky [D. MacDougall], a Tanec v antropolologickej perspektíve [A. L. Kaeplerová]. Dôraz prevažne sociálny a sociologický s pohľadom na súčasné populácie nájdeme v referátoch J. Vincentovej [Politická antropológia: manipulatívne stratégie], J. W. Fernandez [Africké náboženské hnutia], a P. Brownovej [Nová Guinea: ekológia, spoločnosť a kultúra]. Zovšeobecňujúcu syntetickú tendenciu zastupujú S. Gudeman [Antropologická ekonomika: problém distribúcie], a R. P. MacDermott a D. R. Roth [Sociálna organizácia správania: interakčné prístupy]. Obvyklý autobiograficko-historický príspevok napísal Meyer Fortes, emeritovaný profesor sociálnej antropológie na univerzite v Cambridgi.

Doc. R. Štukovský, Bratislava

J. P. PATTEN

NEUROLOGICAL DIFFERENTIAL DIAGNOSIS DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA V NEUROLOGII

*Vydal Springer-Verlag Berlin — Heidelberg — New York 1977,
stran 292, obr. 288. Cena DM 62,—. ISBN 3-540-90264-3.*

Springer Verlag v Berlíne, Heidelbergu a New Yorku v koprodukcii s londýnským nakladateľstvom H. Starke Ltd. vydáva v roku 1977 v anglickej verzii veľmi zaujímavú napsanou učebnicu diferenciálnej neurologickej diagnostiky od prof. Pattena. Kniha má veľký formát a ve dvaceti šesti kapitolách jsou rozobrané všetky otázky predovšetkým z hľadiska diferenciálnej diagnostického, predstavujúci náplň súčasnej modernej neurologie. Členění knihy je topografické, v prvých kapitolách se věnuje pozornost mozgovým nervům, v dalších jednotlivým mozgovým oblastem, míšním syndromům a konečně periferním nervům včetně postižení svalů a svalové ploténky. Závěrečné kapitoly se zabývají některými symptomy, traumaty nervového systému, neurologickým vyšetřením a neurologickými komplikacemi při systémových onemocněních. Početné ilustrace, schémata a tabulky včetně věcného registru doplňují tuto jedinečnou, velmi jasně psanou a přehlednou učebnicu neurologickej diferenciální diagnostiky.

Ve světové odborné neurologické literatuře existuje dnes prakticky nepřehledné množství nejrůznějších učebnic, monografií, sborníků a přehledů ve všech světových i ostatních jazycích. Je tedy velmi těžké volit pro dobré a názorné seznámení s problémy moderní neurologie adekvátní a přehlednou učebnicu. Pattenova Diferenciální diagnostika v neurologii splňuje i vysoká kritéria za předpokladu, že ten, kdo ji bude studovat, má základní přehled o neurologii. Obsahuje mnoho informací, dobře zpracovaných a dobře podaných, struktura komplexu těchto informací je moderní a prakticky zaměřená, a tyto informace vytvářejí v učebnici logický řetěz podmiňující i aktivní myšlenkový pochod čtenáře.

Trochu nevýhodný je formát učebnice, je určený pro studium a úvahu. Dobrá polygrafická práce je standardním vyjádřením ediční činnosti nakladatelství Springer-Verlag.

Dr. M. Palát, Bratislava

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

ANNUAL REVIEW OF PSYCHOLOGY, VOL. 29.,
ROČNÝ PREHLAD PSYCHOLÓGIE, ZV. 29

Vydalo Annual Reviews Inc., Palo Alto California 94306, 1978,
747 str., 20 referátov a 5-ročné indexy, ISSN 0066-4308; ISBN
0-8243-0229-X.

Nedostatok miesta nedovoľuje podrobne referovať o každom jednom príspevku tohto vysoko zaujímavého zborníka. Treba len konštatovať, že tematický oblúk referátov siaha od neurofyziológie spracovania informácií [E. Roy John a E. L. Schwartz] cez klasické podmieňovanie u zvierat [A. Dickinson a N. J. Mackintosh] až po motiváciu sociálnych prístupov [R. deCharms a M. S. Muirová].

V tomto zväzku sú zaradené dva referáty so zvlášť aktuálnymi témami, mimo obvyklého postupu pri rotácii tém v slede ročeniek. Ide o prácu N. E. Millera (Biofeedback a viscerálne učenie), a J. Brožeka (Výživa, podvýživa, a správanie). Obe problematiky sú aktuálne a zaiste sa stretnú so záujmom nielen psychológov v užšom slova zmysle, ale všetkých, ktorí sa o tieto tematické oblasti zaujímajú.

Z metodologicky zameraných prác treba predovšetkým spomenúť referát známeho autora učebnice štatistiky, B. J. Wine-
ra, s programatickým titulom „Štatistika

a analýza dát vyvážiť skreslenie proti zmenšeniu strednej chyby“. Opisuje rôzne metódy odhadu štatistických parametrov a ich výhody a nevýhody, pravda, nie pre začiatočníkov na poli štatistiky.

Zdá sa, akoby v tomto zväzku troška prevažovali čo do počtu príspevky z oblasti sociálnej psychológie a psychológie osobnosti. Spomenieme iba referáty o interpersonálnej príťažlivosti a súvislostiach [T. L. Huston a G. Levinger], o posudzovaní osobnej kompetentnosti alebo jej opaku v rôznych životných situáciách [N. D. Sundberg, L. R. Snowden a W. M. Reynolds], o osobnosti [R. Helsonová a V. Mitchelllová], a o sociálnych prístupoch k výskumu motivácie, o postojoch a názoroch.

Ďalšie príspevky sa týkajú otázok individuálnej psychoterapie, problému spánku a sna, ostrosti vizuálneho vnímania, ale aj genetiky správania sa, myslenia a kognitívneho vývoja jednotlivca.

Doc. R. Štukovský, Bratislava

A. BLÖMER

PRAXIS DER NEOFRAKT-TECHNIK
PRAKTIKUM „NEOFRAKT“ TECHNIKY

Vydalo vydavateľstvo: Georg Thieme Verlag Stuttgart 1978,
121 str. 163 obr., 47 skíc, cena DM 21,—, ISBN 3-13-565901-1.

Kniha zhrnuje klinické skúsenosti s novým druhom tvrdého obväzu. Nový obväz je vyrobený z polyuretánu, ktorého výrobný názov je Neofrakt. Materiál sa nakladá v mäkkom stave a tvrdne na tele. Dá sa ľahko opracovávať a je určený nielen na dlahy a cirkulárne obvazy, ale aj provizórne ortopedické aparáty.

Výhodné vlastnosti sú: malá hmotnosť, vysoká pevnosť, dobrá transparentia pre röntgenové lúče a odolnosť voči vode. Autor v knihe opisuje výsledky liečenia pomocou tohto nového materiálu u 4000 pacientov. Neofrakt použili na všetkých oblastiach tela prakticky na všetky druhy tvrdých obväzov. Výsledky dokumentujú

prednosti Neofraktu oproti súčasným sadrovým technikám.

Inštruktívny obrázkový materiál poskytuje dobrý prehľad a zrozumiteľnou formou vyjadruje prednosti Neofraktu, najmä pri spracovávaní pred priložením na telo. Skice a kresby určujú potrebné miery a váhy pri jednotlivých druhoch dláh a cirkulárnych obväzov.

Kniha je vhodná pre chirurgov, ortopédov, sadrovníkov, pracujúcich v nemocničných ambulantných zariadeniach. Okrem toho v zdravotníckej technike sa v nej poučia rehabilitační pracovníci a všetci zdravotnícki pracovníci.

Dr. A. Krivosušský, Bratislava

G. JOSENHANS

FUNKTIONSPRÜFUNGEN UND BEFUNDOKUMENTATION DES BEWEGUNGSAPPARATES

FUNKČNÉ TESTY A DOKUMENTOVANIE NÁLEZOV V POHYBOVOM SYSTÉME

Vydal Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1978, 112 strán, 35 obr., 13 tab., cena DM 38,—, ISBN 3-13-559601 — X.

V nakladateľstve Georg Thieme — Verlag v Stuttgarte vychádza v roku 1978 malá knižočka, obsahujúca heterogénnu zbierku prác o funkčných testoch a možnostiach dokumentovania jednotlivých náleзов pri poruchách pohybového systému väčšinou následkom reumatického postihnutia. Rad odborníkov vychádzal z praktických aspektov použitia objektívnych funkčných skúšok a dokumentovania náleзов.

Poruchy pohybového systému najmä reumatickej etiológie sú veľmi rozšírené a predstavujú dlhodobý liečebný a rehabilitačný proces. Je logickou snahou všetkých, ktorí sa zaoberajú touto problematikou nájsť vhodný systém objektívneho posúdenia straty funkcie príslušného kľbu a súčasne účelný systém dokumentácie. Skupina odborníkov pod vedením prof. Josenhansa z Bad Bramstedt sa pokúsila o vyriešenie tejto neľahkej úlohy a výsledky svojej práce predkladá formou uvedenej publikácie.

Publikácia má dva oddiely. V prvej časti sú v jednotlivých kapitolách uvedené funkčné skúšky alebo testy pre jednot-

livé oblasti postihnuté reumatickým procesom — hornú končatinu, dolnú končatinu a chrbticu. V ďalších kapitolách sa venuje pozornosť komplexným funkciám, celkovej funkcii a funkčnému röntgenologickému vyšetreniu. Druhý oddiel je zameraný na dokumentáciu náleзов pri vyšetrení porúch pohybových funkcií. Jednotlivé práce tejto časti hovoria o všeobecnej dokumentácii, dokumentácii pomocou počítačov a konečne o dokumentácii reumatologických náleзов a jej metódach. Vecný register ukončuje túto publikáciu doplnenú mnohými obrázkami a niekoľkými tabuľkami, ktoré zvyrazňujú preberané otázky.

Snahou súčasnej medicíny je vypracovať taký systém objektívneho hodnotenia a taký systém dokumentácie jednotlivých náleзов, ktorý by účelne poslúžil komplexnej práci lekára. Problémom však zostáva štandardizácia funkčných testov a dokumentácia. Josenhansova publikácia prispieva svojím dielom k týmto snahám, nerieši však otázky štandardizácie, i keď naznačuje určité možnosti.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

J. PROBST

41. JAHRESTAGUNG DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR UNFALLHEILKUNDE E. V.

41. VÝROČNÁ KONFERENCIA NEMECKEJ SPOLOČNOSTI PRE ÚRAZOVÚ CHIRURGIU

Heft zur Unfallheilkunde, Heft 132., Vydalo vydavateľstvo: Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York, 1978, 508 str., 174 obr., cena DM 48,—, ISBN 3-540-08832-6.

V publikácii je písomný záznam zo 41. vedeckého programu. Je rozdelená na päť častí:
1. časť — dopravná medicína, 2. časť — hygiena nemocníc, 3. časť — aktuálne otázky úrazov hlavy a mozgu, 4. časť — aktuálne problémy úrazov krčnej miechy, 5. časť — zlomeniny predlaktia.

Konferencia v 55-ročnej existencii Nemeckej spoločnosti úrazovej chirurgie bola vyvrcholením osláv tohto jubilea. Prednášky a práce v oblasti dopravnej medicíny poukazujú na skutočnosť, že v súčasnej dobe sa dajú dosiahnuť ďalekosiahlejšie úspechy v terapii dopravných úrazov len v spolupráci s odborníkmi iných medicínskych disciplín. V doterajšej praxi otázky riešili klinici, patológovia a súdni lekári.

2. časť — hygiena nemocníc, pojednáva o otázkach, ktoré zlepšujú istotu a bezpečnosť zverených pacientov. Vytvára sa špecializácia stredného zdravotného pracovníka — odborná sestra — hygienik — ošetrovateľ.

3. a 4. časť — aktuálne otázky úrazov

hlavy a mozgu, pojednáva o stúpajúcom trende výskytu týchto zranení, hlavne u polytraumatizovaných pacientov. Práce obsahujú najnovšie poznatky a skúsenosti s diagnostikou a terapiou úrazov tohto druhu.

V poslednej 5. časti sa preberá klasická téma — zlomeniny predlaktia. V niektorých detailoch terapie sa poukazuje na nové možnosti a výsledky liečby týchto najčastejších zlomenín.

Kniha je určená pre úrazových chirurgov, ortopédov, súdno-lekárskech odborníkov, patológov. Poslúži rehabilitačným pracovníkom pri terapii poúrazových stavov.

Dr. A. Krivosudský, Bratislava

H. HEYCK

MUSKELKRANKHEITEN

CHOROBY SVALOV

Vydal Springer — Verlag, Berlin — Heidelberg — New York 1978, 148 strán, 19 obr., 4 tab., cena DM 32,—, ISBN 3-540-08789-3.

Prof. Heyck, prednosta neurologického oddelenia Virchowovej nemocnice v Berlíne, vydáva v roku 1978 vo vydavateľstve Springer-Verlag v Berlíne pozoruhodnú monografiu, nie veľkú rozsahom, ale závažnú obsahom, ktorá pojednáva o problematike chorôb svalov.

Choroby svalového systému predstavujú skupinu ochorení, ktoré sa vyskytujú v každom veku, dá sa však povedať, že relatívne častejšie v detskom veku — toto súvisí pochopiteľne s včasnou diagnostikou. Moderné poňatie medicíny, používané súčasne metódy biochémie, enzymológie a genetiky, viedlo k objaveniu mnohých porúch svalov a k novému názoru na myopatie. Viedlo aj k novej klasifikácii týchto porúch a k poznaniu patogenetických mechanizmov pri týchto poruchách.

Aj keď svalový systém u človeka, predstavujúci základný funkčný systém pre pohyb človeka, je významným systémom v hierarchii fyziologických okruhov, nevenovala sa mu ani z hľadiska fyziológie ani z hľadiska kliniky porúch svalovej funkcie dostatočná pozornosť. Myológia

predstavovala oblasť na rozhraní anatómie, myopatológie, neurológie. Je veľkou zásluhou Heycka, že pripravil do tlače malú monografiu, ktorá venuje pozornosť práve tejto oblasti. V jednotlivých kapitolách sa preberá problematika svalových dystrofií, problematika myotónií, metabolicky podmienených myopatií, ďalej problematika periodických obrtn a zápalových svalových ochorení. Ďalšie kapitoly sa zaoberajú myopatiami a endokrinnými poruchami, toxickými myopatiami a myopatiami podmienenými liečivami, traumatickými a ischemickými léziami svalov, nádormi, svalovými hypertrofiami a vrodenými svalovými defektmi. Jednotlivé kapitoly sú dokumentované ilustračným materiálom a niekoľkými tabuľkami. Každá kapitola má prehľad ďalšej literatúry, záver monografie tvorí register.

Aj keď Heyckova monografia je svojím rozsahom skromná, prináša prehľad uvedený na súčasný stav poznatkov. Je dobre písaná, prehľadná a je určená všetkým, ktorí sa zaoberajú ďalšou literatúrou, záver monografie tvorí register.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

H. JUNGE — HÜLSING

INTERNE NOTFALLMEDIZIN

NALIEHAVÉ SITUÁCIE VO VNÚTORNOM LEKÁRSTVE

Vydal Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York, 1977, druhé celkom prepracované vydanie, 569 strán, cena DM 38,—. ISBN 3-540-08394-4.

Už v druhom vydaní vychádza vo vydavateľstve Springer-Verlag v Berlíne príručka venovaná urgentným prípadom v oblasti vnútorného lekárstva. Prvé vydanie vyšlo v roku 1973 vo vydavateľstve J. F. Lehmann, druhé celkom prepracované vydanie vychádza zo súčasných poznatkov urgentnej medicíny. Príručku pripravil do tlače kolektív lekárov osnabrücskej kliniky vnútorných chorôb pod vedením prof. dr. Junge-Hülsinga.

Príručka má klasické delenie — v desiatich kapitolách sa zaoberá poruchami jednotlivých vnútorných systémov s návodom nožnej terapie. Prvá kapitola sa venuje urgentnej diagnostike, predovšetkým stavov bezvedomia a urgentnej nukleárno-medicínskej diagnostike. V ďalších kapitolách sú postupne rozobrané otázky života ohrozujúcich stavov a ich terapie, otázky akútnych porúch kardiovaskulárneho a dýchacieho systému, problematika endogénnych komatóznych stavov a porúch metabolizmu, otázky ochorenia orgánov

brušnej dutiny vrátane akútneho brucha, problematika obličkových chorôb, problémy cerebrálnych porúch a problematika intoxikácií. Posledná kapitola venuje pozornosť hematologickej oblasti vnútorného lekárstva. Záver príručky predstavujú prehľady — zoznam liečiv v kufri pre urgentné prípady, zoznam centier poskytujúcich pomoc pri intoxikáciách v Nemeckej spolkovej republike a zoznam liečiv pre urgentnú pomoc.

Celá príručka je veľmi prakticky usporiadaná. Obsahuje vždy krátky úvodný text pre každú kapitolu resp. podkapitolu a celý rad veľmi prehľadných tabuliek, v ktorých sa čitateľ ľahko orientuje a získava potrebnú informáciu. Prednosťou príručky je, že všetky informácie sú uvedené na súčasný stav poznatkov. Knižka má vreckový formát a iste poslúži každému lekárovi pre rýchlu informáciu v prípade urgentného medicínskeho rozhodovania.

Dr. M. Palát, Bratislava

E. KLEIN, D. REINWEIN

KLINISCHE ENDOKRINOLOGIE

KLINICKÁ ENDOKRINOLÓGIA

Vydalo nakladateľstvo F. K. Schattauer, Stuttgart, New York 1978, 395 strán, 92 obr., 54 tab., cena DM 87,—, ISBN 3-7945-0631-6.

Jedným z odborov vnútorného lekárstva, ktorý prekonal v uplynulých rokoch pre- vratný vývoj je moderná endokrinológia. Jej vývoj trvá zhruba pol storočia a za túto dobu sa vyvinula vysoko zložitá vedecká disciplína a samostatný klinický odbor.

Množstvo publikácií, monografií, učeb- níc a iných príručiek sprevádza túto vý- vojovú cestu modernej endokrinológie.

Monografia Kleina a Reinweina, ktorú v roku 1978 vydalo vydavateľstvo F. K. Schattauera v Stuttgarte, predstavuje die-

lo stredne veľkého rozsahu, ktoré sa za- oberá jednotlivými otázkami klinickej en- dokrinológie. V jednotlivých kapitolách sa venuje pozornosť všeobecnej endokrinoló- gii, rastu, dospievaniu a starnutiu. Ďalej nasledujú špeciálne kapitoly, ktoré venu- jú pozornosť jednotlivým žľazám s vnú- tornou sekréciou a klinike ich porúch. Postupne sa hovorí o hypotalame a hy- pofýze, štítnej žľaze, prištítnych telies- kach a problematike kalciového metabo- lizmu, nadobličke a tkanivových hormó- noch. Paraneoplastické syndrómy predsta-

vujú ďalšiu kapitolu. Otázky pohlavných žliaz sú spracované v kapitolách o testis, intersexualite, hirutizme a virilizme. Samostatnou kapitolou je adiposita, ako aj otázky anorexia nervosa. Ďalšou kapitolou je gynekologická endokrinológia. Monografia je ukončená kapitolou o určovaní hormónov a endokrinologických testoch. Vecný register dopĺňa Kleinovo a Reinweinovo dielo, jednotlivé kapitoly sú ukončené prehľadom ďalšej literatúry. Mnohé obrázky, schémy a tabuľky ilustrujú toto dielo.

Dielo je výsledkom spolupráce siedmich odborníkov, ktorí pod vedením prof. Kleina z Bielefeldu a prof. Reinweina z Essenu pripravili do tlače prakticky zameranú publikáciu, ktorá sa zaoberá predovšetkým klinickými otázkami, nevyhýba sa však ani otázkam teoretického pozadia.

Rozsah monografie je relatívne malý. Kniha je orientujúca, pre špeciálnu oblasť endokrinopatií sú však potrebné ďalšie špecializované publikácie a monografie.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

P. L. REICHERTZ, B. SCHWARZ

INFORMATIONSSYSTEME IN DER MEDIZINISCHEN VERSOR- GUNG. ÖKOLOGIE DER SYSTEME

INFORMAČNÉ SYSTÉMY V MEDICÍNSKOM ZABEZPEČENÍ.
EKOLÓGIA SYSTÉMOV

Vydalo nakladateľstvo F. K. Schattauer, Stuttgart — New York, 1978, 740 strán, 227 obr., 54 tab. Cena DM 44,—, ISBN 3-7945-0579-4.

Recenzovaná publikácia je vlastne zborníkom prác z 21. výročného zasadania Nemeckej spoločnosti lekárskej dokumentácie, informatiky a štatistiky, ktoré sa konalo v septembri 1976 v Hannoveri. Publikácia vychádza ako 11 supplementum „Methods of Information in Medicine“.

Základné delenie publikácie vychádza z jednotlivých tematických okruhov, ktorých je celkom deväť. Prvá časť knihy sa zaoberá definíciou cieľa a analýzou účinku prototypov informačných systémov v lekárskej oblasti, druhá procesom opisu systémov, tretia sa zaoberá operačnými systémami. V štvrtej kapitole sú riešené otázky aspektov databanky a problémov informatiky, v ďalšej sú to otázky aspektov databanky a medicínskych hľadísk. V šiestej kapitole sa diskutuje o analýze systémov v medicínskom zabezpečení a siedma kapitola sa zaoberá základnou dokumentáciou v lekárskej praxi. Osmá kapitola má voľnú tematiku a v poslednej deviatej sa venuje pozornosť stratégií a metódam spracovania dát v zdravotníckej štatistike. Tento rozsiahly zborník uzatvára vecný register prác z výročného zasa-

dania Nemeckej spoločnosti lekárskej dokumentácie, informatiky a štatistiky.

Celý zborník predstavuje modernú problematiku zberu a spracovania dát v medicínskej praxi. Ide o pokus formulovania základných pravidiel medzi informačnými systémami a príslušným prostredím, to znamená medzi konštruktérmi informačných systémov v oblasti zdravotníctva a lekárstva. Pre tento vzťah sa v súčasnosti zavádza pojem ekológie systémov. Aj u nás majú informačné systémy v oblasti zdravotníctva a medicíny slúžiť nielen pre zber dát a informácií, ale aj pre ich spracovanie a využitie v širokej praxi práve tak, ako v oblasti zdravotníckej štatistiky a v oblasti ekonomie zdravotníctva. Je treba ťeno zborník len uvítať, pretože prináša cenné informácie o informačných systémoch a ich použití v zdravotníctve z rôznych aspektov. Napriek tomu, že jednotlivé práce uverejnené v tomto zborníku predstavujú celkom špeciálnu problematiku, iste poslúži svojimi novými myšlienkami v zmysle cenného prínosu aj pre prácu na našich pracoviskách, ktoré sa zaoberajú podobnou problematikou.

Dr. R. Palátová, Bratislava

C. BURRI, M. JÄGER, A. RÜTER

ARTHROSE UND INSTABILITÄT AM OBEREN SPRUNGGELENK
ARTRÓZA A INSTABILITA ČLENKOVÉHO KLBU

*Hefte zur Unfallheilkunde, Heft 133 (Supplementum), Vydalo
verlagung Springer-Verlag Berlin — Heidelberg — New
York, 1978, 204 str., 143 obr., cena DM 22,—, ISBN 3-540-
08970-5.*

V prvej časti knihy je uvedený obšírny prehľad biomechaniky a patologickoanatomických pomerov otázok artrózy a nestability členkového kĺbu. Otázky, o ktorých pojednáva kniha, sú nanajvýš aktuálne, najmä z hľadiska výsledkov operačnej liečby zlomenín členkového kĺbu.

Záverečná kapitola o korekčnej osteotómii a použití alloplastiky je obšírnym rozvedením skúseností po dlhodobom sledovaní operovaných pacientov. Výsledky operačnej liečby sa považujú za lepšie ako výsledky konzervatívneho postupu pri liečení zlomenín členkového kĺbu.

Druhá časť knihy je venovaná instabilite väzív členkového kĺbu. Väzivový aparát členkového kĺbu sa zraňuje rovnako

často ako kostné štruktúry. V knihe sa uvádzajú biomechanické problémy náhrady väzív, rozvedené sú výsledky a klinické stavy po liečbe nestabilného väzivového aparátu. Po rozsiahlej a otvorene vedenej diskusii o liečbe väzivového aparátu členkového kĺbu sú uvedené jasné indikácie pre jednotlivé terapeutické postupy.

Kniha je určená pre ortopédov, traumatológov, chirurgov, zaoberajúcich sa traumatológiou. Poslúži aj rehabilitačným pracovníkom, ako pomôcka pri objasňovaní dlhodobých výsledkov liečby poranení členkového kĺbu.

Dr. A. Krivosudský, Bratislava

ANNUAL REVIEW OF PHYSIOLOGY

ROČNÝ PREHLAD FYZIOLÓGIE

Vydala Annual Reviews Inc., 1978, Vol. 40, Palo Alto, California 1978.

Ako štyridsiaty zväzok Annual Review of Physiology vychádza v roku 1978 súbor prác, ktorý redakčne spracoval dr. Knobil za spolupráce dr. Sonnenscheina a dr. Edelmana. Podobne ako v ostatných zborníkoch aj tu sú publikované práce z najrôznejších oblastí fyziológie. Štyridsaťročný prehľad prináša práce z oblasti respiračnej fyziológie, z oblasti renálnej fyziológie, z oblasti periférnej cirkulácie, z oblasti fyziológie centrálného nervového systému, z oblasti svalovej fyziológie, z oblasti endokrinológie. Jednotlivé práce sa ďalej zaoberajú problematikou cirkadiánnych rytmov, problematikou sexuálnej diferenciácie, otázkou lokalizácie a uvoľňovania neurofyzínov a otázkou katiónov cez membrány.

Úvodná práca je práca prof. Scholander, nazvaná „Rapsódia vo vede“, predstavujúca retrospektívny pohľad a životné krédo autora.

Je veľmi ťažké recenzovať jednotlivé práce, zaradené do tohtoročného prehľadu fyziológie. Sú to práce špecifické pre úzke oblasti fyziologickej vedy a veľmi špeciálne pre svoju tematiku. Za pozornosť klinika stojí práca zaoberajúca sa problematikou renin-angiotensinového systému, práve tak ako práca o periférnej cirkulácii, alebo o respiračnej mechanike. Pozoruhodná je aj práca o kostrovom svalstve, energetike a metabolizme, najmä pre tých, ktorí sa zaoberajú fyziológiou svalovej činnosti.

Všeobecne však platí, že aj tento ročný prehľad fyziológie prináša zaujímavý výber z fyziológie, ktoré sa zaoberajú aktuálnou problematikou a prinášajú súčasne informácie väčšinou na experimentálnom základe.

Dr. M. Palát, Bratislava

R. BERNBECK — G. DAHMEN

KINDERORTOPÄDIE

DĚTSKÁ ORTOPEDIE

Vydalo nakladatelství Georg Thieme-Verlag, Stuttgart 1976, 2. zcela přepracované vydání, 563 stran, 381 obrázků, 11 tabulek. Cena DM 178,—.

ISBN 3-13-3073-02-8.

Nakladatelství Georg Thieme v Stuttgartě vydává v roku 1976 druhé zcela přepracované vydání pozoruhodné monografie, věnované problematice dětské ortopedie. Prvé vydání vyšlo v roku 1954, kniha byla přeložena do španělštiny a španělské vydání vyšlo roku 1957.

Dětská ortopedie, představující v současnosti samostatnou klinickou a vědeckou disciplínu, našla svoje rozšíření po druhé světové válce, především v období po epidemii dětské obrny. Tento prudký vývoj si vyžádal i přípravu učebnic a monografií, věnovaných této velmi významné a důležité problematice. Prof. Bernbeck a prof. Dahmen ve své učebnici podávají současný pohled na kliniku ortopedických chorob dětského věku se současným poukázáním na specifické otázky této oblasti medicíny.

Kniha má dvě části. V obecné části se pojednává o normálním vývoji dětského skeletu a v dalších kapitolách o otázkách všeobecné diagnostiky a všeobecné terapie. Druhá část je zaměřena speciálně na

jednotlivá ortopedická onemocnění: onemocnění pletence horní a dolní končetiny, na onemocnění systémová, tumory, onemocnění pohybového systému a konečně na dětské úrazy. Poslední kapitola je věnovaná rehabilitaci v dětském věku. Přehled písemnictví a věcný rejstřík ukončují tuto poměrně rozsáhlou, bohatě ilustračně dokumentovanou, názornou a přehlednou monografii o dětské ortopedii. Kniha představuje současný pohled, a oproti prvnímu vydání je rozšířena se zvýrazněním nových aspektů v oblasti dětské ortopedie za posledních dvacet roků.

Monografie Bernbeckova a Dahmenova patří beze sporu do rukou dětských ortopedů, kteří zde naleznou potřebné informace pro svoji především praktickou činnost; řadu cenných informací zde najdou i ostatní lékařské profese, především odborní lékaři v oblasti léčebné rehabilitace, kteří se denně setkávají s pacienty dětského věku s ortopedickými vadami i onemocněními.

Dr. M. Palát, Bratislava

W. J. WESTON, D. G. PALMER

SOFT TISSUES OF THE EXTREMITIES. A RADIOLOGIC STUDY OF RHEUMATIC DISEASE

MÄKKÉ TKANIVÁ KONČATÍN. RÁDIOLOGICKÁ ŠTÚDIA O REUMATICKEJ CHOROBE

Vydal Springer — Verlag Berlin — Heidelberg — New York, 1978, 171 obr., 128 strán, cena DM 68,—, ISBN 3/540/90259-7.

V edícii „Comprehensive Manuals in Radiology“, ktorú riadi prof. Jacobson, vychádza v roku 1978 monografia novozelandských autorov, venovaná rádiologickým aspektom reumatickej artritídy. Reumatická artritída alebo progresívna polyartritída je chorobou s častým výskytom, s chronickým priebehom a invalidizujúcimi následkami. Je nielen terapeutickým problémom, ale v začiatkoch aj problémom diagnostickým.

Westonova a Palmerova monografia ve-

nuje pozornosť mäkkým tkanivám, ktoré prekonávajú pri vývine choroby mnohé zmeny. Mäkké tkanivá bývajú postihnuté dislokáciami a sbluxáciami v priebehu vývoja reumatickej artritídy, bývajú tiež postihnuté edémom či hemorágiou, podliehajú fibrotickým a tukovým zmenám a bývajú tangované vaskulárnou proliferáciou. Všetkým týmto aspektom venuje pozornosť táto monografia, či už ide o postihnutie svalov, šliach, búrč a pod.

Kniha má klasické delenie podľa loka-

lizácie zmien. Po úvodnej kapitole, ktorá opisuje techniku rádiologického vyšetrenia, jednotlivé ďalšie kapitoly venujú pozornosť mäkkým častiam ramenného kĺbu, zápästiu a ruke, ďalej stehnovému kĺbu, členkovému kĺbu a konečne tarzálnej oblasti a nohe. Vecný register ukončuje túto pozoruhodnú, s veľkým prehľadom zostavenú a ilustratívnu monografiu, doplnenú celým radom röntgenogramov a schém, ktoré vysvetľujú zmeny v jednotlivých oblastiach pri reumatickej artritíde.

Knihu uvítajú v prvom rade röntgenológovia a reumatológovia, ale práve taká

dôležitá bude aj pre lekárov zaoberajúcich sa rehabilitáciou reumatických ochorení. Reedukačné metódy nemôžu ovplyvniť pri reumatickej artritíde trvalé kostné zmeny ako následok dlhodobého patologického procesu, ale iste môžu ovplyvniť zmeny na mäkkých častiach a tým obnoviť postihnutú funkciu daného kĺbu. Znalosť zmien týchto mäkkých častí je prvým predpokladom každého rehabilitačného programu. K tomu prispieva aj monografia Westona a Palmera.

Dr. E. Mikuľová, Bratislava

NGUYEN VAN NGHI, MAI VAN DONG, ULDERICO LANZA

AKUPUNKTUR—ANALGESIE

AKUPUNKTŮRA—ANALGÉZIA

Vydala Medizinisch-Literarische Verlagsgesellschaft Uelzen, 1978, 500 str., početné viacfarebné obrázky, cena 240 DM, ISBN 3-88136-055-7.

V edícii „Ázijské liečiteľstvo — výskum a prax“ vychádza v roku 1978 nová monografia, zasvätená problematike akupunktúry a analgézie. Táto monografia predstavuje štandardné dielo v oblasti literatúry o akupunktúre a jej nemecký preklad vyhotovil dr. Heinke. Pôvodne vyšla vo francúzštine.

Monografia sa člení do štyroch častí — prvá časť sa zaoberá základmi akupunktúry, topografiou hlavných a sekundárnych meridiánov a dôležitými bodmi pre analgéziu. Druhá časť je venovaná problematike mechanizmu účinku akupunktúry a akupunktúre pri analgézií, ako metóde v boji proti bolesti. V tejto časti sú uvedené aj pokusy a experimenty robené v Číne a hovorí sa o chemických transmitteroch, tak ako sú známe zo súčasnej neurofyziológie. Pozornosť je venovaná aj klinickému výskumu. Tretia časť rozoberá otázky techniky akupunktúry pri analgézií — hovorí o voľbe jednotlivých bodov, o technike stimulácie a o praktickom postupe. Štvrtá záverečná časť knihy poukazuje na použitie akupunktúry ako metódy analgézie v rôznych medicínskych odboch — v chirurgii, v otorinolaryngológii, v stomatologickej chirurgii, v gynekológii a pôrodníctve, a v oftalmologickej chirur-

gii. Ďalšie kapitoly tejto časti monografie poukazujú na výsledky získané použitím tejto liečebnej metódy v Číne i na európskych pracoviskách.

Celá monografia je bohato ilustrovaná, pre dobré znázornenie sa používa viacfarebná ilustrácia, sú tu prehľadné tabuľky a schémy. Akupunktúra ako metóda liečby a špeciálna akupunktúra ako prostriedok boja proti bolesti, teda akupunktúra v analgézií, je stále viac a viac stredobodom pozornosti európskych lekárov. Mnohé výsledky svedčia pre akupunktúru, mnohé nie sú presvedčujúce. Monografia autorského kolektívu Nguyen Van Nghi, Mai Van Dong a Ulderico Lanza je prehľadnou učebnicou akupunktúry zameranou na problematiku analgézie. Nguyen Van Nghi vydal v roku 1974 a 1975 dvojdielnu učebnicu „Patogenéza a patológia energetiky v čínskej medicíne“, ktorá bola recenzovaná v našom časopise. Posledná monografia vydaná v roku 1978 predstavuje ďalšiu monografiu, ktorá nadväzuje na vyššie uvedenú učebnicu a dopĺňa ju. Uvítajú ju iste predovšetkým tí, ktorí sa zaoberajú akupunktúrou ako metódou a špeciálne tí, ktorí používajú akupunktúru v boji proti bolesti.

Dr. M. Palát, Bratislava

L. F. SQUIRE

**ÜBUNGEN IN RADIOLOGISCHER DIAGNOSTIK. BAND IX.
ULTRASCHALLDIAGNOSTIK**

CVIČENIA V RÁDIOLOGICKEJ DIAGNOSTIKE. ZVÄZOK IX.
ULTRAZVUKOVÁ DIAGNOSTIKA

*Vydal Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1978, 180 strán, 104
obrázkov, cena DM 39,80. ISBN 3-13-5657-01-9.*

V edícii „Cvičenia v rádiologickej diagnostike“ vychádza v r. 1978 9. zväzok, venovaný problematike ultrazvukovej diagnostiky. Zväzok do tlače pripravila prof. B. B. Gosinková a prof. L. F. Squireová, nemecký preklad Dr. Gollmannová, pôvodina vyšla v USA v r. 1976.

Podobne, ako pri predchádzajúcich zväzkoch tejto edície, aj tu predkladajú autorky rovnakým spôsobom prehľadné otázky súčasnej ultrazvukovej diagnostiky prostredníctvom klinických prípadov.

Ako autorky píšú v úvode, ultrazvuková diagnostika je pomerne nová veda, ktorá slúži na overenie určitých diagnóz pomocou modernej ultrazvukovej techniky, kto-

rá našla svoje uplatnenie v medicíne len po zhodnotení významu sonarovej techniky. V prvej kapitole tejto publikácie sa rozoberajú všeobecné princípy použitia ultrazvuku v modernej medicíne z diagnostických aspektov. V ďalších kapitolách venujú autorky pozornosť ultrazvukovej diagnostike v oblasti brucha, oblasti obličiek a retroperitoneálneho priestoru, gynekologickej, problematike echoencefalografie a konečne problematike echokardiografie. Vecný register ukončuje túto pozoruhodnú monografiu zostavenú podobne ako predchádzajúce zväzky tohto edičného radu.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

H. SÜDHOF, H. L. KRÜSKEMPER

**THERAPIE. EIN KURZES HANDBUCH
THERAPIE. KRÁTKÁ UČEBNICE**

*Vydalo nakladatelství F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart 1973,
2. zcela přepracované vydání, 714 stran, 13 obr., 74 tab., cena
DM 98,—. ISBN 3-7945-0495-X.*

Nakladatelství F. K. Schattauer Verlag ve Stuttgartě pripravilo druhé vydání učebnice prof. Südhofa, které oproti prvnímu vydání je zcela nově přepracováno a uvedeno na současný stav poznatků v oblasti terapie. Prvé vydání vyšlo v roku 1970, druhé vydání vlastně sestavil prof. Krüskemper, přednosta interní kliniky lékařské fakulty university v Düsseldorfu, protože mezitím prof. Südhof zemřel. Na přípravě této učebnice se zúčastnila celá řada předních německých internistů, chirurgů a ostatních specialistů dílčích oblastí vnitřního lékařství.

Základní rozdělení učebnice je klasické, v první části, velmi krátké, se hovoří o terapii akutně ohrožujících stavů a v druhé části, která vlastně tvoří náplň učebnice, se rozebírají otázky speciální terapie při jednotlivých onemocněních. Jednotlivé kapitoly pojednávají o terapii u nemocí krevního oběhu, nemocí dýchacích orgánů, trávicích orgánů, u chorob jater, žlučníka a žlučových cest, u onemocnění ledvin, vývodných močových cest

a poruch vodního a elektrolytového hospodářství, u hematologických onemocnění a revmatických chorob. V dalších kapitolách se poukazuje na terapii u infekčních chorob, tuberkulózy, u chorob endokrinních orgánů a poruch metabolismu. Sled kapitol pokračuje terapií u dětských onemocnění, u neurologických afekcí a psychiatrických chorob, u chorob kůže, jsou zařazené vybrané otázky chirurgických oborů — chirurgie, gynekologie, otorinolaryngologie, oftalmologie. Třetí část učebnice, představující závěrečné kapitoly, se zabývá otázkami očkovaní a otázkami parenterální a zvláštní výživy. Vecný rejstřík ukončuje tuto publikaci, která představuje kompendium současných, především medikamentózních možností terapie. Předností učebnice je bezesporu, že uvádí přehled těchto možností na současný stav, což jistě nebyla vzhledem k explozi nových informací i na poli terapie, jednoduchá otázka. Kniha obsahuje některé přehledné tabulky a ilustrace doplňující text učebnice.

Dr. M. Palát, Bratislava

Československá lékařská společnost J. E. Purkyně

Československá
gastroenterologická
společnost

Československá
fyziatrická
společnost

Československá diabetologická společnost
uspořádají

XXIX. MEZINÁRODNÍ LÉKAŘSKÝ POSTGRADUÁLNÍ KURS,

který se bude konat v sanatoriu Thermal v Karlových Varech
ve dnech 24.—28. 9. 1979.

HLAVNÍ TÉMATA:

1. NOVÉ POZNATKY V GASTROENTEROLOGII
Kordinátor:
Prof. MUDr. K. Herfort, DrSc.
2. NOVÉ POZNATKY V BALNEOLOGII
Kordinátor:
MUDr. J. Benda, CSc.
3. NOVÉ POZNATKY V DIABETOLOGII
Kordinátor:
Doc. MUDr. J. Roštlapil, CSc.

Příhlásky krátkých sdělení přijímá sekretariát kursu.

SPRÁVA Z I. PRACOVNEJ KONFERENCIE O PROBLEMATIKE JOGY V REHABILITÁCI

Slov. rehab. spoločnosť — komisia pre využitie jogy v liečebnej rehabilitácii v spolupráci MÚNZ v Košiciach usporiadali I. pracovnú konferenciu o problematike jogy v dňoch 21.—23. júna 1978 v Šaci pri Košiciach.

Cieľom pracovnej konferencie bolo oboznámiť zdravotníckych pracovníkov s jogou ako účinným preventívnym a terapeutickým prostriedkom v liečebnej rehabilitácii.

Pracovnú konferenciu otvoril za výbor rehabilitačnej spoločnosti dr. V. Lánik, ktorý vo svojom príhovore zdôraznil, že v podmienkach socialistického zdravotníctva sa musí joga rozvíjať len na vedeckom podklade.

Prednášky boli doplnené v popoludňajších hodinách praktickými cvičeniami pre všetkých účastníkov konferencie v telocvični odborného učilišťa VSZ Šaca.

Nakoľko išlo o prvú konferenciu tohto druhu a obsah prednášok bol zdravotníckym pracovníkom väčšinou neznámy, uvediem stručný obsah prednášok s cieľom, aby sme si lepšie uvedomili, že hatja-joga a pranajama sa môžu využiť nielen ako prevencia, ale aj v klinickej praxi.

Dr. J. Votava z Prahy v prednáške „Joga v liečebnej rehabilitácii“ uviedol u ľahkých pacientov možnosť použiť z hatja-jogy základnú zostavu cvikov, zatiaľ čo u ťažkých pacientov treba vypracovať zvláštny postup. Joga je samoregulačný

systém čo znamená, že zavedenie cvikov z hatja-jogy v rehabilitácii musí byť pozvoľné, bez násilia a bolesti.

Dr. Š. Szöka z Košíc v prednáške „Joga a celospoločenské zdravotnícke programy“ poukázal na všeobecné mechanizmy pôsobenia hatja-jogy. Zavedenie jogických cvičení v zdravotníctve by malo pomôcť úspešne zvládnuť zložité celospoločenské zdravotnícke programy v starostlivosti o ženu a dieťa, o starých občanov, v kardiovaskulárnom programe a v boji proti respiračným chorobám. Nie je vhodné zavádzať jogu pre široké masy nekontrolovane.

Doc. C. Dostálek z Prahy v prednáške „Joga a naše lekárství“ porovnával vo svojej prednáške účinok európskeho telocviku s účinkami hatja-jogy. Pri európskom cvičení sa zvyšuje pulz, krvný tlak a zrýchľuje sa dych. Bezprostredne po energeticky náročných výkonoch prichádza únava. Pri jogickom cvičení ide o cviky tonické s výdržami. Medzi cviky sa vkladajú relaxácie, takže po skončení cvičenia má cvičenec pocit sviežosti, zvýšeného prílivu energie. Jogické dýchacie cviky prispievajú ku stabilizácii vegetatívneho systému človeka. Úspešne sa dajú použiť na liečbu funkčných porúch orgánov, alergických reakcií a na rehabilitáciu pohybového ústrojenstva.

Dr. M. V. Bhole z Lonavle (India), poдал správu o zmenách intragastrického tlaku meraného u 12 jedincov pri pozícii bhudžangásana (kobra). Zistil, že ak sa pozícia robí pri hlbokom nádychu, stúpne tlak v žalúdku zo 6,88 mmHg na 11,36 mmHg. Ak sa pri pozícii zložia ruky za chrbtom, tlak v žalúdku sa zvýši až na hodnoty 20,30 mmHg. Pri hlbokom výdychu pri pozícii s rukami na zemi klesá tlak v žalúdku až na negatívne hodnoty $-1,88 - 0,91$ mmHg. Zmeny tlaku sú dlhodobé, pretrvávajú počas pozície, zatiaľ čo pri dvíhaní ťažkých predmetov sa len prechodne mení tlak žalúdka. Dr. Bhole upozornil na možnosť použitia získaných výsledkov v klinickej praxi.

Dr. K. Nešpor z Prahy uviedol, že relaxácia je súčasťou všetkých jogických cvičení. Relaxáciu možno chápať ako protektívny mechanizmus, ktorý tvorí fyziologický protipól stresu. Schultzov autogénny tréning bol vypracovaný na základe jogickej relaxačnej techniky. V joge

sa používajú dva druhy relaxácie. Prvý typ šavasána — poloha na chrbte, je krátkodobá aktívna relaxácia, druhý typ joga nidra — psychický spánok, je relaxácia dlhšia, ktorá trvá 15—25 minút a robí sa podľa pokynov druhej osoby.

Doc. J. Dvořák, CSc. a V. Tauchmannová uviedli, že vedúcu úlohu v účinku jogy má mozgová kôra. Pri jogických cvičeniach ide o celkové preladenie organizmu v zmysle prevahy sústavy n. vagu. Nastáva parasympatikotónia so spomalením tepovej frekvencie, znížením krvného tlaku a znížením svalového napätia. Jogou sa dá ovplyvniť celý rad negatívnych civilizačných zlovykov. Joga sa indikuje predovšetkým pri neurózach z vyčerpanosti.

Dr. M. V. Bhole hovoril, že je nesprávne, ak sa uvádza, že pri pranajamickom dýchaní sa lepšie oksylíčuje krv a lepšie vydychuje CO_2 . Ide o názor nelogický a nevedecký. Autor urobil porovnávacie meranie hodnôt minútového volúmenu a celkového objemu u osôb s normálnym dýchaním, s hlbokým dýchaním a pranajamickým dýchaním. Zistil, že uvedené hodnoty pri pranajamickom dýchaní sa nezvyšujú, ale naopak sa znižujú v dôsledku zvýšenej rezistencie dýchacích ciest, čo je jeden z najdôležitejších úkazov pranajamy.

Dr. A. Rosina z Popradu vyhodnotil trojročné skúsenosti s cvikmi surja-namaskára (pozdrav slnka) podľa Lysbetha, ktoré sa osvedčili pri všetkých chybných držaniach tele a pri kompenzovaných skoliózach. Zlepšenie sa dosiahlo v 34,1 %.

Dr. V. Doležalová z Prahy uviedla, že založenie kurzu jogy pre pacientov po prepustení s dg neuróza s výrazným vegetatívnym a vertebrogénnym komponentom a endogénnou depresiou po odznení akútnej fázy. Cvičenie sa začína relaxáciou zameranou na vypojenie z denných problémov. Po ukončení relaxácie sa prechádza na krokodílie cviky, ktoré nemajú žiadnu kontraindikáciu a sú zamerané na odstránenie vertebropatií. Ďalej sa prechádza na dýchacie cvičenia. Cvičenie sa končí 20-minútovou relaxáciou so sugesciou posilnenia kladného vzťahu k sebe. Cvičenie trvá 2 hodiny. Joga mnohým pacientom nahradila lieky, niektorí pacienti obmedzili lieky, nikoho nemuseli rehospitalizovať.

Dr. Ing. G. M. Timčák vo svojej pred-

náške uviedol, že všetky cvičenia ako sú asány (jogistické pozície), bandhy (uzávery stiahnutím príslušného svalstva), mudry (jemnejší tlak na reflexné body rukami, nohami, prstami), pranajáma (dýchacie cvičenia na získanie životnej sily), krija (seba očistenie) relaxácia, pôsobia na reflexné body, ktoré cvičiaci musí sám vypozerovať a aktivovať pomocou ďalších cvikov. Ako príklad uviedol horný okraj hrudnej kosti, kde sú reflexné body, ktorých aktivácia zlepšuje funkciu mozgu, ezofágu, hrdla atď.

Dr. V. Wohlandová-Bednárová z Brati-

slavy uviedla svoje skúsenosti s autogénnym tréningom podľa Schultza u 13 detí (kontrola 12 detí) počas 10 dní, 2-krát denne. Piaty deň po svalovej relaxácii a sústredení sa na dýchanie deťom aplikovali predstavu pocitu ramena ťažkého ako olovo. Išlo o roztržité deti, ktoré sa nevedeli sústrediť. Štatisticky sa pozornosť zlepšila, ale len na krátky čas.

Prednášky boli doplnené názornými farebnými diapozitívmi.

Druhá konferencia na využitie jogy v rehabilitácii je plánovaná na rok 1980.

Dr. B. Bušová, Bratislava

CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA REHABILITAČNÝCH PRACOVNÍKOV

V peknom prostredí hotela Patria na Štrbskom plese usporiadali Slovenská lekárska spoločnosť, Spoločnosť SZP a Ústav pre ďalšie vzdelávanie SZP v Bratislave v dňoch 10.—11. novembra 1978 Celoslovenskú konferenciu rehabilitačných pracovníkov.

Konferenciu otvorila s. Gyűszová, hlavná sestra FN Košice. V úvodnej prednáške s. Duržová, predsedníčka Spoločnosti SZP pri SLS, oboznámila účastníkov s významom vzniku prvého samostatného štátu Čechov a Slovákov pre ďalší rozvoj našich národov. O histórii a úlohách Slov. lekárskej spoločnosti hovoril vo svojej prednáške dr. Kovalík, zástupca SLS. Po jeho prednáške sa uskutočnila voľba výboru Sekcie rehabilitačných pracovníkov pri Spoločnosti SZP.

Konferencia pokračovala dvoma prednáškami dr. Turcsanyiho z Košíc: „Rizikové faktory pri vzniku arteriosklerózy“ a „Primárna, sekundárna a terciálna prevencia kardiovaskulárnych chorôb“. Prednášku autorov dr. Paláta, prom. ped. M. Bartovicovej a s. Fridnovej na tému „Rehabilitační pracovníci — rehabilitačný proces“ predniesla s. Frindtová. V ďalšej prednáške „Niektoré psychologické hľadiská v LR u vybranej skupiny pacientov“ sa prom. psychológ H. Škarbová dotkla otázky psychologického vyšetrenia u pac. po IM.

Nasledujúci deň odznel súbor predná-

šok zameraných na rehabilitáciu kardiovaskulárnych ochorení. V úvodnej prednáške dr. Paláta, CSc. a s. Vojtekovej „Koronárna choroba a jej rehabilitácia“ boli nastolené otázky včasnej rehabilitácie pacientov po IM, indikácie kúpeľnej terapie a ambulatného doliečovania. Ďalšie prednášky pracovníkov Čs. št. kúpeľov Sliač; Luptákovej, Duchkovej a dr. Procházkou, nám ukázali pracovné podmienky a výsledky pri rehabilitácii kardiovaskulárnych ochorení v týchto kúpeľoch. Záverečná prednáška Cáhlovej z Rehabilitačného ústavu Karviná, nám názorne ukázala zariadenie a technické vybavenie tohto nového rehabilitačného ústavu.

V diskusii sa zdôraznila potreba zasiať rehabilitačnú dokumentáciu pri presúvaní pacientov z FRO na rehabilitačné odd. Čs. št. kúpeľov, prípadne do spádových nemocníc.

Na Celoslovenskej konferencii RP sa zúčastnilo viac ako 60 rehabilitačných pracovníkov z celého Slovenska! Na záver konferencie sa predsedníčka Sekcie RP poďakovala prítomným za účasť a v mene predsedníctva vyslovila nádej, že činnosť Sekcie RP v spolupráci so Slovenskou rehabilitačnou spoločnosťou sa bude uberať takým smerom, aby pomohla pri riešení mnohých páličivých otázok v rehabilitačnej praxi.

M. Tomanová, Banská Bystrica

V. Československá konferencia o akupunktúre sa spoluúčastou hostí zo zahraničia sa konala v dňoch 7.—9. 12. 1978 v hoteli Kyjev v Bratislave. Zúčastnilo sa na nej 200 lekárov z celej ČSSR a 17 špičkových odborníkov zo zahraničia, najmä zo ZSSR.

Na konferencii bolo prednesených 58 odborne fundovaných prednášok dotýkajúcich sa problematiky akupunktúry v takmer celej jej šírke — od otázok ideologických a organizačných, cez otázky morfológie, fyziológie a neurofyziológie až k problematike použitia akupunktúry v jej jednotlivých modifikáciách a v menej obvyklých indikáciách. K väčšine prednášok odznela aj plodná diskusia, takže konferencia mala skutočne pracovný, rušný a objektívny charakter. Živý záujem o prejednávanú problematiku dokumentuje najlepšie skutočnosť, že konferenčná sála bola stále plná, dokonca aj vo večerných hodinách po 9 hodín trvajúcim programe.

Program rokovania konferencie bol rozdelený do týchto hlavných tematických celkov: 1. Niektoré ideologické, politické a organizačné aspekty súčasnej akupunktúry, 2. Výsledky liečebného použitia akupunktúry v podmienkach moderného socialistického zdravotníctva, 3. Problematika a perspektívy sonopunktúry, laserpunktúry a elektroakupunktúry, 4. Možnosti použitia akupunktúry v zvláštnych a menej obvyklých indikáciách, 5. Akupunktúra v boji proti bolesti, 6. Varia.

V úvodnej časti rokovania zaujali najviac prednášky Gojdenku a spol. (Moskva) o problematike postgraduálneho vzdelávania lekárov v akupunktúre a v reflexnej liečbe v ZSSR, Umlaufa (Brno) o výsledkoch a skúsenostiach z trojročnej prevádzky oddelenia akupunktúry FN s poliklinikou v Brne-Bohunicích a Votavu (Praha) o klinických skúsenostiach s použitím akupunktúry pri centrálnych parézach. Veľkú pozornosť vzbudili aj úvodné prednášky Mošnera (Bratislava) k 60. výročiu vyhlásenia samostatnosti

Československa a k 10. výročiu schválenia zákona o československej federácii a Novotného (Brno) o systémovom prístupe k morfológii a o akupunktúre v dialekticko-materialistickom poňatí. Portnov (Riga) referoval o súčasných tendenciách rozvoja reflexoterapie v ZSSR i vo svete.

Zaujímavou a pre diskusiu veľmi podnetnou bola prednáška Křížza (Kladruby), dotýkajúca sa problematiky začlenenia akupunktúry do siete zdravotníckych zariadení v ČSSR a jej vzťahom k rehabilitácii. O vlastných klinických výsledkoch docieľených použitím akupunktúry pri chronických léziách n. facialis referoval Mócik (Bratislava), pri alergických a vazomotorických rinitídach Drasnar a Paleček (Tatr. Polianka) a pri indikáciách gastrointestinálnych Šmirala (Brusno). O praxou preverených možnostiach využitia akupunktúry u lekárov prvého kontaktu referoval Parolek (Jevíčko).

V odpoľudňajších hodinách upúťali najmä prednášky Kajdoša (Praha), Schafflera (München), Bischku (Wien), Růžičku (Olomouc), Portnova (Riga) a Mikláňka a spol. (Kladruby), ktoré sa zaoberali problematikou elektroakupunktúry, laserpunktúry a sonopunktúry.

Záver prvého dňa tvorila panelová diskusia na tému: Akupunktúra v internistických disciplínach, koordinátorom ktorej bol Šmirala (Brusno). V jej rámci sa rozdebatovali otázky akupunktúry v súčasnom modernom zdravotníctve na všetkých úsekoch. O postavení akupunktúry v komplexnej psychiatrickej terapii pútavo referoval Rosinský (Veľké Zálužie).

Na programe konferencie na druhý deň dopoludňajšieho rokovania bola problematika možnosti použitia akupunktúry v zvláštnych a menej obvyklých indikáciách. Volák (Křížová) referoval o vlastných výsledkoch pri liečbe traumatickej lézie n. Facialis a Pavor nocturnus v dospelosti. Umlauf (Brno) hovoril o svojich skúsenostiach s použitím akupunktúry pri nadmernom vypadávaní vlasov, Jindrák

[Spálené Poříčí] referoval o dobrých výsledkoch v liečbe primárnej detskej enurézy, ktoré dosiahol aplikáciou akupunktúry spolu s bežne používanou klasickou liečbou. Možnosťami použitia akupunktúry v liečbe obezity exogénneho pôvodu sa zaoberali Solár (Ilava) a Šmirala (Brusno). Vaskivskij (Bílina) predniesol svoje bohaté skúsenosti s použitím akupunktúry v liečbe časného dumping syndrómu. Voskobožnik (Leningrad) predniesol zaujímavú prednášku na tému: Liečba vibračného poškodenia pohybového aparátu akupunktúrou. Hollý (Hronovce) predniesol kazuistiku priaznivého liečebného výsledku u pacienta s hypochondrickou úšľachovou neurózou. Dostálová (Praha) oboznámila účastníkov o prvých skúsenostiach s použitím akupunktúry u onkologických pacientov, najmä v snahe o využitie jej celkového analgetického a sedatívneho pôsobenia.

Na programe odpoludňajšieho rokovania boli otázky miesta akupunktúry v boji proti bolesti. Veľmi zaujímavý bol teoretický príspevok Umlaufa (Brno), ktorý sa zaoberal možnými humorálnymi faktormi a mechanizmami analgetického pôsobenia akupunktúry a prednáška Růžičku a Jezdinského (Olomouc), ktorí v pokuse na zvierati sledovali analgetický účinok dráždenia bodov akupunktúry laserovým lúčom. Haspelová (Piešťany) rozoberala tiež možné mechanizmy antalgického pôsobenia akupunktúry, pričom uviedla aj metódu a vlastné výsledky liečby u pacientov s rôznorodými algickými stavmi. Chovanec a spol. (Trenčín) referovali o vlastných skúsenostiach v liečbe dysmenorrhoe, Szarowski (Třinec) a Šmirala (Brusno) o skúsenostiach s akupunktúrou a manipulačnou liečbou pri bolestiach hlavy, Škvaril (Nitra) o výsledkoch liečby pri reumatických ochoreniach. S výsledkami docielenými použitím akupunktúry pri gastroduodenoskopii oboznámili účastníkov Šmirala a spol. (Bratislava).

Večerné rokovanie uzatvorila panelová diskusia, koordinátorom ktorej bol Umlauf (Brno). V jej rámci sa široko prediskutovali možnosti analgetického pôsobenia akupunktúry a skúsenosti z klinickej praxe. Běreš a Šmirala (Bratislava) referovali o vlastných skúsenostiach s použitím akupunktúry ako prostriedku znečlivenia pri niektorých operáciách.

Posledný deň rokovania boli na programe Varia. Z najzaujímavejších prednášok treba spomenúť: Kajdoš (Praha) referoval o nových technikách akupunktúry a elektroakupunktúry v diagnostike a terapii. Soukup (Praha) o význame ročných období a tzv. piatej sezóny pre liečbu akupunktúrou, Umlauf a spol. (Brno) o možnostiach a mechanizmoch zásahov v aktívnych bodoch pri niektorých respiračných ochoreniach. Teoretickými otázkami vo vzťahu k detekcii bodov a možnostiam objektívizácie liečebných výsledkov sa zaoberali príspevky Rosinu (Poprad), Struhárovej (Piešťany), Gojdenku a spol. (Moskva) a Sukupovej a spol. (Brno). Garnuszewski (Warszawa) referoval o vlastných skúsenostiach s použitím akupunktúry pri vegetatívnych neurózach. V závere upútal prednášky Beňu (Sliač) o Hunekeho neuralterapii a Šmiralu (Brusno) o manupunktúre v kozmetike tváre.

Rokovanie konferencie viedlo k užitočnej výmene poznatkov, skúseností a názorov najmä v oblasti liečebného použitia, vedeckého rozpracovania a objektívizácie liečebných účinkov akupunktúry. Veľa cenných poznatkov a skúseností odovzdali sovietski účastníci tým, že zreferovali o súčasnom stave akupunktúry v ZSSR najmä z hľadiska možnosti jej sprístupnenia v liečebnej praxi, na úseku jej vedeckého výskumu a v organizácii postgraduálneho doškoľovania lekárov. V konečných dôsledkoch rokovanie ukázalo, že akupunktúra sa postupne stáva vedecky podloženou metódou prevencie, diagnostiky a reflexnej liečby so širokou interdisciplinárnou pôsobnosťou, ktorá nachádza stále širšie uplatnenie v praxi nášho socialistického zdravotníctva.

Na záver rokovania konferencia prijala rezolúciu, v ktorej účastníci vítajú prijatie metodických pokynov o jednotnom postupe pri vykonávaní akupunktúry ministerstvami zdravotníctva ČSR a SSR a proklamujú, že sa budú zo všetkých síl snažiť o ďalší rozvoj akupunktúry vo všetkých odboroch klinickej medicíny tak, aby prispeli k zvýšeniu kvality, efektivity a ekonomickosti starostlivosti o zdravie pracujúcich v duchu záverov XV. zjazdu KSČ a 11. a 12. plénárneho zasadnutia ÚV KSČ.

Dr. J. Šmirala, Bratislava

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

V dňoch 18., 19. a 20. decembra 1978 sa konali na Katedre rehabilitačných pracovníkov Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave záverečné skúšky pomaturitného špecializačného štúdia v úseku práce liečebná telesná výchova. Z 21 prihlásených rehabilitačných pracovníkov sa na Skúšku dostavilo 10. Skúšku úspešne absolvovali títo rehabilitační pracovníci:

Danišová Anna — ÚNZ Petržalka
Frindtová Mária — NsP akad. L. Déreza
Goldsteinová Viola — NsP Šaľa
Gabriová Božena — OÚNZ Humenné
Kučerová Marta — VLÚ Nová Polianka
Poláková Dana — OÚNZ Žilina
Přibyllová Cecília — PL Veľké Leváre
Sookyová Mária — NsP Šaľa

M. Štefíková, Bratislava

V Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně se uskutečnili ve dnech 20. 11. — 22. 11. a 27. 11. — 29. 11. 1978 závěrečné zkoušky pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova.

Dvouleté náročné studium v tomto úseku práce ukončilo a specializaci získalo 19 rehabilitačních pracovníků.

Adlofová Věra	Thom. nem. Praha
Foltinková Pavla	MÚSS Ostrava
Galatíková Alena	GDL Luže Košumberk
Holoušová Helena	FN Hradec Králové
Husníková Jindřiška	OÚNZ Praha 4
Chlupatá Ivana	FN Praha 10

Jirásková Libuše	FN Praha, Motol
Kalíšková Dagmar	FN Praha 2
Kašparová Jarmila	OÚNZ Praha 1
Kuthanová Eva	FN Praha 2
Meisnerová Eva	OÚNZ Praha 8
Probstová Ivana	Thom. nem. Praha
Robová Jitka	FN Hradec Králové
Sovová Věra	Čsl. st. lázně, Františkovy Lázně
Štifterová Alena	Vojenská nemocnice, Olomouc
Valentová Lenka	FN Praha 10
Vojtíšková Hana	FN Praha 10
Zajíčková Jana	Thom. nem. Praha
Zounková Irena	FN Praha Motol

B. Chlubnová, Brno

Závěrečné zkoušky pomaturitního specializačního studia v úseku léčba prací se uskutečnily ve dnech 25. 10. a 26. 10. 1978 v Rehabilitačním ústavu v Kladru-bech.

Dvouleté studium bylo organizováno celostátně Katedrou rehabilitačních pracovníků Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně.

Studium ukončilo a specializaci získalo 14 rehabilitačních pracovníků:

Červínková Alena	OÚSS Vyškov
Dřevěná Marie	OÚNZ Teplice
Hlinická Erika	FNSP Martin

Hrabcová Pavla	ZÚNZ OKD Karviná
Jelínková Alena	KÚNZ Brno
Libenská Hana	FN Olomouc
Navrátilová Lucie	ÚDV SZP Brno
Pinkasová Miroslava	FN Plzeň
Potocká Lubica	VČ KNV Hradec Králové
Sudková Marie	OÚNZ Praha 6
Špičková Jiřina	MĚNSP Ostrava
Vlasatá Marta	KÚNZ Brno
Gažová Ludmila	ZÚNZ Košice
Takáčsová Eva	Výcvikové středisko Bratislava

B. Chlubnová, Brno