

Rehabilitácia

CASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

OBSAH

- EDITORIAL
 - M. Palát:* Problematika rehabilitácie onkologických pacientov 65
- PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE
 - O. Hajzok:* Niektoré praktické aspekty syndrómu kľbnej hypermobility 67
- METODICKÉ PRÍSPEVKY
 - V. Kořenská, H. Eberlová:* Rehabilitační cvičení u dětí s lehkou dětskou encefalopatií II. 75
 - Z. Kubín:* Přehled normálního vývoje hybnosti dítěte a centrálně podmíněných poruch hybnosti v prvních třech trimestrech 85
- KAZUISTIKA
 - A. Gúth, M. Palát, Z. Brndiarová:* Obrna tvárového nervu (Bellova obrna) 101
- DOŠKOLOVANIE
 - M. Bartovicová, M. Palát:* Modernizácia a efektívnosť učebných metód v ďalšom vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov II. 109
- SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ 125
- SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP . 128
- RECENZIE KNÍH 115

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

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



Rehabilitácia

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

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

■
Vedúci redaktor: MUDr. Miroslav Palát, 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. 8, 809 46 Bratislava

■
Grafická úprava: Melánia Gajdošová

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

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

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

Číslo vyšlo v apríli 1981

Rehabilitácia

CASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

XIV/1981

ČÍSLO 2

EDITORIAL

PROBLEMATIKA REHABILITÁCIE ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV

Pacienti s onkologickým ochorením predstavujú v súčasnosti skupinu chorôb s vysokou úmrtnosťou i vysokým výskytom. Hoci v súčasnosti kardiovaskulárne choroby sú na prvom mieste z hľadiska mortality, morbidity a invalidity, choroby onkologického okruhu sa zaraďujú na druhé miesto a v mnohých krajinách ich trend výskytu sa stáva hrozivou skutočnosťou.

Terapia dnes vychádza jednak z možnosti chirurgických, jednak z možnosti konzervatívnej terapie modernými chemoterapeutikami a rádioizotopmi. Trefou súčasťou komplexnej starostlivosti o onkologicky chorých je starostlivosť rehabilitačná. Rehabilitačné prostriedky, ktoré používame u tejto skupiny chorôb, nemajú vyslovene charakter tých prostriedkov, ktoré vedú k obnoveniu postihnutej funkcie, ale sú skôr zamerané na stabilizáciu funkcií, predovšetkým psychologických. Z tohto hľadiska cieľom modernej rehabilitácie je:

1. Stabilizácia psychosociálnych funkcií s cieľom zabezpečiť určitú kvalitu života.
2. Obnovenie funkcie fyziologických systémov poškodených najmä veľkými a devastujúcimi chirurgickými zákrokmi, eventuálne regenerácia funkcie organizmu ako celku po celotelovom ožiarení alebo opakovanom použití niektorých izotopov.

Pre aplikáciu adekvátnych rehabilitačných metód je teda rozhodujúca klinická charakteristika chorých, pričom rehabilitačný plán musí vychádzať z určitého systému klinickej klasifikácie, ako je napríklad T-N-M systém.

V našej súčasnej medicíne a v súčasnom rehabilitačnom lekárstve sa venuje pozornosť problematike rehabilitácie pacientov s onkologickými chorobami. Nielen preto, že tejto problematike sa venovalo málo pozornosti, ale aj kvôli tomu, že výskyt onkologických chorôb nadobúda veľký rozsah. Ich diagnostika používa v súčasnosti rýchle sa meniace metodické možnosti a terapia (okrem základnej chirurgickej terapie), hoci úspešná, je väčšinou na experimentálnej základni. Aj kontakt onkologických oddelení s príslušným rehabilitačným oddelením je minimálny alebo celkom chýba.

Jednou z ciest aplikácie rehabilitačných metód u onkologických ochorení v rámci onkologického programu je vypracovanie príslušných programov s prihliadnutím na dva

aspekty spomenuté v úvode, t. j. na stabilizáciu psychosociálnych funkcií s cieľom zabezpečiť určitú kvalitu života a na obnovenie funkcie fyziologických systémov, eventuálne funkcie organizmu ako celku. Tieto programy po vypracovaní a overení na rehabilitačných pracoviskách (niektoré rehabilitačné pracovisko by z tohto aspektu mohlo predstavovať referenčné centrum) by sa mali dostať do širokej praxe.

Niektoré fyziatricko-rehabilitačné pracoviská sa zaoberajú touto problematikou. U pacientiek po amputáciách prsníka sa realizuje rehabilitačný program, kde okrem úpravy pooperačnej jazvy a úpravy funkcie postihnutého hemitoraxu následkom operačného výkonu sa pozornosť zameriava predovšetkým na stabilizáciu porušenej psychosociálnej homeostázy. Pacienti obvykle vedia o aké ochorenie ide a následkom porušenej psychosociálnej homeostázy býva vývoj ťažkých depresívnych neuróz, čím dochádza k zhoršeniu životnej kvality. Výsledky ukazujú, že tam, kde sa zlepšila psychická, eventuálne spoločenská situácia a kde pomocou prostriedkov liečebnej rehabilitácie sa obnovujú aj fyziologické funkcie, dochádza k celkovému zlepšeniu. Podmienkou samozrejme zostáva klasifikácia základného ochorenia podľa systému T-N-M.

Vzhľadom na túto situáciu by bolo treba venovať v rámci štátnej zdravotnej správy zvýšenú pozornosť aj tejto skupine ochorení, ktorá podľa prognostických čísiel z najbližších 10 až 20 rokov sa stane skupinou s najväčšou morbiditou a, ak sa neobjavia nové princípy terapie, aj s najväčšou mortalitou. Rehabilitačné oddelenia môžu za určitých predpokladov prispieť svojimi prostriedkami v boji proti onkologickým ochoreniam:

1. Výberom indikácií pre rehabilitačné programy na základe registra onkologicky chorých.
2. Realizáciou základných reedukačných programov a regeneračných programov s priradením na indikáciu a klinickú klasifikáciu (T-S-M systém).
3. Vypracovaním adekvátnych komplexných rehabilitačných programov, predovšetkým z aspektov obnovy porušenej psychosociálnej homeostázy.

Dr. Miroslav Palát, Bratislava

NIEKTORÉ PRAKTICKÉ ASPEKTY SYNDRÓMU KLĚBNEJ HYPERMOBILITY

O. HAJZOK

Výskumný ústav chorôb reumatických, Piešťany
Riaditeľ: prof. MUDr. Š. Sitaj, DrSc.

Súhrn: Jednoduché vyšetrowanie zamerané na zisťovanie klbnej hypermobility môže v prípade pozitívneho nálezu:

- odlišiť skupinu pacientov s hypermobílnym syndrómom, ktorí pre svoje ťažkosti sú často vedení pod inými reumatologickými diagnózami,
- v športovo-lekárskej praxi vytypovať jedincov náchylných k ťažkým poškodeniam väzivového aparátu, najmä kolien, predísť tomu výberom vhodného športu, prípadne úpravou tréningu,
- odhaliť niektoré vzácne hereditárne ochorenia, ako sú Ehlers-Danlosov a Marfanov syndróm.

Kľúčové slová: Hypermobílny syndróm — Ehlers-Danlosov syndróm — Marfanov syndróm

Rozsah pohybov v jednotlivých klboch je rozdielny od jedinca k jedincovi a ovplyvňujú ho činitele, ako vek, rasa alebo telesná stavba. Ak v prevažnej väčšine vyšetrowaných klbov nájdeme väčší rozsah pohybov, ako je všeobecne prijatá norma, môžeme u takéhoto jedinca hovoriť o celkovej (generalizovanej) klbovej hypermobilitate.

Doterajšie práce o hypermobilitate zdôrazňujú značné rodinné nahromadenie tohoto znaku, ktorý sa dedí dominantne a má veľmi menlivú penetrantnosť (Sturkie, 1941). Jedna z prvých prác vôbec o izolovanej hypermobilitate ako príčine opakovaných bolestí klbov spojených s výpotkom pochádza od Sutra (1947) a podrobnú štúdiu ťažkostí zo strany pohybového ústrojenstva, podmienených generalizovanou hypermobilitou klbov, vykonalí Kirk, Ansellová a Bywaters v r. 1967.

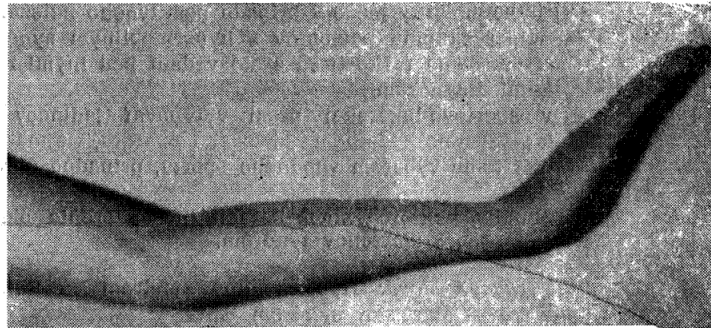
Celková uvoľnenosť väzivových štruktúr klbov s následnou hypermobilitou sa vyskytuje pri viacerých chorobných stavoch. Môže byť výsledkom zápalových ochorení zhybov, môžu sa takto prejavovať niektoré hereditárne sa vyskytujúce choroby spojivového tkaniva, ale aj neuroplogické ochorenia a niektoré vzácne poruchy metabolizmu aminokyselín (Mc Kusick, 1972). Účelom práce je opísať skupinu pacientov s výrazne uvoľnenými klbmi a s ťažkosťami zo strany muskuloskletárneho systému, ktoré sú bežné v reumatologickej praxi.

Materiál a metódy

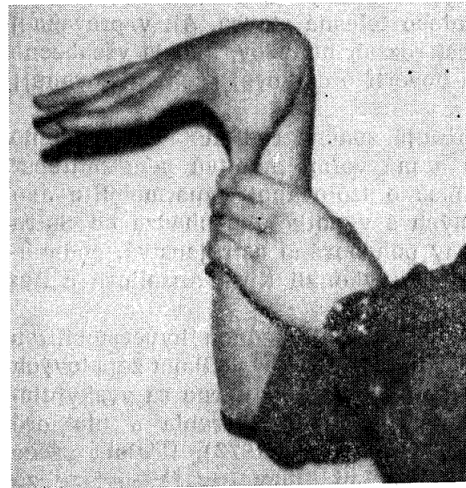
Ide o skupinu 29 pacientov vyšetovaných a liečených na oddelení reumatológie a fyzikálnej liečby HADII HOSPITAL v Kuvajte dvanásť mesiacov v rokoch 1978 – 1979 s ťažkosťami zo strany pohybového ústrojenstva, u ktorých vyšetrenie viedlo k záveru, že ich príčinou bola klbna hypermobilita, alebo táto ich podstatne zhoršuje. Práca sa zakladá na štúdiu miestneho arabského obyvateľstva Kuvajtu, kde autor pracoval v rokoch 1977 – 1979.

Na určovanie hypermobility sa použila metóda Wynne-Daviesova (1970), podľa ktorej za zreteľnú hypermobilitu sa považuje prítomnosť najmenej troch z nasledujúcich piatich znakov:

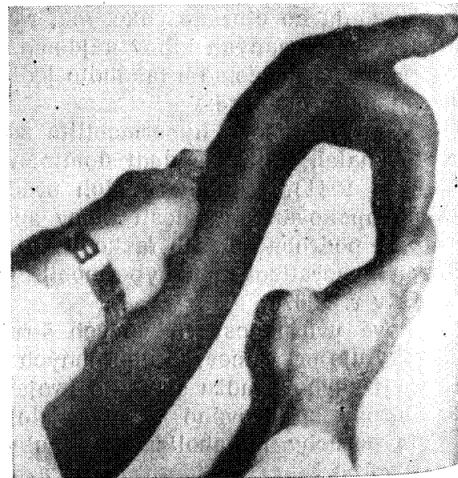
1. Hyperextenzia lakťa za 180 st.
2. Pri palmárnej flexii ruky priloženie palca na predlaktie.
3. Pri pasívnej extenzii v zápästí a metakarpofalengálnych pohyboch rovnobežný priebeh prstov s predlaktím.
4. Dorzálna flexia v členku 45 st. a viac.
5. Zreteľná extenzia v kolenách za 180 st. (Obr. 1 – 5).



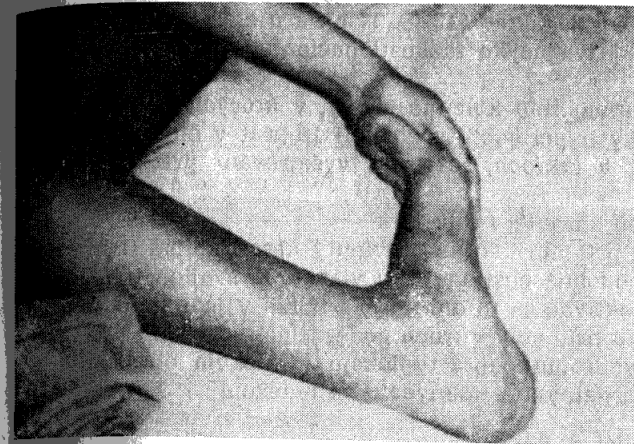
Obr. 1.



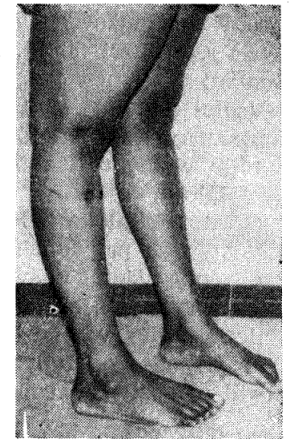
Obr. 2.



Obr. 3.



Obr. 4.



Obr. 5.



Obr. 6.

Fyzikálne vyšetrenie sa zameriavalo aj na zistenie niektorých znakov prítomných u difúzných chorôb spojiva s hereditárnym výskytom, ako je napríklad gotické podnebie, arachnodaktýlia, hyperelastická koža nad postihnutými klbmi (obr. 6), alebo po celom tele, Gosingovo znamenie, očné zmeny a chlopňové chyby. U všetkých sa vyšetřilo sérum na prítomnosť reumatoidného faktora, hladinu kyseliny močovej a ASO, urobila sa rŕg snímka vyšetřovaných zhybov a v podozrivých prípadoch sa vypočítal aj metakarpálny index podľa Parisha (1960). Zaznamenávali sa tiež údaje o rodinnom výskyte chybného držania tela, skolióze, spontánnych alebo opakovaných poúrazových vyklbeniach a častých výronoch.

Výsledky

Pozorovaný súbor pozostával z 18 mužov a 11 žien. Priemerný vek členov súboru pri prvom vyšetření bol 29 rokov s rozptylom od 15 do 45 rokov. Pri-

merný vek mužov v súbore bol 24 rokov (15 — 35 r.) a u žien 37 rokov (17 — 54 r.) (Pozri tab. 1.). Najzávažnejšie ťažkosti pacientov sú zoradené podľa častosti výskytu v tab. 2.

Všetci pacienti mali hypermobilné kolenné zhyby, v ktorých dominovali aj subjektívne ťažkosti. Znamky hypermobility chýbali 10-krát v členkoch, 9-krát v MCP v zhyboch a 5-krát v laktoch, resp. pri vyšetrowaní príznaku palec-predlaktie.

Ostatné klinické nálezy sú zhrnuté v tab. 3.

V štyroch prípadoch bol prítomný voľne rozvinutý obraz Ehlers-Danlosovho syndrómu. Všetci udávali podobné postihnutie u viacerých svojich prvostupňových príbuzných, avšak objektívne sa to dalo preveriť len v jednej rodine, kde Ehlers-Danlosov syndróm bol prítomný v troch generáciách, a to len u žien. Jeden prípad Marfanovho syndrómu popri typickom klinickom obraze sa potvrdil aj pozitívnym metakarpálnym a falangeálnym indexom

(MC I = 8,9 norm. rozsah 6,0 — 8,0 a
Ph = 5,2 norm. rozsah 3,7 — 4,6).

Ďalší prípad Marfanovho syndrómu sa nemohol zaradiť do súboru pre artritídu v niektorých meraných kĺboch, čím sa nemohla zodpovedne určiť pohyblivosť.

Tabuľka 1. Rozdelenie pozorovaného súboru podľa veku a pohlavia

	Muži	Ženy	Spolu
Počet pacientov	18	11	29
Priemerný vek v rokoch	24	37	29
Rozptyl v rokoch	15 — 35	17 — 54	15 — 54

Tabuľka 2. Ťažkosti zo strany pohybového ústrojenstva

	Muži	Ženy	Spolu
Ohraničená (úponová) bolesť kolien	7	6	13
Ťažké opakované výrony	10	1	11
Bolesti v krížoch (včítane skoliózy)	2	2	4
Osteoartróza	1	1	2
Výpotok v kolenách	1	1	2

Tabuľka 3. Ostatné klinické prejavy

	Hypermobilný syndróm	Ehlers-Danlosov	syndróm Marfanov syndróm
Počet prípadov	24	4	1
Hyperelasticita kože			
lokalizovaná	14	—	1
generalizovaná	—	4	—
Ploché nohy	6	1	1
Gotické podnebie	—	3	1
Akrocyanóza	1	2	—
Modravo presvitajúce skléry	1	2	—
Goslingov príznak	—	1	—
Arachnodaktýlia	—	—	1
Pelegriini — Stieda	1	—	—

Diskusia

Kĺbová hypermobilita nie je choroba, ale iba symptóm, ktorý na jednom konci spektra sa môže vyskytovať u inak normálnych jedincov (zvyčajne ako jednoduchý dedičný znak) a na druhom konci je súčasťou niektorých genetiky determinovaných syndrómov (Mc Kusick, 1972, Beighton, 1973). V tejto práci vyšetrowanie kĺbovej hypermobility viedlo k diagnostikovaniu inak zriedkavého Ehlers-Danlosovho a Marfanovho syndrómu. Klinický význam kĺbovej hypermobility je v tom, že jedinci sú náchylnejší k ťažkostiam ortopedického charakteru. Tieto sú veľmi rôznorodé, pretože hypermobilita postihuje prakticky všetky kĺby. No napriek tomu treba vyzdvihnúť, že maximum ťažkostí je v oblasti kolenných zhybov, ktoré sú váhonsné a sú tiež vystavené značným silovým vplyvom, najmä pri športovaní. Dôležitým nálezom je aj to, že ťažkosti podmienené hypermobilitou sa objavovali u ľudí mladého a stredného veku a boli jednoznačne závislé od väčšieho zataženia, ako je šport u mužov a časté tehotenstvá a obezita u žien.

Skupina chorých s vážnymi výronmi v kolenách pozostávala prevažne z mladých športovcov — mužov (športovanie žien je veľmi málo rozšírené), ktorí pestovali výlučne tzv. kontaktné športy ako futbal, basketbal, resp. hádzaná. Treba tiež podotknúť, že športovci ani ich tréneri nevedeli o kĺbovej hypermobilita postihnutých, a preto neurobili nijaké preventívne opatrenia, ako ich odporúča napr. Nicholas (1970). Ostatné zmeny boli zriedkavejšie. Skolióza, bolesti v krížoch, ako aj osteoartróza sa našli najmä vo vyšších vekových

skupinách, pričom osteoartróza bola prítomná v oveľa menšom počte prípadov, než by sa dalo očakávať.

V období akútnych ťažkostí bolo v liečbe najdôležitejšie zabrániť preťažovaniu postihnutých zhybov a svalových skupín, neskôr vo vhodných prípadoch cvičenie, zamerané na zvýšenie svalovej sily za účelom vytvorenia vhodnej svalovej podpory („svalového korzetu“), a u športovcov zmena tréningového programu.

Záverom sa na základe tohto pozorovania dá konštatovať, že jednoduché vyšetrenie zamerané na zisťovanie klbnej hypermobility môže v pozitívnom prípade:

1. odlíšiť skupinu pacientov, ktorí sú zvyčajne vedení i liečení pod inými diagnózami,
2. medzi mladými športovcami nájsť takých, ktorí sú náchylní k vážnym poškodeniam väzivového aparátu, čomu sa dá predísť výberom vhodného športu, prípadne úpravou tréningového programu,
3. odhaliť niektoré vzácne hereditárne ochorenia spojivového tkaniva.

LITERATÚRA

1. BEIGHTON, P.: Articular manifestations of the Ehlers-Danlos syndrome. Seminars in arthritis and rheumatism; 1/3:242, 1971.
2. BEIGHTON, P. — SOLOMON, L. — SOSKOLNE, C. L.: Articular mobility in an African population. Ann. rheum. Dis. 1973, 32:413
3. KIRK, J. A. — ANSELL, B. M. — BYWATERS, E. G. L.: The hypermobility syndrome. Musculoskeletal complaints associated with generalized joint hypermobility. Ann. rheum. Dis., 1967, 26:149
4. Mc KUSICK, V. A.: Heritable disorders of connective tissue. C. V. Mosby Comp, 4th Ed., 1972
5. NICHOLAS, J. A.: Injuries to knee ligaments. Relationship to looseness and tightness in football players. J. A. M. A. 1970, 223:2236, 1970
6. PARISH, J. G. Heritable disorder of connective tissue. Proc. Roy. Soc. Med. 53:515, 1960
7. STURKIE, P. D.: Hypermobile joints in all descendents for two generations. J. Hered., 32:222, 1941
8. SUTRO, C. J.: Hypermobility of bone due to „overlengthened“ capsular and ligamentous tissues; a cause for recurrent intraarticular effusion. Surgery, 21:67, 1947
9. WYNNE-DAVIES, R.: Method for evaluating joint mobility. J. Bone Joint Surg., 52B:704, 1970

Adresa autora: O. H., Výskumný ústav reumatických chorôb,
920 01 Piešťany

О. Гайзок
НЕКОТОРЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА СУСТАВНОЙ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ

Резюме

Простое обследование, направленное на выявление суставной гипермобильности, может в случае положительного диагноза:

- отличить группу больных с гипермобильным синдромом, которые обычно ввиду своих затруднений числятся под другими ревматологическими диагнозами,
- в спортивно-медицинской практике выделить лиц, предрасположенных к тяжё-

лым повреждениям связочного аппарата, главным образом коленей и предупреждать их путем выбора правильного вида спорта или коррективами в тренировке, — выявить некоторые редкие наследственные заболевания, как например, Элерс-Данлоса и Мерфана синдромы.

O. Hajzok

SOME PRACTICAL ASPECTS OF THE SYNDROME OF HYPERMOBILITY OF JOINTS

Summary

Simple examination aimed towards the determination of hypermobility of joints may in the case of a positive finding

- differentiate a group of patients with the hypermobile syndrome which for its complaints are often classified as other rheumatic diagnoses,
- in sport medical practice find individuals predisposed for severe impairment of tissues, particularly in the knee, and thus by the choice of suitable sport prevent or even adapt it,
- detect some unfrequent hereditary disease such as Ehler's — Dalos's and Marfanov disease.

O. Hajzok

EINIGE PRAKTISCHE ASPEKTE DES SYNDROMS DER GELENKS-HYPERMOBILITÄT

Zusammenfassung

Mit Hilfe einfacher, auf die Feststellung von Gelenkshypermobilität ausgerichteter Untersuchungen lassen sich im Falle eines positiven Befundes:

- Patienten mit einem Hypermobilitätssyndrom absondern, die wegen ihrer Beschwerden häufig unter anderen rheumatologischen Diagnosen geführt werden;
- in der sportärztlichen Praxis Individuen mit Anfälligkeit für schwere Schädigungen des Bindegewebes vor allem der Knie, feststellen, um solchen Schädigungen durch die Wahl einer entsprechenden Sportart bzw. einer angemessenen Trainingsgestaltung vorzubeugen;
- einige seltene hereditäre Erkrankungen, wie z. B. das Ehlers-Danlos-Syndrom und das Marfansche Syndrom, feststellen.

O. Hajzok

QUELQUES ASPECTS PRACTIQUES DU SYNDROME D'HYPERMOBILITE

Résumé

L'examen sommaire orienté sur le diagnostic d'hypermobilité articulaire peut en cas de diagnostic positif:

- différencier le groupe de patients affectés d'un syndrome hypermobile qui en raison de leurs difficultés sont souvent mentionnés sous d'autres diagnostics rhumatologiques,
- distinguer dans la pratique médicale sportive les sujets avec prédisposition aux lésions graves de l'appareil ligamenteux des genoux et éviter celles-ci par un choix de sport conforme, le cas échéant, par adaptation de l'entraînement,
- découvrir certaines maladies héréditaires rares comme les syndromes d'Ehlers-Danlos et de Marfan.

Autori v publikácii vyskúšali enterálnu aplikáciu rozličných druhov vakcíny kmeňa *Pseudomonas aeruginosa*, pričom sledovali reakciu intraperitoneálnej infekcie. Došli k týmto záverom:

1. V experimente pri podaní žijúcich kmeňov *Pseudomonas aeruginosa* prežilo po vakcinácii 78% pozorovaných zvierat intraperitoneálnu pseudomonázovú infekciu. Z tých zvierat, ktoré neboli vakcinované, prežilo iba 7%. Z toho vyplýva, že podaná vakcinácia vytvorila v značnom rozsahu ochranné protilátky.

2. Ďalší pokus robili podobným spôsobom po podaní vakcíny u zvierat, u ktorých aplikovali kmene inaktivované vysokou teplotou. Zistili prežitie v 68% u tejto skupiny zvierat s vyvolanou intraperitoneálnou infekciou.

3. V porovnaní so skupinou zvierat, u ktorých nebola aplikovaná vakcína, vykazovali skupiny vakcinovaných zvierat s podanou vakcínou signifikantný vzostup IgG a IgM látok v ich sére, taktiež vysokú hladinu celkových globulínov a komplementárnej frakcie C₃.

4. Titer bakteriálnej aglutinácie vykazoval po podaní pseudomonázovej vakcíny perorálnou cestou signifikantne zameraná hladinu, ktorá bola špecificky zameraná proti bakteriálnemu kmeňu *Pseudomonas aeruginosa*.

Tieto experimentálne závery autori konfrontovali na ľudskom materiáli. 80 pacientom s chronickou posttraumatickou osteomyelitídou urobili imunologické vyšetrenia podobného charakteru. 38 pacientom v tejto skupine urobili aj chirurgický

zárok pri súčasnom liečení autovakcínou podávanou perorálnym spôsobom. Zistili tieto výsledky:

1. U väčšiny vyšetovaných pacientov bola prítomná patologická forma imunologickej reakcie. Pritom sa však nedalo štatisticky presnejšie zistiť, o akú formu u jednotlivých pacientov ide (humorálna, celulárna reakcia alebo alergický typ).

2. U 33 pacientov zo sledovanej skupiny počtom 80, u ktorých popri orálnej autovakcinácii sa vykonal aj chirurgický zákrok, došlo v klinickom obraze k zlepšeniu. Charakteristické zmeny spočívali v tom, že z floridnej formy osteomyelitídy vznikol ukľudnený typ zápalu. U ďalších 7 pozorovaných pacientov sa stav po liečbe nezmenil.

3. Po 5-ročnom odstupe kontrolovali 18 pacientov, u ktorých prebehla táto terapia. Zistili, že 17 pacientov bolo bez klinických ťažkostí (nevznikla u nich recidíva), u 1 pacienta v dôsledku refraktúry sa obnovil infekčný zápalový proces.

4. Všetci pacienti znášali orálny spôsob autovakcíny dobre a vedľajšie nepriaznivé účinky na organizme sa u nich neobjavili.

Záverom autori došli k názoru, že experimentálne a klinické výsledky podnecujú k orálnej antibakteriálnej vakcinácii. Považujú ju za lacnejšiu a menej nebezpečnú. Doporučujú tento spôsob terapie využiť nielen u rozvinutých posttraumatických infekcií, ale aj ako profylaktický prostriedok.

Dr. I. Kamenický, Bratislava

REHABILITAČNÍ CVIČENÍ U DĚTÍ S LEHKOU DĚTSKOU ENCEFALOPATIÍ II.

V. KOŘENSKÁ, H. EBERLOVÁ

DPL — Opařany

Ředitel: MUDr. J. Kolář

Následující systém cvičení, který je čerpán jak z naší zkušenosti, tak i z literárních údajů, vychází z možnosti stimulovat porušenou funkci, ze zástupnosti funkcí a z důrazu na výcvik intersenzorické integrace. Děti cvičí pod odborným vedením rehabilitačních pracovníků v malé skupině podle vypracovaného programu po dobu dvou až tří měsíců pětkrát týdně. Každá cvičební jednotka je rozdělena na uvedené úseky. Úkony, které jsou pro děti obtížné, se v následující hodině opakují. U mladších či více postižených dětí se přirozeně nedostáváme až na konec řad, pak jsou s časovým odstupem jednoho až dvou let znovu zvány ke cvičení. (Jediným trestem je vyloučení z hodiny, napomenutí.) Doporučujeme ve shodě s uvedenými autory začínat s rehabilitací u dětí s dg. LDE či suspekci na tento syndrom co nejdříve, ne až v době, kdy se objeví potíže ve škole.

1. Řada dechových cvičení

1. Zajištění průchodnosti horních cest dýchacích. (Čištění nosu jednou a druhou dírkou.)
2. Kvalitní nádech nosem — čichání ke květině (stimulace čichu).
3. Výdech do láhve s vodou hadičkou, nebo sfukování svíčky, nafukování balonku.
4. Spojení nádechu a výdechu — vstoje, také se souhybem horních končetin.
5. Vleže na zádech krátká dechová cvičení v různém rytmu (dítě pohyby kontroluje rukama).
6. Nafukování mýdlových bublinek — chytání na dlaň (zároveň stimulace hmatu).

2. Řada rovnovážných reakcí

Principem cvičení je vychylování těžiště dítěte tak, aby bylo nuceno se aktivně vrátit do původní polohy. (Na počátku vychylujeme jemně a pomalu, později rozsah i rychlost stupňujeme.) Facilitace rovnovážných reakcí na pevné i pohyblivé podložce (mírně nafouknutý velký míč).

Klíčové body k facil. pohybům: ramena, kyčle, končetiny.

1. U nejmenších dětí na míči.
2. Vleže na zádech.
3. Na čtyřech.
4. V kleku na patách.
5. Ve vzprímeném kleku.
6. V tureckém sedu.
7. Ve stoji.
8. Ve stoji křížem.
9. V abdukci dolních končetin.
10. Vstojí spatněm válet dítě na špičky a paty bez kroků — držet je pod pažďí.
11. Přejchod k jednorázovým cvičením na trampolině.

3. Řada hrubé motoriky: orientace na tělo a v prostoru

Děti, u nichž bází psychomotorické retardace je LDE nebo MMD, projevují se pohybově neladně, bezplánovitě, nekoordinovaně a zbrkle. Proto klademe důraz na celkové cvičení hrubé motoriky s malými dětmi, snažíme se hned od počátku upevňovat správné pohybové návyky. Starší děti mívají většinou již zafixované vadné stereotypy, které se snažíme odbourávat právě tím, že řadu nezačínáme cvičením věku přiměřeným, ale procházíme ji celou. Jakmile dítě cvik zvládne, zdůrazňujeme precíznost, plynulost a zrychlení provedení.

Tuto řadu jsme dle našich zkušeností rozpracovali do pěti částí.

1. Opakování vývojové lokomoční řady: obracení vleže — válení — plazení — lezení po čtyřech.
2. Cvičení chůze:
 - a) uvědomování plosky (sbírání tužek, souvání kostek a míčků, uchopování lana apod.);
 - b) nácvik různých kroků (medvěd, kačka, zajíček, liška, čáp) vše na říkanky v různém rytmu (např. brum-brum-brum medvěd staví dům apod.);
 - c) nácvik jednoduchých skoků: u žebřin, přeskokování z nohy na nohu — seskokování z lavičky — poskoky snožmo — střídavé poskoky na písničky — poskoky na jedné noze — u starších dětí hra na panáka, cílený poskok;
 - d) nácvik chůze a stability na švédské lavičce (vyšší a užší plocha) přecházení — přebíhání — chůze s pohupem — překračování překážek, starší děti vyhýbání;
 - e) totéž na kladině;
 - f) chůze po šikmé ploše: švédská lavička nahoru a dolů (také s překážkami).
3. Cvičení úchopů:

U žebřiny pronace a suspinace střídavě cvičení s tyčemi, předkládání tyče z ruky do ruky, pokládání a sbírání tyče ze země oběma i jednou rukou, u větších vyhazování tyče ve vodorovné poloze a chytání v pronaci a suspinaci. Cvičení s míči tenisovými až ping-pongovými. Totéž co s tyčemi, a pokračujeme koulením míčů ve dvojicích proti sobě. Házení na zem a chytání, na zeď a mezi sebou, driblování, podávání míče v kruhu, event. grad.: 2 — 3 míče v kruhu, atd., v řadě nad hlavou tam i zpět, roznožmo v zástupu tam i zpět.

4. Cvičení celkové obratnosti a sebeovládání:

- a) žebřiny: s připojenou lavičkou a bez připojení — lezení, visy, kyvadlové hodiny, seskoky apod.;
- b) švédská lavička: překračování, výskoky a seskoky, přeskokování zánožmo s podporem rukou;
- c) cvičení s lanem: vázání hrubých uzlů, překračování lana v různé výšce. Přeskokování v kruhu (sestra tvoří střed). Pomalé přeskokování. Pro starší děti naběhnout pod točící se lano a přeskokovat (zároveň — cvičení rytmu);
- d) cvičení s míčem: různá házení na pevný cíl — prohazování míče kruhem — koulení a házení dvou míčů proti sobě;
- e) cvičení s kuželkami a kroužky: jako hry pro cvičení taxy a koordinace;
- f) cvičení odvahy pohybové paměti na souboru dřívě používaného nářadí a náčiní (Opíčí dráha): př. vylézt na žebřiny — po lavičce dolů — kotoul — přes míč — válení sudů — přeskokování překážek — házení míče na cíl. Končit zařazením bez direkce na vlastní místo. (Počet a obtížnost cviků v řadách lze gradovat.)

5. Cvičení orientace na tělo a v prostoru:

Orientace na tělo: ukázování jednotlivých částí těla a obličeje s kontrolou a bez kontroly zraku — pro starší děti kombinace např.: dotkní se kolena loktem, prostředníčkem kotníku apod.

Orientace v prostoru: uvědomování si a nácvik základních prostorových pojmů — praporky: nahoru — dolů — dopředu — za sebe... vpravo... atd. Gradace: dva druhy barevných praporků pro ev. nácvik laterality.

- a) Pohyb k cíli (též ve formě hry). Pochod a poskakování po čarách — pak totéž bez kontroly zraku.
- b) Dítě stojí ve středu místnosti, na povel sestry ukazuje rukama různé cíle, za kterými se otáčí. Např. dveře, lampa, koš... Totéž bez kontroly zraku. Pro starší děti lze gradovat do tělocvičných povelů (např. dva kroky vpřed — čelem vzad).
- c) Hra: V domečku je tma: dítě si dobře prohlédne prostředí a poslepu jde přímo k určenému cíli, jako např. dveře, skříň... U starších dětí sestra dítě desorientuje otočením.
- d) Hra s terčem: dítě jde poslepu s tyčkou v ruce k pevnému terči — má se dotknout jeho středu.
- e) Cvičení odhadu vzdálenosti cíle: sestra umístí medicinball v určité vzdálenosti dítěte, to si odhadne vzdálenost a pak se zavázanýma očima jde pro medicinball.
- f) Hledání svého místa: děti mají označená místa např. kuželkou, rozběhnou se podle hudby po místnosti a na úder bubínků se vracejí na svoji značku. Starší děti totéž bez značek.
- g) Překračování překážek ve formě hry: překračuje se potok od tyčky k tyčce nebo švihadla a totéž bez kontroly zraku.
- h) Pochod po nakresleném kruhu — čtverci — trojúhelníku apod. s udržováním různých rozestupů.
- 1) Hra Na dřevěnou panenku: děti se navzájem vyhýbají v pochodovém rytmu s roztaženými pažemi.

- j) Hra Na skleněnou panenku: volný rychlý pohyb v prostoru podle hudby s cílem nenarazit na sebe. Kdo narazí — usedá.
 k) Hra Na křižovatku: děti jako autíčka běží po diagonálách ze všech čtyř rohů místnosti — cíl nenarazit.

4. Řada relaxace

Relaxační cvičení je zároveň zklidňující vložkou po živější části hodiny.

1. Uvědomování si staženého a uvolněného svalu: u malých dětí na říkanky (např. Haf-haf-haf- já jsem Raf, hlídám celou noc a den) v napětí — ve střehu), až jsme z toho unaven (uvolnění dítěte — bezvládně leží). Dítě přechází z napětí do relaxace a naopak.
 Obdobné cvičení: uzlíček a rozbalit (na zvuk bubínku).
2. Relaxace jednotlivých končetin vleže na zádech za pomoci sestry (ruka je těžká, padá bez vlády) a to chvějivými pohyby či při velkém stahu pumpinkem.
3. Relaxace hrudníku natřásáním od podložky — sestra ruce pod zády dítěte nebo jemně potřásá za ruce.
4. Relaxace, kterou dítě vleže či vstojí provádí samo, pouze na slovní pokyn sestry.
5. Navazování na pantomimu (př. kytička vadne, hadrový panáček, cínový vojáček ev. s hudbou).

5. Řada jemné motoriky, hmatu a optického vnímání

U této řady klademe zvláštní důraz na smyslovou stimulaci, kterou s použitím prvních tří bodů této řady vkládáme na počátek každé hodiny. Cvičení chápeme také jako event. prevenci (pomoc) budoucím dyslektikům či ortografikům již v předškolním věku.

Tyto většinou neklidné děti, odbíhají-li od úkolů, nemanipulujeme trestem, ale snažíme se zvyšovat motivaci k výkonu, a tím i jejich celkovou koncentraci.

1. Cvičení s křídou: dítě kreslí kolečka, křížky, květiny na dlaň a obstrukuje na stůl. (Uvědomování dlaně, stimulace hmatu.)
2. Cvičení s nafukovacím balonkem: se zavřenými očima dítě určuje, má-li balonek na dlani (stimulaci Kiphard), později přehazuje balonek z ruky do ruky, poponáší a přendává z prstu na prst. Totéž s mýdlovými bublinami.
3. Cvičení s teplým parafínem, modelínou a pískem: dítě formuje různé tvary — koule, kostky, jablíčka, ložky . . . , slovně je označuje a určuje smyslové vlastnosti (teplý, studený, hladký, hrubý, bílý, černý, hranatý, kulatý. . .).
4. Cvičení se zasouvacím domečkem: dítě zasouvá jednotlivé tvary do tvarově odpovídajících otvorů, vyspělejší určují barvy a názvy tvarů, obkreslují je na zem v různých velikostech.
5. Cvičení s různými materiály a předměty, se kterými se dítě běžně setkává ve formě hry a hádanek. Dítě ohmatává bez kontroly zraku a přiřazuje stejné ke stejnému. Pojmenovává předměty a určuje kvalitu. Starší děti mohou poznávat hmatem kamaráda.
6. Cvičení s velkými kostkami — dítě tvoří řadu, věž, střílnu, schody, plochou hradbu či kříž podle demonstrace sester.

7. Vyhledávání stejných obrázků (obrázkové loto, u větších dětí loto s geometrickými tvary). Uspořádávání různých předmětů do dvojic, trojic apod. (Kuželky, míče, boty).
 8. Cvičení s barevnými panelky (dvoubarevné destičky z umělé hmoty, 5 × 10 cm v několika barevných kombinacích. Pokládání panelků vedle sebe, na sebe, křížem, tvoření studny, kytičky, domečku atd., přiřazování stejných barev ve hře domino. Hra „Pan čáp ztratil čepičku, jakou měla barvičku?“.
 9. Cvičení s různými tvary (velká dřevěná stavebnice, např. Dalibor). Vyhledávání stejných tvarů s kontrolou a bez kontroly zraku, stavění podle konkrétní předlohy — zámek, věž, ohrada.
 10. A) Cvičení s vřeteny a malými kroužky. Prešroubování — všech čtyř tvarů, našroubovávání hlavice, tvoření vozíků, záhradek aj. tvarů podle fantazie i předlohy.
 B) Středně velké kroužky z umělé hmoty o průměru 20 cm. Dítě roztáčí na zemi v kolmé poloze, položí na zem a obkresluje křídou. (V obou případech procvičujeme pronaci a supinaci jako průpravu ke psaní.)
 11. Cvičení tahů křídou na podlaze: dítě rytmicky zakresluje čáry, kruhy, smyčky a jiné volné tahy dle různých říkanek (např. Prší, prší, jen se leje — dítě kreslí svislé čárky. Hele, hele, Helena, Honza honí jelena — smyčky apod.).
 12. Cvičení s malými kostkami: totéž co s velkými — pozor na přesný úchop.
 13. Cvičení s knoflíčkovou stavebnicí a stavebnicí Brouček, obě stavebnice mají podložky dirkované.
 Knoflíčková stavebnice: a) tvoření řad a rámečků, koberce a diagonály v jedné až dvou barvách.
 Stavebnice Brouček: práce dle předlohy, diferenciacce barev, cvičení jemnějšího úchopu.
 Knoflíčková stavebnice: b) Různé pravidelné střídání dvou až čtyř barev v lince i ploše dle vzoru — napodobení předmětu dle vzoru až představy (okno, stůl, židle). U větších dětí stavba ornamentu dle diktátu: např. do pravého horního rohu jednu červenou — vlevo dole od ní dvě modré apod.
 14. Cvičení s magnetickou stavebnicí: podklad bez členění. Řada v prostoru bez a s barevným střídáním (horizontála, vertikála, diagonála), skládání dle konkrétní předlohy — zvláště tvoření tvarů z diagonálně půlených čtverečků. Pak dle kreslené předlohy a vlastní tvoření verbálními označením.
 15. U starších dětí přechod ke složitější syntéze figur — pohádkové kostky apod.
- #### 6. Řada rytmu a akustického vnímání
- (částečně dle prof. Orffa)

Narušený smysl pro rytmus se snažíme ovlivnit celou řadou rytmických cvičení, spojených s řečí, písní, hudbou a pohybem. Částečně využíváme Orffova instrumentária a metodiky. Pokud jde o akustické vnímání, začínáme opět smyslovou stimulací. Nepřesnou diferenciaci ve sluchovém vnímání pokládáme za jednu z příčin školního selhávání těchto dětí.

1. Cvičení, zaměřené na akustické vnímání

- Dítě při zavřených očích určuje různé zvuky (pískání, škrabání, koulení míče, dýchání, kašláni apod.).
- Cvičení, zaměřená k diferenciaci různých zvukových intenzit, napodobit pohybem sílu větru, větríku, vánku — znázorňovat na bubínku silný déšť a jeho tichnutí apod.
- Rozponávání délky tónů: děti pohybově vyjadřují délku tónů rukama, event. tělem — na dlouhý stojí, na krátký sedí apod.
- Diferenciace výšky tónů: děti znázorňují pohybem — na vysoké tóny do výponu, na nízké do podřepu, nebo zapisují výšku či délku tónů křídou na podlahu.
- Procvik intenzity zvuku: hra na strážce pokladu (z Kepharda) — Hlídač stráží poklad (míč) se zavázanýma očima ve středu místnosti. Ze čtyř rohů místnosti jdou zloději pro poklad. Kterého hlídač slyší, musí se vrátit. Vítězí nejtišší, který je pak strážcem. Hra na tich: dítě sedí na židli se zavázanýma očima, hodíme za ním míč, dítě ohlásí, až míč doskáče a je úplně ticho. Hra Na slepou pastýřku: dítě se zavázanýma očima je pastýřkou. Jiné dvě děti mají bubínek (vlk) a tamburinu (ovečka). Sestra střídavě ukazuje na ovečku a vlka, ti přebíhají po tělocvičně a hrají na své nástroje. Pastýřka je dle zvuku hledá a snaží se jich dotknout. Hra na Víta: jedno dítě leží na podlaze, ostatní děti chodí v kruhu okolo a říkají příslušnou říkanku. Nejprve potichounku, pak stále hlasitěji, na zazvonění sestry Vít vyskočí a snaží se chytit některé dítě. (Cvičí se síla zvuku a zároveň postřeh.)
Řikanka: Vít nám umřel, pod lavicí leží, nedáme mu zvoniti, až nás bude honiti.

2. Počáteční cvičení rytmu

Děti naučíme jednoduché písničky, říkanky nebo rozpočítávadla (nejlepší s ukazováním). Dle věku dítěte na každou slabiku sa tleskne nebo dupne. Později spojíme tleskání a dupání — lepší děti možnosti různě střídají ve variacích (na těžkou dobu tlesknout, na lehkou dupnout a naopak). Hra na echo: sestra tluče na bubínek jednoduché rytmy, dítě je vytleskáva nebo je napodobuje různými nástroji Orffova instrumentaria.

3. Cvičení rytmu s koordinací končetin (s hudbou)

- Děti předsouvají střídavě rytmicky pravou a levou nohu vpřed, později do strany a dozadu ve dvoučtvrtovém rytmu.
- Totéž cvičení pro horní končetiny.
- Spojíme obě končetiny, tj. ruce a nohy homolaterálně, pak ruce a nohy křížem (pravá noha, levá ruka a naopak).
- Tuto souhru pohybů cvičíme dál na různých druzích pochodů s hudbou u vyspělejších dětí s použitím Orffových nástrojů.
- Přechod k tanečkům a dále individuální vyjadřování slyšené hudby pohybem.

První hodina

Dýchání: zajištění průchodnosti horních cest dýchacích, kvalitní výdech do láhve s vodou (hadičkou).

Facilitace RR: u nejmenších na míči, u větších vleže na žiněnce a na čtyřech

Hrubá motorika a orientace na tělo: opakování počáteční lokomoce — obracení vleže, válení, plazení, lezení po čtyřech.

Stimulace: uvědomování plošky, sbírání předmětů, posouvání (pokračování stimulace na začátku příští hodiny).

Relaxace: uvědomování si staženého a uvolněného svalu — utvořit uzlíček a rozbalit.

Jemná motorika a optické vnímání: stimulace hmatu, uvědomování dlaně, kreslení koleček, křížků, květin, na dlaň a obtiskovat na stůl nebo na zem. Ostatní stimulační cvičení v dalších (doinách) hodinách na začátku. Cvičení se zasouvacím domečkem — tvary — barvy — názvy.

Rytmus a akustické vnímání: vytlskovat a vydupávat jednotlivá slova — jména dětí — říkanku. Zatleskat k známé písničce — hra na ticho s míčem.

Poslední hodina

Dýchání: Krátká dechová cvičení vleže na zádech v různém rytmu — kontrola na hrudníku rukama.

Facilitace RR: Vstojí spatněm válet dítě na špičky a paty.

Hrubá motorika a orientace v prostoru: „Opíčí dráha“ s procvičováním chůze, stability, obratnosti, úchopu koordinace, taxy a odvahy — dle uvedení příkladu.

[Lze pozměnit podle vlastních možností a procviku, kam až jsme s dětmi došli.]

Hra na křížovatku.

Relaxace: Dítě relaxuje na slovní pokyn sestry v různých polohách.

Jemná motorika a optické vnímání: Cvičení s magnetickou tabulkou — hra loto nebo domino (dle stáří dětí obrázky, čísla nebo geometrické tvary).

Rytmus a akustické vnímání: Pochod při reprodukované hudbě nebo klavíru v různém tempu. Totéž s Orffovými nástroji (koordinace HK + DK). Volný pohyb dle hudby (reakce na charakter a intenzitu hudby).

LITERATURA

- BERDYCHOVÁ, J. a kol.: Tělesná výchova nejmladšího žactva SaTN — Praha — 1962.
- BERDYCHOVÁ, J. — KARÁSKOVÁ, H.: Dětské taneční hry — SaTN Praha 1964.
- ČIETEKOVÁ a kol.: Děti s lehkým mozgovým poškozením. SPN Bratislava — 1968.
- KIPHARD, E. J.: Využití Ozereckého testu přirozpoznání raného poškození mozku — Sonderdruck aus Heilpädagogischem Forschung-Band II, Heft 1. — 1969 — Westf. Institut.
- Kiphard E. J.: Sensumotorische Frühdiagnostik u. Frühtherapie.
- Kiphard, E. J.: Hänneken H. — Psychomotorische Übungbehandlung bei entwicklungs-rückständigen Kindern.
- FISCHER, J.: Dětská psychiatrie — SZN — Praha 1963.
- KUČERA, O. a kol.: Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích — SZN — Praha 1961.
- LESNÝ I. a kol.: Dětská mozková obrna — Avicenum — Praha 1972.
- MAČEK, M. — ŠTEFANOVÁ, J. — ŠVEJCAROVÁ, B.: Léčebná tělesná výchova — SZN — Praha 1959.

9. MATĚJČEK, Z. — ŽLAB, Z.: Péče o děti se zvláštními poruchami čtení a pravopisu — Komenský — 93/5 — 276 až 280 — 1969.
10. MATĚJČEK, Z.: Vývojové poruchy čtení — SPN — Praha 1975.
11. MIŠURCOVÁ, V. a kol.: Základy tělesné výchovy dětí do 6 let. SPN — Praha 1966.
12. MOTYČKA, M.: Péče o děti s mozkovou obrnou v útlém věku. KÜNZ — odd. zdrav. výchovy Severomoravského kraje — 1970.
13. POŠ, VI.: Orffův Schulwerk — Ústřední dům lid. um. tvořivosti — Praha 1967.
14. PŘÍHODA, V.: Ontogeneze lidské psychiky I — SPN — Praha 1963.
15. SKALIČKOVÁ, O. a kol.: Rehabilitace v psychiatrii — Avicenum — Praha 1971.
16. SEEMAN, M.: Poruchy dětské SZN — Praha 1973.
17. SOMOROVÁ, E.: Psychologie a patopsychologie dítěte IX/6 — 505 až 520 SPN 1974.
18. TŘESHLAVÁ, Z. a kol.: Lehká mozková dysfunkce u dětí — Avicenum Praha 1974.
19. ŽLAB, Z.: Soubor vyšetření zvláštností v motorice a percepce u dítěte s lehkou encefalopatií — otázky defektologie II/3 — 1960.

Adresa autorky: V. K., Dětská psych. léčebna, 391 61 Opařany.

V. Коженска, Г. Эберлова
ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА У ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ ДЕТСКОЙ
ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Резюме

После вводного обзора проблематики легких мозговых дисфункций в статье описывается собственный опыт в гимнастике детей дошкольного возраста или же малышей и младших школьников, госпитализированных с диагнозом легкая детская энцефалопатия.

Во второй части статьи описываются отдельные упражнения или же комплексы упражнений, применяемых в процессе восстановительной терапии у детей, пораженных легкой детской энцефалопатией.

V. Kořenská, H. Eberlová
REHABILITATION EXERCISES IN CHILDREN WITH MILD ENCEPHALOPATHY

Summary

The paper presents, after a brief survey on the problem of mild cerebral dysfunctions, experiences with exercises in children of pre-school age, applicable also for toddlers and younger schoolchildren hospitalized with the diagnosis of mild infantile encephalopathy.

The second part of the paper describes individual exercises and exercise units applied in the rehabilitation programme for children with mild infantile encephalopathy.

V. Kořenská, H. Eberlová
REHABILITATIONSÜBUNGEN FÜR KINDER MIT LEICHTEN
INFANTILEN ENZEPHALOPATHIEN

Zusammenfassung

Nach einem einleitenden Überblick über die Problematik der leichten Hirndysfunktionen bringt die Studie Ergebnisse der Anwendung von Rehabilitationsübungen bei Kindern

im Vorschulalter bzw. bei Kleinkindern und jüngeren Schulkindern, die mit der Diagnose leichter infantiler Enzephalopathien hospitalisiert wurden.

Im zweiten Teil der Studie werden die einzelnen Übungen bzw. Übungsgruppen beschrieben, die im Rahmen des Rehabilitationsprogramms für Kinder mit leichter infantiler Enzephalopathie angewandt wurden.

V. Kořenská, H. Eberlová
EXERCICES REEDUCATIFS CHEZ LES ENFANTS AFFECTES
D'ENCEPHALOPATHIE INFANTILE BENIGNE

Résumé

Après un aperçu d'introduction, l'article présente les propres expériences obtenues dans la problématique du dysfonctionnement encéphalique bénin avec des exercices destinés aux enfants de l'âge préscolaire, éventuellement aux bébés et jeunes écoliers hospitalisés avec le diagnostic encéphalopathie infantile bénigne.

La deuxième partie comporte différents exercices ou groupes d'exercices appliqués dans le programme de réadaptation des enfants affectés d'encéphalopathie infantile bénigne.

P. RICKLIN, A. RÜTTIMAN, M. S. DEL BUONO
DIE MENISKUSLÄSION
Verlag Georg Thieme Verlag Stuttgart 1980, 2. prepracované
vydanie, cena DM 90.- ISBN 313-3899-02-3

Pozoruhodná monografia švajčiarskych autorov prof. Ricklina a prof. Rüttimana (spoluautorom je zomrelý doc. Del Buono) venuje pozornosť otázkam lézie meniskov. Ide o druhé prepracované vydanie, ktoré vychádza v roku 1980 v Stuttgardskom vydavateľstve Georga Thiemeho. Prvé nemecké vydanie vyšlo v roku 1964, anglické vydanie v roku 1970 a španielske vydanie tejto publikácie vyšlo v roku 1974.

V 10 kapitolách autori venujú veľkú pozornosť anatómicko-fyziologickým otázkam kolenného kľbu, problematike patogenezy lézie menisku, klinickej diagnostike a röntgenologickým snímkam. Najväčšia časť publikácie je venovaná problematike artrografie pomocou dvojitého kontrastu, to znamená po aplikácii kontrastnej hmoty a vzduchu. Ďalej sa hovorí o artroskopii, klinickej a rádiologickej

diferenciálnej diagnostike, problémoch terapie poškodeného menisku a neskorých výsledkoch po menisektómiách. Záverečná kapitola je venovaná posudkovým problémom u tohto ochorenia. Vecný register a bohatý zoznam literatúry ukončujú túto monografiu, doplnenú celým radom názkresov a skíc a prekrásnymi röntgenologickými obrázkami.

Monografia o lézii menisku vychádza z vlastných skúseností autorov, predovšetkým na základe použitia artrografie. Knižka predstavuje súčasný stav názorov na túto problematiku z hľadiska diagnostiky, klinickej diagnostiky a terapie. S prihliadnutím na artrografické vyšetrenia, ktoré autori ostatne považujú za veľmi dobrú diagnostickú metódu, sú tu riešené všetky otázky klinickej problematiky poškodenia menisku.

Dr. O. Slezák, Bratislava

R. FLÖHL
MASSLOSE MEDIZIN?
Vydal Springer Verlag — Berlin — Heidelberg — New York, 1979,
Cena DM 19,80 ISBN 31-540-09403-2

V minulých rokoch publikoval I. Illich niekoľko prác, ktoré charakterizujú súčasnú medicínu, že sa stala vážnym nebezpečením pre zdravie ľudstva. Vo svojej práci „Die Nemesis der Medizin“ a iných rozoberá tento autor jednotlivé aspekty, ktoré majú predstavovať kritické body súčasnej medicíny.

Skupina nemeckých autorov — psychológov, lekárov, odborníkov sociálnej a preventívnej medicíny — v drobnej publikácii, ktorú vydalo v roku 1979 vydavateľstvo Springer Verlag, sa v jednotlivých kapitolách zaoberá niektorými aspektami Illichových názorov na problémy súčasnej medicíny. V knižke sa hovorí o otázkach medicíny vo vysoko rozvinutých krajinách a o štádiu procesu sociálnych

premien. Prof. Hartmann rozoberá otázku iatrogenézie, čo predstavuje novú epidémiu, prof. Matussek sa zaoberá problematikou úzkosti a napätia z hľadiska faktorov, ktoré ohrozujú zdravie jedinca. Prof. Schaefer venuje pozornosť okruhu civilizačných chorôb a prof. Schär v záverečnej kapitole rozoberá súčasné názory na prevenciu.

S názormi autorov tejto drobnej publikácie možno súhlasiť, pretože prinášajú argumenty súčasnej modernej medicíny, súčasného zdravotníctva proti téze Illicha, ktorý v princípe tvrdí, že súčasná medicína predstavuje vážne nebezpečenie pre zdravie ľudí.

Dr. M. Palát, Bratislava

V. J. GEERS, F. KELLER, A. LOWE, P. PLATH
TECHNISCHE HILFE BEI DER REHABILITATION HORGESCHÄDIGTER
TECHNICKÁ POMOC V REHABILITACII NEDOSLYCHAVÝCH
Vydal Springer Verlag, Berlin — Heidelberg — New York 1980.
Druhé prepracované vydanie, cena DM 48,-. ISBN 3-540-09801-1

Neustále technické zdokonaľovanie elektroakustických sluchových protéz spôsobilo, že ich konštrukcia a činnosť sú dnes pre otolaryngológa a rehabilitačného pedagóga už príliš komplikované a náročné. Avšak spomenutými protézami môžeme zabezpečiť optimálnu rehabilitáciu sluchu u nedoslýchavých len vtedy, ak popri audiológii a rehabilitačnej pedagogike poznáme základy ich technického zloženia a funkcie.

Abý autori splnili túto dôležitú požiadavku, druhé vydanie knihy prepracovali a technickú stránku rehabilitácie sluchu v nej rozšírili. Kniha je rozdelená do 11 kapitol. V prvých dvoch sú najnutnejšie základy audiológie, potrebné pre správny výber elektroakustickej sluchovej protézy. V tretej a štvrtej kapitole opisujú autori jednotlivé druhy sluchových protéz, ich zloženie a funkciu. Podrobne píšajú aj o najmodernejších prístrojoch, vybavených automatickým riadením zosilňovania (tzv. typy „AGC“ — od slov Auto-

matic Gain Control). Tieto prístroje sú veľmi vhodné pre perцепnú nedoslýchavosť kochleárného typu so zúženým sluchovým poľom. V piatej kapitole sú uvedené medicínske indikácie a kontraindikácie spomenutých prístrojov a v šiestej zase dôležité rady, ktoré typy sluchových protéz sú vhodné pre jednotlivé druhy a stupne nedoslýchavosti. Siedma kapitola je venovaná pedagogickej stránke rehabilitačného sluchu. Hoci je podaná výstižne, mohla byť napísaná trochu podrobnejšie. V závere knihy je zoznam najbežnejších 40 skratiek, ktoré sa v posledných rokoch stále častejšie používajú v audiologickej a elektroakustickej literatúre (napr. AGC, CROS, HAIC atd.). Vysvetlenie týchto skratiek radostne uvíta veľa čitateľov.

Všetky kapitoly sú napísané zrozumiteľne a výstižne, text vhodne dopĺňajú kvalitné obrázky a grafy.

Dr. Z. Bargár, Bratislava

Rehabilitácia

14, 1981, 2, s. 85 — 100

PŘEHLED NORMÁLNÍHO VÝVOJE HYBNOSTI DITĚTE A CENTRÁLNĚ PODMÍNĚNÝCH PORUCH HYBNOSTI V PRVNÍCH TŘECH TRIMENONECH

Z. KUBÍN

Oddělení léčebné rehabilitace Fakultní nemocnice KÚNZ v Plzni,



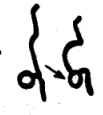


Přednosta: MUDr. Zdeněk Kubín, CSc.




Souhrn: Autor podává přehled normálního vývoje hybnosti ve věku šesti let života, kde formou přehledných tabulek si všímá základní polohy a držení, psychické aktivity, reflexologie a charakteristických známek hybné činnosti. Podobným způsobem zpracovává v přehledu charakteristické známky v polohových reflexech, kde v obrázkové příloze srovnává normální a patologickou odpověď v prvních třech trimenonech.

Klíčová slova: vývoj hybnosti — základná poloha a držení — psychická aktivita — reflexologie — hybná činnost

Nejednou jsme vystaveni otázce, zda to či ono dítě se pohybově vyvíjí normálně, nebo zda batole nejeví patologické známky. Na takové otázky jistě suverénně odpoví neurolog a především neurolog dětský, ale pro ostatní lékaře a zdravotnické pracovníky je někdy těžké se orientovat i v tom, co ještě spadá do normálu. Když na podkladě centrálního mozkového postižení vznikne některá již rozvinutá forma poruchy hybnosti, pak jí poznává i laik. Obtíže však nastanou především ve věku kojeneckém a batolecím, kdy prohlášením, že jde o normální opožděný vývoj a že dítě vše v pozdějším období dohoní, protože promeškáme nejvhodnější dobu léčebného zásahu.

Většina publikací na podkladě dlouholetých zkušeností jednotlivých autorů rozebírá symptomatologii a reflexologii kojenců a batolat s centrálním postižením hybnosti velice podrobně a důkladně. Celá problematika si vyžaduje většinou plného a výhradního zájmu, aby bylo možno stanovit nejen diagnózu, ale i léčebný program. Snad právě pro šíři a hloubku literatury ztrácí se podstatné mezi méně podstatným a některé jevy pomáhající v diagnostice se pomíjejí, anebo jsou tangovány pouze okrajově. Z těchto důvodů si dovoluujeme předložit přehled, který jsme vypracovali na našem oddělení a který může sloužit jako návod k rychlé orientaci o normálním vývoji hybnosti, ale i pro včasnou diagnózu některých dosud ne zcela vyhraněných syndromů v patologii dítěte v jeho devíti měsících života. Zde v přehledu zobrazujeme i reakci při vyšetřování polohových reflexů. V první řádce je vždy uvedena normální odpověď v uváděném trimenonu a ve druhé řádce odpověď patologická.

Fáze	Věk	Poloha — držení	Psychická aktivita	Reflexologie	Charakteristika hybné činnosti
Holokinetická	1. m.	hlavička držena asymetr. v předí ležč. post. na zádech i na břiše, držení ve svícinku, archetickoflekční držení HK, DK 	křikem vyzáduje potravu, ne-spokojenost s mokrém, přilo-žen k prsu, zklidnění	fyziol. hyper-tonus, Moroo + CELEX, pas. flexe hlavič-ky flexi HK, břišní od 10 d. nov. chůz. aut.	při křiku překřičuje nožky, pohyb všemi konč. na jed-nou, předmět z palc. strany uchopí, v závěsu za axilly střídavě flektuje a extenduje DK
	2. m.	položen na bříšku vzpřimuje šíji 	na matku se usměje, nedá se již snadno vylekat a nereag-uje puls. zrychlením	extenční Babinski ustupuje M.	pozoruje předměty, z blízka někdy zašilhá, souhra ruka-oko-ústia ze skladebních prv-ků
Monokinetická	3. m.	poloha na zádech z hlediska ontogen. normální, z hled. fylogenet. patologická, začíná se otáček na bok, jedné stra-ně přednost	vnímá pohled, zasměje se, pobroukává si 	Moroo neg. Lambda II-pas. flexe hl. vy-klene Th a flektuje DK	ruka se uvolnila z pésti, po-kročila souhra ruka-oko-ústia, hraje si s rukama vleže na prsou, před očima,, rozvíjí se fázický úchop, při krmení lžičkou špatně polyká
	4. m.	nespokojenost s polohou na zádech, opře se na břiše o lokty a rozevře ruce, syme-tricky vzpřimuje šíji	matka zdvojn. obživu, otec a sourozenci zdroj zábavy, vní-má se zalíbením toho, kdo k němu mluví	fyz. hypoton. reflex pokrm 	
	5. m.	opře se o lokte, ext. šíje vá-zána na rozvoj vzpřim. mech. z oblasti pletenců HK, na DK na kolena, zapojuje addukt. skupiny do antigrav.	vyjádří spokojenost smíchem	r. opticofac. mrkne při příbl. předmě-tu stíremhlavá r.	

Fáze	Věk	Poloha — držení	Psychická aktivita	Reflexologie	Charakteristika hybné činnosti
Dromokinetická	6. m.	zvládne otočení na břicho, vzpírá na ruce s ext. v lok-tech a na kolena, ale neudr-ží se podloženo v sedu v in-fantilní kyfóze, paleček o-bratněji v op. postavení	nezahálí, při najedění sevře ústa, při krmení tapíří čumá-ček, rádo rytmičké pohupo-vání vydrží v pomoč. ple-nách, zaměstnává se 1/2 hod.	v bočné-HK rozvolněny v semiflexi obě DK do před-nosu 	přítáhne se ručkama do se-du, zkoumá vše ústy, do nich i pěst, zkoumá oblast břicha, genit. DK, poplácává rukou a buší, mává chřestítkem před koupáním se mrská, shazuje předměty, drží prse matky
	7. m.	sedí, nemá však schopnost udržet stoj-standing reaction			musí nyní bezpodmínečně stř-kat nožky pomocí ruček do úst. Někdy se dostane v po-hybech do překerní situace v postýlce či kočárku, neumí osvobodit, křičí
	8. m.		při přípravě jídla netrpělivé, neklidné, opouští je vyrovna-nost, snadno se rozpláče a na obrátku zasměje		zachytí se tyček postýlky a zkouší se vytáhnout do sto-je, ale podrží krátce a dřep-ne na zadeček
	9. m.	vertikalizace trupů, stává se dvounožcem, stojí na všech 4, staví se u nábytku, stabil-ní sed podle pravítka	vnímá perspektivu, dvě věci, napodobuje rytmus — paci-tik-tak, dává najevo příchyl-nost i odtazitost, někdy vy-klíkne ze spaní 	v bočné odpa-žení a odno-žení 	souhra palce a ukazováku, HK se emancipovala z loko-moce, při polknutí zatahuje dolní ret, sbírá drobečky pin-set. ůchopem, ůrhá papírky, manipuluje dvěma věcmi sou-časně, odstrkuje jídlo, zamy-ká pusu, hryže do lžice při nasycení

Z. KUBÍN / PŘEHLED NORMÁLNÍHO VÝVOJE HYBNOSTI DÍTĚTE A CENTRÁLNĚ PODMÍ-
NĚNÝCH PORUCH HYBNOSTI V PRVNÍCH TŘECH TRIMENONECH

Fáze	Věk	Poloha — držení	Psychická aktivita	Reflexologie	Charakteristika hybné činnosti
Dromo kinetická	10. m.	stoj o vertikálním držení trupu, ale HK ještě součast stoji je na 4 ve vertikále, pohybuje se v bocích	nácvik počítání a rozlišování v mnohosti, dovede hodnotit hum. situace, žárí, přichylnost, strach, uprostřed zá- bavy zkoumá předmět a pře- jíždí úkaz.. První slova kon- krét. výz.	mizí krmíci reflex, neotvírá ústa, na přiblížení předmětu	nutno hlídat, vypadává z po- stýlky, vleze do ohrožující situace
	12. m.	dosažení samostatného stoje a krůčků. Zvedne trup z předklonu dol. konč. bez dr- žení. Dovede z polohy na ko- lenou vstát přes poklek na jednom kolenu			učí se odhazovat předměty, které upustilo, rádo několik předmětů, pouští je. Leze po 4, ale opírá se o dlaně a plošky
Kratikinetická	15. m.	na dvou pohyby neobratně, málo flekt. kolena, převážně pohyby kyčlí, anteverze pán- ve, vystoupilá bříska, odstú- pující ramínka, planovalg. post. nohou	mama, tata, dede, pomáhá při krmení, má hatmatilku, povídá si pro sebe, snaží se dát lžiči do úst, ale na cestě ji převrátí	výhasnul. ref. úchop na DK, nepodá si hračku noha- ma jako ve 3/4 roce	odhazuje předměty, balon přidrží a odsuče — lidská fylogeneze — házení kame- nem, postaví 2 kostky na se- be, zkoumá dutiny, zdirky, šuple a převrátí koš na pa- pír, leze do hrnců
	1.5 r.	chůze o široké bázi, při ve- dení pohybu výlučnost kořen. segmentů. Na HK neovládne ještě malé klouby, hyperlor- dóza bederní, lopatky v ab- dukčním postavení	neposedí, pobíhá, tlačí kočá- rek, přelétává pozornost, zvládne 10 slov, navazuje kontakty, uhodí bez afektu, ovládá držení lžiče	nomn. plant. odpověď Bab.	HK i DK ještě bez diferenc. pohybu, maluje celou HK, olizuje rty, koučky i bradu, knoflík drží oběma rukama, motorickou aktivitu tlumí hudba a manipulace s před- měty

Z. KUBÍN / PŘEHLED NORMÁLNÍHO VÝVOJE HYBNOSTI DÍTĚTE A CENTRÁLNĚ PODMÍ-
NĚNÝCH PORUCH HYBNOSTI V PRVNÍCH TŘECH TRIMENONECH

Fáze	Věk	Poloha — držení	Psychická aktivita	Reflexologie	Charakteristika hybné činnosti
2. r.		dosud při stoji náznak semi- flexe v kolenu a loktech, kt. tíhanou dozadu, paže od těla. Padá dopředu.	hatmatilka ustoupila, spojuje 2 slova, pozoruje hru ostat- ních, pomáhá mamí, stejně staré uhodí, tahá, pusínkuje, bojuje o hračku bez vyhláše- ní, pomáhá s oděvem, krme- ním, zněčistuje se, problémy s usínáním	konstantní pauzy mezi močením 2 h.	při vzpřimování zvedne za- deček, opře se o nohy a hlad- ce postaví. Odkopne míč, po- hyby HK koordinuje. Udrží skleničku v jedné ruce, drú- há připravena k pomoci.
2,5 r		padá na nos, neovládá sfink- tery, ale hlásí příhodu	schopno soustředění, dokon- čí proces, setrvá v čin. nála- dově, často prosazuje svou, často trestáno pro tvrdohia- vost. Umí říkanky bez ostý- chavosti, spolupracuje ve hře, když však v ní není jeho oblíb. hračka. Méně hlub. spí. Nesnese nepřítomnost matky 1,5 hod.	rychle unavené vyčerp. často fysiol. koktá	z nadměrné činnosti do apa- tite, kdy dumlá palec
3. r.		dokončeno držení ve stoji a chůzi, když padne, tak na zuby	řečné, chce být chváleno A, O, E, dovede vyčíst výraz, projevuje přichylnost, využí- je slabosti autority, stoupá fantazie, patolog. když mi- mo známý prostor	ovládá sfinktery	začíná ovládat vidličku, me- chan. hračky, hra má již plán, dovede si vyhrát
6. r.		pohybový vývoj ukončen, za- pojen mozeček, zvl. jeho he- míst.			zvládá cílený a odměrný po- hyb, dosud mu musel být míč nastaven do dlaní, jinak ne- bylo schopno chytit

I. TRIMENON

VOJTA	TRAKČNÍ	PEIPER-ISBERT	COLLIIS VERT.	COLLIIS HORIZ.	LANDAU	VIS AXIIL.
						VOLNÉ POKRČ. DK
		TUHÉ NATAŽENÍ HK DOPŘEDU PĚST	PLANT. FL. TEND. K EXT.	POHYB SILA PÁNÍ VODY PLANT. FL.	ASYM. HLAVY RETRAKCE PAŽÍ EXT. DK	

Charakteristika

Svalový aparát i kostní normální

Spont. pohyblivost — ochuzená o hyperton. sy
apatická h hypoton. sy

nemůže zvednout hlavičku, ani se opřít o lokty

Poloha — hyperton. sy — na břiše se opírá o symfýzu, DK ve flexi a addukci
hypotonic. sy — DK ve flexi a abdukci

Polohové reflexy — retardace na vzpřimování na konci trimenonu
LANDAU není schopno ext. ani šjí ani v náznaku — spol. pro všechny budoucí obrazy

Strabismus convergens s typoton. odrazem = pro hypoplasií mozečku

Absence akustiofaciál. refl. — s hypoton. sy. bude se vytvářet atheotot. sy.

Spastická inf. dipareza — opistotonické držení šije a páteře, sklání se ke straně nebo kmitá, hodí hlavičkou dozadu a pak vysíteně padne na stranu

II. TRIMENON

VOJTA	TRAKČNÍ	PEIPER-ISBERT	COLLIIS VERT.	COLLIIS HORIZ.	LANDAU	VIS AXIIL.
RETRAH. TUHÉ DRŽENÍ V EXT. A VNITŘ. ROT.		ASYMETRIE HLAVY A TRUPU OPISTO	PLANT. FLEXE TUHÁ EX.	TUHÉ POHYBY EXT. A FLEKČNÍ PRON. NEBO SUP.	ZVADLÉ DRŽENÍ	JEDNOSTR. NATAŽ.

Charakteristika

Patolog. dítě nedosáhne ve 4. měs. II. flekčního st. (koord. R. Ú—O, nepřejde od ulnárního k rad. úchopu není R—Ú—N.).


Na břiše není nakroč. kolena obličej. stř. ala tuleň ani nedo sáhne I. extenčního (na zádech poloha šermíře).

Místo RUO má dyston. ataky-tenzní spasmy, nesvede st koor dím. otočit ke straně, ale otáčí se en block.


Přítomny reflexy: ext. paty; při semiext. DK následuje exten ze, jakoby odstrčení nohou

suprapubicový: tlakem na os pubis, tonická ext. DK, addukce, vnitř. rotace, plant. flexe vejřř. prstů

Galanťáv refl.: na břišku stimulače špejí, uhme, mizí mezi 4—6 m. — výhaslý až oslaben
úchopové nohy: výhaslý nebo oslaben

	Hemiparéza	Diparéza	Tetraparéza	Atetóza	Mozečkový sy.
Tonus	hypertonie při pasiv. supinaci pronátorová hypertonie	hypertonie flex. lokte	od naroz. hypertonus	vývoj z hypert. i hypot. mění se tonus	utajen v hypotonii
Pohyb	dystonické ataky, chudá fázičká pohyblivost	chýbí schop. opřít se	spontánní chudá	nedost. výdrže v zaujaté pol., atetoidní pohyby na akrech, dyston. ataky, deformov. neonat. autom. chůze — stepping	krátké periody dyston. atak
Pol. záda	hlava ke zdr. str., loket ve flexi, ruka v pěst, extenční post. DK		tendence k opistot.	ve fázi opistot. spasmtů nůžkovité	odtažení a předpažení HK při náhlé změně polohy
Pol. břich	při pokusu o opření HK zřet. pokrčená, DK v ext., schopnost opřít se o koleno chýbí	DK flekt. a addukt., výstrč. zadeček jako u novoroz., často opistot. držení, opírá o ext. loket, ruka v pěst	vzpřim. mech. ještě na úrovni novoroz.	drž. hlavy novoroz. tedy asymetr., hlavičku zvedne opistoticky	
Úchop HK	opožděn, předčas. dominance zdravé HK RÚO souhra poruš.		masivně pozitivní	pozitivní	souhra RÚO v primitivním začátku
DK	vyhaslý		oslaben již od nar.	pozitivní	

Pokračování tabulky

	Hemiparéza	Diparéza	Tetraparéza	Atetóza	Mozečkový sy.
Otáč.	při dominanci LHK se otáčí přes pr. bok pravostr. postíž.			ze zad na stranu možné	neotočí se
Pol. refl.	slaběji se vytáhne pokoz. se sklonem k flekč. držení při trakčním Peiper — postíž. vždy mír. ext. exil. vis — natáhne koleno postíženě str., zdr. pokrčeno, hlava skloněna dopředu	trakční — hlava vystřené dozadu u všech poloh. rr. na DK ext. s addukcí, vnitř. rot., plant. flexi		vis 8x hlavička klinická trakční-padá hl. dozadu Peiper bez ext. šíjí Vojta  Landau padá hlavou a spod. č. těla	trakční — bez tendence se vytáhnout do sedu Vojta — na DK ext. drž. patolog
Ostat. refl.	vystupňované Galant postíž. str. vyhaslý zdr. str. pozitiv. r. paty pozitivní ATSR silnější ve smyslu flexe na str. paterézy SSTR perzistují	Mooro pozit. v odpažení Galant slabý nebo negat. obličeje otáčí k odpor. né HK, DK zaujmou polohu podle šablony TŠR	Mooro pozit. ob- jetím suprapubic- ký pozit. reflex paty pozit.	Mooro — odtažení Galant pozitiv. Lift. reakce rigid. ext. DK	
Strab smysl.				polyk. obříže, vyplazí špičku jaz. omez. pohled očí vertik.	altemující lehce zvrací, porucha koordin. při pohybu očí

	Hemiparéza	Diparéza	Tetraparéza	Atetóza	Mozečkový sy.
Psych.		při atomické diplegii zpr. oligofrenní	oligofrenie	úzkost. reakce na změnu polohy těla	retardace většinou im- becilní
EP			v 80 % případech		
Char.	padá-li hlava dozadu v axil. visu jde o per- zist. TLR koord. šablo- ny, t. j. nedostatek in- tegrace ze sped. kme- ne	o ext. a flexi DK roz- hoduje vývoj vzpřim. mech., převládá-li I. trim. — flekční, když nívesu 1/2 I. trim. — extenční	opožd. růst pars cerebralis cranii hypoton. smíš. sy často zmiňují v hyperpyretic. čích	na úrovni holo- kin. pohybl., do konce trim., po- všechná hypoto- nie u 1/2 případů	

Hypotonický syndrom

Neurolog musí vyloučit

kong. hypotonii svalovou CRABBER
kong. spin. myopathii WELANDER
kong. spin. amyopathii WERNIG—HOFFMANN

Charakteristika: vyhaslé refl., svalová slabost klas. na koře nech končetin, neotočí se na str. z polohy na zádech, souhra
RUO rozvinuta, duševně norm.

Dítě, dr. od aton. diplegie, kdy zpr. oligofrenie, zvýš. reflexy a pozit. Mooro



III. TRIMENON

VOJTA	TRAKČNÍ	PEIPER-ISBERT	COLLIS VERT.	COLLIS HORIZ.	LANDAU	VIS AXILL.
NEMĚLÁ FLEXE MAHOŘE LEŽÍCÍ DK	CHVĚNÍ, TRES-ATAKIE MĚKLIVÁ SÍLA PĚSTI-APETÓZA	OPISTOTONUS	PLANT. FLEXE	ČASTĚJI PĚST	CHVĚÍ EXT. SÍLE	JEDHOSTRANÁ KONST. EXT.
	OBĚ DK ZTUHNOU I DK ZAOSTÁVA ROZSAH ZVĚTŠÍ		TUHÉ PĚSTI V ULM. DUKCI BUD.SPASTIK	OTEVŘENÉ RUCE -ATETOTICKÝ VÝVOJ		
	PENDL VE VISU		PARACHUTE REACI.-COMPAR.			

Hypertonický smíš. syndrom


Charakteristika: spastická infant. tetraparéza s athetoid. tenzním elementem a spast. disparézou. Reflexologie novo-
rozence, masivní TLR masivní úhlopové, všechny polohové refl. patolog. psychická retardace, se-
kundární mikrocefalie, většinou exitus v hy perpyret. křečích.

Z. KUBÍN / PŘEHLED NORMÁLNÍHO VÝVOJE HYBNOSTI DÍTĚTE A CENTRÁLNĚ PODMI-
NĚNÝCH PORUCH HYBNOSTI V PRVNÍCH TŘECH TRIMENONECH

	Hemiparéza	Diparéza	Tetraparéza	Atetóza	Mozečk. syndrom
Držení	stereotyp add. a int. rot. paže, předloktí v semif. RCP ve flexi a uln. duk., fléže díg, addukce I. MTC. V se- dě kulatá záda, C v hyperlordóze, flexe v lokti, HK ext., v pol. na kolennou se hodí vzpřim. opt. mech. na hor. šabl. spod. kmene — mylné zlepšení	na bříše ext. a add. DK, opírá o lokte, při pas. předklonu hlavy DK v add. a plant. fle- xi pro pozit. STŠR, ATŠR výraz v poloze na zádech. Vsedě bra- da na hrud., odp. šabl. TLR, DK flekt. a abd., plant. fl. Na bříše le- ží bezmocně, HK v add. retrah., o loket, se ne- opře 	na zádech u hy- perptom. lokty po- krč., ruka v pěst v uln., na DK kyčle a kolena flekt. U hypoton. femury add. ko- lena flekt., na záď. otočí hlavu na str., v poloze na bříše kyč. pokrč., zad. vy- vyš. u hypert., u hypot. femory add.	neopře se rukou, nemůže ze zad na břicho atet. hypenkinézy ved. z kořene konč. Na zádech dyst. ataky u hyper- ton., u hypoton. méně výr.	u mozečk. vlnovité ny- stagm. záškuby, kolí- sání axis orgánu
Pohyb	neposadí se, posazen hlava k zdr. str., ra- meno postíž. nř., není schop. plazení, ani na všechny 4, neopře o koleno postíž. str., té- žiště přesune ke zdr. 	samost. nesedí, posa- zen kul. záda, není pla- zení jako zn. antigrav. mech. a zapojení add. DK. Při jejich pohybu do extenze sklon k pře- kříž.	na HK i DK sil- ně pozitiv., jeví tend. k uchop. předm. a otevře- ní úst	úchop ruky před- čas. vyhaslý, + při drážd. chla- dem, na noze přetrvává, koord. RŮO, RŮN ab- norm. s otevř. úst	vzepře jen na lokty, ruka v pěst, paže re- trah., nesedne. U aton. diplegie dystone. ataky nejsou ev. spont. po- hybl. mizivá.
Úchop	na poškoz. str. u DK vyhaslý, k ústům vede pouze zdravou	na DK předčasně vy- haslý, při úchopu hrač- ky úchopu natahuje obě HK	na HK i DK sil- ně pozitiv., jeví tend. k uchop. předm. a otevře- ní úst	úchop ruky před- čas. vyhaslý, + při drážd. chla- dem, na noze přetrvává, koord. RŮO, RŮN ab- norm. s otevř. úst	fázický úchop přestře- lí u moz. u aton. diple- gie na HK i DK +

Z. KUBÍN / PŘEHLED NORMÁLNÍHO VÝVOJE HYBNOSTI DÍTĚTE A CENTRÁLNĚ PODMI-
NĚNÝCH PORUCH HYBNOSTI V PRVNÍCH TŘECH TRIMENONECH

Pokračování tabulky

	Hemiparéza	Diparéza	Tetraparéza	Atetóza	Mozečkový sy.
Otáč.	en block, ze zad na str. přes poškoz. s flekt. drž. v lokti — přes zdr. nesvede, chy- bí švih paret. HK, DK v extenzi	při otáč. na str. na- hoře polož. DK je v extenzi	všechny poloh.** 	neotočí se	schop. otočit ze zad na stranu
Poloha refl.	axil. vis — ext. DK na str. parézy, při pendl. opožděna. Dušev. po- stíž. mají DK ve fl. zdr. fl., a to je patologické. Při stojí ext. zdravé DK směřuje flekt. drž. na postíž. str. a to i u HK. Paret. DK jako nakroč. a rel. zkrác., to vyrov- nává plant. flexi, která proto předčas. vybaví úchop paží reflex.	nedost. vzpřim. v plet. paž. Při pas. stojí hy- perlordóza C a L, vyš. kyf Th, stepping, při překážce upadne, kývání trupu, šir. báze dobíhá těž. vysoká pol. pat. přetíž. triceps, ver- tikal. talu, sublux. Z polohy na boku upadá na záda a má stradle reaktion	hyperreflexie paty ++ Galant ++ startle r. ++ lift — s tuhou ext. DK ++ Rossolimo +	Landau — hypo- ton. výraz a o- pistot. ext. DK a add., trup hrou- tí hadovitě klo- ní ke str. obl.	axil. vis — DK pokrč. hor. a dol. část těla jako samost. trakční — asymengie kolis. brupu, kole na flekt., stěhna add. Vojta pendl. zvýš.
Ost. refl.	Rovina C páteře na- klon. ke zdr. rameni tím, že ATŠR na po- škoz. působí facilitač- ně na flekt. držení pa- že	suprapubicový ++ paty ++ Rossolino ++ Žukovský	hyperreflexie paty ++ Galant ++ startle r. ++ lift — s tuhou ext. DK ++ Rossolimo +	paty ++ Galant ++	svalove zvýšený sací refl. +
Strab.		convergens aternans, hlava s tendencí k re-	30—40 % alter- nans		convergens alternans

Pokračování tabulky

	Hemiparéza	Diparéza	Tetraparéza	Atetóza	Mozečkový sy.
Psych.	duševně postiž. mají DK ve flexi	v 65 % norm. duševní vývoj. při vzrušení, lek- nutí a pláči odtažení HK		dělá tapíří čum. vertikál. pohled nesvěd. místo toho opistotonus	duševní retardace — idiocie u dipl. atonic- ké a není schopno tek. sřavu
Ep.	ve 30 % případů	ve 25 % případů			
Char.	dojde-li při pas. sedu k fl. HK a ext. DK a ohnutí trupu, je to zn. reflexologie I. trimenonu a na postiž. str. po- zitiv. STŠR, ATŠR. Ku- latá záda značí, že vý- voj pod úrovní II. tri- menonu ve vzpřímení	otáčí-li hlavu ke str. následuje celk. pohyb těla odpovíd. refl. těla a A. ATŠR. Vzpřím. me- chanismy stále na ú- rovní I. st. flekční	když po th. na DK mizí pokrče- ní, možno dítě dostat k bipedál- ní chůzi	sliny vytékají, nemůže žvýkat, při dotyku ústa do špičky, ne- mluví, centr. po- rucha sluchu ve 25—40 %	mikrocefalie zadní já- my lební u mozečk. sy.

Dodatek k reflexologii

STŠR — při flexi hlavičky extenze DK s add., vnitř. rot., palnt. felx., vejř prstců
 ATŠR — při otočení čelem na obličej, str. etenze HK i DK, na záhlavní flexe
 TLJR — při poloze na dlani hlavička dolů, HK DK semiflexe, na zádech extenční
 Vzpřím. — při zatlačení na plošky nohou extenze trupu a hlavy
 Babkin — při zatlačení na dlaň otevření úst, chňapavý pohyb hlavy ke dlani
 Marimesco — oštvé podráždění dlaně později z předchozího natažení jakoby odstrčení nohou
 Petní — při poklepu paty semext. DK následuje náhlé DK, addukci, vnitř. rot., plant. flexi a vejřř
 Suprapub. — při tlaku na os pubis k tonickému natažení špajli — ušne od podnětu
 Galant — při držení na rovné dlani paravert. stimulace špajli — ušne od podnětu
 Hoffmann — stisk posl. pha. III. prstu, nebo brknutí přes vyvolá abdukci palce
 Rossolimo — poklep hlavičky MTT nebo brška prstů nony provázen flexi prstců
 Zakovský — šator na střed planty vyvolá flexi prstců

musí vyhasnout ve 3. měs.
 musí vyhasnout ve 3. měs.
 musí vyhasnout ve 3. měs.
 musí vyhasnout ve 3. měs.

musí vyhasnout ve 4.—6. měs.

LITERATURA

- BOBATH, K. B.: The diagnosis of cerebral palsy in Infancy. Arch. Dis. Childhood 31, 410 — 422, 1955
- GESELL, A.: Säuling und Kleinkind in der Kultur der Gegenwart 3. Aufl. Christian Verlag, Bad Manheim, 1960
- JANDA, VL. — KRAUS, J.: Neurologie pro rehabilitační pracovníky. Avicenum, Praha 1975
- KRAUS, J.: Přednášky ILF — specialisační kurz FBLR, Praha 1976
- LEŠNÝ, I.: Raná dětská mozková obrna. SZdN Praha 1960
- VLACH, V. — NOVOTNÝ, A. — TICHÁ, H.: Důležité nepodmíněné reflexy novoro-
zenecké. Čs. Ped. 22, 193 — 2000, 1967
- VOJTA, V.: Die cerebralen Bewegungstörungen im Säulingsalter F. Enke Verlag —
Stuttgart, 1977.

Adresa autora: Z. Kubín
 Plzeň, Alešova 23

3. Кубин

НОРМАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ РЕБЕНКА И ЦЕНТРАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА ПОСЛЕДНЕЙ В ПЕРВЫХ ТРЕХ ТРИМЕНОНАХ

Резюме

Автор дает сводку о нормальном развитии двигательной активности до 6 лет жизни, причем в виде наглядных таблиц показывает основные положения и осанку, психическую активность, рефлексологию и характерные признаки двигательной активности. Подобным образом он разрабатывает в обзорном виде характерные признаки в рефлексах положения; в иллюстрированном приложении сравниваются нормальные и патологические ответы в первых трех трименонах. В дальнейшем рефлексы положения дополняются данными об основных положениях хватания и обращения, описываются и другие рефлексы. Не в последнюю очередь автор обращает внимание на возможные психические и чувственные нарушения и каждую таблицу он заканчивает характеристикой, которую приближает к классическим формам детского паралича.

Z. Kubin

A SURVEY OF THE DEVELOPMENT OF MOBILITY OF THE CHILD AND CENTRALLY CONDITIONED DISORDERS OF MOBILITY IN THE FIRST THREE TRIMENONS

Summary

The author present a survey of the normal development of mobility up to the age of 6 years. In form of lucid tables basic position and posture, psychic activity, reflexology and characteristic symptoms of movement activity are illustrated. In a similar way the author deals with the characteristic symptoms of positioning reflexes which in an illustrated annex compare normal and pathological responses in the first three trimenons. Positioning reflexes are supplemented by dates about basic positions of holding and turning and also draw attention to the other reflexes. Also possible psychic and sensuous disorders are considered and the table is always concluded with a characteristic which is compared with the classical forms of cerebral palsy.

Z. Kubín

ÜBERBLICK ÜBER DIE NORMALE ENTWICKLUNG DER BE-
WEGLICHKEIT UND ÜBER ZENTRAL BEDINGTE BEWEGLICH-
KEITSTÖRUNGEN IN DEN ERSTEN DREI TRIMENONEN

Zusammenfassung

Der Autor vermittelt einen Überblick über die normale Entwicklung der Beweglichkeit bis zum 6. Lebensjahrs. In Form von Übersichtstabellen beschreibt er Grundhaltung und Körperstellung, psychische Aktivität, Reflexologie sowie die charakteristischen Merkmale der Bewegungstätigkeit. Auf die gleiche Weise bearbeitet er die charakteristischen Merkmale in Lagereflexen, wobei er in einer Bildbeilage die normale Beantwortung in den ersten drei Trimenonen mit der pathologischen vergleicht. Die Beobachtungen der Lagereflexe werden dann durch Daten über die Grundhaltung beim Erfassen und beim Drehen ergänzt, wobei auch die weiteren Psyche und der Sinne werden aufmerksam verfolgt. Die Tabellen werden jeweils mit einer Charakteristik abgeschlossen, die den klassischen Formen der zerebralen Kinderlähmung nahekommt.

Z. Kubín

APERÇU SUR LE DÉVELOPPEMENT NORMAL DE MOTRICITÉ DE
L'ENFANT ET DES TROUBLES DE MOTRICITÉ CONDITIONNÉS
DE FAÇON CENTRALE DANS LES TROIS PREMIERS TRIME-
NONS

Résumé

L'auteur donne un aperçu sur le développement normal moteur jusqu'à l'âge de 6 ans ou sous forme de tables synoptiques, il prête attention à la position de base et au maintien du corps, l'activité psychique, la réflexologie et les signes caractéristiques de l'activité motrice. Il traite de la même manière les signes caractéristiques dans les réflexes de position ou dans les figures annexées, il compare la réponse normale et pathologique dans les trois premiers trimenons. Il complète les réflexes de position par des données sur les positions primaires de saisissement, de pouvoir tournant, fait observer aussi d'autres réflexes. Il prête attention, non en dernier lieu, aux troubles psychiques et sensoriels et le tableau est toujours terminé par la caractéristique qu'elle rapproche des formes classiques de la poliomyélite infantile.

KAZUISTIKA

OBRNA TVÁROVÉHO NERVU (BELLOVA OBRNA)

A. GÚTH, M. PALÁT, Z. BRNDIAROVÁ

Fyziatricko — rehabilitačné oddelenie NsP akademika Ladislava Déjera, Bratislava

Prednosta: MUDr. Miroslav Palát, CSc.

Súhrn: Opisuje sa prípad mladej pacientky, u ktorej sa v priebehu 2 rokov opakovane objavila paréza nervu. V obidvoch prípadoch boli aplikované kortikoidy lokálne v injekčnej forme a túto terapiu dopĺňal komplexný rehabilitačný program. Pri prvom ochorení boli kortikoidy aplikované na 14. deň obrny, pri druhom ochorení už 1. deň. Reštitúcia svalových funkcií pri prvom ochorení nastala po 56 dňoch, pri druhom ochorení po 33 dňoch. Diskutuje sa o možnostiach aplikácie kortikoidov v prvej fáze ochorenia, čo vedie k odzneniu akútnych príznakov postihnutej oblasti nervového kmeňa tvárového nervu, a o súčasnom rehabilitačnom programe, ktorý urýchľuje obnovu motorických funkcií postihnutej oblasti na teréne pripravenom aplikáciou kortikoidov.

Kľúčové slová: Tvárový nerv — obrna — terapia — kortikoidy — rehabilitácia

Obrna tvárového nervu je jednou z veľmi častých neurologických diagnóz, s ktorou sa v rehabilitačnej medicíne stretávame. Za základný mechanizmus v patogenéze obrny tvárového nervu „e frigore“ sa považuje kompresia v oblasti kanálik tvárového nervu. Najčastejšie dochádza ku kompresii v oblasti fibrózneho zúženého v mieste výstupu (foramen stylomastoideum). Z toho vyplýva, že základnou patogenetickou liečbou je dekompresia. Pri Bellovej obrne používame v súčasnosti predovšetkým konzervatívnu liečbu kortikoidami, prípadne chirurgickú liečbu, pričom obidve dopĺňa rehabilitačný program. Vhodné sú najmä kortikoidy skladajúce sa z dvoch zložiek — rozpustnej s okamžitým nástupom účinku a zložky depotnej, ktorá má účinok protrahovaný. Mechanizmus účinku kortikoidov si v tomto prípade vysvetľujeme zmenšením prítomného oedému, ktorý je vlastnou príčinou „kompresie“ nervového kmeňa, ďalej účinkom kortikoidov na zápalové zmeny a konečne ovplyvnením metabolizmu nervového tkaniva.

Kazuistika

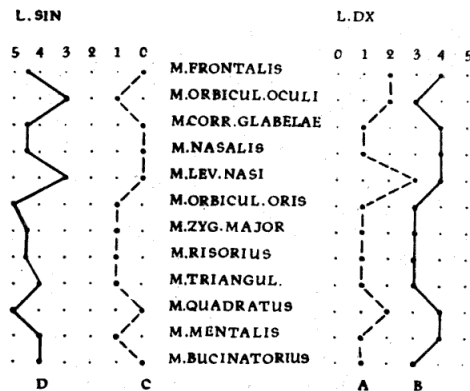
15-ročná pacientka K. A. sa koncom augusta kúpala vonku, potom cestovala asi pol hodiny autom pri otvorenom okne. Na druhý deň nasledovala obrna tvárového nervu

vpravo, liečená tri dni tabletkami B-komplexu a potom týždeň obkladmi parafínu. Keď nebola liečba úspešná, aplikovali sa injekcie Intrajodinu, Systostigmín a galvanizácia. Keďže sa končili prázdniny, prešla pacientka zo štúdijských dôvodov do Bratislavy. Po prijatí a vyšetrení na našom oddelení sme hneď prvý deň (t. j. 14. deň od začiatku obrny) aplikovali lokálne kortikoidy, čo sme opakovali ešte trikrát. Ďalej dostávala pacientka Syntostigmín, vitamíny a zahájil sa rehabilitačný program. Rehabilitáciu sme ukončili s drobnými rezíduami na 53. deň od začiatku ochorenia. Výstupný a konečný svalový test je na grafe 1 (7. 9. 1978 a 14. 10. 1978).

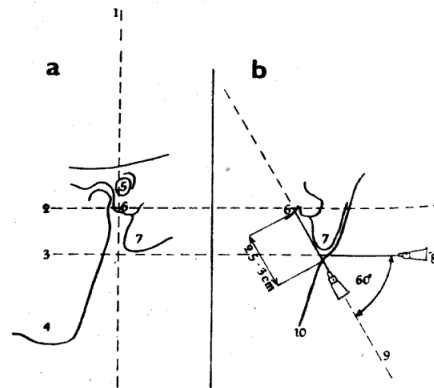
Za necelé dva roky sa dostavila táto pacientka opäť na naše oddelenie — ráno totiž pred zrkadlom zistila, že má „ľavé oko väčšie“. Anamnesticky udávala, že už predtým nemohla dobre písať a mala pocit výraznejšieho slzenia vľavo. Vystavenie chladu ako pri prvom ochorení neudávala. Pri vyšetrení sme zistili periférnu obrnu tvárového nervu, avšak teraz vľavo. Hneď prvý deň sme lokálne aplikovali kortikoidy (ďalšie aplikácie 2. a 3. deň ochorenia) a terapiu sme doplnili Systostigmínom, vitamínmi a rehabilitačným programom. Rehabilitáciu sme ukončili na 33. deň po objavení sa prvých príznakov obrny. Vstupný a konečný svalový test je uvedený na grafe č. 1 (7. 5. 1980 a 10. 6. 1980).

Spôsob aplikácie kortikoidov sme robili strednou prístupovou cestou (podľa Pechana). Na grafe 2 je uvedená schéma aplikácie kortikoidov, obrázky 1 a 2 dokumentujú spôsob aplikácie.

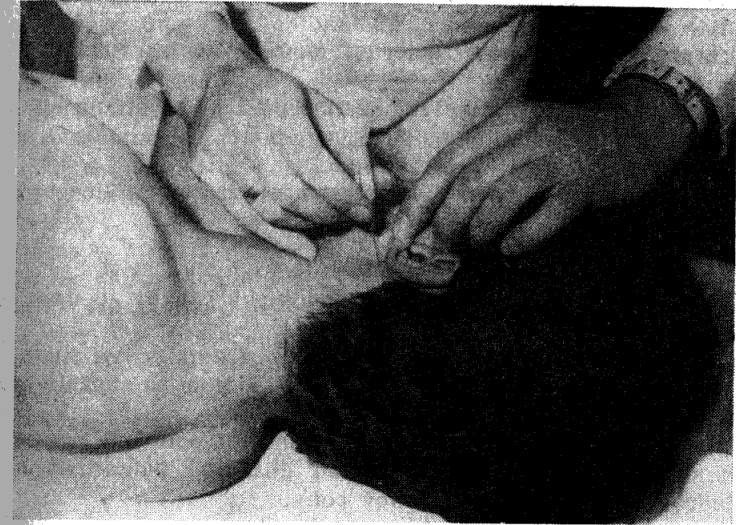
Postup: vedieme dve na seba kolmé roviny — jednu vertikálnu (na grafe označovanú 1) cez meatus acusticus externus, pomedzi mandibulu a procesus mastoideus a druhú horizontálnu (na grafe označenú ako 3) vo výške processus mastoideus. V mieste skríženia urobíme vpich do hĺbky 1 cm a skloníme aspiráciu kortikoid. Pri aplikácii kortikoidov používame Celeston Chronodose ihlu o 60° v rovine 1. Potom v hĺbke 2,5 až 3 cm aplikujeme po predchádzajúcej alebo Kenalog 40 v dávke 1 ml, zmiešaný s ml Mesocainu 1% 3 dni za sebou.



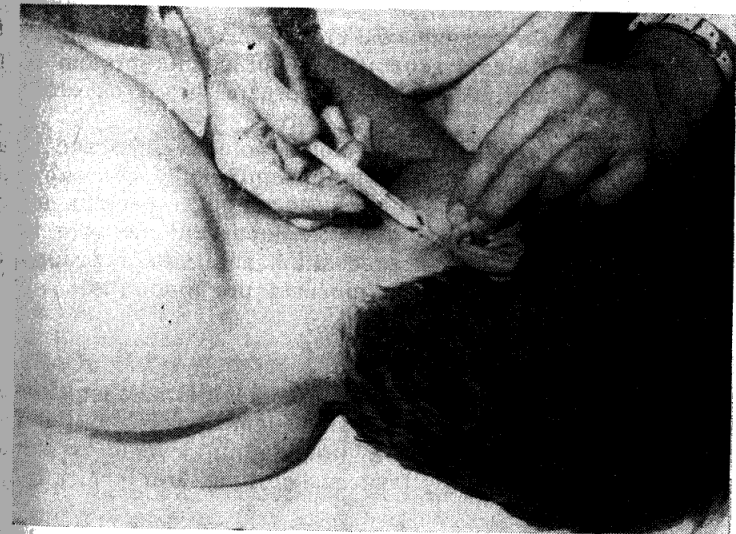
Graf 1. Porovnanie svalových testov
L.DX A — 7. 9. 1978
B — 14. 10. 1978
L.SIN C — 7. 5. 1980
D — 10. 6. 1980



Graf 2. 1 — rovina vedená cez meatus acusticus externus a medzi procesus mastoideus a mandibulou, 2 — rovina vedená cez foramen stylomastoideum, 3 — rovina vedená najnižším bodom processus mastoideus — mandibula, 5 — meatus acusticus externus, 6 — foramen stylomastoideum, 7 — processus mastoideus, 8 — spôsob vpichu, 9 — rovina po sklonení ihly o 60°, 10 — kožný kryt.



Obr. 1. Miesto vpichu pri aplikácii kortikoidu k foramen stylomastoideum.



Obr. 2. Aplikácia kortikoidu.

Rehabilitačný program môžeme zhruba rozdeliť do troch fáz, pričom pozornosť treba venovať tak preventívnym opatreniam, ako aj vlastnej reedukácii postihnutých svalov s použitím facilitačných techník i otázky zdokonaľovania hybnosti.

Stručne uvádzame zložky jednotlivých fáz:

- 1) **Fáza preventívnych opatrení** zameraná na zabránenie primárnych a sekundárnych zmien:
 - a) aplikácia tepla — Kenny zábal 4x denne po 1 hod. včítane aplikácie pred cvičením (nedávame solux alebo parafín)
 - b) relaxácia zdravej strany
 - c) polohovanie — tampón na zdravej strane medzi zuby a líce brániaci vzniku kontraktúr
- 2) **Fáza reedukácie** s využitím facilitačných techník:
 - a) Pred vlastným cvičením využívame fyziologické súhyby — napr. pohyb očí do všetkých strán, pohyb jazyka...
 - b) Pasívne pretiahnutie, zdravého svalu napr. m. frontalis vytiahneme na zdravej strane nahor a na chorej strane nadol — potom sa snažme o vykonanie aktívneho pohybu.
 - c) Robíme stimuláciu jednotlivých svalov jemnými pohybmi prstov, postupujeme mimické svaly gestikuláciou. Keď dosahujú jednotlivé svaly podľa
 - d) Predchádzame na aktívny asistovaný pohyb

3) Fáza zdokonaľovania hybnosti:

Postupne prechádzame na cvičenie v sede pred zrkadlom, pričom aktivujeme mimické svaly gestikuláciou. Keď dosahujú jednotlivé svaly podľa svalového testu trojku, používame posilovanie metódou jednorazových izometrických cvikov. Na vyzvanie uskutoční chorý kontrakciu svalov a drží 6 sek., po celý čas kladie rehabilitačný pracovník prstom individuálny maximálny odpor jednotlivých svalov a pružne bráni uskutočneniu kontrakcie.

Okrem toho doporučujeme pacientovi doma polohovať zdravú stranu, spávať na zdravej strane, hovoriť privretými ústami akoby cez zuby. Aplikovať Kenny zábal vo frekvencii, ako sme už spomenuli. Pacient si ich kladie smerom dopredu aspoň 2 cm pred ucho. Nedoporučujeme veľa hovoriť, žuť žuvačku. Doporučujeme vystríhať sa pred situáciami, kde sa predpokladá zvýšená mimika, prašné prostredie alebo možnosť prechladnutia.

Diskusia

Paresis nervi facialis (Bellova obrna) predstavuje najčastejšie ochorenie periférneho motoneurónu, s ktorým sa stretávame na rehabilitačných oddeleniach. Veľmi častý anamnestický údaj prechladnutia viedol k označeniu tohto ochorenia ako „reumatické“, francúzska literatúra hovorí o „paralysie faciale è frigore“.

Je veľmi málo informácií o príčine vzniku tohoto relatívne častého ochorenia, mnohí pripisujú etiopatogenickú príčinu ischemizácie nervu, iní vyzdvihujú vírusovú etiológiu, ďalší si všímajú predovšetkým kompresiu nervového kmeňa na tomto nervu v oblasti zúženia pri foramen stylomastoideum. U našej pacientky máme jednoznačný údaj o prechladnutí len v prvom prípade. Terapia obrny tvárového nervu spočíva podľa súčasných prevládajúcich predstáv v aplikácii kortikoidov. Či a do akej miery majú tieto podiel na zlepšení, nie

je v súčasnosti jednoznačne štatisticky dokázané. Bezpochyby potrebnou zostáva reedukácia paretických svalov v rámci rehabilitačného programu. Elektroterapeutické postupy boli obľúbeným doplnkom, avšak je potrebné zdôrazniť, že neboli často efektívne a pri paušálnom používaní majú mnohokrát nepriaznivý účinok.

U našej pacientky sme aplikovali kortikoidy lokálne v kombinácii s rehabilitačným programom. Táto kombinácia terapeutických opatrení sa nám plne osvedčila. Včasná aplikácia kortikoidov v akútnej fáze ochorenia pripravila dobrý terén pre súčasný rehabilitačný program. Z hľadiska úplnosti je však potrebné uviesť, že mnohé periférne obrny tvárového nervu sa upravujú aj bez cieľenej terapie.

Tento článok nemá za úlohu dokazovať správnosť a opodstatnenosť terapie kortikoidmi avšak podľa teraz uznávaných teoretických poznatkov a praktických skúseností je účelne aplikovať v akútnej fáze periférnej obrny tvárového nervu kortikoidy s rehabilitačným programom s tým, že lokálna aplikácia kortikoidov urýchli odznenie oedému a rehabilitačný program, účelne realizovaný, urýchli obnovu postihnutých motorických funkcií danej oblasti.

LITERATÚRA

1. BOROVIANSKÝ, L. a spol.: Sústavná anatómia človeka, SZN 1967.
2. GÚTH, A., PALÁT, M., ŠTUKOVSKÝ, R., BARTKOVÁ, M.: Bellova obrna — porovnanie klasickej liečby a lokálnej liečby kortikoidmi, Čs. neurol. a neurochir — v tlači.
3. JANDA, V.: Vyšetřování hybnosti (I), Avicenum 1974.
4. JOCHHEIM, K. A., SCHOLZ, J. F.: Rehabilitation, Bd. III. Georg Thieme Verlag Stuttgart 1975.
5. KOLESÁR, J., ĐURIANOVÁ, J., HUPKA, J., PAVLÍK, I.: Fyziatria, 2. vydanie, Osveta 1980.
6. MARKOVÁ, J.: Naše zkušenosti s obrnou lícního nervu. Část II., Rehabilitácia XII, 1979, 79-88.
7. MUMENTHALER, M.: Neurologie, 5. vyd. Georg Thieme Verlag Stuttgart 1976.
8. NOVÁK, M.: Bellova obrna lícního nervu a virová infekce. Čas. lék. čes. 117, 1978, 97-101.
9. NOVÁK, M.: K virové etiologii Guillén-Barré-ova syndromu. Čas. lék. čes. 117, 1978, 460-465.
10. OBRDA, K.: Rehabilitace nervově nemocných. SZN 1960.
11. PECHAN, J., ŠTELCLOVÁ, M.: Kenalóg. Sborník prací československých autorů. Squibb Eastern Europe 1977, 115-125.
12. PECHAN, J.: Bellova obrna lícního nervu a její patogenetická léčba. Thomayerova sbírka č. 461., Avicenum 1972.
13. SCHEID, V.: Lehrbuch der Neurologie, 4. vyd., Georg Thieme Verlag Stuttgart — New York 1980.
14. VOTAVA, J., SKÁLOVÁ, V.: Obrna lícního nervu — rehabilitační cvičení. Pokyny pro nemocné. Vydavatelství Odd. zdrav. výchovy, Praha 1975.

Adresa autora: A. G. Fyziatricko — rehabilitačné oddelenie NsP ak. L. Dérera, 809 46 Bratislava, Limbová 5.

A. Гут, М. Палат, З. Брндиярова
ПАРАЛИЧ ЛИЦЕВОГО НЕРВА
Резюме

Описан случай молодой больной, у которой в течение двух лет повторялся парез лицевого нерва. В обоих случаях были применены кортикоиды местно в форме инъекций, причем эта терапия дополнялась комплексной программой реабилитации. При первом случае заболевания были кортикоиды введены на 14-й день после возникновения заболевания, при втором уже в первый день. Реституция мышечных функций в первом случае наступила через 56 дней, во втором через 33 дня. Говорится с возможностью аппликации кортикоидов в первой фазе заболевания, что приводит к затуханию острых признаков повреждения нервного штамма лицевого нерва, а также с современной программой реабилитации, ускоряющей возобновление моторных функций поврежденной области на почве, подготовленной введением кортикоидов.

A. Gúth, M. Palát, Z. Brndiarová
PARESIS OF THE FACIAL NERVE (BELL 'S PARESIS)

Summary

The case of a young female patient is described in which paresis of the facial nerve appeared repeatedly in the course of two years. In both cases corticoids have been applied locally and in form of injections and this therapy was supplemented by a complex rehabilitation programme. The first time corticoids were applied on the 14th day of paresis, the second time already on the first day. Restitution of the muscle function appeared in the first case after 56 days, in the second case after 33 days. The possibility in being discussed of the application of corticoids during the first stage of paresis which leads to the retreat of acute symptoms of the affected nerve stem of the facial nerve, and the simultaneous rehabilitation programme in order to speed up the restoration of muscle function the affected area prepared by the application of corticoids.

A. Gúth, M. Palát, Z. Brndiarová
GESICHTSNERVVLÄHMUNG

Zusammenfassung

Beschrieben wird der Fall einer jungen Patientin, bei der innerhalb von zwei Jahren wiederholt eine Parese des Gesichtsnervs auftrat. In beiden Fällen wurden Kortikoide lokal in Form von Spritzen verabreicht, wobei diese Therapie durch ein komplexes Rehabilitationsprogramm ergänzt wurde. Bei der ersten Erkrankung wurden die Kortikoide am 14. Tag nach der Erkrankung verabreicht, bei der zweiten Erkrankung schon am ersten Tag. Die Restitution der Muskelfunktionen trat nach der ersten Erkrankung nach 56 Tagen ein, nach der zweiten Erkrankung nach 33 Tagen. Es wird die Frage nach der Möglichkeit diskutiert, Kortikoide in der ersten Phase der Erkrankung zu verabreichen, was zu einem Abklingen der akuten Symptome der Schädigung des Nervstammes des Gesichtsnervs führt, und zugleich ein Rehabilitationsprogramm anzuwenden, das die Erneuerung der motorischen Funktionen des von der Parese erfaßten Bereiches nach seiner durch die Verabreichung der Kortikoide erfolgten Vorbereitung beschleunigt.

A. Gúth, M. Palát, Z. Brndiarová
PARESIE DU NERF FACIAL (PARÉSIE DE BELL)

Résumé

Est décrit le cas d'une jeune patiente chez laquelle au cours d'une période de deux années est apprue une parésie répétée du nerf facial. Dans les deux cas, on a appliqué des corticoïdes en injections locales et cette thérapie fut complétée par un programme de réhabilitation complexe. La première fois les corticoïdes furent appliqués le quatorzième jour après l'apparition de la parésie, la deuxième fois dès le premier jour. La restitution des fonctions musculaires dans le premier cas se présenta après 56 jours, dans le deuxième cas après 33 jours. On discute sur les possibilités d'application des corticoïdes dans la première phase de la maladie — ce qui conduit à la répercussion des signes aigus d'affection de la racine du nerf facial et sur le programme actuel de réhabilitation qui active le rétablissement des fonctions motrices de la partie affectée sur le terrain préparé par l'application de corticoïdes.

R. GEORGE, R. OKUN, A. K. CHO
ANNUAL REVIEW OF PHARMACOLOGY AND TOXICOLOGY
Ročný prehľad farmakológie a toxikológie
Vydalo Annual Review Inc., Palo Alto, California 1980, Vol. 20,
cena neuvedená. ISBN 0-8243-0420-9

Známa trojica spolupracovníkov — vydavateľov v súčinnosti s 8-člennou komisiou realizovala aj v roku 1980 včasné vydanie cennej odbornej publikácie „Ročný prehľad farmakológie a toxikológie“. Na stránkach nášho časopisu každý rok prinášame recenziu nového zväzku tohto „Prehľadu“, ktorý so záujmom študujú lekári i farmaceuti, orientovaní v oblasti experimentálnej alebo klinickej farmakológie, ako aj v oblasti toxikológie, výskumu prírodných liečiv a pod.

V porovnaní s predchádzajúcim 19. zväzkom je tento zväzok počtom strán rozsiahlejší a podstatne bohatší aj na celkový počet tabuliek, nákresov a schém. Celkovo obsahuje 19 tematických skupín (farmakologických a farmakoterapeutických), ktoré sú rozpracované do 28 článkov. Spôsob a prehľadnosť spracovania, ako aj údaje a nové poznatky určite zaujmú každého odborníka, či už z oblasti teórie alebo z klinickej praxe rôzneho smeru. Na spracovaní výsledkov experimentálnych a klinických prác, publikovaných v tomto zväzku, podieľalo sa celkom 48 významných a vo svete uznáva-

ných odborníkov, ktorí sa veľmi intenzívne venujú výskumu v príslušnom špecializovanom odbore.

Hneď v úvode publikácie čitateľa upúta samostatný list, na ktorom sú uvedení autori a názvy prác, ktoré sa odbornou problematikou zaoberajú v iných „Ročných prehľadoch“, z r. 1979 a 1980 (napr. Ann. Rev. Biochem., Ann. Rev. Med., Ann. Rev. Physiol.). Veľmi pútavou a poučnou formou je napísaný autobiografický článok H. K. F. Blaschku, profesora farmakológie na univerzite v Oxforde, ktorý publikoval pod názvom „Moja cesta k farmakológii“.

Po stránke obsahovej v jednotlivých tematických celkoch sú zaradené jednak práce z oblasti experimentálnej a klinickej farmakológie, molekulárnej farmakológie, farmakokinetiky, farmakodynamiky a toxikológie, chemoterapie a iné. Konkrétne v oblasti farmakológie autonómneho systému nové poznatky a perspektívy prináša práca o štúdiu väzby rádioradionuclidov na adrenergické receptory (Hofman B. B., Lefkowitz R. J.). V tematickej skupine o mechanizmoch účinku

liečiv a chemikálií sú teoreticky i klinicky zaujímavé práce o fosforylácii proteínov katalyzovaných CAMP-dependentnou a cGMP-dependentnou proteínkinázou (Glass D. B., Krebs E. G.). Do tejto skupiny prác je zaradený aj veľmi aktuálny prehľad súčasných poznatkov o fotochemoterapii kožných porúch zlúčeninami typu Psoralén, ktorý sa používa aj u nás v indikácii vitiligo (Anderson F., Voorhees J. J.). V ďalších statiach sa venuje pozornosť najnovším poznatkom z neuromuskulárnej farmakológie (Lindstrom J., Dau P., ako aj práca Fleminga), z neurofarmakológie a neurochémie (jednotlivé práce autorov: Bird E. D., ďalej Fuller R. W., ako aj Loh H. H. a Law P. Y.). Z infekčného a virologického hľadiska je zaujímavá a cenná práca o mechanizme účinku protívirusových látok (Smith R. A. a spoluprac.). Klinicky významná je práca o vazodilatačnej terapii chronickej srdcovej insuficiencie (Chatterjee K., Parmley W. W.). Závažný klinický dosah majú aj práce, zamerané na sledovanie a elimináciu liečiv z ľudského organizmu. V tomto smere sú v recenzovanom 20. zväzku publikované 3 práce: Stabilné izotopy vo farmakokinetických štúdiách (Murphy P. J. a Sullivan H. R.), ďalej Vplyv potravy na biologickú dostupnosť liečiv (bioavailability) a Farmakokinetika liečiv používaných pri kardiálnych a hepatálnych ochoreniach (Williams R. L., Benet L. Z.). Klinicky zameraná je aj práca o farmakoterapii pri

HANDBUCH DER PHYSIOTHERAPIE

Vydalo Vydavateľstvo Medica Press, Zürich — Stuttgart, 1980.

Príručka fyzioterapie je široko koncipovaná moderná učebnica, ktorá má informovať predovšetkým pracovníkov v oblasti súčasnej rehabilitácie o akútnom stave teoretických i praktických vedomostí v oblasti fyzikálnej medicíny. Holandské vydanie tejto príručky vyšlo v roku 1977, nemecké vydanie začalo vychádzať v podobe spracovaní separátnych kapitol v roku 1980. Postupne sa budú vydávať ďalšie kapitoly, takže celé dielo vyjde v mnohých zväzkoch členených podľa jednotlivých druhov metód. Osobitne sú spracované metódy masáže, metódy pohybovej terapie, otázky elektroterapie, termoterapie, problematika svetlo-

renálnej insuficiencii (Reidenberg M. M., Drayer D. E.). V samostatnej kapitole sa venuje pozornosť aj farmakologicky aktívnym prírodným látkam a ďalším otázkam.

Ako sme už uviedli, každá práca je bohato dokumentovaná a doplnená obsiahlym výberom citovanej odbornej literatúry, prevažne z posledných rokov. Zväzok je doplnený autorským a vecným indexom, ako aj kumulatívnym indexom autorov (v abecednom poradí), ktorí publikovali svoje práce v niektorom zo zväzkov 16 — 20. Zároveň je tu uvedené aj číslo príslušného zväzku. Záver 20. zväzku tvorí prehľad, v ktorom sú zostavené názvy všetkých kapitol a prác, obsiahnutých vo zväzku 16-20 (s uvedením autorov, čísla zväzku a príslušnej strany). Tento prehľad umožňuje čitateľovi, napríklad pri spracúvaní rešerše, získať spätnú informáciu o doteraz publikovaných prácach v tomto druhu „Ročného prehľadu“.

Nový — 20. zväzok „Ročného prehľadu farmakológie a toxikológie“ poskytuje jednak prehodnotené, ale aj nové cenné poznatky z oblasti experimentálnej a klinickej farmakológie i toxikológie. V súčasnom období vystihuje najaktuálnejšiu problematiku, na ktorú sústreďujú pozornosť a úsilie aj naši vedeckovýskumní pracovníci i klinickí pracovníci všetkých medicínskych odborov.

Dr. Š. Kišoň, Bratislava

liečby a pod. V doteraz vydaných separátnych častiach sa hovorí o masáži, o Bobathovej metóde, metódach elektroterapie. Vydali už separát o svalovej funkcii. Ďalšie otázky budú postupne doplnované, takže výsledkom tohto edičného činu bude mnohozväzková, encyklopedicky spracovaná príručka fyzioterapie.

Na spracovaní jednotlivých kapitol sa zúčastnil celý rad autorov, o vydanie a redakčné spracovanie sa postarala množstvo členov redakčnej rady.

Celá príručka je technicky riešená v podobe Loseho listového systému, takže jednotlivé kapitoly sa môžu dopĺňať.

Dr. M. Palát, Bratislava

Rehabilitácia

14, 1981, 2, s. 109 — 115

DOŠKOĽOVANIE

MODERNIZÁCIA A EFEKTÍVNOSŤ UČEBNÝCH METÓD V ĎALŠOM VZDELÁVANÍ ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV II.

M. BARTOVICOVÁ, M. PALÁT

Katedra rehabilitačných pracovníkov Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP, Bratislava
Vedúci: MUDr. M. Palát, GSc.

Metódy problémové

Nie všetky problémy výrazne aktivizujú myslenie poslucháčov školiacich akcií aj v dospelosti. Okoň a ostatní autori charakterizujú základné aktivizujúce vlastnosti problému asi takto:

1. Problémy by mali reprezentovať vopred vybrané životné situácie. Čím je problém prirodzenejší, tým väčšia je možnosť aktivizovať poslucháčov.
2. Problémové situácie by mali obsahovať ťažkosti vyplývajúce z riešenia problémov. Súčasne je potrebné, aby poslucháči mali možnosť prekážky riešiť.
3. Významné je formulovať problémy, stanoviť hypotézy, t. j. predpokladané riešenia. Tieto činnosti sú hlavnou osnovou problémovej situácie, lebo v nich je obsiahnutý proces vzniku nových myšlienok.
4. Celý pochod myslenia sa musí zavrieť vyriešením problému, pričom niekedy sa môžu vyskytnúť aj také problémy, ktoré sa nedajú rozriešiť úplne.
5. Celý problém má byť dynamický. Dynamickosťou problému sa myslí jeho procesualnosť, t. j. že smeruje po istých zdôvodnených etapách k cieľu, k vyriešeniu problému.

Moderná didaktika si kladie za úlohu učiť tomuto procesu objavovania, výskumného myslenia. Aby bol problém vyriešený, musí aj dospelý jedinec ovládať:

- a) Proces myslenia v jeho makroštruktúre (intelektuálny makroproces).
- b) Čiastkové myšlienkové procesy (intelektuálne mikroprocesy).
- c) Myšlienkové formy, ktoré usmerňujú predchádzajúce procesy a dávajú im špecifický priebeh (úsudok, induktívny, deduktívny, analogický, súdy).

Všetky tieto tri procesuálne oblasti myslenia by sa mali trénovať už v školskom veku, aby sa získali intelektuálne zbehlosti tohto druhu. A práve problémové metódy majú formatívny charakter.

Makroproces myslenia prebieha v niekoľkých základných fázach. Okoň (1985) hovorí o týchto častiach:

Práca v skupinách a samotná problémová diskusia má výrazné výhody:

- Rozdelením účastníkov do menších skupín sa často podarí odstrániť zábrany, ktoré brzdili účastníkov prejavíť svoje názory v diskusií vo väčšom kolektíve.
- Skupinovú prácou možno výrazne zaktualizovať všetkých účastníkov a pritom precvičovať spoluprácu v tíme, ktorá je v rehabilitačnej praxi nevyhnutná.
- Problém, ktorý sa má riešiť, možno pri problémovej diskusií v skupinách rozčleniť do čiastkových problémov, alebo môžu všetky skupiny riešiť jeden problém.
- Je vhodné určiť vedúceho každej skupiny.
- V záverečnej diskusií, ktorá sa koná v celom kolektíve, prednesú čiastkové (konečné) riešenia skupinou určení účastníci alebo vedúci skupiny.

1. zistenie problému (uvedenie si jeho existencie)
2. analýza problému (orientácia problému)
3. hľadanie podstaty problému
4. hľadanie a stanovenie hypotéz, ktoré vedú k riešeniu problému
5. overovanie hypotéz (predstavovaním, konaním, úvahami a pod.).

Teda pri aplikácii problémového vyučovania a učenia je proces vyučovania a učenia charakterizovaný tým, že účastníci si nielen osvojujú nové poznatky, ale súčasne si osvojujú a zdokonaľujú schopnosť samostatne vyhľadávať postupy, stratégiu a taktiku riešenia vo variantných situáciách a kontrolovať dosah jednotlivých rozhodnutí.

Aj v ďalšom vzdelávaní rehabilitačných pracovníkov v značnej miere využívame problémové vyučovanie ako efektívny spôsob výučby.

Problémová diskusia v skupinách

Práca v skupinách zintenzívňuje intelektuálne aj praktické výkony. Zodpovednosť za prácu a jej výsledky v skupine sa rozširujú na všetkých členov skupiny. Dá sa povedať podľa našich vlastných skúseností, že skupinová práca núti všetkých členov skupiny prispievať k úspechu celku. V našich kurzoch tvoria účastníci kolektív 25 až 30 pracovníkov. V takom veľkom kolektíve sa ťažšie rozvíja diskusia, a preto na riešenie určitého problému, rozbor aplikovaných možností a uplatnenia nových poznatkov v praxi prenášame výučbu do menších skupín s počtom 6 až 10 účastníkov.

Metódy situačné

Situačná metóda sa považuje za vysokoúčinný prostriedok, ako na probléme z praxe možno demonštrovať teoretické vedomosti. Situačné metódy a rad ich vyvinutých techník sú jednou zo špecifických metód problémového vyučovania dospelých, pri ktorých problémovou situáciou je konkrétny prípad z odbornej praxe, ktorý obsahom svojej problematiky musí byť úmerný didaktickému cieľu výučby a svojou náročnosťou riešenia úmerný stupňu poznania účastníkov.

Hlavným cieľom je umožniť účastníkom školiacich akcií, aby integrovali vedomosti a zručnosti zo svojho odboru a použili ich v situáciách a podmienkach pre nich utvorených, získavali takto nové skúsenosti a rozvíjali svoje tvorivé schopnosti.

V štruktúre tohto hlavného didaktického cieľa však treba obsiahnuť celý rad čiastkových cieľov.

Pôsobenie na rozvoj samostatného úsudku, rozvoj pozorovacích schopností, rozvoj analytického myslenia, aby poslucháči vedeli rozoznať dôležité detaily a problémy. Intenzitu a kvalitu potrebných a nepotrebných, závažných a nezávažných závislostí musia objaviť sami, aby mohli voliť správny postup pri riešení danej problémovej situácie.

Poslucháči sú vedení touto metódou k rozvíjaniu kombinačných schopností. Na základe predchádzajúcich faktov musia vedieť dať svoje teoretické poznatky zo širšieho okruhu do vzájomných súvislostí, správne strategicky ich použiť v komplexnej situácii. Tak sú poslucháči vedení k tvorivému hľadaniu optimálnych variantov riešení. Rozvíja sa ich schopnosť a kladný postoj k rozhodovaniu.

Kvalifikovane aplikovanej metóde „prípadových štúdií“ zodpovedá rad typických znakov dospelého človeka, ktorý vo svojej praktickej činnosti si osvojil určitý stupeň samostatnosti, aktivity vo vyučovacom procese a nemá len úlohu „pasívneho poslucháča“, ale aj úlohu skutočného „účastníka“. Takto sa vyvíja úplne nová kvalita vzťahu medzi pedagógom a poslucháčom, v ktorom sa rešpektujú všetky špecifické osobitosti dospelého poslucháča.

Situačné metódy v ďalšom vzdelávaní rehabilitačných pracovníkov používame v kurzoch a pri školiacich miestach, ako aj v príprave poslucháčov na záverečnú skúšku pomaturitného špecializačného štúdia. Situačné metódy sa nám osvedčili najmä v praktickej výučbe pri riešení zložitých prípadových štúdií, vyšetrovacích metód, stavby rehabilitačných programov a metodických postupov. Poslucháčom sa dajú k dispozícii len základné informácie, v podstate akýsi „strategický cieľ“, ktorý majú riešením problému dosiahnuť. Hlavnou a časovo najnáročnejšou je potom tá časť ich činnosti, pri ktorej získavajú informácie, podrobne analyzujú celý prípad a ďalej tvorivým a logickým uvažovaním navrhujú jeho riešenie. Riešenie situačných metód využívame najmä v menších skupinách, kde dochádza pri riešení prípadu k bohatšej diskusií, výmene skúsenosti medzi poslucháčmi, a tým aj k zvýšenej aktívite. Je vhodné určiť vedúceho skupiny. Rešpektujeme i to, či je prípad vo výučbe použitý na prehĺbenie poznatkov, opakovanie a pod.

Každé rozhodnutie riešenia musí byť odôvodnené, opodstatnené a obhájené. V záverečnej fáze, v ktorej sa predkladá rozhodnutie riešiteľov, je problémová diskusia. Tu je úlohou učiteľa spresniť prednesené názory účastníkov, zhrnúť a v závere zdôrazniť najpodstatnejšie rozdiely medzi prednesenými stanoviskami.

Autodidaktické metódy

Samostatné individuálne štúdium je významnou zložkou vzdelávacieho procesu. Čím vyšší stupeň školy, čím vyspelejší poslucháči, tým výraznejšie vystupuje do popredia význam samostatného štúdia. Aj keď v minulosti boli odbory, ktoré vyžadovali samovzdelávanie a samoštúdium, v období vedecko-technickej revolúcie sa táto požiadavka stala objektívnou nutnosťou v každej práci. Zdravotníctvo bolo jedným z prvých rezortov, ktorý si vybudoval a inštitucionalizoval systém ďalšieho vzdelávania (lekári a farmaceuti od r. 1952, strední zdravotnícki pracovníci od r. 1960), a tento neprestajne zdokonaľuje a rozvíja. Len časť poznatkov sa však získava v kurzoch, na školiacich mies-

tach, seminároch, sympóziách a pod. Ťažisko vlastnej vzdelávacej aktivity spočíva v samostatnej autodidaktickej činnosti.

Individuálne štúdium je potrebným predpokladom k rozvoju samostatného, tvorivého a kritického myslenia a je nevyhnutným prvkom, pri ktorom sa uskutočňuje spájanie teórie s praxou a praxe s teóriou. Podľa Richtu (1967) stráca odborník charakter odborníka už 10 rokov po absolutoriu vysokej školy, špeciálne odborné stredoškolské vzdelania stráca účinnosť po 5 rokoch, ak sa pracovníci naďalej nevzdelávajú a neštudujú. V diskusiách s účastníkmi školiacích akcií často zisťujeme, že nevedia racionálne pristupovať k individuálnemu štúdiu. Možno je chyba už na stredných zdravotníckych školách, že nie sú poslucháči oboznamovaní so spôsobmi orientácie vyhľadávania literárnych prameňov v knižniciach, získavania prehľadov časopiseckých, ako si robiť výpisky, hodnotiť študovaný materiál, ako zovšeobecňovať naštudované vedomosti a tieto premietat do praxe. U našich stredných odborných pracovníkov — rehabilitačných pracovníkov — prevláda taký spôsob osvojovania si nových poznatkov, na aký boli zvyknutí na strednej škole, a to je absolútne nedostačujúce. Súčasná rehabilitačná starostlivosť, metodické postupy sú veľmi náročné na poznatky a vedomosti rehabilitačných pracovníkov, a tak vzdelávanie, samoštúdium, aplikácia poznatkov do praxe sú nevyhnutným predpokladom pre ich prácu.

A tak informatívne prednášky o spôsobe autodidaktickej činnosti, technických možnostiach využitia magnetofónu, diaprojektoru a pod. vkladáme do učebných plánov niektorých našich kurzov.

II. Metódy upevňovania vedomostí

Upevňovanie a precvičovanie získaných poznatkov a ich aplikácia do praxe patria k závažným úlohám vzdelávacieho procesu. Bez upevňovania a opakovania niet učenia, a preto sa ani nedajú deliacou čiarou oddeliť metódy sprístupňovania poznatkov od metód upevňovania a precvičovania učiva — tieto sa navzájom dopĺňajú a prelínajú. Vychádzajúc z našej praxe, napr. u rehabilitačných pracovníkov, vyšetrovacie metódy a jednotlivé metodiky pohybovej liečby sú veľmi náročné na poznatky a motorické zručnosti pracovníkov. Predpokladajú od rehabilitačného pracovníka okamžitú individuálnu adaptáciu podľa reakcie a momentálneho stavu pacienta. Nijakú z metódik nemožno aplikovať podľa nejakej rigidnej schémy. Realizácia sa musí uskutočňovať individuálne a mení sa a prispôbuje podľa aktuálneho stavu pacienta i počas cvičebnej jednotky. Upevňovanie vedomostí je potrebné, aby sa obsah učiva dostával do vedomia poslucháčov a prichádzal s nimi do kontaktu. Dôležité je, aby bol účastník pri rekapitulácii aktívny, aby sa usiloval zlepšiť svoj výkon, aby aktivita s opakovaním a precvičovaním bola uňho dostatočne silne motivovaná.

Spomínané metódy sprostredkovania poznatkov mali do určitej miery charakter upevňovania a precvičovania (napr. prednáška s diskusiou, problémové metódy, demonštrácie s opakovaním a pod.). K týmto metódam možno pridať konzultácie. Tie majú hlavný didaktický cieľ — vysvetlenie, objasnenie individuálnym štúdiom nepochopených častí študovanej problematiky. Poslucháči prichádzajú teda s naštudovaným materiálom, majú určitú východiskovú úroveň vedomostí a skúseností. Ak ich nemajú,

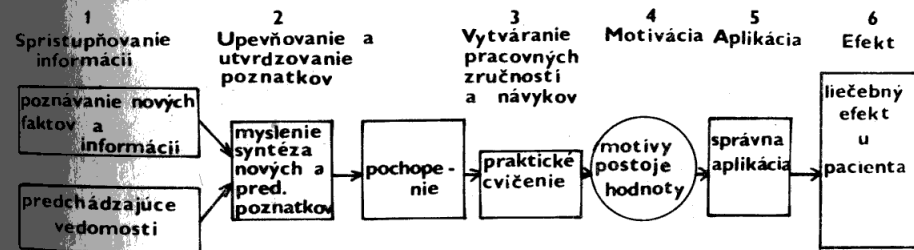
nemožno konzultácie v pravom slova zmysle vykonávať, a tak často nezostáva konzultujúcemu iné len prejsť na prednášku.

Aj seminárne cvičenia, spracovanie písomných seminárnych prác je v istom zmysle dôležitým prostriedkom precvičovania učiva. Seminárne práce, pomocou ktorých sa získané vedomosti používajú v nových okolnostiach, v nových súvislostiach a prípadoch, sú ďalším krokom k samostatnému a tvorivému využívaniu vedomostí v praxi. Uplatňovanie osvojených vedomostí v nových podmienkach si vyžaduje myšlienkovú činnosť, teda analyzovanie a skúmanie zákonitostí, vzťahov, ako aj sústavy nadobudnutých vedomostí na nových konkrétnych úlohách.

Z praxe možno povedať, že mnohé seminárne práce, záverečné práce účastníkov školiacích akcií našich kurzov, školiacích miest majú vysokú odbornú úroveň, ktorá prerastá rámec učenia a využitia vedomostí vlastných i z literárnych prameňov a prejavuje sa v nich samostatná tvorivá činnosť.

Z ostatných metód upevňovania vedomostí sa dá využiť panelová diskusia, exkurzie, praktické cvičenie, prostriedky didaktickej techniky (diafilmy, magnetofón, filmy a pod.).

Upozorňujeme na dôležitosť metód upevňovania alebo fixácie vedomostí a zručností, pretože v praxi sa nevyužívajú v plnej miere. Pre prax pracovníkov v rehabilitácii sú nevyhnutné najmä na fixáciu náročných psychomotorických zručností, zbehlosti a pracovných návykov, ktoré si nemožno osvojiť len jednou ukázkou, demonštráciou. Proces ich utvárania a zdokonaľovania je vždy dlhodobější, či už ide o zvládnutie facilitačných, mobilizačných, mnohých vyšetrovacích a iných metódik.



Prednášky, výklad, diskusia, situačné metódy, demonštrácie, praktické cvičenia
Spájanie teoretických a praktických poznatkov

Schéma poukazuje na to, ako vhodným výberom a variabilitou učebných metód vo vzdelávacom procese dosahujeme čiastkové ciele, ktoré vedú ku konečnému cieľu — k liečebnému efektu u pacienta.

Pri sprístupňovaní a odovzdávaní poznatkov (1) využívame metódy, ktoré najvhodnejším spôsobom sprístupnia nové poznatky. Nové poznatky s predchádzajúcimi poznatkami a praktickými skúsenosťami treba upevňovať, aby si ich poslucháči vedeli dať do vzájomného vzťahu. Musí mať nielen dobré teoretické vedomosti, ale treba vedieť, prečo sa má použiť ten-ktorý spôsob vyšetrovacích metód. Zo širokej palety metódik musí vedieť aplikovať tie najvhodnejšie pre určenie diagnózy a posúdenie aktuálneho stavu pacienta. Teda teoretické poznatky a zbehlosti, psychomotorické zručnosti, pracovné návyky (3) sú závislé od tvorivého a aktívneho prístupu. Okrem toho treba naďalej poslucháčov vhodne motivovať, viesť k dotváraniu správnych názorov, postojov a hodnôt. A čím dokonalejšie sú klinickému prostrediu prispôbo-

vané aj praktické cvičenia, demonštrácie, prípadové štúdie s aktívnou účasťou poslucháčov, tým je upevňovanie teoretických aj praktických zručností efektívnejšie.

Správna aplikácia vyšetrovacích metód, celej komplexnej liečby u pacienta (5) je výsledkom vzájomnej interakcie pedagóga — poslucháča, dobre volených metód, pedagogickej práce, aktívneho a tvorivého prístupu poslucháčov. Táto dokonalá súhra vedie k dosiahnutiu konečného cieľa, ktorým je liečebný efekt u pacienta (6).

III. Metódy hodnotenia a kontroly

Informatívne sa zmienime o jednej z metód hodnotenia a kontroly, ktorá má osobitný význam aj v ďalšom vzdelávaní dospelých. Tieto metódy majú viacero funkcií (gnozeologickú, informatívnu, didaktickú, diagnostickú, kontrolnú, ale aj motivačnú a výchovnú).

Citlivé a vhodné použitie týchto metód významne spolurozhoduje o kvalite vzdelávacej práce aj v dospelom veku. Popri ústnych skúškach, kde sa nedá vylúčiť subjektívny faktor hodnotenia, používame aj programové hodnotenia pomocou didaktických testov. Tieto môžu byť dobrou informatívnou, kontrolnou, ale aj diagnostickou pomôckou a predstavujú snahu o objektivizáciu pri hodnotení poslucháčov, spätnú väzbu atď.

Pri komplexnom hodnotení štúdijskej činnosti môžu tvoriť len súčasť ostatných spôsobov hodnotenia.

Podľa náročnosti a exaktnosti vykonania môžeme ich deliť na:

1. testy orientačné.
2. testy štandardizované.

Orientačné testy si môže zostavovať každý pedagóg sám, aby mohol zistiť stav vedomostí poslucháčov. V našich podmienkach sa osvedčili programované orientačné testy:

- a) Pri nástupe poslucháčov do niektorých špecializovaných kurzov a školiacich miest, keď si overujeme vedomostnú úroveň, potrebnú pre dosiahnutie stanovených cieľov.
- b) Na záver kurzu, keď hodnotíme úroveň dosiahnutých vedomostí, zbehlosti a zručností.
- c) V priebehu špecializačnej prípravy, keď zisťujeme kvantitatívne a kvalitatívne úroveň samostatného štúdia v jednotlivých etapách pre záverečnú skúšku pomaturitného špecializačného štúdia.

Štandardizované testy sú náročné na zostavenie. Obsahujú kvantitatívne širší rozsah učiva, sú vyskúšané na veľkom počte poslucháčov a výsledky týchto testov dávajú štatisticky podloženú významnosť. Ich pomocou sa má dospieť k nejakej norme, k priemerným požiadavkám vedomostí. Pri zostavovaní štandardizovaných testov je potrebné dodržiavať aj niektoré pedagogicko — psychologické kritériá, ako napríklad validitu, spoľahlivosť (reliabilitu), objektivitu, citlivosť (senzibilitu), vhodnosť použiteľnosti testu.

Rozlišujeme niekoľko foriem testov

1. test doplnovací — dopĺňujú sa niektoré prvky testu
2. test produkcie a reprodukcie
3. voľba medzi tvrdeniami (možnosť rozpomínania)

4. test zoradovací — zoradovanie prvkov postupne — ako k sebe patria
5. test otázkový
6. test kladov a záporov — najmenej vhodný, pretože možno voliť odpovede náhodne.

V našich kurzoch, najmä kurzoch pomaturitného špecializačného štúdia, sme volili programové testy s možnosťou viacerých výberových odpovedí, testy s voľbou medzi tvrdeniami. Od r. 1978 používame testy produkcie a reprodukcie, teda testy s tvorbou vlastnej odpovede. Z predložených výsledkov objektívnejšie posudzovanie vedomostí poslucháčov majú testy s tvorbou vlastnej odpovede.

Pri testoch s možnosťou viacerých výberových odpovedí bola frekvencia chybných výkonov síce menšia, percento správnych odpovedí bolo vyššie, ale je pravdepodobné, že správne odpovede boli volené náhodne.

Vhodným výberom a správnym použitím didaktických testov môžeme získať celý rad informácií, nie sú však jedinou hodnotiacou metódou. Pri komplexnom hodnotení okrem tradičných metód a prejavov poslucháčov tvoria súčasť kontrolného a hodnotiaceho systému vzdelávacieho procesu a pri ich správnom použití stávajú sa dôležitým činiteľom sledovania efektívnosti vyučovacieho procesu.

Adresa autorky: M. B., Katedra rehabilitačných pracovníkov ÚĎV SZP, Bratislava

RECENZIE KNIH

J. RHEN, H. P. HARRFELDT
BEHANDLUNGSFEHLER UND HAFTPFLICHTSCHÄDEN IN DER UNFALL — CHIRURGIE
Vydalo nakladateľstvo Springer — Verlag, Berlin — Heidelberg — New York. Hefte zur Unfall — Heilkunde 146, 1980, cena DM 15,

Autori poukázali na možnosti medicínskych chybných postupov a na porušenie istých základných povinností pri diagnostike a liečbe zlomenín. V tomto smere sa u niektorých lekárov vytvorila určitá skepsa pri utváraní zodpovedného stanoviska a objektivitu. Klinické skúsenosti, ktoré vychádzajú z vlastnej rozsiahlej praxe, opierajú autori o názory odborníkov lekárskej komory a snažia sa diagnostické a liečebné zásady určiť i z jej kritických záverov. Nie v poslednej miere sa popri objektívnych lekárskejších informáciách berie do úvahy záujem pacienta. Chyby a nebezpečenstvá,

ktoré predstavuje medicínske stanovisko, nie sú najmä z tohto hľadiska pri reštitúcii a záchrane života pacienta zanedbateľné. Exaktná dokumentácia a kontrola vlastných výsledkov je samozrejmom záležitosťou. Pochopiteľne, že pri stúpajúcich tendenciách regresných záležitostí práve ona uľahčuje objektivne posúdenie celého radu problémov. Je úzko spojená s prehľadom chorobného procesu, a to dynamickým sledovaním stavu pacienta. Autori zdôrazňujú, že najmä menej skúsení, obvykle mladší lekári, musia si pred každým zákrokom jasne uvedomiť, či majú dostatočné predpoklady vo vedomos-

tiach a skúsenostiach pre úspešné zvládnutie biologického i technického rázu. Celá táto situácia je nepochybná na určitý typ i renomé príslušnej nemocnice, na účasť špecialistov zodpovedne vykonávajúcich zákroky v úrazovej chirurgii. Práve tu vedúci pracovník spolu s tímom spolupracovníkov môže oveľa účinnejšie v spomínaných centrách vytvárať predpoklady pre ďalší rozvoj a zlepšenie diagnostiky a terapie, a to už všetkých členov kolektívu zapojených do kuratívnej činnosti v profilizovanej problematike. Tu sú možnosti úspešného liečebného zvládnutia následkov úrazového mechanizmu, a to úspešnejším a odbornejším ošetrovaním komplikovaných zlomenín a luxácií. Na tomto mieste sa zbierajú skúsenosti koncentráciou teórie spojenej s praxou a z nich vychádzajú nielen dobre erudovaní traumatológovia a úspešne zvládnuté poúrazové stavy pacientov, ale skúsenosti sa dajú aj z odbornej literatúry štatisticky významným spôsobom overovať. V praxi to znamená, že sa liečebná doktrína v uvedenej problematike sústavne preveruje a vytvárajú sa ucelenejšie názory pre včasný prístup ku ko-

**J. CHRÉTIEN
PNEUMOLOGIE**

Pneumológia

Vydal Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1980, cena DM 29,80,-
ISBN 3-13-5859-01-0

V edícii vreckových príručiek vydavateľstva Georga Thiemeho v Stuttgarte vychádza v roku 1980 monografia prof. Chrétiena z parížskej Laënnecovej nemocnice. Je to nemecký preklad francúzskej pôvodiny, ktorá vyšla v roku 1976 u Massona v Paríži.

Monografia má niekoľko kapitol, v ktorých sa poukazuje na všetky otázky súčasnej pneumológie. V prvej kapitole sa diskutuje o otázkach embryológie pľúc, anatómie pľúc, otázkach fyziológie pľúc, problematike genetiky, imunológie a patológie pľúc. V druhej kapitole sa venuje pozornosť pneumologickej diagnostike -anamnéze, fyzikálnemu vyšetrovaniu, röntgenologickému vyšetrovaniu, vyšetrovaniu funkcie pľúc, endoskopickému vyšetrovaniu, a laboratórnemu vyšetrovaniu. Ďalšie ka-

rekcii liečebných chýb, čo spätne znamená zlepšenie výsledkov a zníženie regusných nárokov zo strany pacientov. Pracovníci poukazujú na to, že i odborníci-lekári môžu neúmyselne a pri postupe lege artis spôsobiť rôzne zložité situácie pri liečebnom procese. U laickej verejnosti netreba vytvárať nesprávne názory, že lekári, a najmä chirurgovia, vystupujú ako polobohovia v bielom. Na rôznych konferenciách sa vedú hlboké diskusie medzi lekármi a právnikmi a mnohí majú odlišné základné stanoviská. Obidve skupiny však majú povinnosť pre poškodeného pacienta a lekára, ktorý sa usiluje poúrazový stav zlepšiť, vytvoriť objektívne kritéria pre posudzovanie liečebnej taktiky a správnym spôsobom ju prehodnocovať.

I keď autori túto problematiku riešia pod zorným uhlom názorov, ktoré nemožno v detailoch a v plnom rozsahu včleniť do koncepčného rámca socialistickeho zdravotníctva, niektoré otázky sa snažia riešiť na báze všeobecnej lekárskej etiky v starej osvedčenej zásade „Salus egroti suprema lex“!

Dr. I. Kamenický, Bratislava

pitoly sú venované klinike jednotlivých skupín ochorení dýchacieho systému — otázkam nešpecifických ochorení pľúc, problematike tuberkulózy, pleurálnym ochoreniam a chorobám mediastína. Početné obrázky, grafy, röntgenogramy a tabuľky, včítane vecného registra, dopĺňujú túto pozoruhodne napísanú, pedagogicky vynikajúcu a štylisticky dobrú príručku, ktorá poslúži nielen ako učebnica pre poslucháčov medicíny, ale určite aj ako prehľadná monografia pre každého, kto sa zaoberá problematikou dýchacích ochorení. Každý pneumológ tu nájde kriticky zostavené informácie, každý lekár tu nájde dobrý prehľad všetkých otázok modernej pneumológie.

Dr. M. Palát, Bratislava

**G. BODEM
HERZINSUFFIZIENZ
Srdcová insuficiencia**

Vydal Springer — Verlag Berlin — Heidelberg — New York 1980,
cena DM 24,-, ISBN 3-540-09943-3

Prof. Bodem z Internej kliniky v Bad Homburgu napísal drobnú publikáciu o srdcovej insuficiencii, ktorú vydáva vydavateľstvo Springer-Verlag v roku 1980 v edícii klinických vreckových príručiek. S rozšírením počtu kardiovaskulárných ochorení v súčasnej spoločnosti sa v oblasti modernej kardiológie považujú otázky srdcovej insuficiencie za vysoko aktuálne. Srdcová insuficiencia je vlastne stavom, ktorý je následkom najrôznejších chorôb etiologicky a patogenicky rozdielnych. Autor v predloženej publikácii venuje pozornosť patofyziológii srdcovej insuficiencie, morfológickým zmenám pri srdcovej insuficiencii a klinickým nále- zom, včítane náleзов pomocou moderných

vyšetrovacích metód. V ďalšej kapitole sa zaoberá liečbou srdcovej insuficiencie. Krátky doplňujúci zoznam literatúry a vecný register ukončujú túto prácu.

Prof. Bodem vychádza zo základných poznatkov Braunwaldovej skupiny, ktoré značným spôsobom ovplyvnili fyziologické a patofyziologické myslenie v oblasti výkonnosti cirkulácie a fyziológie a patofyziológie krvného obehu.

Bodemova knižkočka je informatívna, telegrafickým štýlom autor poukazuje na základné dáta v jednotlivých kapitolách. Je určite prínosom pre dobrý prehľad s dobre dokumentovanými obrázkami, grafmi, tabuľkami a schémami.

Dr. M. Palát, Bratislava

**O. G. BIER, D. GÖTZE, I. MOTA, W. DIAS DA SILVA
EXPERIMENTELL UND KLINISCHE IMMUNOLOGIE**

Experimentálna a klinická imunológia

Vydal Springer Verlag, Berlin — Heidelberg — New York 1979.
Cena DM 58,-, ISBN 3-540-09196-3

V nakladateľstve Springer-Verlag vychádza v nemčine anglická pôvodina kolektívu autorov o experimentálnej a klinickej imunológii. Imunológia za posledných 10 rokov prekonala obrovský rozvoj, podmienený vývojom molekulárnej biológie. V odbornej literatúre sa objavuje celý rad publikácií, článkov, zborníkov a monografií, ktoré sa zaoberajú imunológiou alebo čiastkovými otázkami tohto nového odboru v medicíne. Imunológia sama zasahuje do najrôznejších ostatných medicínskych odborov ako biochémia, mikrobiológia, genetika, patológia a hematológia. Aplikáciu imunologických poznatkov môžeme nájsť v najrôznejších oblastiach súčasného lekárstva. Predložená monografia sa skladá zo 4 častí, z ktorých prvá je venovaná základom imunológie, druhá základom imunochémie, tretia základom imunopatológie a konečne štvrtá bio- medicínskej aplikácii imunológie. Ide teda o súbor kapitol, ktoré postihujú všet-

ky oblasti, v ktorých sa imunológia stala súčasťou koncepcie klinického odboru. Teoretické kapitoly, ako je histológia a histogenéza lymfatického tkaniva, tvorba antilátok, imunitná tolerancia, otázky antigénov, komplementu a interakcie antigén — antilátka, sú v poslednej časti zasadené do klinických obrazov. Táto časť knihy je taktiež najzaujímavejšia pre širokú lekársku verejnosť.

Monografia je doplnená početnými obrázkami, sčasti viacfarebnými, mnohými tabuľkami, vysvetľujúcimi grafmi a prehľadnými schémami. Na záver je uvedený zoznam literatúry a vecný menný register.

Monografia autorského kolektívu o experimentálnej a klinickej imunológii predstavuje súbor súčasných poznatkov. Preto ju iste uvíta každý, kto sa stretáva s problematikou imunologických dejov.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

DIAGNOSTIC IMAGING

British Medical Bulletin, Vol. 36, 1980, Nr. 3

Verlag The British Council 65 Davies Street, London W 1Y 2AA

Tretie číslo British Medical Bulletin v roku 1980 prináša komplex prác venovaných diagnostickému znázorňovaniu. Od objavy röntgenových lúčov pred 85 rokmi sa veľa zmenilo v modernej obrazovej diagnostike. Röntgenogramy predstavujú začiatok tejto cesty, na konci ktorej je v súčasnosti metóda použitia nukleotidov.

Predložený zväzok, ktorého vedeckým editorom je prof. Kreel, prednosta Rádio-logickej kliniky v Harrowe, prináša práce venované lokalizácii tumorov, použitiu rádionuklidov, otázkam tomografie a meraniu funkcie tkanív u človeka. Ďalšie práce sa zaoberajú nukleárnou medicínou v klinickej kardiológii. Dopplerovým ultrazvukom v klinickej diagnostike, ultrazvukom v pôrodníctve a gynekológii a problematikou abdominálnej ultrazvukovej diagnostiky. V ďalších prácach sa

hovorí o ultrazvuku v kardiológii, o vývoji kontrasných látok v neurorádiológii, o technickom vývoji komputrovej tomografie a digitálnej rádiografie. Zaujímavá je práca o meraní a pevnosti kostí pomocou komputrovej tomografie.

Podobne — ako tomu vždy býva v monote-matických číslach British Medical Bulletin — všetky práce majú vysoký informačný „pool“, dokonalú experimentálnu bázu, ilustratívnu dokumentáciu a sú uvedené „up to date“.

Je iba vítané, že redakcia tohto významného britského časopisu si vždy volí aktuálnu tematiku — a takou tematikou je aj diagnostické zobrazovanie v najširšom slova zmysle.

Posledné číslo je dokladom toho, že táto tematika je vysoko odborne spracovaná.

Dr. M. Palát, Bratislava

E. STURM

REHABILITATION VON QUERSCHNITTGELÄHMTE

Rehabilitácia pri priečnej lézii miechy

Verlag Hans Huber, Bern — Stuttgart — Wien, 1979.

Cena Fr. 24,-.

ISBN 3-456-80793-7

V edičnom rade prác k teórii a praxi rehabilitácie v medicíne, psychológii a pedagogike ako 22. zväzok vychádza medicínsko-psychologická štúdia MUDr. Šturmovej, venovaná problematike rehabilitácie chorých s priečnymi léziami miechy. Rozvoj modernej civilizácie a technizácie života človeka vedie stále viac a viac k ťažkým, mnohokrát k mutilujúcim úrazom. Jedným z veľmi častých úrazov sú priečne lézie miechy, ktoré predstavujú nielen medicínsky, ale predovšetkým psychologický problém. Cieľená rehabilitačná starostlivosť zameraná na obnovu poškodených funkcií, vrátane vegetatívnych, musí počítať aj s dosahom na psychické funkcie postihnutého človeka, ktoré v týchto prípadoch sú osobitne ťažko postihnuté.

V Šturmovej monografii sa hovorí práve o takejto závažnej medicínsko-psycho-

logickej problematike. Po úvodnej kapitole autorka rozoberá problematiku rehabilitácie u postihnutých s priečnou léziou miechy, zaoberá sa individuom v rehabilitačnom procese a venuje pozornosť priečnemu postihnutiu miechy a telesnej schéme. Sú tu uvedené veľmi zaujímavé a cenné pozorovania, ktoré sú určené nielen lekárom, ale všetkým, čo sa starajú o takéhoto postihnutého. Veľký význam sa prikladá účasti rodiny v celom rehabilitačnom procese, či už z hľadiska psychologickej problematiky v prvej, druhej a tretej fáze rehabilitačného programu, alebo iných aspektov. Drobnú knižku ukončuje prehľad literatúry a vecný register. Publikácia je závažná a slúži okruhu tých, ktorí sa zaoberajú medicínsko-psychologickou stránkou problematiky chorých s priečnou léziou miechy.

Dr. M. Palát, Bratislava

BAEUMLER G. (RED.)

AKTUELLE PROBLEME DER SPORTPSYCHOLOGIE

(2. Internationales Symposium der Arbeitsgemeinschaft für Sportpsychologie in der BRD)

Aktuálne problémy športovej psychológie

(Druhé medzinárodné sympóziu-m pracovnej skupiny NSR)

Verlag Karl Hoffmann, 7060 Schöndorf, 1979, ako 27. zv.

v „Schriftenreihe des Bundesinstitut für Sportwissenschaft“, 264 strán, cena DM 29,50. ISBN 3-7780-7181-5

V rámci XIX. medzinárodného kongresu pre aplikovanú psychológiu sa konalo 4. augusta 1978 v Mníchove sympóziu-m o aktuálnych problémoch tejto disciplíny. Organizovala ho pracovná skupina pre športovú psychológiu v NSR spolu s katedrou športovej psychológie mníchovskej Technickej univerzity. Nakladateľstvo Hofmann promptne a urýchlene vydalo zborník s referátmi tohto sympózia.

Obsah zborníka odráža široké spektrum, ktoré dnes športová psychológia vykazuje vo výskume, výchove a aplikácii. Podľa toho aj referáty siahajú od teoretických „základných referátov“ až po celkom konkrétne problémy v rehabilitácii pri rozličných ochoreniach. V rámci recenzie nie je možné vymenovať ani komentovať každý príspevok jednotlivo, treba sa obmedziť na výpočet hlavných tematických okruhov.

Po krátkych úvodných slovách predsedu Spolkového ústavu pre športovú vedu, predsedu XIX. kongresu a predsedu ASP je prvý blok (3 referáty) venovaný vymedzeniu úloh a pozície športovej psychológie. Témou druhého bloku je „Psychomotorika“ (5 referátov) a hovorí sa tu o kognitívnych procesoch a možných prediktorech u špičkových športovcov, ale aj o motorickom správaní telesne a duševne postihnutých detí.

V treťom bloku máme 10 príspevkov venovaných otázkam zásto-jov a motivácie nielen u samotných športovcov, ale aj u trénerov a športových pedagógov, o vše-

obecných psychosociálnych problémoch športu v škole. Výslovne otázkam výučby je venovaný štvrtý blok (4 referáty), a to od výskumu didaktických techník so súvis medzi somatickou maturáciou a športovou výkonnosťou detí.

Témou ďalšieho — piateho bloku je „tréning a závodenie“ (9 referátov) a nájdeme tu príspevky o mentálnom tréningu, o skúmaní stresu a o kompetitívnom správaní všeobecne.

Posledný — šiesty blok má nadpis „Terapia, prevencia a rehabilitácia“. Tu odznali referáty: „Psychoterapia ako súčasť všeobecnej výchovy športovcov“ (P. Kunath), „Psychoterapia a šport“ (S. a J. R. Nitschovci), „Komunikatívna pohybová terapia“ (K. E. Buchmann) a ďalej ešte „K otázke psychohygienického účinku športu“ (J. Knobloch), „Psychologické kritéria v rehabilitácii paraplegikov športom“ (E. Geronová, N. Dunkelmannová a I. Rechesová) a „Extraverzia-introverzia ako faktor účinnosti rehabilitácie u chorých s chronickou polyartritídou“ (G. Olszewska).

Texty referátov sú zväčša v nemčine, príležitostne aj v angličtine. Zborník prináša podnetné informácie nielen pre psychológov pracujúcich priamo v športe, ale pre všetkých, ktorí sa zaujímajú o konkrétne problémy pohybovej rehabilitácie i v klinike. Technická úprava knihy je veľmi dobrá, vrátane reprodukcii tabuliek a diagramov.

Doc. R. Štukovský, Bratislava

H. RIECKERT

HYPOTONIE

Hypotonia

Verlag Springer Verlag Berlin — Heidelberg — New York 1979,

cena DM 24,-. ISBN 3-540-09626-4

V edícii klinických vreckových príručiek vydáva prof. Rieckert z Inštitútu športovej medicíny Univerzity v Kiele

drobnú monografiu, venovanú problematike fyziológie, patopsychológie a terapie ortostatických disregulácií pod názvom

„Hypotonia“. Kniha má celkom 4 kapitoly, v ktorých sa rozoberajú otázky fyziológie a obehových skúšok, problematika patofyziológie, obehových disregulácií a tematika ortostatických disregulácií. Štvrtá kapitola predstavuje vlastne prevodovú tabuľku medzi starými jednotkami a jednotkami SI. Zoznam literatúry a vecný register ukončujú túto malú, obsahom však významnú publikáciu, doplnenú početnými grafmi, niekoľkými tabuľkami a schémami.

Hypotonia v súčasnej medicíne nepred-

M. THOM

DIAGNOSE UND THERAPIE DES SCHMERZES

Diagnóza a terapia bolesti

Vydal Medizinisch — Literarische Verlagsgesellschaft mBH Uelzen
1980. Cena DM 45,-.

V roku 1980 vydáva uelzenské vydavateľstvo Medizinisch-Literarische Verlagsgesellschaft publikáciu venovanú otázkam diagnostiky a terapie bolesti. Ide o súbor prác, ktoré odzneli v roku 1978 na 26. konferencii Spoločnosti juhonemeckých ortopédov v Baden Badene. Väčšina prác bola publikovaná v časopise „Ortopädische Praxix“ v priebehu roku 1979. Publikácia má 4 hlavné časti, z ktorých prvá sa zaoberá históriou a fyziologickými základmi bolesti, druhá venuje pozornosť interdisciplinárnej diferenciálnej diagnostike bolesti, tretia predstavuje najväčšiu časť publikácie a rozoberá otázky diferenciálnej diagnostiky bolesti z ortopedického hľadiska, a to po niekoľkých prácach o analýze bolesti, ďalšie práce sú tematicky zamerané na bolesti pri jednotlivých ochoreniach — vertebrálne bolesti, bolesti v krížoch a bedrových zhyboch, bolesti v kolenách a nohách a bolesti v oblasti ramena. Posled-

H. KRAUSS.

ATEMTHERAPIE

Dychová terapia

Vydal VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1980. Cena M 39,-

V prvom vydaní vychádza vo vydavateľstve VEB Verlag Volk und Gesundheit

stavuje nijaké závažné ochorenie. Je skôr výrazom lability krvného obehu a sprejáva dza niektoré iné ochorenia vnútorného charakteru. Rieckertova publikácia je vlastne súčasným nárazom na problematiku disregulácie krvného tlaku a možnosti terapie týchto stavov pomocou moderných skupín liečiv. Je vysoko informatívna a nájde svoj odbyt nielen v oblasti športovej medicíny, ale aj v rehabilitačnej medicíne a vo vnútornom lekárstve.

Dr. M. Palát, Bratislava

na časť knihy prináša názory na mnohodimenzionálnu terapiu bolesti počínajúc farmakoterapiou, fyzikálnou terapiou, pohybovou liečbou, bryoterapiou, akupunktúrou. Posledná práca tejto časti je venovaná otázkam posudzovania bolesti. Jednotlivé práce sú dobre dokumentované a predstavujú súčasný pohľad na čiastkové otázky tejto publikácie.

Otázky bolesti a jej terapie predstavujú v modernej medicíne problém základnej dôležitosti. Bolesť ako symptóm je diagnosticky veľmi významným kritériom najmä z hľadiska diferenciálnej diagnostiky pri najrôznejších ochoreniach. Bolesť ako súčasť klinického ochorenia je vždy terapeutickým problémom z hľadiska voľby prostriedkov, ako aj z hľadiska komplexu terapie ako celku. Treba teda uvítať každú publikáciu, ktorá venuje pozornosť otázkam bolesti, jej diagnostiky a terapie.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

v Berlíne roku 1980 monografia venovaná metodickým a teoretickým otázkam

dychovej terapie. Dychová terapia predstavuje v rámci modernej rehabilitačnej starostlivosti jednu z veľmi dôležitých metód pri najrôznejších ochoreniach. Monografia prof. Kraussa má celkom 14 kapitol, v jednotlivých kapitolách autor venuje pozornosť fyziológii a funkčnej anatómii dychových orgánov, patológii dýchania, diagnostike dýchacích funkcií, mechanizmom účinku dychovej terapie. V ďalších kapitolách rozoberá autor otázky liečebného plánu, otázky náviku dýchania, problematiku fyzioterapie pri re-flektorickom obmedzení dýchacej funkcie, starostlivosti a terapie, funkcií sliznic a dýchacích cvičení. Záverečné kapitoly prinášajú informácie o vytrvalostnom tréningu, o dychovej terapii ťažko chorých, o otázkach fyzioterapie v hrudnej chirurgii a posledná 14. kapitola sa zaoberá na príklade kazuistik použitou dy-

T. ABE, S. SHERRY

EIN NEUER WEG ZUR EINDÄMMUNG DES HERZTODES

Vydalo nakladatelství Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1979.

Publikace je rozšířený záznam symposia organizovaného v rámci VIII. Světového kardiologického kongresu v Tokiu 1978 za predsedníctví výše uvedených pořadatelů této pěkně vypravené knížky. Na 91 stranách německého textu (knížka vyšla i anglicky) byla probírána metodika a výsledky anturanové reinfarktové studie (Kane, Sherry), význam trombocitů u ICHS a u náhlé smrti (Jorgensen, Genton), farmakologická studie u zvířat o regulaci destiček (White, Harker and Ross), na konci byla otištěna krátká zpráva o anturanové studii v Itálii (autoři Polli a Cortellaro) a sdělení o působení Anturanu na myokard při infarktu se zaměřením na funkci destiček (Hirosawa a spol.). Symposium uvedl Abe (japonsko) a shrnul v závěrech Sherry (USA). Sulfipyrazon (Anturan), látka vyplavující z organismu kyselinu močovou, prodlužuje významně životnost destiček. Ve světe známa a tak kritizována „anturanová studie“ vznikla s cílem zjistit, jak se mění osud těch nemocných po infarkte my-

chovou terapiou při typických dychových poruchách.

Monografia je doplnená mnohými obrázkami, schémami, tabuľkami a grafmi a predstavuje dobrý informačný základ predovšetkým pre rehabilitačných lekárov, fyzioterapeutov, ale aj pre ostatných odborníkov, ktorí sa zaoberajú poruchami funkcie dýchania. Dychová terapia je jednou z moderných metód používaných v komplexe terapie nielen pri ochoreniach dýchacích ciest a pľúcneho parenchými, ale aj pri celom rade ďalších ochorení, kde funkcia dýchania je určitým spôsobom poškodená. Krausova monografia, ktorá vychádza z dlhoročných skúseností autora, je dobrou príručkou pre každého, kto používa dychovú terapiu ako metódu pri rehabilitácii rozličných ochorení.

Dr. M. Palát, Bratislava

okardu, kteří budou dostávat Anturan. Na studii se podílelo 26 nemocnic v USA a v Kanadě. Do konce r. 1977 bylo do ní zařazeno 1620 nemocných, ve věku mezi 45 a 70 lety, kteří dostali infarkt myokardu 25-35 dní před tím. Koordinační centrum je randomizovalo na skupinu, která dostávala placebo (814 osob) a skupinu léčenou Anturanem (806 nemocných 4x 200 mg denně).

Kontroverze při hodnocení výsledků studie po jejím otištění vyplývaly především z operačního protokolu studie. Tak např. koordinační skupina rozhodovala o každém úmrtí, zda tento nemocný má být zařazen do analýzy nebo ne (nevěděla pochopitelně, v jaké byl skupině). Základem rozhodování bylo „pravidlo sedmi dní“. Nemocný měl dostávat lék alespoň 7 dní, pokud byl lék vysazen, byla smrt nebo infarkt hodnoceny jako výsledek léčby, pokud vznikly do sedmi dní. Obojí vplynulo ze skúsenosti, kdy se dostavuje léčebný efekt a jak rychle přestává.

Dalším problémem pro statistiky bylo,

že ze studie odpadlo 210 osob, t. j. 13%, i když byli úměrně rozdělení na obě skupiny. A posléze i to, že obě skupiny nebyly porovnatelné podle výskytu poruch rytmu, kterých bylo více ve skupině s placebem (15 proti 11,3%).

Po osmi měsících bylo 68 úmrtí z kardiálních příčin. Z toho 44 ve skupině, která dostávala placebo a 24 u těch, kteří se léčili sulfinpyrazonem. U náhle smrti srdeční byl rozdíl ještě větší (29:13), po úplném ukončení studie to bylo 37:22. Nebyl významný rozdíl ve výskytu dalšího infarktu nefatálního nebo nové anginy pectoris. Výsledky ukazují na „protektivní“ vliv Anturanu v období mezi 1. 8. měsícem po začátku akutního infarktu. Je škoda, že se preparát začal podávat až po delší době akutního onemocnění, neboť na začátku je úmrtnost nejvyšší.

Práce o významu destiček při infarktu a náhle smrti se opírají především o výzkumy Jorgensenovy. Byly nalezeny shluky destiček ve věnitých tepnách po infúzi adenosindifosfátu u vepřů a také v tepnách u náhle zemřelých osob. Sulfin-

**M. MUMENTHALER
DER SCHULTER — ARM — SCHMERZ**

Bolestivé rameno

Vydal Verlag Hans Huber Bern — Stuttgart — Wien, 1980.
Cena Fr. 45,-.

ISBN 3-456-80721-3

Prof. Mumenthaler, ktorý je jedným z najznámejších neurológov nemecky hovoriacej časti Európy, vydal v spolupráci s ďalšími švajčiarskymi odborníkmi monografiu venovanú problematike bolestivého ramena. V jednotlivých kapitolách sa autori zaoberajú etiologickými formami bolestivého ramena a rozoberajú všetky možné príčiny, ktoré vedú k tak rozšírenému syndrómu, ako je bolestivé rameno. Bolestivé rameno nie je jednotnou klinickou jednotkou, nie je ani diagnózou, je symptómom, ktorý má najrôznejší etiologický pôvod.

Mumenthalerova monografia je vyslovene prakticky zameraná, dokumentovaná celým radom vlastných skúseností jednotlivých autorov a ilustrovaná krásnymi grafami, nákresemi a röntgenogramami. Je napísaná zrozumiteľným spôsobom a je dokladom veľkých skúseností jednotlivých

pyrazon predlžuje životnosť destičiek zlepšuje trombopenii, kompetitívne zabraňuje syntéze destičkového prostaglandínu. Chrání dále endotel proti poškození homocysteinem. Dipyramidol zabraňuje desaminaci adenosinu a agregaci destiček po vzestupu koncentrace CAMP v trombocytech. Aspirin zabraňuje i v malých dávkách syntéze prostaglandinů a cetylaci aktivního místa cyklooxygenázy.

Krátka zpráva o anturanové studii v Itálii naznačila, že preparát môže byť účinný i tehdy, je-li podán mezi 10. — 20. dnem po začátku infarktu. Výsledky jsou zatím předběžné.

Knižka je informatívni, věcná a podává dobrý obraz o jedné možnosti, jak snížit výskyt náhle smrti u akutního infarktu myokardu. Konečná zpráva vyšla již vloni (New Engl. J. Medicine, 302, 250-256, 1980). Výsledky se podstatně nezměnily, stoupl ovšem značně počet osob, které studii nedokončili (teměř 25%).

Z. Fejfar, Praha

autorov. Bohatý prehľad literatúry, ktorý má celkom 589 citácií, a vecný register ukončujú túto rozsahom nevelkú monografiu.

Napísanie tejto monografie si vyžiadala široká klinická prax predovšetkým z toho dôvodu, že symptóm bolestivého ramena je v klinickej a ambulantnej praxi symptómom veľmi častým, ktorý postihuje obidve pohlavia a ktorý má najrôznejšiu etiológiu ako je správne uvedené v tabuľke 1 Mumenthalerovej monografie, ktorá prináša prehľad bolestivého ramena a poukazuje predovšetkým na etiologické hľadiská.

Kniha je veľmi praktická a určená širokej praxi, kde iste nájde veľké uplatnenie predovšetkým u lekárov, ktorí sa denne stretávajú so syndrómom bolestivého ramena.

Dr. M. Palát, Bratislava

**J. ROSENTHAL
ARTERIELLE HYPERTONIE
ATHIOPATHOGENESE, DIAGNOSTIK — THERAPIE**

Arteriálna hypertónia

Etiopatogenéza, diagnostika, terapia

Vydal Springer Verlag Berlin Heidelberg New York 1980, Cena DM 89.-
ISBN 3-540-08713-3

V posledných rokoch sa do popredia záujmu klinikov dostáva problém arteriálnej hypertenzie. Celý rad publikácií, monografií a učebníc venuje pozornosť jednotlivým aspektom tohto závažného ochorenia, ktoré sa stáva epidémiou súčasnej spoločnosti. Doc. Rosenthal z centra vnútorného lekárstva a pediatrie ulmskej univerzity spolu s ďalšími 45 spoluautormi vydáva v roku 1980 v Springerovom vydavateľstve monografiu venovanú otázke hypertenzívnej choroby, predovšetkým jej etiopatogenéze — (12 kapitol.), diagnostike (7 kapitol) a terapii (4 kapitoly). Vecný register spolu s celým radom grafov, obrázkov, fotografií a tabuliek dopĺňajú text tejto monografie. Literatúra je uvedená vždy na konci každej kapitoly v jednotlivých častiach tejto publikácie.

Je známou skutočnosťou (vyjadřila to aj Svetová zdravotnícká organizácia), že hypertenzívna choroba predstavuje epi-

démiu súčasnej vysokoindustrializovanej spoločnosti. Niektoré práce hovoria o tom, že až 25% obyvateľstva je ohrozené touto chorobou. 80. roky tohto storočia budú obdobím, keď sa hypertenzívna choroba stane predmetom záujmu nielen epidemiológov, ale aj klinikov a výskumných pracovníkov. Došlo k obrovskému rozvoju špecializácie na poli hypertenzívnej choroby, početné experimentálne dôkazy udávajú nový smer výskumu hypertenzívnej choroby. Čiastkové problémy sú spracované v jednotlivých kapitolách tejto pozoruhodnej monografie, ktorá účelným spôsobom poukazuje na jednotlivé aspekty hypertenzívnej choroby z hľadiska etiopatogenézy, diagnostiky a terapie. Rosenthalova monografia o arteriálnej hypertónii je vítaná a v oblasti nemecky hovoriacej časti Európy iste nájde široké uplatnenie.

Dr. M. Palát, Bratislava

**D. STOLLE, P. NAUMANN, K. KREMER, D. A. LOOSE
ANTIBIOTICA — PROPHYLAXE IN DER TRAUMATOLOGIE**

Hefte zur Unfall — Heilkunde

Springer — Verlag Berlin, Heidelberg, New York.

V priebehu posledných tridsiatich rokov, keď boli uvedené do liečby bakteriologicky podmienených infekcií v traumatológii antibiotiká, v značnej miere s rozdielnymi protichodnými názormi sa diskutovalo o ich vhodnosti či neúčelnosti pri profylaktickom podávaní v traumatológii. Iba v ojedinelých prípadoch v zmysle preventívnej aplikácie sa zdôvodňovalo ich použitie. Autori predkladajú v knihe 20-ročné skúsenosti podložené súbornými prácami a vlastnými klinicko-kazuistickými štúdiami. Kriticky hodnotia, pričom vychádzajú zo základných štatistických podkladov. Tvrdia, že v neposlednom rade ovplyvňuje túto problematiku súčasný stav farmaceutického priemyslu.

Vo všeobecnej časti predkladajú štatistické argumenty so závermi, že niet o podstatného stanoviska k profylaktickému podávaniu antibiotík, chýba tu kontrolná skupina a uzatvárajú svoje hľadisko tým, že takýto spôsob aplikácie má iba emotívnu motiváciu. Zastávajú nekompromisné názor, že iba mikrobiologický a farmakokinetický podklad má svoj význam a oprávnenie pre použitie. Krátko, ale o to výstižnejšie predkladajú vedecké hľadisko ku charakterizovaniu bakteriálnej invázie a prejavov infekcie. Tento inkubačný čas pri mechanických poraneniach predstavuje 6 až 8 hodín. Nedá sa nikdy exaktno určiť vopred, či organizmus po správnom chirurgickom ošetrení kontamináciu infektom zlikviduje, alebo

či dôjde k prejavu infekcie v klinickom odraze. U poranení, kde antibiotiká hrajú v liečbe dôležitú úlohu, sa možno vyjadriť o prelínaní antibiotickej profylaxie s antibiotickou liečbou.

Autori 'potom predkladajú od ľahších, povrchovejších mechanických poškodení celú paletu vážnejších poranení končatín, špeciálne ruky, brušných poranení, úrazov hrudníka, kranio cerebrálnych a orofaciálnych poškodení v rôznej kombinácii, zmieňujú sa o cielej profylaxii a liečbe enaeróbnej infekcie.

Pri sledovaní použitia antibiotík v profylaxii a liečbe od r. 1960 uvádzajú skúsenosti s predchádzajúcimi postupmi pri lokálnej liečbe rán pomocou tetracyklínových a penicilínových preparátov. Poukazujú najmä na ich nevhodnosť pri aplikácii v práškovej forme a na niektoré sprievodné i závažné symptómy, z ktorých najviac podčiarkuje alergické príhody. O poranení ruky tvrdia autori, že pôvodná koncepcia Izelínova nemá zásadnú platnosť v zmysle aplikácie antibiotík antiseptického roztoku s odložením rekonštrukčného zákroku pri devastačných poraneniach. Sú toho názoru, že profylakticky podané ATB nemajú podstatnejší vplyv na rozvoj infekcie. Pri vážnejších poraneniach končatín pri náslepe podanej antibiotickej profylaxii niektoré z nich vyvolávajú okrem alergie i tromboflebitídy a tvorí sa selekcia mikrobiálnych kmeňov. I keď nemožno poprieť závažnosť liečebnej palety v antibiotickej liečbe, podávanej kvôli zníženiu úmrtnosti i chorobnosti v úrazovej chirurgii, predsa najväčší podiel na úspechoch pris-

lúcha zlepšenej chirurgickej technike, anestézií a intenzívnej liečbe vôbec.

V ďalších kapitolách o úrazoch dutiny brušnej a hrudnej autori podrobne rozoberajú nevýhody náslepe podanej antibiotickej liečby a tvrdia, že i pri otvorených poraneniach týchto systémov sa majú antibiotiká podávať iba terapeuticky pri rozvíjajúcej sa infekcii, a to cielej. Pri kranio cerebrálnych a orofaciálnych úrazoch zásadne odmietajú tzv. profylaktické dávky chloramfenikolu a penicilínu. Pri likvorových fistulách, ktoré sa neuzatvoria v priebehu 3-5 dní, považujú zvlášť u nazálnej likvoroe neurochirurgickú intervenciu za zásadne najlepšie prostriedok pre vylúčenie následných intrakraniálnych komplikácií hnisavého rázu. Okrem spomínaných nevýhod pri profylaktickým podávaní antibiotík poukazujú na nevýhody niektorých kombinácií antibiotík v smere rezistentných kmeňov a toxicity. Nie celkom zanedbateľnú stránku farmakokinetického pôsobenia predstavuje šok so zmenou hemodynamikou. Pretože tu dochádza pri centralizovanom obehu k zredukovanej cirkulácii, antibakteriálny efekt sa dosahuje s vysokými a intravenózne podávanými dávkami antibiotík. To vedie mnohokrát k nežiadúcim patofyziologickým dôsledkom. Autori prakticky v celom kaleidoskope vlastných skúseností i v serióznom prehľade odbornej literatúry zastávajú nekompromisné stanovisko, že antibiotická profylaxia nemá vážne medicínske opodstatnenie v indikačných kritériách u traumatizovania pacientov.

Dr. I. Kamenický, Bratislava

A. TITZE

14. TAGUNG DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR UNFALLCHIRURGIE 6. BIS 7. OKTOBER 1978, SALZBURK

14. zasadanie Rakúskej spoločnosti pre úrazovú chirurgiu od 6. do 7. októbra 1978 v Salzburgu

Springer Verlag, Berlin — Heidelberg — New York, 1980

Publikácia obsahuje rozsiahly referátový materiál zo zasadania Rakúskej spoločnosti pre úrazovú chirurgiu z októbra r. 1978. Za predsedníctva významných pracovníkov v traumatológii v Rakúsku ako prof. Trojan, Böhrer, Ender a ostat-

ných popredných odborníkov zo zahraničia prebiehal zjazd s tematikou úrazov ruky. Odborná problematika bola zakotvená v troch častiach:

V úvode sa rozoberala biomechanika a funkčná anatómia ruky, a to z kom-

plexného pohľadu jej tvrdých i mäkkých štruktúr. Ťažiskom rokovania boli akútne poranenia ruky, a jej jednotlivých častí rozdelené na referáty týkajúce sa diafyzálnych extraartikulárnych úrazov skeletu. Ďalej sa hovorilo o otázkach intraartikulárnych a luxačných zlomenín a o poraneniach najperiférnejšej oblasti. Ďalšie prednášky sa týkali bezprostredných následných patolog. stavov a vyčerpávajúcim spôsobom predkladali chirurg. taktiku pre ich riešenia. Výstižne a dôkladne sa prebrali aj komplikácie, najmä hnisavé a neskoré rekonštrukčné postupy poúrazových deformít. Posledné referáty sa zaoberali možnosťou komplexnej rehabilitácie i inými novšími metódami na vyhodnotenie anatomickeho a funkčného liečebného výsledku.

V referátoch o rekonštrukčných 'výkonných sa zásadná taktika zo stanoviska indikačných kritérií u jednotlivých autorov v rôznych etážach topografie ruky nelíšila. Napriek tomu, že AO spoločnosť vytvorila možnosti používať pri určitých druhoch poranenia ruky špeciálne implatáty (skrutky, dlahy), väčšina autorov sa stále pridrža starších metód pre osteosyntézy adaptatívneho rázu pomocou Kirschnerových drôtov v rôznych modifiká-

ciach. Tahová cerclage nachádza tiež pri určitých formách úrazov svoje uplatnenie. Všetci autori zdôrazňovali korektný fyziologický spôsob 'preparácie mäkkých štruktúr ruky vo všetkých jej etážach. Zdôraznilo sa, že patologické postavenie prstov i menších subluxácií s léziou kolaterálnych väzov je treba chirurgickou intervenciou čo najskôr 'upraviť. Za primárne sa považuje čo najrýchlejšie ošetrenie pri akútnom traumatizme. Korekčné výkony pri zle zahojených osteoartikulárnych štruktúrach patria do kompetencie dobre erudovaného ortopéda, konkomitujúce poranenia šliach plastickému chirurgovi a stavy po léziách periférnych nervov má doriešiť neurochirurg. Trieštivé zlomeniny ostávajú doménu konzervatívneho 'postupu, pseudoartrózy možno úspešne riešiť aplikáciou vhodného vonkajšieho fixátora. V rámci rehabilitácie je nutné rešpektovať nielen funkčný anatomický výsledok ako taký, ale aj perspektívnu 'sociálnu reprofilizáciu poraneného. Na názorných obrázkoch sa uvádza repertoár liečebných pomôcok, ktoré inštruktívnym spôsobom dopĺňajú kapitolu referátov o cieľovej rehabilitačnej taktike doliečovania.

Dr. I. Kamenický, Bratislava

PRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ

V. CELOŠTÁTNY ZJAZD ČESKOSLOVENSKEJ REHABILITAČNEJ SPOLOČNOSTI

V. celoštátny zjazd Čsl. rehabilitačnej spoločnosti sa konal v Gottwaldove v dňoch 22. až 24. októbra 1980. Takmer 400 účastníkov tohto bilancujúceho podujatia sa zúčastnilo na jednotlivých prednáškach a panelových diskusiách. Zjazd bol zahájený v stredu 22. októbra 1980 a po pozdrave čestných hostí a vyznamenaní zaslúžilých členov Čsl. rehabilitačnej spoločnosti odznel hlavný referát súdruhov s. Kríža a Lánika, v ktorom venovali pozornosť súčasnej problematike liečebnej rehabilitácie.

Po tomto slávnostnom zahájení odznel súbor prednášok z pracoviska prof. Máčka z Prahy o reakcii a adaptácii organizmu na telesné zafaženie. Išlo o fyziologické pohľady a súčasné názory na adaptáciu organizmu na telesné zafaženie ako prototyp pohybovej liečby modernej rehabilitácie.

Poobede boli na programe 3 panelové diskusie — O reakcii a adaptácii organizmu na telesné zafaženie za rôznych patologických stavov (moderovať Palát), O úlohách primeranej telesnej zdatnosti

a výkonnosti v léčebno-rehabilitačním pláne (moderovat Janda) a O zdravotnických aspektech pohybové aktivity u různých populačních skupin (moderovat Máček).

Druhý den rokovaní V. celoštátního zjazdu Čsl. rehabilitační společnosti byl programově rozdělen mezi jednotlivé komise této společnosti. Svojí program přednesla Komise pro využití jogy v rehabilitaci, Sekce detské mozgové obrny, Sekce manipulační a reflexní terapie, Komise ergoterapie a Komise metodická. Poslední den zjazdu přinesl volně té-

my, kde jednotliví pracovníci z rehabilitačních oddělení přednesli celý rad zajímavých příspěvků v oblasti rehabilitační medicíny.

V. celoštátní zjazd bol tematicky dobre pripravený, organizačne dobre zabezpečený a priniesol niektoré aspekty, ktoré hrajú veľkú úlohu v súčasnej rehabilitácii. Treba poznamenať, že v rámci tohto zjazdu sa hovorilo aj o Medzinárodnom roku invalidov Spojených národov, ktorý je vyhlásený pre rok 1981.

Dr. M. Palát, Bratislava

RESOLUCE V. CELOŠTÁTNÍHO SJEZDU ČESKOSLOVENSKÉ REHABILITAČNÍ SPOLEČNOSTI

V. sjezd Čs. rehabilitační společnosti se konal ve dnech 22. — 24. 10. 1980 v Gottwaldově za účasti 350 účastníků.

Sjezd byl připravován a celý veden v duchu závěrů XV. sjezdu KSČ a XVI. pléna ÚV KSČ. Za hlavní téma byla zvolena otázka tělesné výkonnosti se zřetelem k zaměstnání, pracovní schopnosti a prevenci invalidity. Svým jednáním chtěl sjezd přispět především k racionalisaci v našem hospodářství a aktivaci pracovních rezerv, které jsou skryty často v nadbytečně dlouhé pracovní neschopnosti nebo i v invaliditě. Sjezd se zabýval i otázkami Mezinárodního roku invalidů, který bude v roce 1981.

Z celé řady jednání vyplynulo, že léčebný přístup vede u velké většiny nemocných ke zbytečnému snižování tělesné výkonnosti, což má za následek prodloužení pracovní neschopnosti, a tím i prakticky nevypočitatelné ekonomické ztráty.

Jednání přesvědčivě ukázalo, že dosavadní systém režimu hospitalisovaných nemocných prohlubuje snížení tělesné zdatnosti. I zákonodárství, které má pomoci při kontrole práce neschopných v domácím ošetřování, je neprogresivní a rovněž nepříznivě ovlivňuje tělesnou zdatnost.

Zpomalení poklesu tělesné zdatnosti v období nemoci a co nejrychlejší dosažení původní tělesné zdatnosti v období rekonvalescence by přispělo k podstatnému zkrácení pracovní neschopnosti, ovlivnilo by pravděpodobně počet priznaných částečných invalidních důchodů a pravděpodobně i priznání plných invalidních důchodů. Co je důležité, ovlivnilo by pracovní schopnost právě těch skupin obyvatelstva, které jsou v produktivním věku.

Poznatky rehabilitace a léčebné rehabilitace zvláště jsou nyní již na tak vysoké úrovni, že teoreticky by bylo možné celý problém poklesu tělesné zdatnosti během nemoci zvládnout.

Praktická realizace však zatím není možná pro výše uvedený zastaralý systém nemocničního režimu a neprogresivní zákonodárství a pro neznalost a nepochopení laické, často však i zdravotnické veřejnosti. Z dalších objektivních příčin je to v prvé řadě těžký nedostatek kádrového zajištění, který se týká nejen počtu pracovníků, ale i jejich potřebné profilisace.

Zásadní zvýšení počtu pracovníků angažovaných v rehabilitačním procesu, by bylo mnohonásobně nahrazeno rychlejším znovuzapojením nemocných do práce. Paradoxně k této situaci dochází naopak k poklesu počtu pracovníků, což je následkem nejen úniku do jiných profesí, ale také generačním problémem.

Jednotlivé odborné sekce a komise Čs. rehabilitační společnosti v panelových diskusích detailně seznámily všechny členy se základní problematikou svých oborů.

Bylo zdůrazněno, že ve snaze o celkovou aktivaci organismu a zvýšení zdatnosti se často opomíjí funkce hybného systému, ačkoliv jeho dobrá funkce je základním předpokladem dokonalé aktivity ostatních systémů. Toto platí především pro rozvoj

mladé generace a její pohybovou výchovu, pro sportovní výchovu, ale také např. pro rehabilitaci kardiaků.

Čs. rehabilitační společnost považuje proto za nutnou zásadní revizi osnov normální a zvláštní tělesné výchovy na školách všech stupňů a je přesvědčena, že jejich modernisace by přispěla zásadně ke snižování frekvence algických porůch kloubně svalových, jež v současné době představují druhou nejčastější příčinu pracovní neschopnosti v ČSSR.

Postupně se nalézají jednotlivé jmenovatele příčin vzniku algických syndromů, což usnadní nejen diagnostiku, ale zlepší hlavně terapii a staví ji na racionálnější bási.

V komplexu celého rehabilitačního procesu sa ukazuje, že ergoterapie je stále zanedbávaná, přesto, že práce, a to i léčebná je základní potřebou člověka.

Zlepšení organizace, péče o děti rizikové nebo motoricky postižené přinese neobyčejně kladné výsledky nejen okamžitě, ale z hlediska ekonomického v dlouhodobé perspektivě.

V panelové diskusi se jednalo i o problematice odborné přípravy pracovníků v oboru. Realizace zákonem schváleného vysokoškolského studia rehabilitačních pracovníků je naléhavá a souvisí s ní i nutnost koncepce vzdělávání pracovníků všech stupňů.

Čs. rehabilitační společnost si je vědoma toho, že její požadavky jsou vysoké a náročné. Na druhé straně však se každá investice do rehabilitace vrací mnohonásobně zpět.

Sjezd uzavírá resoluci slovy ministra zdravotnictví SSSR, akademika Petrovského, který 3. 10. 1980 v Praze prohlásil, že: „Rehabilitace je základní doktrínou moderní medicíny“

MEZINÁRODNÍ ASOCIACE REHABILITAČNÍ MEDICÍNY

(IRMA = International Rehabilitation Medicine Association)

Je jednou ze tří významných mezinárodních organizací s rehabilitačním zaměřením. Má individuální členství, jejími členy jsou jednotliví lékaři s různou specializací, kteří mají hlubší zájem o léčebnou rehabilitaci. Jedním z těch, kteří se významně podíleli na založení IRMY v r. 1969, byl známý rehabilitační odborník Sidney Licht (zemřel 1979).

IRMA dosud uspořádala tři mezinárodní kongresy. Poslední, který se konal v r. 1978 ve Švýcarsku v Basileji, byl opravdu mimořádnou přehlídkou nových metod a trendů v rehabilitaci. Současně probíhala rozsáhlá výstava pomůcek, přístrojů a literatury. Další kongres se bude konat v dubnu 1982 v Saj Juan na Portoriku. Monotematické konferencie proběhnou v příštích letech i v Evropě.

Předsedou výkonného výboru IRMY je dr. Zinn ze Švýcarska, který předsedal i poslednímu kongresu. Od kongresu v Basileji začal vycházet čtyřikrát ročně nový časopis International Rehabilitation Medicine, který je oficiálním orgánem IRMY. Je vydáván nakladatelstvím Eular.

Během Kongresu Mezinárodní federace fysikální medicíny a rehabilitace, který se konal v srpnu 1980 ve Stockholmu, sešel se také výkonný výbor IRMY se zástupci jednotlivých států. Na této schůzce byly projednány a schváleny doplňky ke stanovám IRMY. Pro československé rehabilitační odborníky, případně zájemce o členství v této organizaci, je nejdůležitější dodatek o členských poplatcích. Napříště bude členský poplatek spojen s předplatným časopisu International Rehabilitation Medicine, čili každý člen IRMY bude současně odebírat tento časopis velmi dobré odborné úrovni. Roční členský příspěvek včetně předplatného je 56 švýcarských franků, které budou dle ujištění členů vybírány v příslušné měně každého účastníka. Domnívam se, že členství jednotlivých československých lékařů v organizaci IRMA je cestou, jak získat čerstvé odborné informace, případně možnosti publikace i další mezinárodní spolupráce.

Dr. J. Votava

Slovenská rehabilitačná spoločnosť a Slovenská kardiologická spoločnosť z poverenia Československej rehabilitačnej a Československej kardiologickej spoločnosti usporiadajú v Bratislave v dňoch 28. až 30. októbra 1981 sympóziu s medzinárodnou účasťou „Telesné cvičenia a kardiovaskulárna funkcia II.“

Hlavné témy sympózia sú:

1. Diagnostika porušenej funkcie srdca inými metódami ako námahové testy.
2. Fyzická aktivita a dlhodobá prognóza u pacientov s koronárnou chorobou srdca.
3. Fyzická aktivita v liečbe a rehabilitácii hypertonikov.
4. Váriá.

Podrobnejšie informácie podá MUDr. Miroslav Palát, Fyziatrisko-rehabilitačné oddelenie, NsP ak. L. Déreza, Limbova ul. č. 5, 809-46 Bratislava.

Vedecká rada v rehabilitácii kardiakov Medzinárodnej kardiologickej spoločnosti a federácie usporiada v dňoch 30. novembra — 3. decembra 1981 v Jeruzaleme II. svetový kongres rehabilitácie kardiakov.

Informácie podáva The Secretariat II. World Congress on Cardiac Rehabilitation P. O. B. 16271 Tel Aviv, Israel.

Rehabilitation International spolu s panským organizačným výborom International Skill Contest for the Disabled usporiada v dňoch 21. — 23. októbra Medzinárodnú abilympiádu telesne postihnutých v Tokiu v Japonsku. Podrobnejšie informácie podá The Japan Organizing Committee of the International Skill Contest for the Disabled c/o The National Association for Employment of the Handicapped 9-2, Toranomon 1-chome, Minato-ku Tokyo 105.

The International Rehabilitation Medicine Association (IRMA) usporiada v dňoch 18. — 24. apríla 1982 v San Juanu, Puerto Rico 4. svetový kongres medzinárodnej asociácie rehabilitačnej medicíny.

Podrobné informácie podá Herman J. M. D., Chairman IRMA IV P. O. Box 110 Caparra Heights, Sta. Puerto Rico 00981 USA.

SPRAVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

V dňoch 8. — 9. a 11. — 12. decembra 1980 konali sa záverečné skúšky pomaturitného špecializačného štúdia z úseku práce liečebná telesná výchova. Skúšky prebiehali na školiacej báze katedry rehabilitačných pracovníkov Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP v Bratislave.

Z počtu 23 prihlásených poslucháčok druhého ročníka PŠŠ sa záverečnej skúšky zúčastnilo 13 rehabilitačných pracovníčok. Záverečnú skúšku úspešne absolvovala 7 poslucháčok:

Jarmila Arpášová
Viera Dudová
Emília Holá
Jana Kalinová
Mária Kubalová
Mária Raková
Marta Tavelová

OLÚ Tatranská Kotlina
NsP Galanta
NsP Zlaté Moravce
KÚNZ Banská Bystrica
ÚP Šmidkeho, Bratislava
SZŠ Levoča
FN Martin