

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

2

OB SA H

EDITORIAL

M. Palát: Je rehabilitácia diagnostickým odborom? 65

PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

R. Štukovský, M. Palát, A. Sedláková: Odpoveďový štýl starších pacientov 67

J. Branda: K léčbě herpes zoster desoxycholovou kyselinou a rehabilitací 77

METODICKÉ PRÍSPEVKY

O. Grunner: Cerebrální aplikace stálého stejnosměrného homogenního magnetického pole u cefaleí 87

SÚBORNÝ REFERÁT

J. Navrátil: Rexlefní algodystrofický syndrom II. 99

RECENZIE KNÍH 119

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP 126

Táto publikácia sa vedie v prírastku dokumentácie BioSciences Information Service of Biological Abstracts a v dokumentácii Excerpta Medica.

This publication is included in the abstracting and indexing coverage of the BioSciences Information Service of Biological Abstracts and is indexed and abstracted by Excerpta Medica.



habilitácia

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

VYDÁVA: Vydavateľstvo OBZOR, n. p., ul. Československej armády 35, 815 85 Bratislava

VEDÚCI REDAKTOR: MUDr. RNDr. Miroslav Palát, CSc.

TAJOMNÍČKA REDAKCIE: Viera Reptová

REDAKČNÝ KRUH: PhDr. Marta Bartovicová, MUDr. Mariana Bendíková, Vlasta Bortlíková, Prof. MUDr. Zdeněk Fejfar, DrSc., Božena Chlubnová, MUDr. Tomáš Kaiser, Prof. MUDr. Juraj Kolesár, DrSc., MUDr. Vladimír Kříž, MUDr. Vladimír Lánik, Doc. MUDr. Štefan Litomerický, CSc., MUDr. Zbyněk Novotný, MUDr. RNDr. Miroslav Palát, CSc. (predseda redakčného kruhu), Doc. MUDr. Ján Pfeiffer, CSc., Jana Raupachová, MUDr. Vladimír Raušer, CSc., MUDr. Marie Večeřová.

GRAFICKÁ ÚPRAVA: Helena Matejovová

ADRESA REDAKCIE: Kramáre, Limbova ul. 5, 833 05 Bratislava

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

Vychádza štvrtročne, cena jedného čísla Kčs 6,-

Rozširuje, objednávky a predplatné prijíma PNS-ÚED, Bratislava, každá pošta a doručovateľ. Objednávky zo zahraničia vybavuje PNS — Ústredná expedícia a dovoz tlače, Gottwaldovo nám. 6, 813 81 Bratislava.

Podnikové inzeráty: Vydavateľstvo OBZOR, n. p., inzertné oddelenie, Gorkého 13, VI. poschodie, tel. 522-72, 815 85 Bratislava.

Indexné číslo: 46 190

Registračné číslo: SUTI 10/9

Rehabilitácia

CASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK XVI/1983

ČÍSLO 2

EDITORIAL

JE REHABILITÁCIA DIAGNOSTICKÝM ODBOROM?

Citát:

Prostriedky a metódy odboru FBLR sa teda plne využívajú v prevencii, diagnostike, liečbe a v rehabilitácii, pričom primeraná pozornosť sa venuje vyšším vekovým skupinám pacientov.

Koncepcia odboru Fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, Vestník MZ SSR 1973 čiastka 14—15, s. 160—164.

Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia je medicínskym odborom, ktorý sa začlenil do systému ostatných medicínskych odborov a predstavuje v súčasnosti jednu z dôležitých zložiek komplementov ústavov národného zdravia. Často diskutovanou otázkou je, či fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia je aj diagnostickým odborom, tak ako je tomu u niektorých klasických odborov súčasnej medicíny. Existujú predstavy, že tento odbor je vlastne odborom terapeutickým, s osobitnými terapeuticko-rehabilitačnými prostriedkami. Pravda je opakom. Odbor fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, ako to vyplýva z koncepcií MZ ČSR a SSR, je zameraný tak na prevenciu a diagnostiku, ako aj na liečbu a rehabilitáciu indikovaných chorôb. Diagnostická časť teda predstavuje jednu zo základných úloh tohto odboru. Je pravda, že pacienti, u ktorých je indikovaný rehabilitačný program a ktorí potrebujú rehabilitačné prostriedky na úpravu svojho zdravotného stavu, prichádzajú, resp. majú prístup na fyziatricko-rehabilitačné oddelenia s ukončeným diagnostickým vzorcom. Avšak mnohí pacienti, ktorí sú odosielaní na tieto fyziatricko-rehabilitačné oddelenia, tento diagnostický vzorec nemajú, alebo len čiastočne spracovaný a diagnóza je neúplná. Základnou povinnosťou každého lekára fyziatricko-rehabilitačného oddelenia je, aby doplnil, event. overil takýto diagnostický vzorec pri plnej dôvere k vysielajúcemu lekárovi alebo zariadeniu. Aj keď v oblasti základných diagnóz nie je problematika taká vyhrotená, v oblasti funkčnej diagnostiky ide vcelku o veľký problém. Funkčná diagnostika predstavuje ďalší kvalitatívny stupeň vývoja diagnostiky vôbec. V tejto súvislosti nejde o stanovenie základnej diagnózy, ale skôr o diagnostiku rozsahu poškodennej funkcie, pretože tento rozsah poškodenia značným spôsobom môže ovplyvniť rehabilitačné výsledky a pochopiteľne aj stavbu príslušných rehabi-

litačných programov. V rámci štruktúry ústavov národného zdravia existujú oddelenia funkčnej diagnostiky, tieto sú však prevažne zamerané na funkčnú diagnostiku v oblasti kardiovaskulárnej a respiračnej patológie. V rámci jednotlivých medicínskych odborov iste existujú snahy, ale aj realita funkčnej diagnostiky patologických stavov v danom odbore, napriek tomu komplexne celú problematiku funkčnej diagnostiky nikto nerieši.

Koncepcia fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie hovorí vo svojej 2. kapitole o tom, že v rámci fyziatricko-rehabilitačných oddelení ako súčasť spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek nemocníc s poliklinikou existujú v ambulantnej časti tzv. diagnosticko-evaluačné zložky. Náplňou týchto diagnosticko-evaluačných zložiek by mala byť teda diagnostika so zameraním na funkčnú diagnostiku a ďalej evaluácia, t. j. vyhodnotenie funkčného stavu pacienta pred alebo po absolvovaní rehabilitačného programu. Aj evaluácia vychádza zo zásad funkčnej diagnostiky.

Diagnostický proces všeobecne a funkčná diagnostika špeciálne stávajú sa teda nedeliteľnou súčasťou komplexného rehabilitačného myslenia. V súlade s koncepciou fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie sa tieto úseky podieľajú na práci fyziatricko-rehabilitačných oddelení. Túto skutočnosť je potrebné uviesť ešte do širokej praxe. Väčšina fyziatricko-rehabilitačných oddelení, ide predovšetkým o oddelenia menšie, nemá dostatočne alebo vôbec vybudovaný diagnosticko-evaluačný úsek a ich vlastná diagnostická činnosť sa opiera o diagnózy, často neúplné, ktoré toto oddelenie dostáva od vysielajúceho lekára, event. oddelenia.

Ak chceme zlepšiť komplexný rehabilitačný proces, ktorý má nielen terapeuticko-rehabilitačnú, ale aj diagnosticko-evaluačnú zložku, a ak chceme náš odbor zaradiť medzi určujúce odbory v rámci nášho zdravotníctva, potom bude potrebné zamerať sa aj na riešenie týchto problémov.

Dr. M. Palát, Bratislava

**PŮVODNÉ VEDECKÉ
A ODBORNÉ PRÁCE****ODPOVEĎOVÝ ŠTÝL STARŠÍCH PACIENTOV**

R. ŠTUKOVSKÝ, M. PALÁT, A. SEDLÁKOVÁ

*Katedra psychologických vied FF UK, Bratislava**vedúci: doc. PhDr. O. Kondáš, DrSc.**Katedra rehab. prac. Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP, Bratislava**vedúci: MUDr. RNDr. M. Palát, CSc.*

Súhrn: Práca predkladá rozbor 1100 odpovedových skóre, ktoré poskytol 50 pacientov s prekonaným infarktom myokardu pri posudzovaní emotívne neutrálneho pojmu „Profisklerotická diéta“. Bol použitý sémantický diferenciál so sedemstupňovými škálami, kde respondenti museli iba graficky vyznačiť políčko zodpovedajúce svojmu názoru či postoj. Bola zistená existencia dvoch odpovedových typov pacientov: početnejší, ktorý nadmerne preferuje extrémne odpovede, a menej početný, ktorý preferuje odpovede gradačné. Podľa veku boli vytvorené dve skupiny pacientov. Skupina starších mala priemerný vek 62 rokov (od 56 do 70), skupina mladších 48 rokov (33 až 55). Ich odpovedový štýl sa vysokosignifikantne líšil. U starších respondentov sa podiel polarizovaných extrémnych odpovedí zvýšil o viac než o tretinu, z 33,8 % na 48,2 %, kým podiel neutrálnych nerozhodných odpovedí sa znížil o polovicu z 21,8 % na 10,4 %. Aj podiel intermediárnych gradačných odpovedí sa znížil, ale iba nepatrne zo 44,4 % na 41,4 %. Zistené vekové rozdiely sa interpretujú ako dôsledok vyššej emocionality starších ľudí a najmä ako vekové špecifická zvýšená potreba vyhýbať sa neistote a preferovať jednoznačnosť aj prostredníctvom apodiktických polarizovaných úsudkov.

Úvod

Rok 1982 zamerával pozornosť nielen klinických pracovníkov, ale aj širšej verejnosti na problematiku starších občanov, a teda pochopiteľne aj starších pacientov. Preto v rámci tohto príspevku sa zaoberáme otázkou zvláštností tzv. „odpovedového štýlu“ tejto vekovej skupiny. Čo je „odpovedový štýl“? Je to určitá, viac-menej trvalá tendencia vyjadrovať svoje názory, postoje a mienky istým, pre danú osobu, vekovú skupinu, profesiu atď., špecifickým spôsobom tak, že prevažujú odpovede buď viac vyhrotené, extrémne, alebo opačne, nerozhodné (neutrálne), alebo odstupňujúce intenzitu na jemnejšej gradácii. To konkrétne znamená, že pri tejto problematike klinického pracovníka či bádateľa nezaujímajú v prvom rade to, čo dotazovaný občan („respondent“) o svojich názoroch hovorí (teda obsahová stránka každého dotazníka, interview

a pod.), ale to, ako, akým štýlom, akým stupňom presvedčenia, akou intenzitou postojov tieto názory sú vyjadrené.

Pretože vyššie vekové skupiny tvoria značnú časť pacientov, s ktorými sa stretávame tak v nemocnici všeobecne, ako aj na rehabilitačných oddeleniach konkrétne, zdalo sa účelné preskúmať, či a v akom zmysle vek pacientov ovplyvňuje ich odpoveďový štýl. Majú starší pacienti tendenciu vyjadrovať postoje a názory extrémne či menej extrémne, jednoznačne či menej jednoznačne? To je okolnosť, na ktorú pri každom vyhodnocovaní patientskych výrokov, údajov, odpovedí atď. musíme brať zreteľ. Práve pri intenzívnejšom a hlbšom styku s pacientom sa zväčšuje aj úloha komunikácie smerom od pacienta k zdravotníkovi, či už ide o krátku správu, o vyplnenie dotazníka, o riadený rozhovor, anketu alebo niečo iného.

Výraz „odpoveďový štýl“ pre tento jav nie je jediný. Niekedy sa stretáme aj s názvami „skórovací štýl“, „skórovací návyk“, „preferovanie pozícií“, „odpoveďový set či ustanovka“, alebo „typika odpovedí“, no zdá sa, že v slovenčine výraz „odpoveďový štýl“ je najviac rozšírený a taktiež najpriliehavejší. Preto ho ďalej budeme používať bez úvodzoviek ako terminus technicus.

O odpoveďovom štýle je známe, že podlieha vplyvom rôznych činiteľov, ako je napr. spolupráca respondentov, ich vzdelanie alebo oboznámenosť so skúmanou tematikou, ich inteligencia alebo ich emotívny vzťah k podnetu, ale aj ich zdravotný stav (napr. psychiatrické diagnózy), profesia, a pochopiteľne aj samotný predmet, o ktorom sa vyjadrujú. Je jasné, že pri posudzovaní povedzme pojmu „rakovina“ alebo „infarkt myokardu“ dostaneme oveľa extrémnejšie odpovede než napr. pri posudzovaní podnetov „nádcha“ alebo „EKG“. Vek ako vekové rozdiely v rámci dospeljej populácie je pomerne málo preskúmaný (Das a Dutta 1969, Soueif 1965). Súbornejší a štatisticky náročnejší pohľad na špecificitu odpoveďového štýlu starších je prezentovaný inde (Štukovský et al., 1962). Na stránkach tohto časopisu bola problematika odpoveďového štýlu mladých, zdravých žien ako metodologický aspekt merania postojov analyzovaná v práci Štukovský et al. 1980 b.

Materiál a metódy

V rámci širšie koncipovaného výskumného projektu CARDITUDO (= Cardiac Attitude) bol vypracovaný špeciálny inštrument na meranie postojov k rôznym pojmom kardiopatologickej tematickej oblasti. V podstate ide o tzv. sémantický diferenciál (Osgood et al., 1957), t. j. o posudzovanie týchto pojmov na 22 sedemstupňových škálach, špeciálne vybraných pre ich vhodnosť na kvantifikovanie názorov, ako napr. bezrizikové-nebezpečné, prechodné-trvalé, ľahostajné-znepokojujúce a pod. Respondent vyznačí krížikom smer a stupeň svojho názoru či postoja na každej škále, ktorá sa potom (dodatočne) aj číselne okóduje. Podrobný popis metodiky s konkrétnymi ukázkami nájde čitateľ v práci Štukovský et al. 1980 a.

Ako respondenti nám slúžili 25 pacienti s prekonaným infarktym myokardu. zúčastňujúci sa na dlhodobom rehabilitačnom programe v rámci Dérerovej nemocnice v Bratislave. Ich vek sa pohyboval medzi 56 a 70 rokmi (priemer $61,8 \pm 4,3$ rokov). Tu analyzujeme ich odpovede a porovnáваме s analogickými odpoveďami skupiny pacientov mladších (33 až 55 rokov, priemer $47,9 \pm 6,2$

rokov). Diagnóza, zdravotný stav a rehabilitačný proces oboch skupín boli rovnaké. Overili sme si aj informovanosť pacientov v kardiovaskulárnej, resp. kardiopatologickej terminológii, a to písomným vedomostným testom. Informovanosť bola prakticky presne rovnaká: priemerné skóre mladších bolo 67,6 % a starších 66,9 % z maximálneho možného počtu bodov.

Ako podnet sme si na preskúmanie vekového efektu vybrali pojem „Antisklerotická diéta“, ktorý respondenti posudzovali na škálach sémantického diferenciálu. Išlo nám o to, aby to bol pojem, ktorý nevzbudzuje hlbšie emócie, a ktorý je pritom každému v podstate známy a zrozumiteľný.

Odpovede sme roztriedili do troch klasických typov, a to extrémnych, neutrálnych a gradačných, podľa schémy:

Pozícia odpovede

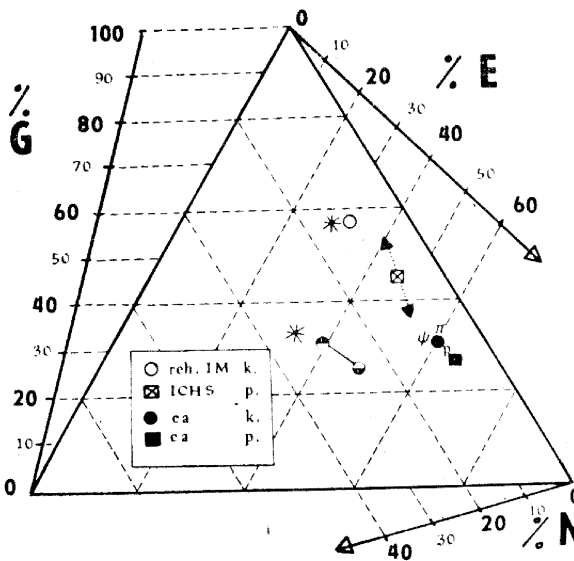
(či kódované skóre):	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
odpovede EXTRÉMNE:	E	—	—	—	—	—	E
odpovede NEUTRÁLNE:	—	—	—	N	—	—	—
odpovede GRADAČNÉ:	—	G	G	—	G	G	—

Kategorizácia sa teda robila bez ohľadu na smer odpovede, iba s prihliadnutím na polohu príslušného políčka. Obidve okrajové odpovede sú jasne extrémne („E“), t. j. najviac polarizované či „striktne“ výroky. Prostredná štvorka ako neutrálna odpoveď („N“) je zrejme. Ostatné štyri pozície, teda 2, 3, 5 a 6 predstavujú jemnejšie odstupňovanie, čiže gradácie („G“). Takáto kategorizácia odpovedí sa uskutočnila jednak pre každú osobu osve, jednak pre každú škálu, a výsledok sa vyjadril v percentách. Štatistický test rozdielu medzi skupinami si vyžiadal aplikáciu neparametrického prístupu, a to párovaneho znamienkového testu na základe binomickej distribúcie (Lienert 1973), pričom párovacím prvkom boli jednotlivé škály.

Výsledky a diskusia

Pred prezentovaním vlastných výsledkov považujeme za účelné demonštrovať niektoré obecné poznatky o odpoveďovom štýle a jeho ovplyvnenosti rôznymi efektmi. Na grafe 1 sú znázornené rôzne sady dát, a to v trojuholníkovej sieti. Jej tri súradnice zodpovedajú trom typom odpovedí, E, N a G a súčet vzdialeností od troch hrán trojuholníka je pre každý bod vždy konštanta, čiže 100 %. Hviezdičky označujú teoretické situácie: horná hviezda predstavuje proporcie „anapartes“ podľa počtu políčok sedemstupňovej škály, teda pomer 2E : 1N : 4G; dolná hviezda v centre trojuholníka zodpovedá rovnakému použitiu týchto troch kategórií odpovedí, teda výskyt typov v pomere 1 : 1 : 1, vždy po jednej tretine. To sú, pravda, teoretické proporcie. Ostatné body zodpovedajú empirickým dátam.

Kruhmi blízky centru trojuholníka sú údaje J. S. Kerrickovej, ktorá pred 3 desaťročiami v nepublikovanej dizertačke zrejme ako prvá skúmala odpoveďový štýl a efekt inteligencie (Osgood et al., 1957). Rozdelila odpovede žiakov amerických „high school“ podľa IQ žiakov a našla výrazné rozdiely. Jedinci s nižšími IQ použili v 48 %, teda v polovici úsudkov, extrémne kategórie, čo je podstatne viac ako 39 % E u žiakov s vysokým IQ. Neutrálne odpovede tvorili u oboch skupín skoro tretinu.



Graf. 1: Štruktúra odpovedí pod vplyvom rôznych činiteľov.
 % E = podiel extrémnym odpovedí ("1", "7");
 % N = podiel neutrálnych odpovedí ("4");
 % G = podiel gradačných odpovedí ("2", "3", "5", "6");
 Vysvetlenie značiek v texte.

Ostatné symboly predstavujú naše slovenské výsledky, pričom je nápadné, že všetky nami pozorované štruktúry vykazujú podstatne nižší (priemerný) podiel neutrálnych odpovedí, čo môžeme chápať ako výraz buď lepšej spolupráce alebo vyššej zainteresovanosti slovenských respondentov. Najmasívnejší rozdiel tu vyplýva z emocionálneho náboja posudzovaného podnetu, ako ukazujú dáta 60 zdravých mladých žien (kružnice). Prázdna kružnica tesne vedľa hornej hviezdy znázorňuje posudzovanie pojmu „Rehabilitácia po infarkte myokardu“, teda stimul pre mladé zdravé kontroly ozaj málo „vzrušujúci“. Podiel E tu tvorí 31 %, čiže tretinu. To výrazne kontrastuje so štruktúrou odpovedí na pojem „Rakovina“ (čierna kružnica vpravo dole), kde podiel E dosiahol až 60 %! Grécke písmená indikujú tri podskupiny týchto kontrolných osôb, ktoré sa medzi sebou prakticky nelíšia. A čo je zaujímavé, nelíši sa to ani od štruktúry odpovedí 50 poinfarktových pacientov k pojmu „Rakovina“, ako vidno z pozície čierneho štvorca v bezprostrednej blízkosti ostatných čiernych symbolov.

Oveľa menej dramatické sú rozdiely vyplývajúce napr. zo stavu vedomostí, štvorec z krížikov sú dáta od tých istých pacientov, ale k pojmu „Ischemická choroba srdca“. Ak sme ich rozdelili podľa ich celkových vedomostí o kardiovaskulárnej terminológii, dostali sme pre dobre informovanú polovicu respondentov dáta dané horným trojuholníkom (40 % E), pre horšie informovanú polovicu zas bod daný dolným trojuholníkom (52 % E). Ako vidno, podiel N sa prakticky nemenil, iba E% a G%.

Nesmieme však zabudnúť, že za jednoznačnými a významnými rozdielmi medzi priemermi skupín sa nachádza aj značná interindividuálna variabilita respondentov. To môžeme dobre vidieť na grafe 2, ktorý demonštruje individuálne dáta skupiny starších postinfarktových pacientov (priemerný vek bol

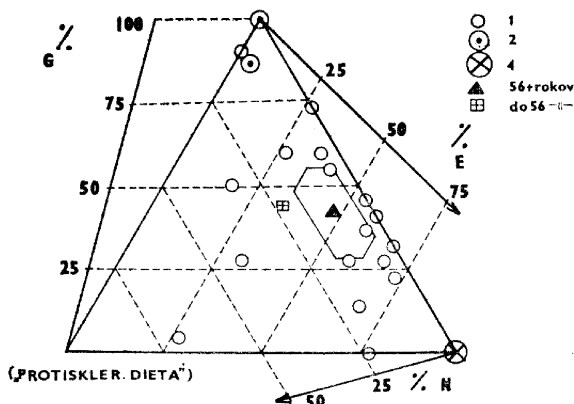
62 rokov!). Každý bod zodpovedá štruktúre 22 odpovedí jedného respondenta pri posudzovaní pojmu „Protisklerotická diéta“. Hlbšia analýza týchto dát nám poskytuje dva poznatky.

Prvý poznatok sa týka samotného vekového efektu. Čierny trojuholník indikuje priemer celej skupiny, a má súradnice 48 % E, 10 % N a 42 % G. Sú to teda proporcie dosť typické pre našu patientsku populáciu. Pravda, svoj interpretačný význam nadobúdajú až pri porovnaní s priemerom skupiny „mladších“ pacientov (48 rokov), čomu zodpovedá štvorec s krížikom. Leží jednoznačne vľavo od priemeru starších pacientov, a jeho súradnice sú 34 % E, 22 % N, a 44 % G. Vekový rozdiel „sa odohráva“ teda po vodorovnej čiare. Efekt vyššieho veku implikuje teda vzostup podielu extrémnych odpovedí o 14 %, ktorému i aritmeticky zodpovedá pokles neutrálnych odpovedí o 12 % a gradačných odpovedí o 2 %.

Druhý poznatok sa týka interindividuálnej variability. Je očividné, že existujú masívne, až typologické rozdiely v odpovedovom štýle medzi respondentmi: veď nápadné je už to, že vnútri fiduciálnych medzí priemeru (šesťuholník pripomínajúci elipsu, zakreslený okolo priemeru-trojuholníka) ležia iba dva body, a že teda priemer je v istom zmysle málo reprezentatívny, pretože jednotlivci sa grupujú do dvoch skupín či „typov“, smerom k dvom vrcholom trojuholníkovej siete. Spoločným rysom je iba nízky výskyt neutrálnych odpovedí, čo dosvedčuje, že 22 z 25 bodov leží vpravo od čiar pre 25 % N. Osamelý bod vľavo dole je pacient s vysokoškolským vzdelaním, ktorý na 15 z 22 škál vyznačil pozíciu „4“ (neutrálnu). Jemu najbližší bod v centrálnom poli trojuholníka predstavuje zas dáta od pacienta, ktorý mal iba základné vzdelanie. Oba však sú zrejme atypickí svojimi odpoveďami.

Výraznejší a vecne zaujímavejší je trend k jasným odpovedovým typom. Tak vpravo dole, na vrchole siete pre stupnicu „E“, sú štyria respondenti, ktorí použili jedine extrémne pozície pri svojich odpovediach; z nich 2 majú základné, 2 stredné vzdelanie. Spolu s ďalším respondentom na dolnej osi trojuholníka máme teda 5 pacientov z 25 (teda 20 % osôb), ktorí excesívne až výlučne užívajú extrémne pozície. A vidíme, že aspoň 4 ďalší majú veľmi blízko k čiare pre 75 % E. Máme teda typ „extrémnych odpovedí“. Naproti tomu na hornom

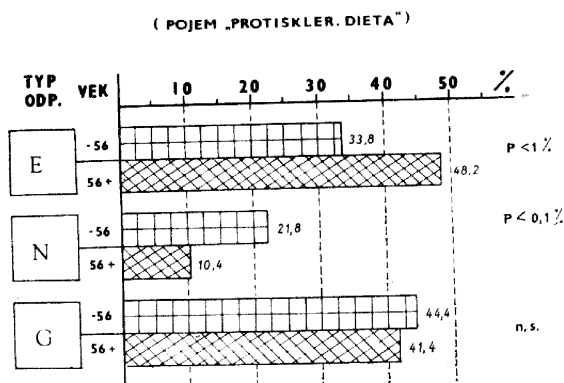
Graf 2: Odpovedový štýl 25 pacientov vo veku 56+ rokov. Kružnice predstavujú štruktúru odpovedí jednotlivých respondentov na podnet „Protisklerotická diéta“. Trojuholník a štvorec sú priemery starších (56 až 70-ročných) a mladších (33 až 55-ročných) pacientov s prekonaným infarktom myokardu.



vrchole máme 2 pacientov so 100 % gradačných odpovedí (1 so str. vzdelaním, 1 so základným), a blízko troch ďalších, ktorí tiež vykazujú vyše 75 % G. Teda aj tu máme 5 jedincov s výraznou preferenciou pre odstupňované, intermediárne pozície. Ide zrejme o druhý, niečo menej početný typ, ktorý dáva prednosť jemnejšiemu odstupňovaniu pred extrémnymi odpoveďami.

Na dokreslenie mentálneho obrazu si ešte uvedomme, že aj štvorec znázorňujúci priemer mladších pacientov leží jednoznačne mimo fiduciálnych hraníc priemeru skupiny starších.

Posledný graf 3 tento medziskupinový rozdiel rozkladá na zložky, čiže trojicu súradníc v triangulárnom grafe prezentuje individuálne ako podiel (v %) jednotlivých typov odpovedí. Ako vidno, je odpoveďový štýl starších pacientov (nad 56 rokov) v porovnaní s mladšími ozaj vysokosignifikantne rozdielny. Tento štýl je charakterizovaný zvýšeným podielom extrémnym odpovedí z jednej tretiny na jednu polovinu (z 34 % na 48 %). Ak berieme za základný prvok škálu sémantického diferenciálu, tak táto tendencia sa uplatnila na 18 z 22 škál (a na 1 škále bolo E% rovnaké). Tomu vzostupu zodpovedá ešte jednoznačnejší pokles odpovedí neutrálnych z 22 na 10 %. Vyjadrené počtami škál to bolo na 19 z 22 škál (s dvoma nulovými rozdielmi). Najmenej jednoznačný je pokles gradačných odpovedí zo 44 % na 41 %, ktorý nedosahuje štatistickú signifikantnosť (bol pozorovaný iba na 13 z 22 škál, čo je síce tiež „dvojtretinová väčšina“ — pri 1 rovnakom počte —, ale to na štatistickú preukázateľnosť nestačilo).



Graf 3: Percentuálny výskyt jednotlivých typov odpovedí podľa veku pacientov.

E, N a G znamenajú extrémne, neutrálne a gradačné pozície odpovedí. V každej skupine pacientov 100 % zodpovedá 550 odpoveďiam.

Na našu otázku o existencii vekových rozdielov v odpoveďovom štýle pacientov môžeme teda jednoznačne odpovedať kladne: jestvujú vekové diferencie v tendencii použiť rôzne typy pozícií pri vyjadrovaní intenzity postojov a názorov. U starších pacientov sa stretávame signifikantne častejšie s apodiktickými, extrémnymi odpoveďami, čo je v súlade s tradovanými verbálnymi formuláciami starších občanov, ale čo v našej domácej literatúre ešte kvantitatívne nebolo demonštrované. Pravda, treba ešte hľadať kauzálne zauzlenie tohto javu. Možné mechanizmy siahajú od „vytypovania“ psychiatrických diagnóz (Popoff 1969) po väčšiu citovú involvovanosť a hľadanie „istoty“ (Osgood

1957) a zvýšené vnútorné napätie a neznášanie nejasností (Soueif 1965). V tejto súvislosti si zasluhuje zmienku nález Stagnera a Osgooda z r. 1946 (Osgood et al. 1957), podľa ktorého americkí bývalí frontoví vojaci vykazovali výraznú tendenciu preferovať extrémne odpovede pri svojich odpovediach, čo znamená, že si vytvorili určité „politické stereotypy“ čiže čierno-biele videnie. Vysoký výskyt E % sa aj chápe ako snaha štrukturovať svet, ktorý sa javí neistým, a teda hrozivým. To by zaiste platilo nielen o pacientoch s prekonaným infarktom myokardu, ale zrejme o celej skupine ako takej. No starší pacienti sú azda všeobecne pesimistickejší čo do svojich „zdravotných“ názorov a postojov, a možno aj emočne hlbšie postihnutí. To by znamenalo, že by mali väčšiu tendenciu vylúčiť hrozivé a neisté prvky zo svojho mentálneho životného prostredia, čo by sa potom prejavovalo ako zvýšená kognitívna jednoduchosť.

Pravda, interakcia týchto mechanizmov s ostatnými biodromálnymi procesmi ešte zďaleka nie je objasnená. Predložená práca chce byť malým príspevkom k tomuto problému, aby sa prehĺbilo pochopenie psychických špecifičnosti i potrieb starších pacientov.

Z á v e r

Analýza odpoveďového štýlu starších pacientov na základe 1100 odpovedí od 50 respondentov o emotívne neutrálnom pojme ukázala jednoznačnú existenciu špecifických rysov v preferovaní odpoveďových pozícií. Masívny vzostup polarizovaných, extrémnych odpovedí na úkor gradačných a najmä neutrálnych pozícií bol štatisticky vysoko signifikantný. To poukazuje na konkrétnu potrebu venovať väčšiu pozornosť mentálnym zvláštnostiam tejto vekovej skupiny v klinickej praxi, ale aj na potrebu brať zreteľ na túto tendenciu pri vyhodnocovaní rôznych odpoveďových materiálov v klinickom výskume. Tendencia vyhýbať sa neistotám a preferovať jednoznačnosť i za cenu stereotypov je zrejme u starších pacientov badateľne zosilnená.

LITERATÚRA

1. APPELS, A.: Psychological prodromata of myocardial infarction and sudden death. *Psychother. Psychosom.*, 34, 1980, s. 187—195.
2. BIGGS, J. B.: Personality correlates of certain dimensions of study behaviour. *Austral. J. Psychol.*, 22, 1970, s. 287—297.
3. DAS, J. P. — DUTTA, T.: Some correlates of extreme response set. *Acta Psychol.*, 29, 1969, s. 85—92.
4. LIENERT, G. A.: *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*, Band I, Meisenheim, Verlag Anton Hain, 1973, 736 str.
5. OSGOOD, C. E. — SUCI, G. J. — TANNENBAUM, P. H.: *The measurement of meaning*. Urbana, Univ. Illinois Press, 1957, 342 str.
6. POPOFF, L. L.: A simple method for diagnosis of depression by the family physician. *Clin. Med.*, s. v., 1969, s. 24—29, citované podľa Appelsa.
7. SOUEIF, M. I.: Response sets, neuroticism, and extroversion: a factorial study. *Acta Psychol.*, 24, 1965, s. 29—40.
8. ŠTUKOVSKÝ, R. — PALÁT, M. — SEDLÁKOVÁ, A.: Štruktúra postojov k rehabilitácii po infarkte myokardu. I. Celkové miesto rehabilitácie po I. M. v sémantickom poli. *Rehabilitácia*, 13, 1980, s. 21—28.
9. ŠTUKOVSKÝ, R. — PALÁT, M. — SEDLÁKOVÁ, A.: Štruktúra postojov k rehabilitácii

- po infarkte myokardu. IV. Metodologické aspekty odpoveďových skóre. Rehabilitácia, 13, 1980, s. 217—228.
10. ŠTUKOVSKÝ, R. — PALÁT, M. — SEDLÁKOVÁ, A.: Scoring position styles in the elderly. *Studia psychol.*, 24, 1982, s. 145—153.

Adresa autora: R. Š., Katedra psychológie FFUK, Gondova 2, Bratislava

Р. Штуковский, М. Палат, А. Седлакова:
СТИЛЬ ОТВЕТОВ СТАРШИХ БОЛЬНЫХ

Резюме

Работа представляет анализ 1100 числовых отношений ответов, которые дало 50 больных, перенесших инфаркт миокарда при обсуждении эмоционально нейтрально-го понятия «антисклеротическая диета». Для этого применялся семантический дифференциал с семиступенчатыми шкалами, в которых отвечающие должны были лишь графически отметить клетку, отвечающую их мнению или точке зрения. С точки зрения ответов были установлены два типа больных: более многочисленный, в котором больные чрезмерно предпочитают крайние ответы и тип с меньшим числом больных, которые предпочитают градационные ответы. На основании возраста были установлены две группы больных. В группе старших был средний возраст 62 года (от 56 до 70 лет), в группе младших средний возраст был 48 лет (от 33 до 55 лет). Стиль их ответов высоко достоверно отличался. У старших респондентов доля поляризованных крайних ответов повысилась более чем на одну треть, с 33,8 % до 48,2 %, между тем как доля нейтральных, нерешительных ответов понизилась на половину — с 21,8 % до 10,4 %. Также доля смешанных градационных ответов понизилась, хотя и незаметно — с 44,4 % до 41,4 %. Полученные различия, связанные с возрастом, объясняются как результат более высокой эмоциональности людей старшего возраста и главным образом как возрастом обусловленная специфически повышенная потребность избегать ненадежности и отдавать предпочтение однозначности и посредством аподиктических поляризованных суждений.

R. Štukovský, M. Palát, A. Sedláková
RESPONSE STYLE IN ELDERLY PATIENTS

Summary

The paper presents an analysis of 1100 scores of response provided by 50 patients recovered from myocardial infarction in the evaluation of the emotionally neutral term „antisclerotic diet“. A semantic differential with a seven-grade scale was used and respondents had to mark only graphically the square answering his idea or attitude. The existence of two types of response in patients was found. The more frequent type preferring extreme answers, the less frequent preferring graduate answers. According to age there were two groups of patients. The group of older patients with the average age of 62 years (from 56 to 70), and the group of younger patients, average age 48 years (from 33 to 55). Their response style differed very significantly. In older respondents there was an increased share of polarized extreme answers by more than one third, from 33,8% to 48,2%, while the amount of neutral indecisive responses decreased by half, from 21,8% to 10,4%. Also the share of intermediary graduate responses decreased, but only slightly, from 44,4% to 41,4%. The determined age

differences are interpreted as consequences of greater emotionality in older people, and particularly as age dependent increased trend to avoid ambiguity and to prefer unambiguity also by means of apodictive polarized judgements.

R. Štukovský, M. Palát, A. Sedláková
DER BEANTWORTUNGSSTIL ÄLTERER PATIENTEN

Zusammenfassung

In der Studie wird eine Analyse der Punktzahlen von 1100 Antworten aus einer mit 50 Patienten nach überstandem Myokardinfarkt durchgeführten Umfrage präsentiert, bei der der in emotiver Hinsicht neutrale Begriff „Antisklerose-Diät“ gewertet werden sollte. Für die Umfrage wurde das semantische Differential (semantic differential) mit sicherstufigen Wertskalen angewandt, wobei die Respondenten bloß das ihrer Ansicht oder Einstellung entsprechende Feld anzukreuzen brauchten. Festgestellt wurde das Vorkommen zweier Antwortstyps der Patienten: ein häufigerer, der extreme Antworten übermäßig bevorzugte, und ein weniger häufiger, der gemäßigte Antworten wählte. Dem Alter nach wurden zwei Patientengruppen gebildet. Die Gruppe der Älteren hatte ein Durchschnittsalter von 62 Jahren (von 56 bis 70), die jüngere Gruppe war im Durchschnitt 48 Jahre alt (von 33 bis 55). Der Antwortungsstil der beiden Gruppen unterschied sich sehr signifikant. Bei den älteren Respondenten stieg der Anteil der polarisierten extremen Antworten um mehr als ein Drittel, von 33,8 % auf 48,2 %, während der Anteil der neutralen, unentschiedenen Antworten um die Hälfte kleiner wurde, von 21,8 % auf 10,4 % sank. Auch der Anteil der intermediären graduellen Antworten verringerte sich, jedoch unwesentlich, von 44,4 % auf 41,4 %. Die festgestellten altersbedingten Unterschiede werden als eine Folge der größeren Emotionalität der älteren Menschen und insbesondere als eine altersspezifische Tendenz zum Umgehen von Unsicherheit und zur Bevorzugung der Eindeutigkeit, auch durch das Setzen von apodiktischen polarisierten Urteilen.

R. Štukovský, M. Palát, A. Sedláková
LE STYLE DE RÉPONSE DES PATIENTS ÂGÉS

Résumé

L'article présente une analyse de 11000 points de réponses donnés par 50 patients ayant vaincu l'infarctus du myocarde, dans l'appréciation de la notion émotive neutre „La diète antiscclérotique“. A cet effet fut appliqué un semantic differential à sept gammes ou les répondants devaient marquer graphiquement le quadré répondant à leur opinion ou attitude. On a constaté l'existence de deux types de patients répondants: le plus nombreux celui qui préfère les réponses extrêmes outre mesure et le moins nombreux qui préfère les réponses graduellen. Deux groupes de patients furent créés selon l'âge. Le groupe des plus âgés avec un âge moyen de 62 ans (à partir de 56 à 70), celui des patients plus jeunes, moyenne 48 ans (à partir de 33 à 55). Le style de leur réponse différait de façon très signifiante. Chez les répondants âgés, la part des réponses extrêmes polarisées augmenta de plus d'un tiers, de 33,8 % à 48,2 %, tandis que la part des réponses neutres incertaines diminua de moitié, de 21,8 % à 10,4 %. La part des réponses par gradation intermédiaires diminua aussi, mais de façon insignifiante, de 44,4 % à 41,4 %. Les différences d'âgés constatées sont interprétées comme la conséquence d'une émotivité supérieure chez les personnes âgées et notamment comme un besoin spécifique supérieur de se soustraire à l'ambiguïté et préférer la détermination même par l'intermédiaire des jugements polarisants apodictiques.

D. PLATT
GERIATRICS 1

Geriatrics

Vydal Springer Verlag, Berlin, Heidelberg New York, 1982
ISBN 3-540-10981-1

V poslednom období sa venuje veľká pozornosť problematike gerontológie a geriatrickej — klinickej disciplíny gerontológie. Objavuje sa stále viac a viac publikácií, ktoré venujú pozornosť tejto oblasti ako celku alebo jej jednotlivým čiastkovým problémom. Prof. Platt z Inštitútu pre gerontológiu internej kliniky Univerzity v Erlangen-Nürnbergu s celým radom spolupracovníkov pripravil modernú učebnicu geriatrickej, ktorej prvý diel, venovaný otázkam kardiológie a vaskulárneho systému a otázkam centrálného nervového systému, vyšiel vo vydavateľstve Springer Verlag začiatkom roku 1982. Ďalšie dva zväzky, ktoré sa pripravujú, budú venovať pozornosť ostatným systémom ľudského organizmu, počnúc gastrointestinálnym systémom a končiac oftalmologickou problematikou.

Recenzovaný prvý diel má teda dve časti, každá časť niekoľko kapitol. Prvá časť o otázkach kardiológie a vaskulárneho systému u geriatrických pacientov sa začína epidemiológiou srdcových chorôb, vysokého krvného tlaku a ostatných kardiovaskulárnych ochorení, ďalej sa diskutuje o otázkach vodivého systému srdca, srdcového objemu, myokardu a chlopňového aparátu srdca, ako aj o otázkach postihnutia

kardiovaskulárneho systému v starobe. Rozoberá sa problematika chlopňových vád, srdcových arytmií, porúch arteriálneho a venózneho systému.

V druhej časti, ktorá sa zaoberá jednotlivými problémami centrálného nervového systému, sú v jednotlivých kapitolách spracované otázky prekrvenia mozgu, otázky degenerácie neurofibril, problematika neurochémie starnúceho mozgu, oblasť Lipofuscínu a jeho význam, neuroimunológia, senilná demencia. Ďalšie kapitoly venujú pozornosť náhlym cievnym mozgovým príhodám a otázkam vertebrobazilárneho syndrómu. Každá kapitola sa končí prehľadom písomníctva, vecný register ukončuje prvý diel široko koncipovanej geriatrickej. Početná dokumentácia v tabuľkách, grafoch, röntgenovej dokumentácii, fotografiách dopĺňa jednotlivé diskutované otázky.

Plattova Geriatrics je bezpochyby veľkým prínosom pre novovzniknutý odbor modernej medicíny. Vývoj tejto oblasti si vyžaduje monografické a učebnicové spracovanie. Publikácia prof. Platta je dokladom týchto snáh a ako vidno z prvého dielu, veľmi dobre spĺňa svoju úlohu.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. CH. CORDES, P. UIBE, S. ZEIBIG

PHYSIOTHERAPIE

Berlin 1980, 1. vydání

Tento díl učebnice základů fyzioterapie se zabývá gymnastikou. Po krátkém historickém úvodu jsou vysvětleny cíle a postavení gymnastiky v komplexu fyzioterapeutických léčebných metod. Prakticky hlavní těžiště knihy je v přehledném zpracování metodiky gymnastiky. Anatomicko-fyziologické základy jsou naopak podány příliš stručně až zjednodušeně. Rehabilitační pracovníci a lékaři, kteří plánují pohybovou léčbu, zaujme kapitola o organizačních formách pohybové rehabilitace (například zařazování pacientů do různých skupin pohybové léčby). Zajímavá je také kapitola zabývající se didaktikou metodických

schopností. Dobré je, že jsou jako příklad přímo uvedeny jednotlivé evidenční jednotky, například při cvičení páteře a velkých kloubů. Národně jsou také popsány možnosti využití různého náčiní při různých metodách pohybové rehabilitace a možnosti využití kolektivních her při skupinové pohybové rehabilitaci. Knížka poslouží jako metodická příručka pro rehabilitační pracovníky, se zájmem si je přečtou lékaři, pracující v oboru fyzioterapie a sportovní medicíny, okrajově také pracovníci v revmatologii a internistě.

Dr. B. Ždichynec, CSc., Karlovy Vary

**K LÉČBĚ HERPES ZOSTER DESOXYCHOLOVOU KYSELINOU
A REHABILITACÍ**

J. BRADNA

OÚNZ, Kutná Hora

Keditel: MUDr. F. Brzobohatý

Souhrn: Segmentální radikulopatie provázející herpes zoster jsou obtížným léčebným problémem. Jde o postižení neuro-dermo a myomeru s častým výskytem spondylartrózy se syndromem zúžení intervertebrálního kanálu ev. o diskopatii. Proto po odeznění algického stadia a zlepšení kožních projevů je důležitá kinezioterapie.

Měřítkem postižení svalovými spazmy a parezami byly změny svalového tonusu sledované myotenzometrií a elektromyografií. Skoliografií, pantografem, byly hodnoceny zakřivení a hybnost páteře vyčíslením indexů a úhlových změn.

Standardní léčba vit. B12 s emetinem a s analgetiky byly nahrazeny aplikací desoxycholové kyseliny v dávce 3x 200 mg denně ev. s acidifikační terapií (ammonium chloratum 3x 200 mg) a v dalších případech dehydrocholem 3x 1/2 —1 t. denně. Po léčbě rychle mizely erupce a bolestivost, rovněž segmentální spazmy a parézy.

Rehabilitace, segmentální masáže ev. trakce po soluxu neb parafinu byla zaměřena na obnovu hybnosti páteře, uvolněním spazmů. V řadě případů prokázány segmentální radikulopatie již před vznikem pásového oparu a v postižených segmentech byla snížena kapilární rezistence.

Klíčová slova: herpes zoster — segmentální algický syndróm — motorický radikulární syndróm — aplikace kyseliny desoxycholové — rehabilitace

Segmentální radikulopatie jsou častou obtíží zvláště u žen přetěžujících páteř. Podmínují snížení pracovní výkonnosti, často nespavost. Vznikají někdy i po malém traumatu, prudkém pohybu, sehnutí či nevhodném zvednutí břemen. Jednou z komplikací je herpetická segmentální viróza při existující vertebrogenní radikulopatii aneb naopak radikulopatie provázející herpes zoster. Úporné postherpetické neuralgie jsou někdy důvodem i k neurochirurgickým zákrokům a často je nutná po léčbě v akutním stadiu další medikamentózní a rehabilitační léčba.

Pro herpes zoster je charakteristické postižení neuro-dermo a myomeru často spojené s postižením páteře spondylartrózou, zúžením intervertebrálního kanálu (Vranešič, Budín) ev. diskopatií. Je proto nutné při léčbě kožní erupce herpetické sledovat i segmentální postižení hybnosti, se změnami svalového tonusu a rtg změnami páteře. Pak lze vhodně zvolit i kinesioterapii, po odeznění algického stadia herpes zoster.

Sledovali jsme proto na ambulantních i hospitalizovaných nemocných s herpes zoster uvedené parametry při léčbě vitamínem B 12 emetinem i analgetiky v jedné skupině a kyselinou desoxycholovou (acidum desoxycholicum purum) v druhé.

Materiál a metody

V první skupině pacientů hodnotíme výsledky léčbou ADOCH u šedesáti nemocných s herpes zoster, v 33 % se značnými erupcemi a bolestmi. Nemocné jsme sledovali ještě za 1—2 roky. Nálezy jsme porovnávali se skupinou 100 pacientů s radikulopatiemi spondylogenními bez herpetické erupce.

Metodika sledování postižení dermo-neuro-myomeru

Kožní projevy se hodnotily dle velikosti erupce vesikul, nekróz a stupně zarudnutí. Měřítkem postižení svalového segmentu bylo hodnocení síly svalové, volnosti segmentu při pasivním natažení s objektivním měřením svalové tenze myotenzometrií. V řadě případů jsme sledovali elektromyografickou aktivitu postižených segmentů v klidu, při akci a při tonické výdrž.

K posouzení změn hybnosti páteře jsme použili registrace pantografem skoliografem, při níž jsme hodnotili klidové zakřivení páteře s indexů zakřivení a dále úhlové změny. Při rehabilitaci prováděna LTV s obnovou hybnosti páteře, segmentální masáže, po zhojení změny na páteři.

Výsledky léčby jsme hodnotili z vymizení erupcí až zhojení, z ústupu bolestí, zlepšení spánku a z obnovy hybnosti segmentů, a tím i návratu do práce.

Terapie

Vitamín B 12 cyanocobolamin jsme podávali 10 inj. 300 gama denně, emetinum hydrochloricum 3 inj. a běžná analgetika. Kyselinu desoxycholovou v dávce 3x 200 mg a k acidifikaci organismu u skupiny 40 nemocných ammonium chloratum p. 3x 250 mg. Při rehabilitaci prováděna LTV s obnovou hybnosti páteře, segmentální masáže, po zhojení kůže a také trakce po soluxu neb parafinu.

V ý s l e d k y

Herpes zoster se vyskytoval nejčastěji ve věku od 30 do 45 r., častěji u žen (v 80 %). S pásovým oparem byla združena radikulopatie, provázená segmentální bolestí, spazmy a parézami svalovými. Nejčastěji byly postiženy jeden až tři hrudní segmenty, u těžkých případů zjištěny bully až palčivé a bolestivé nekrózy, v lehších zarudnutí a drobné palčivé erupce.

Bolesti segmentálního rázu před herpetickou erupcí trvaly od 7 do 14 dnů. V řadě případů zjištěny radikulopatie, nejčastěji v hrudní a torakolumbální oblasti trvajících v průměru 2,3 roku (od 1 týdne do 20 roků).

Erupce před léčbou se objevily od 1 do 56 dnů. Léčebné výsledky po ADOCH byly patrné již za 2—5 dnů. Klinické zlepšení se jevílo zblednutím, zasýcháním erupcí s ústupem bolestí. Segmentální hypertonie a zvýšené natahovací reflexy se normalizovaly, upravovaly se i segmentální parézy, někdy i u déle trvajících afekcí. Kupř. u pac. H. A., 71-leté ženy s postižením segmentu D8 a trváním erupcí 42 dní (tab. 1). Mizela bolestivost a nespavost, zlepšila se značně hybnost páteře již za 4—5 dní poléčbě ADOCH. Index hybnosti páteře se zlepšil (z 0,47 na 1,0).

J. BRADNA / K LÉČBĚ HERPES ZOSTER DESOXYCHOLOVOU KYSELINOU A REHABILITACÍ

Tab. 1. Porovnání výsledků objektivních měření před a po léčbě desoxycholovou kyselinou

Svalová tense kPa		TNR		% tonické výdrže		
před ADOCH	po	před	po	před	po	
n	58	58	54	58	52	51
E x	1453	1057	1647	1041	2439	4114
\bar{x}	25,0	18,2	3,0	1,8	46,9	80,6
E x ²	37415	19671	60571	20529	129791	351458
s	4,2	2,67	1,39	0,56	17,37	19,7
o	4,1	2,65	1,38	0,56	17,20	19,6
t	11,77		6,80		10,771	
p	0,001		0,001		0,001	

Tabulka 2a. Změny svalové vytrvalosti při tonické výdrži v segmentu před postižením virovým, při herpesu zoster a po léčbě ADOCH

Čas sec.	V klidu	Za akce	30	60	90	120	
Před herpesem	20	49	34	31	28	24	kPa
Při herpesu	18	28	20	18	18	17	
Po léčbě ADOCH	17	34	38	34	34	30	

Tense svalová měřena v kPa při tonické výdrži hrudníku proti tíži po dobu dvou minut. Pac. P. M. 18-letá s dg. Herpes zoster Th 1-3 l. sin.

V několika případech byly změřeny hodnoty tenze a tonické výdrže před herpetickou erupcí, při ní a po léčbě ADOCH (tab. 2). Tak u pac. 18-leté je patrný pokles tonické výdrže při herpesu a úprava po léčbě ADOCH. Měla posttraumatickou rachialgii v segmentu C7 a D2 s dobrým segmentálním svalovým tonusem, jen se sníženou tonickou posturální činností. Po bolestech trvajících 7 dní s herpesem se objevily segmentální spazmy se zvýšením indexu natahovacího reflexu (TNR) i snížená tonická aktivita při výdrži. Po léčbě ADOCH

Tabulka 2b. Pac. K. K., 36 r. Herpes zoster Th 9.

Před herpesem	0 sec.	23 kPa	za 120 sec.	19 kPa
Při herpes z.		23		10
Po léčbě ADOCH		40		40

za čtyři dny se značně zvyšuje hybnost páteře, ustupují spazmy a bolestivost. Upravily se tonus i tonická výdrž postiženého segmentu [tab. 2a]. Obdobně u pac. KK., 36 r. (tab. 2B).

Po placebu k léčebným změnám nedošlo v žádném z deseti případů. Také v porovnání s obvyklou léčbou byla léčba ADOCH účinnější. Asi v 8 % nemocných po léčbě ADOCH i po ústupu herpetických erupcí zůstávají vyšší TNR jakožto známka trvajících spasmů při spondylogenní radikulopatii. Upravily se až trakční manipulací, většinou provázenou, rupnutím, v segmentu. U části nemocných (v 16 %) zůstala segmentální paréza, která se upravila až trakční manipulací s následnou tonizací farmaky, vit. B12, E vitamínem, Intrajodinem a lokálními derivancii.

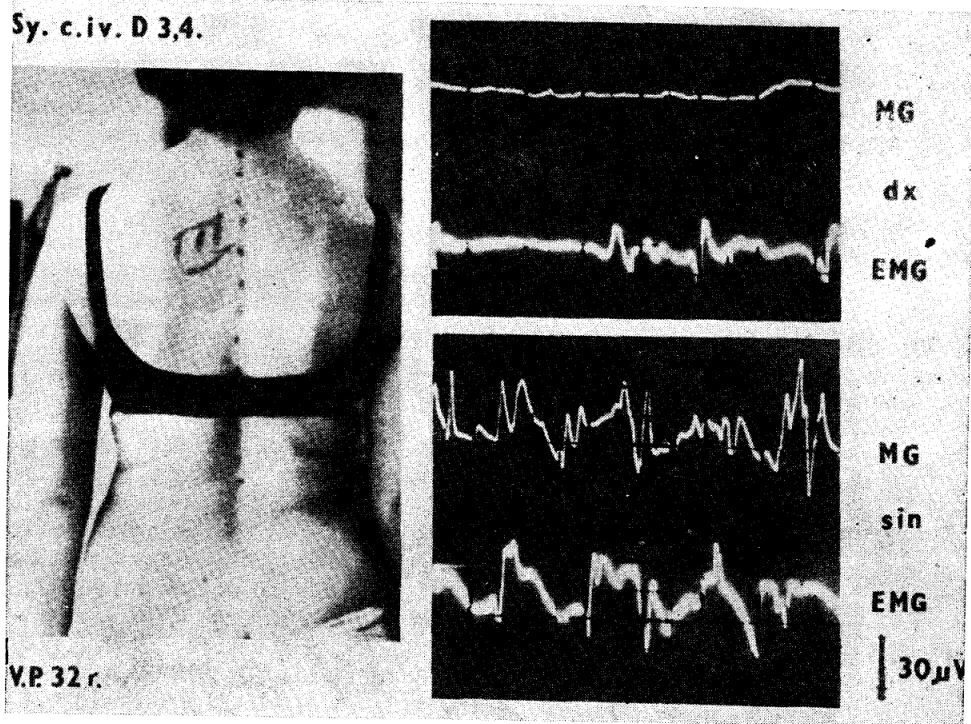
Již dříve při sledování herpetických segmentů z hlediska trofiky jsme prokázali segmentální snížení kapilární rezistence, které se zlepšilo po antihistaminikách. Obdobné nálezy byly však i u radikulopatií spondylogenních bez herpesu. Tato lokální změna permeability může vysvětlit i lokalizaci herpesu do traumatizovaných segmentů, s některými námi pozorovanými přídatnými faktory, jako vlivy inzolace, chladu, psychických stressů, neb při liberaci H látek při poštipání včelami.

Příkladem vzniku herpesu po akutním traumatu páteře je pac. č. 1. S. E., 24-letá. Po zvednutí skříně měla 10 dní pásové bolesti na hrudi, pak segmentální herpetické erupce. Po placebu se za čtyři dny nezlepšily bolesti. Po ADOCH za tři dny ustoupily erupce a po trakci se úplně uvolnily spazmy (TNR index klesl z 2,3 na 1,3). Obdobně o pac. P. V., 30-leté se objevovaly drobné segmentální herpetické erupce s bolestmi D4,5 po přetížení páteře (obr. 1). Po ADOCH se již erupce neobjevily a trakční manipulace trvale odstranila bolesti.

U řady nemocných při palčivých bolestech v segmentu s omezením hybnosti páteře byly erupce jen nepatrné. Byly však prokazatelné objektivní změny svalové tenze, zvýšení segmentálních TNR s poruchou kapilární rezistence.

Analgetika i léčbu vitamíny jsme při podávání ADOCH vynechali. V sérii 40 nemocných (tab. 3) jsme ke zvýšení působení ADOCH za kyselých reakce ve tkáních podali nemocným acidifikační látku ammonium chloratum (Acidamom 3x1 t. denně, po pět dní). Po této acidifikaci s ADOCH erupce a bolesti mizely v průměru o 1,5 dne rychleji proti předešlé skupině nemocných.

V další skupině jsme sledovali 100 nemocných, u nichž se sice neobjevil herpes zoster, ale infekční složka se projevila (4). Měli radikulopatie, plexalgie brachiální, ischiadické, Trakce a manipulace samy obtíže neodstranily. Byly



Obr. 1.

Tabulka 3. Vliv léčby ADOCH s acidifikací na segmentální svalový tonus

Svalová tense kPa		TNR		% tonické výdrže	
před ADOCH	po	před	po	před	po
n	24	24	24	19	19
Ex	596	421	803	756	1629
\bar{x}	24,8	17,5	3,34	39,8	85,7
Ex ²	15560	7549	34703	34322	1629
s	5,74	2,66	1,84	15,34	21,2
o	5,62	2,61	1,80	14,94	20,68

zvýšené TNR a segmentální tonus s omezením hybnosti páteře. Pacienti reagovali příznivě na ADOCH. Patřily sem i případy meralgia parestetica, která se často projevila s lumboischadiickým syndromem, a to úpornými bolestmi až

palčivostí na zevní straně stehien. Fascie tensoru m. fasciae latae byla zřetelně tužší a byl snížen tonus m. vasti za akce. Po léčbě kyselinou desoxycholovou za 3—5 dnů obtíže mizely a tenze se normalizovala.

Zvláštní skupinu tvoří nemocní s radikulopatiemi, algickým syndromem a spazmy bez herpetických afekcí, kde došlo ke zlepšení po trakcích a ADOCH byla bez účinku.

D i s k u s e

Herpes zoster je provázen vedle charakteristických erupcí segmentálním postižením s algickým syndromem, motorickou, vegetativně vazomotorickou a trofickou poruchou (10). U řady nemocných předchází herpesu zosteru kořenový syndrom vertebrogenní až syndrom canalis intervertebralis (6, 10) s průvodným segmentálním postižením rezistence tkání. To je i možnou příčinou manifestace herpetického viru přítomného v těle a nepůsobícího zřejmě onemocnění. Herpetická viróza postihuje vedle kůže i segmentální nervy a ganglia. U našich nemocných je patrná souvislost pásového oparu s místem dřívějších radikulopatií, často i s traumatem páteře. V některých případech se herpes opakoval několikrát. Hodnocení léčby herpesu zoster kyselinou desoxycholovou je proto možné jen při současném vyhodnocení účasti složky vertebrogenní na algickém i motorickém syndromu i na vzniku herpetických erupcí samotných.

Při rehabilitaci je proto nutno přihlédnouti k dřívějším obtížím ev. k vertebrocardiálnímu syndromu (9). Použitý scoliograf (pat. Bradna č. 86828, 7. 3. 1955), spinální pantograf umožňuje proti rtg vyšetření neinvazivní sledování postoje i hybnosti páteře se zakreslením i herpesom postiženého segmentu. Jeho použitelnost potvrzuje i práce Stig Willnera.

Vysvětlení účinku ADOCH je otázkou. Jde patrně o zvýšení imunitních obranných protiinfekčních systémů (7), zvláště při lokální acidifikaci v místě virózy (3, 8).

Obtíže, mírné průjmy mělo jen několik nemocných, dva ze sta pro tyto obtíže léčbu ADOCH přerušili třetí den.

Obdobné výsledky jako po ADOCH jsme pozorovali po acidum dehydrocholicum (Dehydrochol Spofa) v dávce 3x 250 mg., jak uvádíme na několika pacientech.

Pac. V. V., 40-letá, byla léčena pro vertebrogenní C syndrom s iritací CB při obezitě. Po dočasném pracovním přetěžování při zakládání podešví a po interkurentní laryngitidě se objevil herpes zoster TH12 vlevo (obr. 2), značně svědící a v noci bolestivý. Léčena B 12 inj., Diazepamem, ketazonovou masť. Na rtg zjištěna spondylartróza se snížením disku L2, 3. Segmentální tonus vlevo je zvýšen [25 kPa proti 13 jindě]. Je segmentální hyperestezie, zvýšený TNR vlevo a pokleslá emg. aktivita. CF je zřetelně snížena, rovněž tonická výdrž. Biomonitorováním prokázaná segmentální viróza. Po Dehydrocholu a B12 inj. a zinkovém pudru bez analgetik bolesti mizí, herpes zaschl a je možná rehabilitace. Po segmentálních masážích, tonických cvičích a LTV segmentální tonus se vyrovnává, snižuje se zvýšený tonický natahovací reflex (TNR). Normalizuje se tonická vytrvalost. Biomonitorování již neprokazuje segmentální virózu. Pac. je dále bez obtíží.

Ukázkou recidivy herpesu zoster při běžné terapii (B12 vit. inj., analgetika, zink. tekutý pudr) je pac. P. M., 65-letá. Měla před pěti lety bolesti zad při spondylartróze. Před čtyřmi léty se objevil pásový opar na pravém prsu, pod pažďím a vpravo na

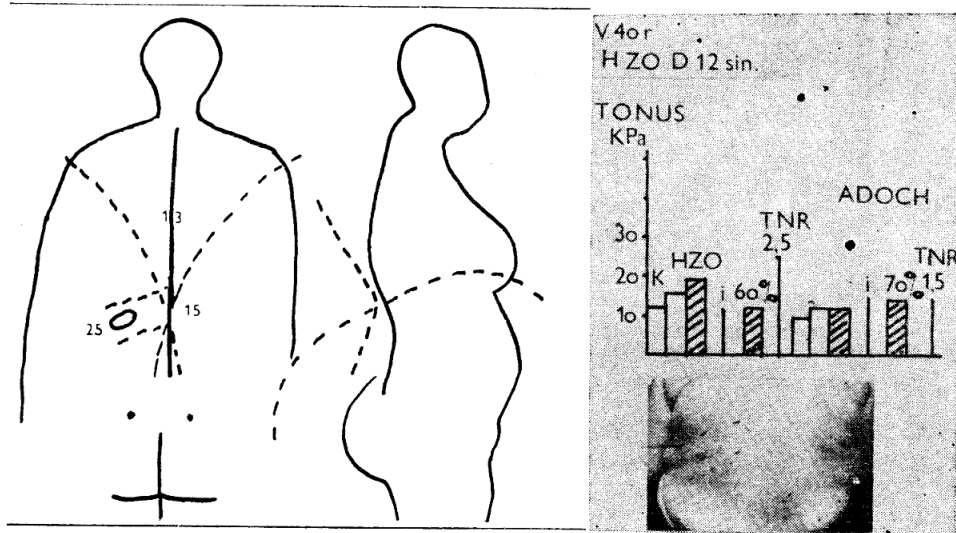
J. BRADNA / K LÉČBĚ HERPES ZOSTER DESOXYCHOLOVOU KYSELINOU A REHABILITACÍ

zádech, značně bolestivý. Trval 4 týdny. Po roce měla opět herpes zoster na pravé polovině obličeje 14 dní. Letos měla neurčité bolesti dolní hrudní páteře a po zapocení a prochlazení se objevila segmentální herpetická erupce Th 10–12 vpravo a drobné erupce nad pravým prsem v blízkosti jizvy po předchozím herpesu.

V segmentu zjišťujeme vedle herpetických erupcí segmentální hyperestezii a svalový spasmus. Je zřetelně zvýšen segmentální tonus (na 26 kPa proti 15) druhé strany. Při pasívním natažení svalu se zvyšuje ze 17 na 55, proti nepostižené straně (17 na 30). Index TNR = 4,5. Aktivní tonus je segmentálně snížen na 40 proti 55 nepostižené strany. Tonus při testu výdrže vykazuje snížení, pokles na 50 %. EMG segmentální aktivita je nepatrná. Kapilární rezistence je na zádech celkově snížena. Nad herpetickými erupcemi je virózní bioaktivita.

Po léčbě Dehydrocholem 3 x 1 t. denně do tří dnů ustaly noční bolesti a erupce do týdne mizí po zaschnutí bul. Bylo započato s rehabilitací, masážemi v postižených segmentech. Za sedm dní od erupce je akční svalový tonus normální 15/50 kPa, vymizel segmentální spasmus (TNR i = 1,5) a tonus při výdrži je 100 %. EMG aktivita se normalizovala (obr.). Pac. je subj. bez obtíží a dobře spí.

Obr. 2



Z á v ě r

Po léčbě kyselinou desoxycholou (ADDOCH) u šedesáti nemocných s herpes zoster se segmentálním algickým a motorickým radikulárním syndromem došlo k zřetelnému ústupu erupcí, bolestí i segmentálních spasmů. Zlepšila se hybnost páteře a byla možná brzká rehabilitace.

Nejúčinnější byla ADDOCH u čerstvých pásových oparů v dávce 3 x 200 mg po pět dní. Bylo zřetelné zlepšení proti placebu i proti léčbě emetinem i antibiotiky. Také u déle trvajících herpesů a postherpetických neuralgií se stav zřetelně zlepšil. Během léčby jsme nepodávali analgetika a nemocní přesto

udávali zmírnění bolestí, zlepšení spánku i nálady. Obdobné výsledky terapeutické byly po Dehydrocholu Spofa (acidum dehydrocholicum a 250 mg v 1 tabl.).

Vzhledem k zjištěným nálezům na páteři byla prováděna úspěšně následná rehabilitace po pásovém oparu.

LITERATURA

1. BRADNA, J.: Registrace vad páteře scoliografem. Acta chir. orthop. traumat. Čech., 35, 1968, 2, 156—160.
2. BRADNA, J.: K terapii ADOCH z hlediska pracovní neschopnosti u herpes zoster. 23. XI. 1973 IV. prac. den průmysl. neurologie, Praha.
3. BRADNA, J.: K léčebným výsledkům pásového oparu kyselinou desoxycholovou. 4. září 1981, Praha.
4. BRADNA, J.: Segmentální herpetické viry a výsledek terapie desoxycholovou kyselinou sledované myotensometrií a biomonitorováním. Neurol. sekce Purkyň. spol., Praha 1975.
5. BRADNA, J.: Monitorování energetické bioaktivity vybraných virů in vitro a k účinku terapie herpetických infekcí kys. desoxycholovou a preparátem Dehydrochol. Konference Čes. virologů 10. 9. 1981, Praha.
6. BUDÍN, B.: Syndrom canalis intervertebralis. Neurol. psych. čsl. 10, 3—4, 1948.
7. CHÝLE, P. a spoluprac.: Therapeutic effect of deoxycholic acid in chronic viral affections. VII. Int. Congress of Chemotherapy, Praha, 1971, 379—380.
8. CHÝLE, M., CHÝLE, P.: Kyselina desoxycholová v léčbě recidiv herpesu labialis. 1, 1975, 114, 1226—1229.
9. RYCHLÍKOVÁ, E.: Vertebroardiální syndrom. Praha, 1975.
10. STARÝ, O. — FIGAR, Š.: Vegetativní reakce a jejich změny u diskogenních a radiikulárních syndromů. Pokroky v rehabilitaci, Praha, 1968, 138—164.
11. VRANEŠIČ, Z.: Význam diskopatií pro vznik oparu pásového. 1, 1951, 90, 302.
12. STIG. WILLNER: Spinal pantograf a non invasive technique for describing kyphosis and lordosis in the thorace lumbar spine. Acta orthop. Scand. 52, 1981, 525—529.
13. ZVĚŘINOVÁ, E. — FUCHSOVÁ, M.: Spinální ganglionektomie při interkostální postherpetické neuralgii. Čs. neurolog. 35/68, 1972, 6, 318—323.

Adresa autora: J. B., OÚNZ, Kutná Hora

Й. Брадна

К ЛЕЧЕНИЮ HERPES ZOSTER ДЕЗОКСИХОЛОВОЙ КИСЛОТОЙ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ

В ы в о д ы

Сегментарные радикулопатии, сопутствующие herpes zoster, представляют собой трудную терапевтическую проблему. Речь идет о поражении нерво-дермо и миоме-ра с частыми случаями спондилартроза с синдромом сужения межпозвонокового канала, или же о дископатии. Поэтому по истечении болезненной стадии и улучшении кожных симптомов необходима лечебная гимнастика.

Мерой поражения мышечным спазмом и парезами были изменения мышечного тонуса, наблюдаемые при помощи миотензометрии и электромиографии. Сколиографией, пантографом оценивались искривление и подвижность позвоночника путем вычисления индексов и угловых изменений.

J. BRADNA / K LÉČBĚ HERPES ZOSTER DESOXYCHOLOVOU KYSELINOU A REHABILITACI

Стандартное лечение витамином B₁₂ с эметинем и анальгезирующими веществами было заменено введением дезоксиценовой кислоты в дозе 3×200 мг в сутки, в случае необходимости с ацидифирующей терапией (хлористый аммоний 3×200 мг) и в других случаях дегидрохолом 3×1/2 — 1 т. в сутки. После лечения быстро исчезали извержения и болезненность, равно как сегментарные спазмы и парезы.

Реабилитация, массажи сегментов или тракции после применения соллюкса или парафина были ориентированы на восстановление подвижности позвоночника, на расслабление спазмов. В ряде случаев сегментарные радикулопатии были обнаружены еще до возникновения опоясывающего лишая и в пораженных сегментах была понижена капиллярная резистентность.

J. Bradna

THE TREATMENT OF HERPES ZOSTER WITH DESOXYCHOLIC ACID AND REHABILITATION

S u m m a r y

Segmental radiculopathies accompanying herpes zoster are a difficult therapeutical problem. It is a neuro-dermo and myomere affliction with frequent occurrence of spondylarthrosis with stenosis of the intravertebral duct and also discopathy. Kinesitherapy is therefore important after the algic condition and improved conditions of the skin.

The criterion for the affection of muscle spasms and pareses were changes of the muscle tone determined by myotensometry and electromyography. Scoliosis and mobility of the spine was evaluated by scoliography and pantograph, indices expressed in numbers and changes of ratio.

Standart therapy with vitamin B₁₂ with emetine and analgetics was substitutes by the application of desoxycholic acid with a dosis of 3 times 200 mg daily also by acidification therapy (ammonium chloratum 3 times 200 mg) and in other cases with dehydrochole 3 times half a tablet or one tablet daily. After the treatment eruptions and pain disappeared quickly, as well as segmental spasms and pareses.

Rehabilitation, segmental massage, if necessary traction after solux application or paraffin was aimed for the restoration of mobility of the spine by relaxation of spasms. In a number of cases segmental radiculopathies were found already before appearance of herpes zoster and in the affected segments decreased capilar desistance was found.

J. Bradna

ZUR BEHANDLUNG DES HERPES ZOSTER MIT DESOXYCHOLSÄURE UND REHABILITATION

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

Segmentale Radikulopathien, die den Herpes zoster begleiten, stellen ein schwieriges therapeutisches Problem dar. Es handelt sich dabei um eine Neuroderm-Erkrankung und eine Störung des Myomers, häufig zusammen mit Spondylarthrose vorkommend, auch mit einem Syndrom der Verengung des intervertebralen Kanals, bzw. mit Discopathie. Daher ist nach dem Abklingen des algischen Stadiums und nach einer Besserung der Hautveränderungen die Kinesiotherapie von Wichtigkeit.

Als Maßstab der Schädigung durch Muskelspasmen und Paresen dienten Veränderungen des Muskeltonus, die mit Hilfe von Myotensometern und mit Elektromyographie festgestellt wurden. Mit Scoliographie und Pantograph wurde die Krümmung und Beweglichkeit des Rückgrats mittels zahlenmäßiger Indikatoren und Winkelveränderungen gewertet.

Die übliche Behandlung mit Vitamin B₁₂ und Emetin sowie mit Analgetika wurde

J. BRADNA / K LÉČBĚ HERPES ZOSTER DESOXYCHOLOVOU KYSELINOU A REHABILITACÍ

durch die Anwendung von Desoxycholsäure mit Dosen von 3x200 mg täglich, evtl. mit Acidifikationstherapie (ammonium chloratum 3x200 mg) ersetzt, in anderen Fällen mit Dehydrochol 3x 1/2 — 1 Tabl. täglich. Nach dieser Behandlung war ein schnelles Verschwinden der Eruptionen und der Schmerzhaftigkeit zu verzeichnen, ebenso wie der segmentalen Spasmen und Paresen.

Rehabilitationsbehandlung, segmentale Massagen, evtl. Traktion nach Behandlung mit Solluxstrahlung oder Paraffin war auf die Erneuerung der Beweglichkeit des Rückgrats, durch die Lösung der Spasmen, ausgerichtet. In mehreren Fällen konnten schon vor dem Auftreten der Gürtelherpes-Erscheinungen segmentale Radikulopathien festgestellt werden und in den befallenen Segmenten war die Kapillarresistenz verringert.

J. Branda

A LA THÉRAPIE DE L'HERPÈS ZOSTER PAR L'ACIDE
DESOXYCHOLIQUE ET LA RÉHABILITATION

Résumé

Les radiculopathies segmentaires accompagnant l'herpès zoster sont un problème de thérapie compliqué. Il s'agit d'affection du neuro-dermo et du myométre avec apparition fréquente de la spondylarthrose avec syndrome de resserrement du canal intervertébral évent. de discopathie. Après le stade algique et l'amélioration des actions cutanées, c'est l'application de la kinésithérapie qui est importante.

Le critère de l'affection par spasmes musculaires et parésies furent les modifications du tonus musculaire contrôlées par la myotensométrie et électromyographie, scolio-graphie, par pantographe, furent évaluées la courbure et la flexibilité de la colonne vertébrale par ledénombrement des indices et les transformations angulaires.

La thérapie standard vit. B12 avec émétine et analgésiques fut remplacée par l'application de l'acide desoxycholique par dose 3x200 mg par jour év. par thérapie acidifiante (ammonium chloratum 3x200 mg), dans d'autres cas par déhydrochole 3x1/2 — 1 comprimé par jour. Après la thérapie, les éruptions et la douleur disparurent rapidement de même que les spasmes segmentaires et les parésies.

La réhabilitation, les massages segmentaires évent. les tractions après les rayons infra-rouges ou par paraffinage furent orientés vers la régénération de la mobilité de la colonne vertébrale, le relâchement des spasmes dans une série de radiculopathies segmentaires démontées avant l'apparition de l'éruption herpétique et dans les segments affectés la résistance capillaire a diminuée.

L. BEELEY

MEHR SICHERHEIT BEI DER ARZNEIMITTEL-THERAPE

Více jistoty při medikamentózní léčbě

Nakl. Gustav Fische, Stuttgart 1981

Jde o praktickou příručku kapesního formátu, která v tabelárním přehledu upozorňuje na nežádoucí vedlejší účinky léků, se zvláštním zřetelem na farmakoterapii při nedostatečnosti ledvin a jater, jakož i na podávání léků v těhotenství. Již v předmluvě autorka zdůrazňuje, že jde o základ-

ní informaci s určením pro praktického lékaře. Nejde jen o kvalitativní ukazatele účelného podávání léků, ale i o kvantitativní dávkování léků a změn v tomto dávkování při různých vnitřních onemocněních.

Dr. B. Ždichynec, CSc., Karlovy Vary

**CEREBRÁLNÍ APLIKACE STÁLÉHO STEJNOSMĚRNÉHO
HOMOGENNÍHO MAGNETICKÉHO POLE U CEFALEÍ**

O. GRÜNNER

*Rehabilitační odd. NSP v Jeseníku**Přednosta: MUDr. . Grünner, CSc.*

Souhrn: Stálé stejnosměrné homogenní magnetické pole bylo transcerebrálně aplikováno souboru 26 pacientů s vasomotorickou a tensní cefaleou. Každému z nemocných byla podána jedna procedura skutečná a jedna procedura zdánlivá. Po aplikaci skutečné procedury se ve všech případech zvýšil elektrický kožní odpor a snížila se vodivost, což významně odlišilo účinek skutečné procedury od jejího zdánlivého podání a objektivně dokumentovalo — i subjektivně pocitovaný — útlmový účinek procedury. Podání skutečné procedury však mělo zřetelný analgetický efekt a vedlo u 17 pacientů k naprostému zániku či značnému ústupu bolesti, u zbývajících 9 pacientů pak k mírnému ústupu bolesti — zase ve významném rozdílu vzhledem k podání zdánlivé procedury. Po podání zdánlivé procedury se totiž bolest hlavy zmenšila 4 krát, v 13 případech byla beze změn a zvýšila se 9 krát. Nabízí se možnost podání stálého stejnosměrného homogenního magnetického pole o velikosti indukce 96,4 G v cerebrální aplikaci při bolestech hlavy vasomotorické a tensní etiologie.

Klíčová slova: Elektronický šum — elektromagnetické impulzy — magnetické pole — transcerebrální aplikace — vyhodnocení výsledků

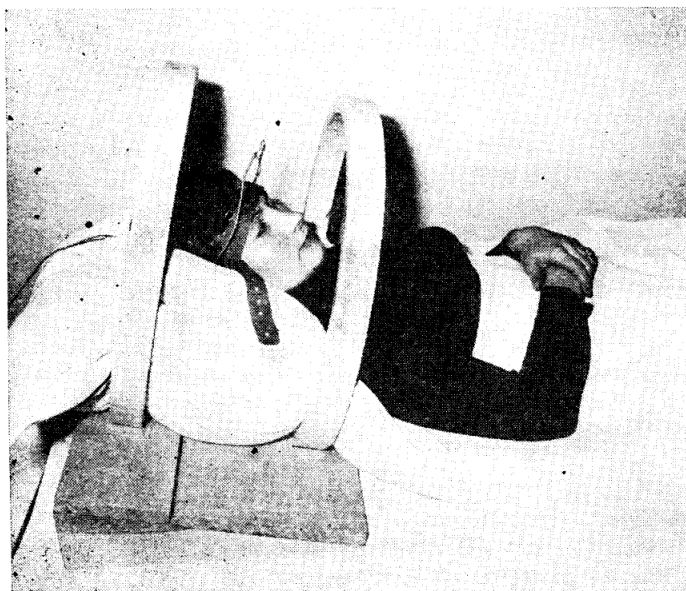
V poslední době jsme mohli již několikrát upozornit na rozličné léčebné efekty cerebrálního podání elektronického šumu, přerušovaných elektromagnetických i stálých homogenních magnetických polí (1 — 9). Mohli jsme prokázat, že iritabilní či útlmový efekt cerebrálního podání všech těchto procedur je závislý na charakteristikách uvedených polí. Výsledky našich prací zamítly představu některých autorů (15), dle níž by rozhodující rolí při účinku těchto cerebrálních aplikací měla jen ta skutečnost, že centrálním nervovým systémem — tj. především diencefalickými strukturami a limbickými okruhy — prochází elektrický proud či magnetické, ev. elektromagnetické pole jakéhokoliv tvaru, velikosti či intensity. Centrální nervové struktury měly být takto elektrickým proudem či elektromagnetickým polem pouze identicky stimulovány a pak již samy dle aktuálního svého stavu měly dále rozvinout všechny další úpravné mechanismy, vedoucí jedenkrát k útlumu, ev. k ospalosti a spánku, po druhé k iritabilitě, k pocitu zvýšené bdělosti. Naše práce zamítají tuto představu neurčitosti působení elektromagnetických impulsů tehdy,

O. GRÜNNER / CEREBRÁLNÍ APLIKACE STÁLÉHO STEJNOSMĚRNÉHO HOMOGENNÍHO MAGNETICKÉHO POLE U CEFALEI

působí-li magnetickým polem větší intensity, než je basální velikost geomagnetického pole, či elektromagnetickými pulsy, většími, než je řád průměrného kolísání geomagnetického pole — tj. desítky gama — ($1 \text{ gama} = 10^{-9} \text{ tesla/T}$) — a to tím více, čím výraznějšími intenzitami působíme. Zatímco v dřívějších sděleních jsme upozorňovali pouze na změnu bdělosti při aplikaci těchto polí, v nynějším sdělení hodnotíme analgetický účinek podání stálých stejnosměrných homogenních magnetických polí (SSHMP).

Přístroj

Při cerebrální aplikaci SSHMP jsme použili přístroje, který jsme nazvali MAGNETOREL, 3—, a to na rozdíl od dřívějších přístrojů, jež byly zdrojem slabších indukčních hodnot. Tak MAGNETOREL XX 1 byl zdrojem SSHMP o indukci 0,73 G ($1 \text{ G} = 10^{-4} \text{ T}$), MAGNETOREL 2 pak zdrojem pole o indukci 8,8 a 26,6 G (9). Experimentální přístroj MAGNETOREL 3 je zdrojem SSHMP o indukci 96 G a pozůstává z napájecího zdroje a zdroje SSHMP. Zdrojem SSHMP je soustava dvou kruhových cívek o průměru 480 mm, upevněných na podstavci tak, že jejich poloviny jsou od sebe vzdáleny 211 mm, vnitřní okraje cívek jsou vzdáleny pak 190 mm, šířka cívky je 43 mm, její hloubka pak 25 mm. Cívky jsou tvořeny dvakrát 300 závitů měděného drátu o průměru 2,2 mm, o specifickém odporu 17 m Ω /m. Odpor celé cívky je pak 5,14 ohmů, což značí, že obe cívky v sérii mají odpor 10,28 ohmů. Při napětí 24 V jsou cívky na polovině hodnot, požadovaných pro tepelnou i dotykovou bezpečnost. Maximální zatížení s velkými rezervami může být až 60 V. Při hodnocení těchto údajů je třeba upozornit, že při práci s cívkami jde vždy o suché prostředí. Výsledné magnetické pole je homogenní a má přibližně kulový tvar o průměru asi 300 mm s chybou 5 %. Vně této oblasti nastává rozptýlené a nerovnoměrnost pole. (Obr. 1).



Obr. 1. Aplikace stálého stejnosměrného homogenního magnetického pole o indukci 96,4 G přístrojem MAGNETOREL 3.

O. GRÜNNER / CEREBRÁLNÍ APLIKACE STÁLÉHO STEJNOSMĚRNÉHO HOMOGENNÍHO MAGNETICKÉHO POLE U CEFALEI

Soustava je schopna vytvořit magnetické pole s intenzitou

$H = 1836 \cdot I \text{ A/m}$, tj. s intenzitou

$H + 1836 \cdot 4,2 \text{ A/m} = 7.712 \text{ A/m} \approx 96,4 \text{ Oe}$ (ev. přibližně o magnetické indukci 96,5 G).

Přesnost této hodnoty závisí jednak na přesnosti cejchování, jednak na přesnosti napájecího proudu.

Napájecí zdroj může být jakýkoliv generátor harmonického, pravouhého, jehlového, šumového apod. průběhu od stejnosměrného až asi do 10 kHz. V naší soustavě byl jakožto napájecí zdroj použit experimentální přístroj poskytující stabilní stejnosměrný proud. (Bližší popis u autora).

Cívky soustavy jsou umístěny na dřevěném klínu, který je uzpůsoben tak, že vložením měkkého polštáře na tento šikmý klín se hlava léčeného subjektu dostává přibližně do středu obou cívek tak, že mezimozkové struktury a pokud možno i další oblasti je obklopující jsou zcela umístěny v SSHMP. Maximální a námi vždy použitá velikost proudu byla $I = 4,2 \text{ A}$, z napájecího zdroje však může být přiveden i proud nižší intenzity. Při aplikaci pole je třeba dbát toho, aby byly odstraněny náušnice i další, mnohdy kovové, tj. vodivé předměty — náhrdelníky, sponky atd.

Měřicí metody

Při podání procedury byl pacient umístěn tak, že střed hlavy byl v myšleném středu SSHMP. Sama procedura byla podávána po dobu jedné hodiny. V deseti-minutových intervalech, celkem třikrát před procedurou (tj. ve dvacáté, desáté a nulté min. před procedurou) a třikrát po proceduře (tj. v šedesáté, sedmdesáté a osmdesáté min. dle našeho označení na grafu 1) byly hodnoceny jak změny elektrokožního odporu (EKO), tak změny elektrokožní vodivosti (EKV) i změny elektrokožní kapacity (EKK). Hodnoty EKO byly hodnoceny již dříve popsanou metodou [5, 6]. Hodnoty EKV i EKK byly sledovány pak pomocí přístroje vyvinutého ing. Hájkem v kabinetu prof. dr. Forejta, DrSc., na elektrotechnické fakultě ČVUT v Praze. Vzhledem k tomu, že jsme sledovali změny elektrokožních fenoménů a nikoliv jejich absolutní výši, uvedli jsme všechny hodnoty měřené před procedurou i po jejím skončení ve vztah k hodnotě, pozorované v třetím měření, tj. v měření, jež bylo prováděno těsně před zahájením procedury v nulté minutě dle našeho označení. Absolutní hodnoty se pohybovaly v řádu $10^4 \text{ k}\Omega$, μS či hF .

Soubor a aplikace

Stálé homogenní magnetické pole bylo transcerebrálně aplikováno souboru 26 pacientů. Všichni nemocní trpěli cefaleou vasomotorickou, ev. tensní (tab. 1). Pacienti s dalšími chorobami, u nichž by bolest hlavy byla jen doprovodnou složkou jiného onemocnění (např. hypertenzivního onemocnění, ev. změn v CNS) nebyli v souboru zastoupeni. Každá procedura byla podána v údobí trvajících bolestí. Průměrný věk pacientů souboru byl 36,7 let, soubor pozůstával ze 17 žen a 9 mužů.

Každému z nemocných byla podána jedna skutečná procedura a jedna procedura zdánlivá, při které přístroj nebyl zapojen. Nemocný se však domníval, že jde o identickou proceduru, která má vždy léčebný účinek. Pořadí skutečné a zdánlivé procedury bylo střídavé tak, že polovina nemocných měla jako prvou aplikovanou skutečnou proceduru a další polovina měla pak jakožto prvou podanou zdánlivou proceduru. Spolu se změnami elektrokožních fenoménů jsme po proceduře sledovali v tomtéž období změny pocitu bolesti hlavy, a to ve čtyřech stupních:

I. stupeň: značný ústup až zánik bolesti (hodnoceno: ++)

O. GRÜNNER / CEREBRÁLNÍ APLIKACE STÁLÉHO STEJNOSMĚRNÉHO HOMOGENNÍHO MAGNETICKÉHO POLE U CEFALEI

II. stupeň: mírný ústup bolesti (hodnoceno: +)

III. stupeň: bolest beze změny (hodnoceno: —)

IV. stupeň: zvýšení bolesti (hodnoceno: ——)

Hodnoceno bylo též trvání a změna bolesti v dalších třech dnech po podání procedury.

V ý s l e d k y

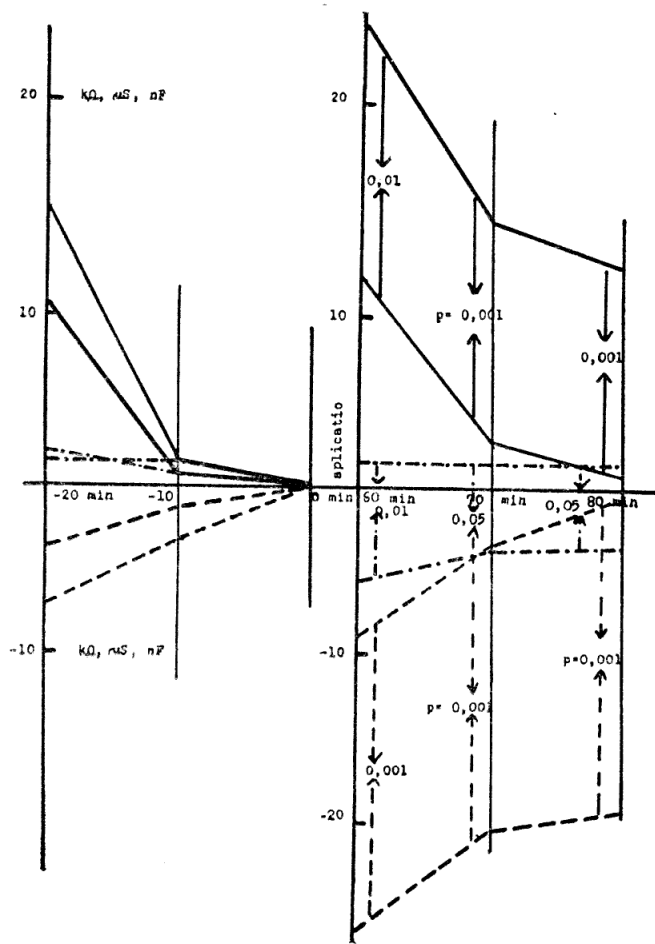
Průměry zjištěných změn EKO, EKV i EKK při podání skutečné i zdánlivé procedury v sledovaném souboru pacientů možno pozorovat v grafu 1. Je patrné, že významné změny v uvedených elektrokožních hodnotách možno zachytit jen po podání procedur, a to ve všech sledovaných ukazatelích v nulté, desáté a dvacáté minutě po podání procedury (tj. v šedesáté, sedmdesáté a osmdesáté minutě našeho označení) bez jakékoliv výjimky. Nejvýznamnější rozdíly zachycuje hodnocení změn EKV, a to na jednopromilové hladině významnosti dle t-testu. Hodnocení změn EKO je významné rovněž ve všech údobích sledování, a to v nulté minutě na jednoprocentní, v desáté a dvacáté minutě na jednopromilové hladině významnosti. Významnosti — i když v hodnotách jednoho a pěti procent dosahuje i sledování změn EKK. Při skutečné proceduře je tedy patrné významné zvýšení EKO a významné snížení EKV i EKK.

Neméně závažné je i porovnání základních směrů změn odporu i vodivosti u jednotlivých pacientů po skutečné i zdánlivé proceduře. Po skončení skutečné procedury byl EKO ve všech případech vyšší než při jejím zahájení a EKV byla ve všech případech nižší. Naproti tomu u zdánlivé procedury byl odpor nižší v 18 případech a vyšší v 8 případech, zatím co EKV byla zvýšena v 10 případech a nižší v 16 případech (Graf 2). I v tomto porovnání jde ve všech srovnáních účinku skutečné a zdánlivé procedury o rozdíly významné nejméně na jednoprocentní hladině významnosti dle x^2 .

Z dřívějších našich prací je patrné, že snížení EKO (hodnotíme jej v symetrických místech čela) je výrazem zvýšení útlmu (1—7). EKV vytváří v ideálním případě zrcadlový obraz EKO a může být z těchto hodnot přepočítána. My jsme se však uchýlili k přímé metodě jejího měření jednak pro větší možnost přímé kontroly sledovaných hodnot, jednak proto, že jsme takto zdvojili měření. Mezi měřeními EKO a EKV, jež byla prováděna vždy dvěma rozdílnými aparaturami, uplynula vždy doba jedné až jedné a půl minuty. Proto také jsou jisté, i když nepříliš významné rozdíly v obou hodnotách. Dané hodnoty také udávají spolehlivost měření. Zcela jinak je tomu ovšem již při hodnocení EKK. Tyto změny u živého organismu (při hodnocení na čele) sledovaly směr změn vodivosti, i když ne vždy jednoznačně. Vcelku však, jak patrné, po podání procedury magnetickým polem byly sníženy, zatím co po podání i zdánlivé procedury byli nepatrně vyšší. Zatím co vztah EKO i EKV k změnám bdělosti i útlumu (při zachování stability zevních i vnitřních proměnných) je zřetelný, není tomu tak při hodnocení vztahu EKK. Děje odpovědné za změny kožní kapacity nejsou dosud jednoznačně zodpovězeny. Není dosud rozhodnuto, zda při hodnocení změn EKK může jít o děje, jež mají samostatný význam, či zda tyto děje vyjadřují pouze doprovod k zbývajícím dvěma elektrokožním fenoménům.

Již při sledování účinku stálého homogenního stejnosměrného magnetického pole o indukci 0,72 G, 8,8 G a 26,6 G jsme mohli pozorovat při celkovém psy-

O. GRÜNNER / CEREBRÁLNÍ APLIKACE STÁLÉHO STEJNOSMĚRNÉHO HOMOGENNÍHO MAGNETICKÉHO POLE U CEFALÉÍ



Graf 1. Průměry změn elektrokožních hodnot před počátkem aplikace a po jejím ukončení v souboru 26 pacientů.

Sledování změn při aplikaci skutečné procedury vyznačeno silnými čarami. Sledování změn při aplikaci zdánlivé procedury vyznačeno tenkými čarami.

Plné úsečky = změny elektrokožního odporu (EKO) v kΩ.

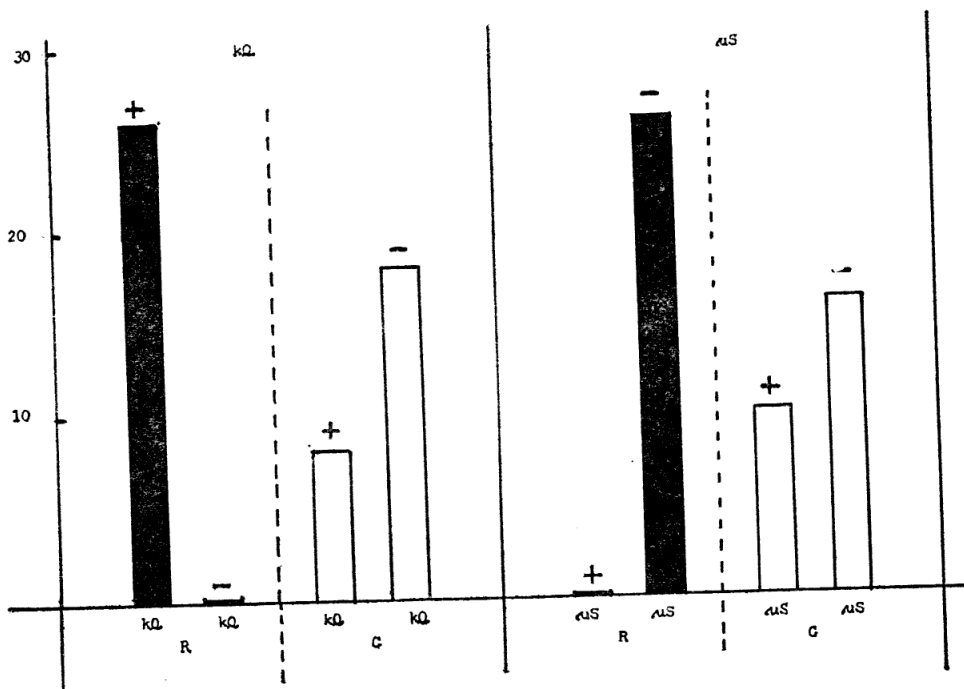
Čárkované úsečky = změny elektrokožní vodivosti (EKV) v μS.

Čerchované úsečky: změny elektrokožní kapacity (EKK) v nF.

Na ose -X- udána doba sledování ve vztahu k zahájení procedury (tj. k nulté minutě). Procedura trvala 60 min.

Hodnoceny změny 20 a 10 min. před procedurou. Dále hodnocena velikost elektrokožních fenoménů v nulté minutě a u každé procedury vzata jako základní (tj. nulová) hodnota. Všechny další hodnoty téže procedury uvedeny do vztahu s touto hodnotou. Hodnoceny rovněž změny elektrokožních fenoménů při ukončení procedury, tj. v šedesáté a osmdesáté minutě. Šipky ukazují na dosaženou významnost rozdílů prakticky ve všech zjištěných hodnotách po proceduře vzhledem k podání skutečné a zdánlivé procedury.

O. GRÜNNER / CEREBRÁLNÍ APLIKACE STÁLÉHO STEJNOSMĚRNÉHO HOMOGENNÍHO MAGNETICKÉHO POLE U CEFALÉÍ



Graf 2. Změny hodnot elektrického kožního odporu v kΩ a elektrické vodivosti v μS při ukončení procedury (tj. v šedesáté minutě) po podání skutečné (R) a zdánlivé (C) procedury. Na ose -Y- naneseny počty procedur.

+ = počty procedur se zvýšením sledovaných hodnot v šedesáté minutě.

- = počty pacientů se snížením sledovaných hodnot v šedesáté minutě.

Zvýšení i snížení sledovaných hodnot je udáváno vždy vzhledem k hodnotě zjištěné při zahájení procedury (tj. vzhledem k nulté minutě našeho označení).

Černé obdélníky: změny EKO i EKV po podání skutečné (R) procedury.

Pražné obdélníky: změny EKV po podání zdánlivé (C) procedury.

chickém útlumu též analgetický efekt. Proto tentokrát při aplikaci SSHMP 96,4 G jsme se zaměřili na sledování změn intensity cefaley v průběhu procedury a po jejím skončení. Jak patrné z tab. 1 a z grafu 3, mohli jsme prokázat snížení intensity vasomotorické či tensní cefaley ve všech podávaných případech, a to u 17 pacientů naprostý zánik či ústup bolesti, u 9 pacientů pak mírný ústup bolesti. Naproti tomu po podání placebo došlo devětkrát k zvýšení intensity bolesti a třináctkrát byla intenzita bolesti beze změny. Jen čtyřikrát bolest mírně ustoupila. Mohli jsme dále sledovat počátek změn intensity bolesti. U vasomotorických cefaleí ustoupila bolest v druhé půlhodině procedury, u cefaleí tensních jsme pozorovali častěji pouze mírný ústup bolesti. Při hodnocení období tří dnů od ukončení procedury jsme v pěti případech vasomotorické cefaley pozorovali návrat bolesti, i když ve změně intenzitě. U tensních cefaleí se však intenzita bolesti často zmírňovala dále druhý i třetí den. Toto sledování déletrvajícího ústupu bolesti po podání skutečné procedury SSHMP uvádíme jen k doplnění dřívějšího zjištění.

O. GRÜNNER / CEREBRÁLNÍ APLIKACE STÁLÉHO STEJNOSMĚRNÉHO HOMOGENNÍHO MAGNETICKÉHO POLE U CEFALÉI

K jeho ověření bude třeba dlouhodobého sledování pacientů v několikaměsíčním období, což bude předmětem další práce.

Tabulka 1. Změny v relativních hodnotách elektrického kožního odporu (EKO) a elektrické kožní vodivosti (EKV) po podání skutečné procedury u všech pacientů sledovaného souboru.

n	Dg	R	kQ —			μS —		
			60.	70.	80. min. 60.	70.	80.	
1.	T	+	+46	- 4	- 4	- 1	+18	+18
2.	V	+	+ 7	- 3	- 3	-28	-16	-15
3.	T	+	+12	+ 8	+ 5	- 1	+ 3	+ 2
4.	T	++	+ 9	+ 3	+ 3	- 4	0	0
5.	V	+	+ 4	0	+ 3	-20	-20	-47
6.	V	+	+ 6	+ 8	+14	-12	- 4	- 8
7.	V	+	+ 7	+ 2	+ 7	- 1	0	+ 3
8.	V	++	+ 8	+11	+13	-18	-30	-25
9.	V	++	+34	+18	+25	-52	-18	-16
10.	V	+	+ 9	+ 7	+ 5	-12	-11	-10
11.	V	++	+42	+42	+42	-24	-21	-22
12.	T	++	+29	+21	+11	-58	-42	-36
13.	T	++	+38	+29	+22	-16	-11	- 2
14.	T	+	+24	+13	+ 9	- 6	- 7	- 7
15.	V	++	+19	+ 5	+ 7	-54	-34	-31
16.	V	++	+15	+10	+ 9	-32	-28	-25
17.	T	++	+48	+18	+ 8	-16	- 4	- 2
18.	V	++	+29	+19	+13	-70	-76	-74
19.	T	++	+62	+20	+ 8	-63	-53	-41
20.	V	+	+29	+18	+15	-10	-10	-12
21.	V	++	+37	+21	+18	-10	-30	-30
22.	T	++	+68	+48	+44	-24	-20	-16
23.	T	++	+36	+19	+14	-17	-15	-15
24.	V	++	+43	+17	+29	-35	-21	-31
25.	V	++	+22	+16	+13	-82	-60	-49
26.	T	++	+47	+47	+17	-25	-22	-15

Výsvětlivky k tab. na str. 94

O. GRÜNNER / CEREBRÁLNÍ APLIKACE STÁLÉHO STEJNOSMĚRNÉHO HOMOGENNÍHO MAGNETICKÉHO POLE U CEFALÉÍ

n = pořadí jednotlivých pacientů v tab.

Dg = diagnosa

T = tensní cefalea

V = vasomotorická cefalea

R = změny v intenzitě bolesti

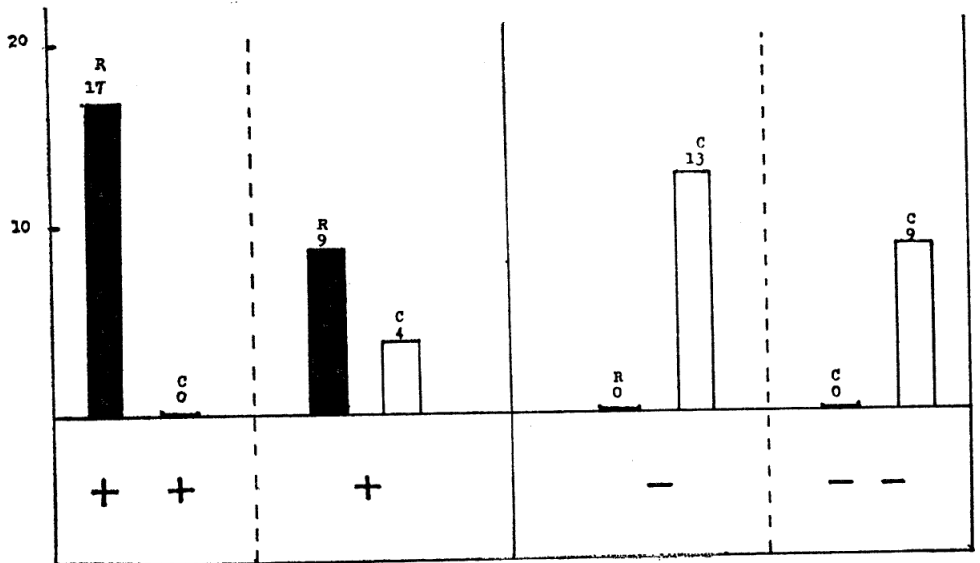
+++,-,- = symboly hodnotící změnu bolesti. Význam uveden v textu.

kO = změny elektrického kožního odporu v hodnotách kiloohmů.

uS = změny elektrické kožní vodivosti v hodnotách mikrosiemensů.

V tabulce uvedeny změny při ukončení hodinové procedury (60 min); 10 min. po ukončení procedury (70 min.) a 20 min. po ukončení procedury (80 min.).

Všechny hodnoty uvedeny ve vztah k hodnotě odporu či vodivosti, získané při zahájení procedury (označené v našem hodnocení jakožto nultá minuta sledování).



Graf. 3. Změny intenzity bolesti hlavy po podání skutečné procedury a po podání zdánlivé procedury.

++ = naprostý zánik či značný ústup bolesti

+ = mírný ústup bolesti

- = bolest beze změny

-- = zvýšení intenzity bolesti

Na ose -Y- udány počty procedur (pacientů).

Cerné obdélníky: změny po podání skutečné procedury.

Prázdné obdélníky: změny po podání zdánlivé procedury.

Diskuse

Útlumový a analgetický účinek hodinové procedury SSHMP o velikosti 96,4 G je zřetelně patrný a ve srovnání s podáním zdánlivé procedury v našem sou-

O. GRÜNNER / CEREBRÁLNÍ APLIKACE STÁLÉHO STEJNOSMĚRNÉHO HOMOGENNÍHO MAGNETICKÉHO POLE U CEFALEÍ

boru významný. Potvrdí-li se v dalších experimentech analgetické efekty této procedury, bude aplikace SSHMP skromným přínosem v dosavadních procedurách fysiatrických a rehabilitačních, ovlivňujících bolest. Proti medikamentózní terapii je patrná neškodnost této léčby — posud vyjma hypotensi nejsou známy např. žádné kontraindikace. Ve dvou případech jsme mohli totiž pozorovat značný pokles krevního tlaku po proceduře — jedenkrát jsme však zjistili i pokles TK i při podání procedury zdánlivé. Dle některých předpokladů dochází při podání SSHMP k snížení periferního cévního odporu, k zvýšení prokrvení. Je možné, že tyto poznatky bude možno využít také v ovlivnění hypertenze a psychických i organických potíží při mozkových arteriosklerosách. Již nyní je však třeba upozornit, že při aplikaci SSHMP bychom se neměli přiblížit k hodnotám, při nichž by mohlo dojít k ireversibilním změnám v CNS, ev. v jiných částech organismu. Intensita pole 2000 Oe (tj. $2 \cdot 10^{-1}$ T) po deset dnů třikrát denně po dvacet minut vedla k ireversibilním změnám CNS, ev. v jiných částech organismu drobných savců. Navržené hygienické normy v SSSR stanoví velikost intensity magnetického pole 700 Oe maximálně. Maximální gradient pak 2.20 Oe/cm — to vše pro dlouhodobý — ev. pracovní — pobyt v tomto poli. V relativně omezené době se terapeuticky užívá hodnot vyšších. Při hodinové aplikaci SSHMP o velikosti 2000 Oe dochází k zmírnění účinků po ozáření paprsky X, při aplikaci SSHMP o velikosti 5000 Oe dochází k zmírnění účinků po popálení kůže (12, 13). Aplikace stálého stejnosměrného magnetického pole o velikosti 600 Oe podkovovitým magnetem vedla k zlepšení a zrychlení hojení po poranění. I v našich zemích se osvědčilo stálé stejnosměrné magnetické pole v terapii svědivých dermatos a v ovlivnění arthralgií (10, 11).

Z á v ě r

V našem sdělení jsme mohli prokázat analgetický a útlumový vliv cerebrální aplikace SSHMP o indukci 96,4 G (tj. 9640 mikrotésla) v terapii bolestí hlavy vasomotorické i tensní etiologie. Otvírá se tak možnost dlouhodobého sledování efektu SSHMP v dynamice těchto bolestí.

LITERATURA

1. GRÜNNER, O.: Vlivy magnetických polí na organismus. *Lék. Tech.* 1, 1972, 18—19.
2. GRÜNNER, O.: Vliv geomagnetického klimatického komplexu na neurotické potíže lázeňských pacientů. *Fys. Věst.* 51, 1973, 21—29.
3. GRÜNNER, O.: Zhodnocení účinku magnetického náramku u některých algických stavů. *Lék. Tech.* 6, 1973, 145—148.
4. GRÜNNER, O.: Vegetativní reaktivita a úroveň bdělosti pod vlivem stálého stejnosměrného pole malé intensity. *Čas. Lék. čes.* 114, 1975, 618—622.
5. GRÜNNER, O.: Lázeňské léčebné postupy v terapii neuróz. Vyd.: Balnea, Praha, Tisk: Práce, Bratislava, 1967, 140 s.
6. GRÜNNER, O.: Elektrohypnóza v ovlivnění elektrické kožní reaktivity a reaktivity kožních kapilár. *Čas. Lék. čes.* 108, 1969, 704—708.
7. GRÜNNER, O.: Využití magnetických polí a elektronického šumu v léčení insomnie a neuróz. *Čs. Neurol. Neurochir.* 39/72, 1, 1976, 1—11.
8. GRÜNNER, O.: Application of electronic noise and pulsed magnetic field in the

O. GRÜNNER / CEREBRÁLNÍ APLIKACE STÁLÉHO STEJNOSMĚRNÉHO HOMOGENNÍHO MAGNETICKÉHO POLE U CEFALEÍ

- treatment of sleep disorders. Rev. brasil. Clin. Ter. (Sao Paulo), 4, 3, 1975, 15—16.
9. GRÜNNER, O.: Cerebrální aplikace homogenních magnetických polí. Lék. Tech. 1978, 1, 2—6.
 10. HOKYNÁŘ, O., KOMRSKA, M.: Klinické zkušenosti s aplikací magnetického pole u některých neurologických onemocnění. Elektromagnetická pole a biologické systémy., Praha, ČSVTS — FEL — ČVUT, s. 197, 164—167.
 11. HOKYNÁŘ, O., TOMAIER, J.: Klinické zkušenosti s aplikací magnetického pole u bércových vředů a některých dermatóz. Elektromagnetická pole a biologické systémy. Praha, ČSVTS — FEL — ČVUT. ss 197, 164—167.
 12. LICHÁČEV, A. I.: Izv. AN Azerbejdžansk. SSR Seria biol. nauk 1967, 1, 121.
 13. SOKOLOV, S. D.: Pat. Fysiol., 1967, 3, 69.
 14. VLČEK, L., LUKEŠ, A.: Zdroj stabilního proudu pro přístroj MAGNETOREL 3 — ČÚNZ Šumperk, tech. odbor, ZN 375/6, 1979.
 15. WAGENEDER, F. M., GERMAN, R. H.: Electrotherapeutic Sleep and Electroanaesthesia, vol. 5., Verlag für die technische Universität Graz, 1978, ss 462.

Adresa autora: O. G., Havličkova ul. 294, 790 00 Jeseník.

O. Грюннер

ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ АППЛИКАЦИЯ ПОСТОЯННОГО ОДНОРОДНОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ ПРИ ГОЛОВНЫХ БОЛЯХ

Резюме

Постоянное однородное магнитное поле применялось трансцеребрально в группе 26 больных с вазомоторной интенсивной головной болью. Каждый больной подвергся одной настоящей и одной мнимой процедуре. После аппликации настоящей процедуры во всех случаях повысилось электрическое кожное сопротивление и понизилась проводимость чем значительно отличилось действие настоящей процедуры от ее мнимой аппликации и объективно подтвердилось субъективно ощущаемое тормозящее действие процедуры. Однако, аппликация настоящей процедуры оказывала и выраженное анальгезирующее действие, вызвав у 17 больных полное исчезновение или значительное подавление боли, у остающихся 9 больных небольшое подавление боли, что также значительно отличалось от результатов мнимой процедуры, вследствие которой головная боль уменьшилась 4 раза, в 13 случаях оказалась неизменной, а в 9 случаях она даже увеличилась. Направляется возможность аппликации постоянного однородного магнитного поля величиной индукции 96,4 G в церебральном применении при головных болях вазомоторной и тензивной этиологии.

O. Grünnner

CEREBRAL APPLICATION OF CONSTANT DIRECT HOMOGENEOUS MAGNETIC FIELD IN HEADACHES

Summary

Constant direct magnetic field was transcerebrally applied in a group of 26 patients with vasomotoric and tension headaches. Each patient was administered one real procedure and an apparent procedure. After application of the procedure the electric cutaneous resistance increased in all cases and conductivity decreased. The effect of the real procedure differed significantly from the apparent one and objectively docu-

O. GRÜNNER / CEREBRÁLNÍ APLIKACE STÁLÉHO STEJNOSMĚRNÉHO HOMOGENNÍHO MAGNETICKÉHO POLE U CEFALÉÍ

mentated, — also the subjectively felt sedative effect of the procedure. The application of the real procedure had however a distinctly analgetic effect and in 17 patients lead to a total extinction, or considerable recession of pain. In the remaining nine patients it resulted in a moderate recession of pain. This was again a significant difference compared with the effect of the application of the apparent procedure. After application of an apparent procedure headaches decreased in four patients, in 13 cases there was no difference, and in nine cases pains increased. It can be therefore recommended to administer constant direct current of the homogeneous magnetic field of an induction of 96,4 G in cerebral application in headaches of vasomotoric and tension etiology.

O. Grüner

ZEREBRALEN EINSATZ EINES STABILEN GLEICHGERICHTETEN
HOMOGEN MAGNETFELDES BEI ZEPHALAEEN

Zusammenfassung

Ein stabiles gleichgerichtetes homogenes Magnetfeld wurde bei einem Patientengut von 26 Patienten mit vasomotorischer und tensionsbedingter Zephalaea transzerebral eingesetzt. Jedem der Patienten wurde eine echte und eine vorgetäuschte Prozedur verabreicht. Nach dem Einsatz der echten Prozedur hat sich in allen Fällen der elektrische Widerstand der Haut erhöht und ihre Leitfähigkeit verringert, wodurch sich die Wirkung der echten Prozedur von der der Scheinprozedur unterschied und damit die objektive — und auch subjektiv empfundene — schmerzstillende Wirkung der Prozedur dokumentierte. Der Einsatz der echten Prozedur hatte jedoch eine klar erkennbare analgetische Wirkung und führte bei 17 Patienten zu einem völligen Abklingen bzw. zu einer wesentlichen Abschwächung der Schmerzen, bei den restlichen 9 Patienten zu einer mäßigen Abschwächung der Schmerzen — ebenfalls in merklichem Unterschied zur Wirkung der Scheinprozedur. Nach Verabreichung der Scheinprozedur Verringerten sich nämlich die Kopfschmerzen in 4 Fällen, in 13 Fällen blieben sie unverändert, in 9 Fällen wurden sie schlimmer. Es empfiehlt sich somit die Möglichkeit, bei Kopfschmerzen mit vasomotorischer und tensionsbedingter Ätiologie ein stabiles gleichgerichtetes homogenes Magnetfeld mit einer Induktion von 96,4 G zerebral anzuwenden.

O. Grüner

APPLICATION CÉRÉBRALE DU CHAMP CONSTANT UNIFORME
HOMOGÈNE MAGNÉTIQUE CHEZ LES CÉPHALES

Résumé

Une application cérébrale du champ constant uniforme homogène magnétique a été réalisée chez un groupe de 26 patients affectés de céphales vasomotrice et tensorielle. On a administré à chaque malade une procédure réelle et une procédure apparente. Après application de la procédure réelle dans tous les cas, la résistance cutanée électrique augmenta et la conductibilité diminua ce qui différençia de façon importante l'effet de la procédure réelle de l'administration apparente et documenta objectivement l'effet atténuant de la procédure — même à sensation subjective. L'administration de la procédure réelle eut un effet analgésique net et chez 17 patients mena à une disparition totale ou une atténuation considérable de la sensibilité à la douleur, chez les 9 patients suivants à une atténuation modérée de la douleur — aussi en différence importante par rapport à l'administration apparente de la procédure. Après administration de la procédure apparente les maux de tête diminuèrent de 4 fois, dans 13 cas ils

O. GRÜNNER/CEREBRÁLNI APLIKACE STÁLÉHO STEJNOMĚRNÉHO HOMOGENNÍHO MAGNETICKÉHO POLE U CEFALEÍ

restèrent sans changement et dans 9 cas, ils augmentèrent. Il s'offre la possibilité d'une administration du champ constant uniforme homogène magnétique d'une grandeur d'induction de 96,4 G dans l'application cérébrale des maux de tête de l'étiologie vasomotrice et tensorielle.

J. M. BROOKHART, V. B. MOUNTCASTLE, V. B. BROOKS, S. K. GEIGER
**HANDBOOK OF PHYSIOLOGY. SECTION 1.: THE NERVOUS SYSTEM.
VOL. II, PART 1. A 2.**

Príručka fyziológie. Sekcia 1. Nervový systém. Vol. II. časť 1. a 2.
Vydal: American Physiological Society, Bethesda Maryland 1981 vo Vydavateľstve The Williams and Wilkins Company, Baltimore
ISBN 0-683-01105-7

Americká fyziologická spoločnosť vydáva príručky pre najrôznejšie oblasti súčasnej fyziológie, ktoré predstavujú kritický prehľad fyziologických znalostí a konceptov. Týmto spôsobom je zmapovaná prakticky celá fyziológia. V roku 1981 vychádza zásluhou Americkej fyziologickej spoločnosti dvojdielna učebnica o otázkach nervového systému a motoriky. Delí sa na dve časti, osobitne vydané, z ktorých prvá časť sa zaoberá v jednotlivých kapitolách otázkami kostí a svalov, otázkami reflexov, nervovej organizácie a regulačných systémov a konečne otázkami descendných kontrolných dráh. Druhá časť, predstavujúca taktiež osobitný zväzok, prináša informácie o mozočku a bazálnych gangliách, o otázkach mechanizmu cerebrálnej kontroly, otázkach rytmických pohybov a ich voluntárneho riadenia, o problematike vizuomotorickej kontroly a o otázkach výkonnosti z hľadiska niektorých psychologických mechanizmov. Jednotlivé veľké kapitoly majú celý rad menších celkov, ktoré detailne a do podrobnosti riešia jednotlivé čiastkové otázky zaradené do diskusie. Obidva diely sú ukončené vecným registrom, každá jednotlivá kapitola má na záver zaradený prehľad písomníctva a je bohato dokumentovaná obrázkami, náčrtmi, fotografiami, schémami a tabuľkami.

Aj keď ide podľa názvu celého edičného radu o príručku, dva diely nervového sys-

tému prinášajú podrobný kritický prehľad súčasného stavu vo všetkých fyziologických otázkach v oblasti motoriky, predovšetkým z aspektov nervového systému. Publikácia nie je iba súborom početných faktorov, ale prináša názor spracovateľov jednotlivých kapitol na tú-ktorú oblasť súčasnej fyziológie neuromotorického systému. Pre medikov je rozsiahla, pre fyziológov vysoko informačná. Každý lekár a každý pracovník, ktorý sa stretáva s otázkami základov fyziológie hybnosti, či so zložitými otázkami stereotypov hybnosti, nájde tu dostatok adekvátnych informácií, predovšetkým pre svoju vedecko-experimentálnu prácu, ale aj pre svoju klinicko-praktickú prácu. Podrobné štúdium jednotlivých častí tejto monografie prinesie nielen vysvetlenie rôznych javov, ale slúži predovšetkým ako zdroj nových informácií, sto informácií konfrontujúcich a informácií inšpirujúcich. Je veľmi iluzórne navrávať, že niektorá monografia alebo publikácia je dokonalá. Táto recenzovaná publikácia sa však určitým spôsobom blíži k dokonalosti, predovšetkým z hľadiska zostavovania informácií, ako aj z hľadiska podania a interpretácie informácií v danej oblasti.

Aj keď uvedená publikácia je veľmi rozsiahla, treba ju mať v knižnici, pretože je trvalým zdrojom nových informácií z oblasti fyziológie a riadenia motoriky.

Dr. M. Palát, Bratislava

SÚBORNÉ REFERÁTY

REFLEXNÍ ALGODYSTROFICKÝ SYNDROM II.

J. NAVRÁTIL

*Vnitřní oddělení nemocnice s poliklinikou v Kyjově**Přednosta: prim. MUDr. L. Kozumplík**Ordinace revmatologická*

VIII. Klinické formy

Sudeckův syndrom

V závislosti na různých úrazech končetin, operačních traumatech, lokálních zánětlivých procesech (panaritia, flegmony, artritidy atd.) dochází u predisponovaných osob k přetrvávání bolesti, tato nabývá charakter sympatálgie tupého, palčivého nebo pulzujícího charakteru synchronního s tepem; bolest se stává kontinuální a sužuje nemocného hlavně v noci. Bolest je difúzní a nemá charakter ani segmentární, ani periferní inervace. Asi kolem desátého dne od začátku dochází k otoku končetiny v místě úrazu, který se rychle šíří jak směrem periferním, tak ke kořeni končetiny, takže např. při zhmoždění zápěstí postihuje celou ruku včetně všech prstů, které jsou difúzně odulé, avšak šíří se také na předloktí; při úrazu nohy otok postihne celou nohu a distální část, případně i celý bérce. Kůže v oblasti této difúzní kongesce je napjatá, takže kožní řasy jsou vyhlazeny, je teplá, lesklá, bledá nebo narůžovělá až zarudlá, silně se potí, je přecitlivělá na pouhý dotek. Bolestivost se zvyšuje při každém pohybu, takže nemocný úzkostlivě chrání postiženou končetinu před sebemenším pohybem. Při postižení ruky jsou prsty v lehkém flexním postavení, tvorba špetky nebo pěsti je pro bolestivost a difúzní otok nemožná, rtg obraz je normální, oscilometrické a pletysmografické vyšetření prokáže zvýšení indexů, scintigrafické vyšetření pomocí ^{99m}Tc hyperfixací izotopu v postižené oblasti. Toto I. stadium, silně napodobující akutní kloubní zánět, zejména akutní dnavý záchvat, trvá 2—4 týdny a pak nastupuje II. stadium: difúzní kongesce postižené oblasti ustupuje, kůže se stává studenou, bledou až lividní, zvýšené pocení přetrvává, chlupy vypadávají, kůže se začíná ztenčovat, podkožní vazivo se retrahuje, takže flexní postavení prstů se zvětšuje a v rtg obraze se objevuje difúzní osteoporóza celé postižené oblasti (celé ruky, celé nohy) a přilehlých partií předloktí nebo bérce. Osteoporóza má někdy sklovitý, jindy skvrnitý charakter a různou intenzitu. Kloubní štěrbinu kloubů postižené oblasti zůstávají zachovány a nedochází ani k erozím kostí nebo osteolýze. Pokud byla popsána osteolytická ložiska (63), šlo ve skuteč-

J. NAVRÁTIL / REFLEXNÍ ALGODYSTROFICKÝ SYNDROM II.

nosti o excesivní osteoporózu marginální a nikoliv o skutečnou osteolýzu. V této souvislosti je vhodné zdůraznit, že osteoporóza je značně pozdním příznakem Sudeckova syndromu i jiným forem reflexních algodystrofií, protože se objevuje nejdříve za tři až čtyři týdny od začátku a je také příznakem málo citlivým, protože je patrná na kvalitním rtg snímku teprve tehdy, dojde-li k vymizení aspoň 30 % kostního minerálu a bezpečně ji lze prokázat teprve po ztrátě aspoň 50 % kostního minerálu (117). Celkový stav nemocného není výrazněji alternován, avšak kontinuální bolest v postižené končetině vyvolává nespavost, která prohlubuje preexistující anxiózní depresivní ladění nemocného. I když při začátku může být teplota lehce zvýšena, další průběh je afebrilní, sedimentace erytrocytů zůstává normální stejně jako krevní obraz, fosfokalciový metabolismus a ostatní laboratorní vyšetření. Není-li nemocnému poskytnuta racionální léčba, Sudeckův syndrom přechází do III. stadia trvalých trofických změn: na ruce (noze) dochází k další retrakci palmární (plantární) aponeurózy, k atrofii drobných svalů ruky nebo nohy, k drápotivému postavení prstů, kůže je atrofická, studená, bez chlupů, pevně adhezuje k atrofickému podkožnímu vazivu, na nehtech jsou trofické změny. Obdobné změny jsou na přilehlých partiích předloktí či bérce. V rtg obraze je kortikalis ztenčena, nerovná, jako ohlodaná, kostní trámce jsou prořídle, nepravidelné, některé jsou ztenčené, jiné nepravidelně ztlustělé, původní kostní architektura je porušena. Tento obraz tzv. hypertrofické atrofie kosti přetrvává řadu let nebo i trvale. V psychické oblasti nemocného vystupují úzkostné a depresivní rysy. Klinický obraz Sudeckova syndromu na dolní končetině je stejný jako na horní končetině, rozdíl je pouze v tom, že na noze nebývají trofické změny tak nápadné jako na ruce a je možné, že je to podmíněno odlišnou sympatickou inervací lumbální od inervace cervikodorzální. V některých případech má Sudeckův syndrom extenzivní charakter a šíří se z prvotního ohniska směrem ke kořeni končetiny, ale i směrem periferním, takže např. při poranění zápěstí dojde k reflexní algodystrofii ramene (syndrom rameno-ruka) nebo při poranění nohy či kolena k syndromu kyčel-koleno-noha, případně až k postižení bederní páteře (148, 178). Kromě tohoto klasického obrazu Sudeckova syndromu se vyskytují formy frustrní, u kterých některý ze základních příznaků chybí, nebo je pouze naznačen. Některé neúplné typy byly v poslední době popsány jako svérázné klinické jednotky a bude o nich pojednáno zvlášť. Nepřítomnost osteoporózy v rtg obraze diagnózu Sudeckova syndromu nevylučuje a v pochybných případech přinese jistotu scintigrafické vyšetření pomocí ^{99m}Tc izotopu, které prokáže hyperfixaci izotopu v postižené oblasti.

Syndrom rameno-ruka (syndrom omocheirální)

Nejčastějším vyvolávajícím činitelem je dlouho trvající bolest např. cervikobrachialgie vertebrogenní nebo denně se opakující bolest stenokardická, při srdečním infarktu, z tlaku tumoru v horní apertuře hrudní, z komprese cévně nervového svazku pro horní končetinu apod. Bez ohledu na příčinu bolesti se v I. stadiu objevuje bolest v rameni a paži nebo naopak v ruce, která se zvětšuje při pohybu, ale přetrvává i v klidu (v noci), šíří se do opačného pólu končetiny a nabývá sálavý, palčivý nebo pulzující charakter. V ramenním kloubu se zjistí výrazná bolestivost při pohybu a omezení aktivních pohybů --

J. NAVRÁTIL / REFLEXNÍ ALGODYSTROFICKÝ SYNDROM II.

hlavně abdukce — různého stupně. Na stejnostranné ruce se objevuje difúzní kongesce různé intenzity, která postihuje celou ruku, včetně prstů, a často i mírný otok distální poloviny předloktí. Celá ruka je odulá, teplá, silně se potí, kůže je jemná, lesklá, zarůžovělá, prsty v naznačeném flexním postavení. Podobně jako u Sudeckova syndromu dochází po dvou až třech týdnech k II. stadiu s projevy na ruce shodnými s příznaky popsanými u Sudeckova syndromu, v oblasti ramene dochází k atrofii svalstva lopatky i svalu deltovitého a k dalšímu omezení pohyblivosti všemi směry. V rtg obraze se objevuje osteoporóza, která je v oblasti ramene patrná hlavně na hlavici humeru, někdy však i na kloubní jamce, ba i na horní metafýze humeru, má většinou difúzní sklovitý charakter, kloubní štěrbina ramenního kloubu je v plném rozsahu zachována a chybí jakékoliv erozivní změny. Loketní kloub bývá většinou klinicky i rtg beze změn, jindy je i zde naznačena osteoporóza při normálním klinickém nálezu. Na skeletu ruky je pravidelně difúzní osteoporóza sklovitého nebo skvrnitého charakteru různé intenzity. Konečné III. stadium syndromu rameno-ruka je charakterizováno trvalými trofickými změnami na ruce, shodnými se změnami ruky u poúrazového Sudeckova syndromu a v oblasti ramene obrazem zamrzlého ramene (frozen shoulder, épaule gelée), kdy následkem retrakce kloubního pouzdra ramenního kloubu s vymizením axilárního recesu dojde k značné redukci kloubní dutiny, retrahované kloubní pouzdro pevně obepíná artikulující struktury, takže v kloubu jsou tím znemožněny veškeré pohyby s výjimkou lehké flexe a nepatrné abdukce. Pokud nemocnému zůstává větší rozsah pohyblivosti horní končetiny v ramenním kloubu, je to způsobeno souhrybem lopatky, tedy pohybem v prostoru pol lopatkou. Svalstvo lopatky i sval deltovitý jsou značně atrofické a v rtg obraze přetrvává difúzní osteoporóza ramenního kloubu různé intenzity, která se ozřejmí hlavně při srovnání rtg snímku se snímkem kontralaterální zdravé strany. Na ruce jsou v tomto stadiu rtg změny stejné jako u Sudeckova poúrazového syndromu. Kromě tohoto klasického obrazu syndromu rameno-ruka existují formy neúplné, které se manifestují jen na rameni pod obrazem bolestivého blokovaného nebo zamrzlého ramene algodystrofického, nebo jen na ruce; i tyto projevy mohou být jen naznačeny, takže je třeba po nich pátrat. Sem patří např. sklerodaktylie Johnsonova, kterou autor zjistil až u 20 % srdečních infarktů [100].

Izolovaná přechodná osteoporóza kyčle (transient hip osteoporosis)

Tato forma reflexní algodystrofie byla popsána poprvé 1959 Curtisen a spol. [47], později Hunderem a Kellym [97], Lequesnem [113], Costem [45] a Swezeyem [198]. Klinicky se projevuje mírnou kontinuální bolestí v kyčelním kloubu s výrazným zhoršováním při chůzi, mírným omezením pohyblivosti v kyčelním kloubu, lehkou difúzní osteoporózou celého kyčelního kloubu, krčku i horní metafýze femoru a hyperfixací izotopu ^{99m}Tc při scintigrafickém vyšetření. V případech, které byly artrotomovány [97] bylo zjištěno, že kloubní pouzdro kyčelního kloubu je ztlustělé, synovialis překrvena, histologický obraz je však normální. Při kostní biopsii těchto případů však byl zjištěn histologický nález obdobný změnám u klasického Sudeckova syndromu. Bakteriologické vyšetření

bylo vždy negativní. Arlet a Ficat (7) rovněž zjistili u vlastních případů izolované přechodné osteoporózy kyčle histologické změny příznačné pro RAS, jak byly popsány shora. Příčina se obvykle nezjistí, většinou jsou postiženi muži středního věku, takže se pomýšlí na mikrotraumatizující vliv dlouhých pochodů, nošení těžkých břemen apod.; u případů, kde byly postiženy těhotné ženy (47) se obviňuje tlak zvětšené dělohy na pánevní sympatikus a velké kmeny cévní. Podle Lewuesneho (115) lze průběh izolované přechodné osteoporózy kyčle rozdělit do tří etap: v první, která trvá nejméně měsíc, se příznaky prohlubují, v dalších dvou měsících se bolestivost, omezení pohyblivosti i rtg obraz ustálí a asi od čtvrtého měsíce dochází k regresi, takže celkový průběh trvá zhruba půl roku. Diagnóza je zpočátku velmi těžká, protože je nutno vyloučit synovialní formu tbc koxitídy, revmatoidní koxitídu jako první projev revmatoidní polyartritídy, všechny počínající osteolytické procesy zá-
nětlivé, granulomatózní nebo nádorové (osteomyelitis, retikulohistiocytózu, sarkoidózu, familiární akroosteolýzu, hemangioma cavernosum, synovialní chondromatózu, primární fibrosarkom kyčle) a také frakturu krčku femorů z únavy. V řadě případů se v průběhu izolované přechodné osteoporózy kyčle objeví diskrétní známky reflexní algodystrofie na stejnostranné noze nebo koleně, což diagnózu značně usnadní. Často jsou však tyto příznaky omezeny jen na nenápadné změny vazomotorické nebo sudomotorické, takže je třeba po nich záměrně pátrat.

Částečná algodystrofie

Tuto formu RAS popsal 1979 Lequesne (116) a je charakterizována klinickými příznaky obdobnými RAS jiných typů, avšak v rtg obraze je osteoporóza jen částečná, tj. omezena jen část postižené oblasti (ruky, nohy, kolena). Tato částečná osteoporóza má dva typy: radiální, při kterém osteoporóza postihuje jen jeden paprsek skeletu ruky nebo nohy, nebo zonální, kdy osteoporóza je ohraničena jen na malou část skeletu ruky nebo nohy (dvě či tři drobné kůstky karpálního nebo tarsálního masivu) a teprve v dalším průběhu může (avšak nemusí) dojít k rozšíření osteoporózy na celou oblast. Znalost této formy je velmi důležitá hlavně z diferenciálně diagnostických důvodů, protože napodobuje akutní osteomyelitis, akutní infekční artrititis, esenciální osteolýzu Breschet-Gorhamovu, primární kostní nádor nebo metastázu. Scintigrafické vyšetření vykazuje výraznou hyperfixaci izotopu ^{99m}Tc jako u jiných forem RAS.

Algodystrofie miniaturní

Tato forma byla popsána 1979 Dourym a spol. (60) a 1981 Dourym a spol. (57) na kolenním kloubu pod názvem algodystrophie parcellaire. V souboru reflexních algodystrofií kolena uvedených autorů se tato forma vyskytla v 30 %! Na rozdíl od částečné algodystrofie se tato forma vyznačuje jakousi miniaturizací všech příznaků. Začáteční bolest je akutní nebo pozvolná a progredující, často mechanického typu (jen při chůzi) a při palpaci je ohraničena na malíčkovou oblast (parcelu) postiženého kolena, a to buďto na drobný okrsek v místě kondylu, nebo tibiálního plató, vazomotorické změny chybí a osteoporóza v rtg obraze je omezena jen na drobný okrsek subchondrální oblasti kondylu

J. NAVRÁTIL / REFLEXNÍ ALGODYSTROFICKÝ SYNDROM II.

nebo tibiálního plató a na rozdíl od částečné algodystrofie se nikdy v dalším průběhu nešíří na další skelet kolena. Scintigrafické vyšetření i u této formy vykazuje v postiženém místě výraznou hyperfixaci izotopu. Průběh je zcela benigní a algodystrofie se upravuje po léčbě kalcitoninem nebo i spontánně. Tato forma se může vyskytovat samostatně nebo současně s reflexní algorystrosií jiné oblasti nebo může předcházet RAS v jiné oblasti. Diagnóza je velmi obtížná, v první řadě je třeba vyloučit asptickou osteonekrózu kolena, chondromalacii pately, tbc proces, primární kostní tumor nebo metastázu.

Bimelická forma reflexní algodystrofie

Jde o poměrně vzácnou formu, která postihuje současně obě horní nebo obě dolní končetiny (ruce, nohy, kolena, kyčle). Častější než současně je postupné postižení obou končetin (en bascule) (46), které tvoří přechod k formě plurifokální.

Plurifokální forma reflexní algodystrofie

Byla popsána poprvé 1966 Gougeonem a spol. (85) pod názvem recidivující algoneurodystrofie dolních končetin a 1973 Dourym a spol. (58) pod názvem plurifokální recidivující algodystrofie. V angloamerické literatuře byla tato forma popsána Duncanem a spol. 1967 (63) pod názvem migrující osteolýza dolních končetin, Gupta a spol. 1973 (88) a Mc Cordem a spol. 1978 (39) pod názvem regionární migrující osteoporóza. U nás byla předmětem sdělení Lukáče a spol. (131) rovněž pod názvem regionární migrující osteoporóza. Tato forma reflexní algodystrofie je nejvzácnější. I když Mc Cord a spol. (39) na podkladě elektromyografického vyšetření regionárních svalů s nálezem částečné renervace vyslovili názor, že regionární migrující osteoporóza je zvláštním denervačním onemocněním, stejné změny u syndromu rameno-ruka, prokázané již 1971 Abem, klinický obraz shodný s obrazem klasického DAS a stejný způsob léčby svědčí pro reflexně dystrofický původ regionární migrující osteoporózy. Tato forma postihuje častěji končetiny dolní než horní, lokalizace postrádá jakoukoliv systémovost; někdy jsou etapovitě postiženy různé oblasti téže končetiny, jindy různé oblasti jen dolních nebo dolních i horních končetin. Interval mezi jednotlivými atakami činí průměrně 11 měsíců, může však činit i několik let, mezi jednotlivými atakami se nemocný cítí zdravý, takže nelze nikdy předvídat, zda současná ataka je již poslední nebo zda dojde v budoucnu ještě k dalším atakám. Klinický obraz jednotlivých atak je shodný s obrazem jiných forem reflexních algodystrosií, častá je tu „tichá“ klinicky bezpříznačná extenze na různé oblasti (58). Etiologie je u této formy většinou neznámá, postiženy jsou vždy osoby starší, s výraznou neurovegetativní dystonií a anxiózně depresivními rysy. Podobně jako u jiných atypických forem je znalost této vzácné formy důležitá hlavně z hlediska diferenciálně diagnostického, protože je třeba vyloučit řadu chorob osteoartikulárního aparátu zánětlivého, nezánnětlivého i nádorového původu (reaktivní arthritida, revmatoidní arthritida, Reiterův syndrom, infekční arthritidy, dnavou arthritida, osteoartikulární tbc, sarkoidózu, synoviální formu kloubní chondromatózy, hyperparathyreoidismus, retikulohistiocytózu, kostní nádory atd.).

J. NAVRÁTIL / REFLEXNÍ ALGODYSTROFICKÝ SYNDROM II.

Algodystrofie infra-radiologická

Tato forma byla popsána 1981 Lequesnem a spol. (117) na dolní končetině. Diagnóza se opírá o čtyři základní a dvě fakultativní diagnostická kritéria. K základním kritériím patří hyperfixace izotopu ^{99m}Tc v postižené oblasti, klinický obraz shodný s klinickým obrazem RAS Sudeckova typu, trvale normální rtg obraz a vymizení hyperfixace izotopu ^{99m}Tc po úpravě klinického obrazu. K fakultativním kritériím patří ověřený anamnestický údaj o proděláním klasického RAS s osteoporózou v rtg obraze a histologický nález z kostní biopsie, odpovídající změnám u klasického RAS s osteoporózou v rtg obraze. Přítomnost prvních tří základních kritérií dovoluje vyslovit podezření na infra-radiologickou formu RAS, přítomnost všech základních kritérií nebo obou fakultativních kritérií s jistotou svědčí pro tuto formu reflexní algodystrofie. Jak vyplývá z názvu, tato forma má trvale normální rtg obraz, a to proto, že osteoporóza nedosáhla takové intenzity, aby byla prokazatelná na rtg snímku. Je známo, že u klasického RAS např. Sudeckova typu je osteoporóza vyvolána nepoměrem mezi osteoklazií a nedostatečnou mineralizací novotvořené kosti, přičemž tato neoosteogeneze přichází vzhledem k osteoklazií poněkud opožděně (117). Je tedy plně oprávněna představa, že u infra-radiologické formy se může neoosteogeneze s mineralizací osteoidu vzhledem k osteoklasické resorpci kosti dostavit včasněji a kvantitativně může být vydatnější než obvykle, takže konečný deficit kostního minerálu se pohybuje mezi 30 až 40 %, kdy není ještě na rtg snímku patrný. To však nezabraňuje hyperfixaci izotopu ^{99m}Tc v místě kostní přestavby. Uvedené okolnosti ukazují, že tato forma je benigní, avšak její rozpoznání velmi obtížné, protože podobně jako u algodystrofie částečné nebo miniaturní je třeba vyloučit řadu chorob, jako počínající synovialní tbc, počínající revmatoidní synovitidu, aseptickou osteonekrózou, chondromalacií pately, osteom-osteoid, frakturu z únavy, metastázu kostního nádoru apod.

Průběh RAS

Každá z uvedených forem reflexních algodystrofií má po obvykle akutním začátku průběh zdlouhavý s trváním od několika měsíců do několika let. O zhojení lze mluvit po vymizení bolestivosti a otoku postižené oblasti, po úpravě funkce a stabilizaci rtg obrazu, která se u těžšího průběhu projevuje obrazem hypertrofické atrofie kosti s porušením kostní architektiky, prořídnutím trámčiny s trámci ztenčenými, jinde naopak nepravidelně ztlustělými a deformovanými a se ztenčením kortikalis, u lehkého průběhu dochází k normalizaci rtg obrazu. Známkou stabilizace je rovněž vymizení hyperfixace izotopu ^{99m}Tc při scintigrafickém vyšetření. K posouzení vývoje rtg změn je vždy zapotřebí rtg snímků stejné kvality s možností srovnávat s rtg snímky kontralaterální zdravé oblasti.

IX. Léčba

Již od dob Lericheových základním prvkem v komplexní léčbě RAS je soustavný a přiměřený boj proti bolesti jakožto základnímu impulsu, navozující-

mu patologický reflexní pochod. Na význam boje proti bolesti znovu upozornili v poslední době Štastný (201) a Večeřová (210). Kromě analgetik je výhodné současné podávání neuroleptik, případně v kombinaci s thymoleptiky (139). K utlumení bolesti přispívá také správná imobilizace končetiny ve fyziologickém postavení, správně provedený sádrový obvaz u zlomenin, lokální znečítlivění úrazů měkkých částí prokainem apod. Přerušeni patologického reflexního oblouku lze u RAS horní končetiny dosáhnout opakovanými blokádami ganglia stellata prokainem (70, 198, 155, 185, 197, 207), případně pomocí ganglioplegik (83) nebo blokádami senzitivních drah podle Višněvského, u reflexních algodystrofií na dolních končetinách obtížky bederního sympatiku prokainem (204) nebo periarteriální sympatektomií (18, 73, 81, 109, 119, 172, 212). Léčba vazodilatanciemi vyšla z koncepce o městnání krve v kapilárním řečišti v důsledku spasmu sfinkterů prekapilár a užívá se jednak neopevítom im. nebo lépe v kombinaci s 1% prokainem v in. infúzích s fyziologickým roztokem a riboflavinem denně, ve stoupajících dávkách až do 600 mg kyseliny nikotinové v sérii 20 i více injekcí (50, 184). Surin (195) s úspěchem vyzkoušel u póurazového Sudeckova syndromu DH Ergotoxin spolu s 1% mezokainem im. denně až do vymizení bolesti a pak v aplikaci obden. Výhoda DH Ergotoxinu spočívá hlavně ve vydatném zvýšení prokrvení svalstva. DH Ergotoxin je spolu s chlorpromazinem a prometazinem součástí směsi, kterou Mikeš kombinuje s denní im. aplikací Nicoflavinu (139). Tantó (203) doporučuje ve II. stadiu RAS denní intraarteriální perfúzi spamolytik. Steinbrocker (190) zavedl do léčby syndromu rameno-ruka kortizonoidy a ACTH. Tato léčba, pro kterou dosud chybí uspokojivé vysvětlení mechanismu účinku, se někdy osvědčila již v I. stadiu RAS (203); jiným autorům (199) naopak u případů pokročilých, s trofickými projevy. Příznivý účinek celkové kortizonoidní léčby potvrdila řada autorů (64, 144, 173, 182, 185) a Christensen a spol. (99) v dvojslepém pokusu oproti placebu potvrdili příznivý vliv této léčby hlavně u těžších případů. Lokální aplikaci kortizonoidů doporučil již 1956 Gerhard (78) a zkušenosti s touto léčbou zveřejnili i další autoři (16, 95, 99). Lokální aplikace kortizonoidů se stala běžnou zejména při retrakci kloubního pouzdra ramenního kloubu u syndromu rameno-ruka. V nedávné době byl zaveden do léčby reflexních osteoporóz kalcitonin v denní dávce 100 j po dobu 4—6 týdnů (57, 60, 32, 151, 185). Kalcitonin se užívá samostatně nebo spolu s betablokátry se sympatikomimetickým účinkem typu Viskenu nebo Trasicoru (51, 54). Mizraji (142) kombinuje terapii betablokátry s grizeofulvinem, který byl v dřívější době používán v léčbě reflexních algodystrofií hlavně ve Francii. Dilsen (54) v kontrolovaném pokuse zkoušel betablokátry oproti tetracosactid-hexacetátu (Synacthen Depot) a zjistil, že oba léky mají přibližně stejnou účinnost. Pomocný význam mají léky obvykle užívané u osteoporózy postmenopauzální nebo jiného původu, jako Calcium effervescens forte, vit. D2, Ossin, Ossiplex retard, proteinanabolika a vitaminy. Léčba reflexních algodystrofií není myslitelná bez použití fyzioterapeutických prostředků. Hlavním účelem této léčby je dosažení funkční reedukace a readaptace postižené končetiny. Hlavní zásadou je, aby se s touto léčbou, zejména s kineziterapií začalo co možná nejdřív, protože podle Simona (182a) jedním z hlavních faktorů, které vedou u RAS jakékoliv původu k osteoporóze a trofickým změnám, je inaktivace postižené končetiny. Na druhé straně je však známo (201), že proprioceptivní podněty

z bolestivých zón vyvolávají patologickou odezvu, která u reflexních algodystrofií zhoršuje jak změny vazomotorické, tak trofické. Z toho plyne, že žádná z fyzioterapeutických procedur nesmí vyvolávat nebo zvětšovat bolest. Proto jsou z prostředků fyzikální léčby indikovány procedury s analgetizujícím účinkem, jako iontoforéza kys. octovou (201), diadynamické proudy (201, 210) nebo interferenční proudy (Nemectrodyn, Endodyn) zaujímající celou končetinu nebo postiženou oblast za pomoci čtyř elektrod, s maximální snesitelnou intenzitou (kolem 100 Hz), která má výrazný analgetický i spasmolytický účinek (8a). K aktivaci cirkulace v postižené oblasti přispívají různé prostředky termoterapie jako parafinové nebo bahenní obklady (8a, 201), infračervené paprsky nebo krátkovlnná diatermie (182a). Ultrazvuk se používá zde dvojnásobným způsobem: buďto v místní aplikaci na postiženou oblast, kde se uplatňuje mechanickým a současně tepelným účinkem, nebo „à la distance“, kdy se aplikuje na hlavní tepny postižené končetiny, případně při RAS horní končetiny na ganglion stellatum, čímž se dosáhne účinek podobný blokádě *g. stellata* infiltrací prokainem (8a). Ze skutečnosti, že v II. stadiu RAS existuje v kapilárním řečišti postižené oblasti městnání krve s následnou lokální acidózou, byla vypracována léčba RAS hyperbaroxií v přetlakových komorách (68), která má právě tuto lokální acidózu odstranit. K mobilizujícím přípravným prostředkům před vlastní kineziterapií patří i podvodní masáž, lehce hypotermická (33–34 st) mobilizují kůži a podkožní vazivo a aktivují cirkulaci, při čemž jsou šetrnější než masáž ruční. Ruční masáž musí být šetrná, nesmí vyvolávat bolest a má být načasována po předchozí elektroléčbě nebo předehřátí a má mobilizující účinek na hlubší partie, jako jsou slachy, vazy, svalstvo. Používá se povrchního vytírání, tření a hnětení (8a). Nejdůležitějším článkem rehabilitační léčby RAS je kineziterapie. Musí se řídit těmito hlavními zásadami (8a, 182a): 1. Musí být nebolestivá. Podle Simona (182a) nevhodnějším prostředkem k dosažení analgezie hlavně u syndromu rameno-ruka je intraartikulární aplikace kortizonoidu do ramenního kloubu, opakovaná jednou za 5 dní, celkem šestkrát až osmkrát. 2. Kineziterapii je třeba provádět třikrát až čtyřikrát denně. 3. Pohybová léčba musí být kombinována s polohováním např. u syndromu rameno-ruka v poloze na břiše nebo za pomoci závěsu horní končetiny přes kladku. Pohybová léčba spočívá zpočátku v pasívni šetrné mobilizaci, která však musí co nejdříve přejít v aktivní mobilizaci, nejdříve s dopomocí rehabilitačního pracovníka, po zlepšení se pak provádí pohybová léčba cviky aktivními a nakonec proti odporu. Funkční reedukace postižené ruky nebo nohy se řídí stejnými pravidly, ztuhlé klouby se procvičují pozvolna, postupně a s využitím předehřátí parafinovými obklady apod. Důležité je psychické ovlivnění nemocného, který je pravidelně neurotizován bolestivou chorobou a zajištěním jeho spolupráce jemným, avšak rozhodným vedením rehabilitačním pracovníkem. Ke zlepšení pohyblivosti dochází většinou po tří až šesti týdenní komplexní léčbě během hospitalizace a pak je třeba v další rehabilitační léčbě pokračovati často i několik měsíců ambulantně. Jen taková komplexní, systematická, progresivní a vytrvalá léčba vede skoro vždy k úplnému zhojení RAS. V ojedinělých případech zanedbaných, kdy nemocný přichází do ošetřovny až s obrazem zamrzlého ramene, je třeba uvažovat o násilné mobilizaci ramene v celkové narkóze, kdy se pomocí násilné abdukce horní končetiny kombinované se zevní rotací dosáhne roztržení retrahovaného kloubního pouzdra ramen-

ního kloubu a uvolnění zablokované hlavice humeru. Jde však o metodu ne bezpečnou, ohrožující nemocného frakturou artikulujících komponent kloubu, která nadto vyvolává krvácení, další bolest a vyžaduje velmi dlouhou komplexní léčbu, takže dnes se používá ve zcela výjimečných případech (182a).

X. Posuzování pracovní schopnosti

Lékařská pracovní expertíza u reflexních algodystrofií stojí na třech základních pilířích: bezpečné diagnóze, na znalosti formy, stadia a vývojové fáze algodystrofie a na správném posouzení funkce postižené končetiny (147a). Kromě toho musí být ovšem také správně posouzen (kromě algodystrofií idiopatických) chorobný proces, který algodystrofii vyvolal (úraz, koronární tromboza, osteoartikulární proces apod.). Diagnóza algodystrofií by se měla řídit podle shora uvedených diagnostických kritérií a stejně tak i klasifikace jednotlivých forem. Celý průběh chorobného stavu lze rozdělit do tří fází: incrementi, kdy se reflexně dystrofický stav rozvíjí, acme, kdy je aktivita, podmíněná intraoseální poruchou cirkulace a přestavbou kosti na vrcholu a fázi decrementi, kdy se chorobný stav hojí. Dále by měla lékařská pracovní expertíza počítat s několika zvláštnostmi reflexních algodystrofií. Je to především nepředvídatelný průběh. Kromě klinicky závažných případů, které se rychle hojí mimo všechna očekávání, jsou naopak případy lehké, které se však extenzivně šíří na další oblasti a vzdorují léčbě, takže trvají řadu měsíců, nebo i několik let. Jestliže se u nejbenignější infraradiologické formy uvádí průměrná doba trvání 3 měsíce (117), činí tato u reflexních algodystrofií horních končetin 6 měsíců (1—10 měs.). (187, 188, 189, 190, 191), u přechodné osteoporózy kyčle 5 měsíců (113, 198), kolena 7 měsíců a nohy 11 měsíců (177, 179). Reflexní algodystrofické stavy na dolních končetinách trvají tedy průměrně déle než na horních končetinách. O zhojení je možno mluvit po vymizení bolesti, úpravě vazomotorických a sudomotorických změn, po stabilizaci rtg obrazu a po úpravě funkce postižené končetiny. Trofické změny měkkých struktur a svalstva, které jsou klinicky nejlépe hodnotitelné na ruce nebo noze, nejhůře na ramenním nebo pánevním pletenci, je nutno hodnotit individuálně a samy o sobě nejsou překážkou přiznání pracovní schopnosti, pokud již došlo k úpravě ostatních změn. Posuzování bolesti a její objektivizace, nejtěžší problémem posudkové činnosti vůbec, má u reflexních algodystrofií prvořadý význam, protože bolest zde hraje významnou patogenetickou roli a je obecně známo, že úporná dlouhodobá neléčená bolest často zahajuje a udržuje bludný reflexní kruh, takže podceňování bolesti při posuzování pracovní schopnosti nemocného může vyvolat zhoršení stavu a prodloužení pracovní neschopnosti. Předčasný návrat nemocného do práce za cenu přetrvávajících bolestí nepříznivě také ovlivňuje psychický stav nemocného, který bývá již a priori alterován (faktor osobnosti). Ústup vazomotorických i sudomotorických změn u algodystrofií je dobře klinicky hodnotitelný a ani posuzování funkce postižené končetiny nečiní obvykle potíže. Další podmínkou návratu nemocného do práce je stabilizace rtg obrazu, která se u lehkých případů projevuje vymizením osteoporózy, u těžších shora uvedeným obrazem hypertrofické atrofie kosti, která přetrvává řadu let nebo je trvalá. Vymizení hyperfixace izotopu ^{99m}Tc při kostní scintigrafii je rovněž známkou stabilizace rtg obrazu. Z posudko-

vého hlediska je obzvláště důležitá skutečnost, že u reflexních algodystrofií je osteoporóza v rtg obraze příznakem pozdním, protože se objevuje nejdříve za 3—4 týdny od začátku, a že je také příznakem málo citlivým, protože z kvalitního rtg snímku lze vyslovit podezření na osteoporózu u velkých kloubů (kyčelní, kolenní, ramenní) teprve po vymizení nejméně 30 % kostního minerálu (117). Na drobných kostech ruky nebo nohy lze osteoporózu poznat již dříve, již asi po vymizení 20 % kostního minerálu. Proto ani trvale normální rtg obraz nevylučuje diagnózu reflexní algodystrofie (117). V posudkové službě je třeba osteoporózu posuzovat také z hlediska biomechaniky, protože některé klouby kromě vlastní funkce přenášejí velmi vysoký tlak, tah nebo torzní síly, což může při předčasném přetěžování dosud nezhojené reflexní algodystrofie způsobit mikrofraktury kostních trámčů, a tím se doba hojení prodlužuje. Zdá se, že při ošetřování reflexních algodystrofií je více než u jiných chorob důležitá bezvadná spolupráce mezi lékaři ošetřujícími, posudkovými a odbornými na jedné straně a nemocnými na druhé straně, má-li se dosáhnout optimálního léčebného efektu.

Adresa autora: J. N., Svat. Čecha 896, 697 01 Kyjov

LITERATÚRA

1. ABESSER, E. W.: Résultats tardifs dans le syndrome de Sudeck. *Chir.* 26, 1956, 20—23.
2. ABRAMSON, D. I.: Post-traumatic vasomotor disorders (Sudeck's atrophy). *Heart Bull.* 1960—61, 9—10, 118—119.
3. ALLISON, R., BROOKS, J.: Ostéoporose traumatique. *Surg. Gyn. Obst.* 33, 1921, 250.
4. AMOR, B., DE GERY, A., SAPORTA, L.: Algodystrophies et hyperlipidémies. *Rev. Rhum.* 47, 1980, 5, 355—358.
5. AMOR, B., TALLET, F., RAICHVARG, D., GUÉNÉS, B., DE GERY, A., DAMAK, A., EKINDJIAN, O. C.: Algodystrophie: perturbation du métabolisme lipidique. *Rev. Rhum.* num. spéc. juin 1981 (XV congr. intern. de rhumat. 21—27. 6, 1981, Paris, abstr. 0927).
6. ARLET, J., FICAT, P., DURROUX, R.: Histologie des lésions osseuses et *Rev. Rhum.* 48, 1981, 4, 315—321.
7. ARLET, J., FICAT, P., DURROUX, R.: Histopathologie des lésions osseuses dans 9 cas d'algodystrophie de la hanche. *Rev. Rhum.* 45, 1978, 12, 691—698.
8. ARLET, J., RASCOL, A., MOLE, J., ROGER, J. M.: Observations de rhumatisme gardénalique. *Rev. Rhum.* 34, 1967, 4, 193—198.
- 8a. ARLET, J., MOLE, J., PETIT, M.: Traitement physique des rhumatismes. Massin Cie Edit. Paris 1971.
9. ARNULF, G.: A propos des troubles réflexes post-traumatiques. *Rhumatologie* 1954, 3, 130—133.
10. ARNULF, G.: Traitement par les infiltrations sympatiques des troubles réflexes post-traumatiques dits pñsypathiques. *Rev. Orthop. Chir.* 30, 1944, 161—168.
11. ASKEY, J. M.: The syndrom of painful disability of the shoulder and hand complicating coronary occlusion. *Amer. Heart J.* 22, 1941, 1—12.
12. BABINSKI, J., FROMENT, J.: Des troubles vaso-moteurs et thermiques d'ordre réflexe. *Rev. Neurol.* 23, 1916, 410.
13. BARCI, J., MUTIN, S.: Les manifestations osseuses du zona, a propos d'une observation. *Rev. Rhum.* 18, 1951, 11, 618—621.

J. NAVRÁTIL / REFLEXNÍ ALGODYSTROFICKÝ SYNDROM II.

14. BAUM, F.: Schulter-arm syndrom und vegetatives Nerven System. *Aerztl. Wschr.* 9, 1954, 774—777.
15. BAUMGARTNER, J. C.: Les capsulo-ligamentites iatrogènes. Thèse Med. Nancy 1971.
16. BERBEG, H.: The treatment of post-myocardial infarction shoulderhand syndrome with local hydrocortison. *J. A. M. A.* 156, 1959, 449.
17. BARNARD, J., MAUVOISIN, F.: L'ostéoporose vasculaire et sympathique. In: *Le rhumatisme*, F. Coste, 4^e série, I. vol. E. P. S. Édit. Paris 1955.
18. BIANCHETTI, E.: Oedème dur post-traumatique de la main. Sympathectomie péri-artérielle. *Guérison. Giorn. Acad. Med. Torino* 88, 1925, 39—47.
19. BIÉRLING, G., REISCH, D.: Sudeck's syndrome after fractures. *J. A. M. A.* 158, 1955, 4, 350.
20. BIRKENKOPF, G.: De l'atrophie osseuse tachetée aigue de Sudeck. Thèse Munich, Nro 55, 1940.
21. BLINI, V.: La distrofia post-traumatica della mano. *Minerva Ortop.* 1957, 8, 429—432.
22. BLUMENSAAT, G.: Durchblutungsstörungen beim Sudeck syndrom. *Z. Rheumaforsch.* 14, 1955, 94—101.
23. BOELY, C.: Traitement de l'ostéoporose algique post-traumatique par les injections intra-artérielles de procaine. *Lyon Chir.* 51, 1958, 84—88.
24. VAN BOGAERT, S., TOMBEUR, A.: Arthropathie scapulaire et angine de poitrine. *Cardiologie* 4, 1940, 125.
25. BOLLIGER, F.: Réactions vasculaires dans la genèse du syndrome de Sudeck. *Helv. Chir. Acta* 21, 1954, 61.
26. BOULET-GERCOURT, J.: Les syndromes „épaule-main“, d'origine aortocoronarienne. *La clinique* 50, 1955, 129—134.
27. BOUVIER, M.: Le pied décalcifié douloureux ou algodystrophie réflexe du pied. *Rev. Lyon Med.* 19, 1970, 275—280.
28. BRANDT, G.: Réflexions sur la physiologie pathologique du syndrome de Sudeck. *Med. Klin.* 49, 1954, 600—602.
29. BRESSOT, E.: Ostéoporose douloureuse post-traumatique de Leriche (à propos d'une observation). *Bull. Soc. Chir. Paris*, 1930, 461.
30. BROWN, F. B.: Sudeck's acute bone atrophy, report of case. *J. Med. Assoc. Georgia* 32, 1943, 242—244.
31. BRUSADELLI, S., COMANDINI, U., MUSSAFIA, A.: La sindrome della spalta, studio di due casi atipice. *Policlinico, sez. prat.* 64, 1957, 581—583.
32. BUCHMANN, J.: Traumatic osteoporosis of carpal bones. *Ann. Surg.* 87, 1928, 892—910.
33. BUCHMANN, J.: Post-operative, post-traumatic osteoporosis, or Sudeck's atrophy. *Bull. Hosp. Joint Dis.* 1943, 4, 55—61.
34. BURDEAUX, B. D., HUTCHINSON, W. J.: Etiology of traumatic osteoporosis. *J. Bone Jt. Surg.* 35 A, 1953, 479—489.
35. CAYALA, J., CHAOUAT, D., RONDIER, J.: Les algodystrophies réflexes des membres inférieurs au cours de la grossesse. *Rev. Rhum.* 45, 1978, 2, 89—94.
36. COIMBRA, F. A., CAMPOS, N.: Síndrome espalo-mano. Estudio de 52 portadores. *Rev. Rhum. num. spéc. juin 1981 [XV congr. int. de rhumatol. 21—27. 6. 1981, Paris, a-bstr. 0937].*
37. COLSON, P., STAGNARA, P., HOUOT, H.: L'ostéoporose chez les brûlés des membres. *Lyon Chir.* 48, 1953, 950—956.
38. COPELLO, C. E., CHIANELLI, H.: Consideraciones sobre el síndrome hombromano doloroso post-infarto. *Rev. Argent. Reum.* 22, 1957, 219—222.
39. MC CORD, W. C., NIES, K. M., CAMPION, D. S., LOUIE, J. S.: Regional migratory osteoporosis. Denervation disease. *Arthr. and Rheum.* 21, 1978, 7, 834—838.

J. NAVRÁTIL / REFLEXNÍ ALGODYSTROFICKÝ SYNDROM II.

40. COSTA-BERTANI, G.: Syndrome hombro-mano de Steinbrocker. Rev. Assoc. Med. Argent. 67, 1953, 18—22.
41. COSTE, F., GALMICHE, P., HOCHFELD, M.: A propos du syndrome réflexe épaule-main. Rev. Rhum. 15, 1948, 50—51.
42. COSTE, F., DELLBARRE, F., MASSIAS, P.: Remarques sur une algodystrophie de la main. Rev. Rhum. 23, 1956, 42—44.
43. COSTE, F., PIGUET, B., CAYALA, G.: Nouveau cas de dystrophie réflexe indolente d'un membre inférieur. Rev. Rhum. 23, 1956, 581—584.
44. COSTE, F., PIGUET, B.: Dystrophie réflexe indolente des membres inférieurs. Rev. Rhum. 23, 1956, 153—155.
45. COSTE, F.: Problèmes d'actualité sur les coxopathies chroniques. II. Décalcifications idiopathiques de la hanche. Rev. Rhum. 36, 1969, 10, 517—521.
46. CREYSSEL, J.: Syndrome d'ostéoporose spontanée à bascule et à évolution cyclique des deux pieds. Lyon Chir. 50, 1955, 576—578.
47. CURTISS, P. H. Jr., KINCAID, W. E.: Transitory demineralisation of the hip in pregnancy. J. Bone Jt. Surg. 41 A, 1959, 1327.
48. ČEKALAROSKÁ, D., GUČEVA, B.: Neurodystrophie isolée de l'épaule: facteurs de précipitation possibles, évolution et pronostique. Rev. Rhum. num. spéc. juin 1981 [XV congr. int. de rhumatol. 21—27. 6. 1981, Paris, abstr. 0931].
49. DANEQ, V., DI VITTORIO, S., MODENA, V., PARIZIA, M. C.: Algodystrophie décalcifiante de la hanche. Rev. Rhum. num. spéc. juin 1981 [XV congr. int. de rhumatol. 21—27. 6. 1981, Paris, abstr. 0928].
50. DAVID-CHAUSSE, J., CORMIER, M.: Ostéoporoses algiques. J. Med. Bordeaux 134, 1957, 837—847.
51. DECOURT, J.: Rôle des troubles sympathiques dans les arthropathies des hémiplogiques. Ann. Med. 31, 1938, 375—387.
52. DELORME, F.: De la décalcification consécutive aux traumatismes des guerres. Arch. Med. Pharm. Milit. 61, 1916, 1—54.
53. DESHAYES, P., HOUDENT, G., MORERE, P., LEMERCIER, J. P., DESSEAUVE, P., SIMONIN, J. L.: Algodystrophie de la chimiothérapie antituberculeuse. A propos de 22 observations. Rev. Rhum. 36, 1969, 6, 316—322.
54. DILSEN, G.: Combined drug and physical therapy in reflex sympathetic dystrophy. Rev. Rhum. num. spéc. juin 1981 [XV congr. int. de rhumat. 21—27. 6. 1981, Paris, abstr. 0936].
55. DIRHEIMER, Y., PATTIN, S., MIRISCH, G., DOURY, P.: Algodystrophies et rhumatismes inflammatoires. Rev. Rhum. num. spéc. juin 1981 [XV congr. int. de rhumat. 21—27. 6. 1981, Paris, abstr. 0932].
56. DOHERTY, M., WATT, I., DIEPPE, P.: Apparent bone erosions in painful regional osteoporosis. Rheum. and Rehab. 19, 1980, 2, 95—96.
57. DOURY, P., PATTIN, S., GRANIER, R.: L'algodystrophie parcellaire du genou. Rev. Rhum. spéc. juin 1981 [XV congr. intern. de rhumatol. 21—27. 6. 1981, Paris, abstr. 0925].
58. DOURY, P., LOUYOT, P., POUREL, J., HANNEQUIN, J. R.: L'algodystrophie récidivante plurifocale. Rev. Rhum. 40, 1973, 399—406.
59. DOURY, P., DIRHEIMER, Y., PATTIN, S.: Algodystrophy. Springer Verlag Berlin—Heidelberg—New York 1981.
60. DOURY, P., DELAHAYE, R. P., PATTIN, S.: L'algodystrophie parcellaire. Rev. Rhum. 46, 1979, 1, 37—44.
61. DRISCOLL, L. J., KOCH, V. W.: The shoulder hand syndrome. Wisconsin Med. J. 56, 1957, 97—101.
62. DRUCKER, W. R., HUBAY, C. A., HLODEN, W. D.: Pathogenesis of post-traumatic sympathetic dystrophy. Amer. J. Surg. 97, 1959, 454.

J. NAVRÁTIL / REFLEXNÍ ALGODYSTROFICKÝ SYNDROM II.

63. DUNCAN, H., FRAME, B., FROST, H. M.: Migratory osteolysis of the lower extremity. *Ann. intern. Med.* 66, 1967, 1165.
64. DWYER, A. F.: Atrophie de Sudeck et cortisone. *Med. J. Austral.* 34, 1952, 265—268.
65. EDEIKEN, J.: Shoulder hand syndrome following myocardial infarction with special reference to prognosis. *J. A. M. A.* 165, 1957, 1183.
66. EINAUDI, G.: La periartrite della spalla e la sindrome spalla-mano in corso di tubercolosi polmonare. *Reumatismo* 8, 1956, 71—81.
67. EINAUDI, G.: Sopra un caso di sindrome spalla-mano bilaterale in soggetto portatore di sclerosi laterale amiotrofica. *Reumatismo* 9, 1957, 373—377.
68. FAIFKA, M., KUNDRÁT, J., HOLEK, J.: Zkušnosti s léčením Sudeckovy kostní dystrofie hyperbaroxií. *Čs.-polské ortop. dny* 29.—30. 3. 1973, Třinec, Refer. souhrn abstr. č. 14.
69. FAULON, L.: Dystrophie réflexe du membre supérieur (syndrome épaule-main). *Rev. Rhum.* 19, 1952, 554—564.
70. FERRAGU, F.: L'ostéoporose post-traumatique du carpe et son traitement par les infiltrations stellaires. Thèse Paris No. 31, 1946.
71. FONTAINE, R., MILOYEVITCH, D.: Contribution à l'étude expérimentale des troubles vasomoteurs post-traumatiques des membres. *Rev. Chir.* 46, 1927, 385.
72. FONTAINE, R., MULLER, J. N., SIBILLY, A.: Le rôle du système nerveux végétatif dans les dystrophies post-traumatiques. *Rev. Acc. du Travail* 2, 1953, 67—100.
73. FONTAINE, R., MULLER, J. N., SIBILLY, A.: Résultats de la chirurgie du sympathique dans l'ostéoporose post-traumatique. *Acta Chir. Belg. suppl.* 1, 1956, 457—469.
74. FRIZZIERO, L., FACCHINI, A., ZIZZI, F., BELLANDO RANDONE, P., FERRUZI, A.: Syndrome dystrophico-sympathique réflexe du genou après meniscectomie, deux cas. *Rev. Rhum. num. spéc. juin* 1981 [XV congr. intern. de rhumat. 21—27. 6. 1981, Paris, abstr. 0929].
75. FROLICH, D.: Das Sudeck Syndrom in der internen Klinik. *Aerztl. Wschr.* 10, 1955, 701—705.
76. GAROT, H.: Introduction à une étude thermométrique et oscilographie dans les syndromes douloureuses dystrophiques des membres supérieurs. *Acta Physioth. Belg.* 10, 1955, 236—242.
77. GERAUD, J., ARLET, J., CAIZERGUES, P., RIBAUT, L.: Troubles moteurs et trophiques du membre supérieur et cervicarthrose. *J. Radiol. Electrol.* 32, 1951, 115—116.
78. GERHART, A.: Experiences with local hydrocortisone therapy of Sudeck's syndrome. *Arch. klin. Chir.* 1956, 75—78.
79. GHORMLEY, R. K.: The shoulder arm syndrome: causation diagnosis and treatment. *Rocky Mountain Med. J.* 54, 1957, 706—713.
80. GIRARD, P. F., ALLEGRE et Mlle Lanterrier: Troubles neuro-végétatifs de l'épaule et de la main après une thoracoplastie. Contribution à l'étude des syndromes fonctionnelles du creux sus-claviculaire. *Rev. Neurol.* 84, 1951, 55—57.
81. DE GIRARDIER, S.: Ostéoporose douloureuse post-traumatique du pied avec troubles vaso-moteurs traitée par sympathectomie péri-artérielle. *Lyon Chir.* 30, 1933, 357.
82. GOSPODINOFF, A.: The use of calcitonin in the treatment of the algodystronic syndrome. *Rev. Rhum. num. spéc. juin* 1981 [XV congr. intern. de reumat. 21.—27. 6. 1981, Paris, abstr. 0938].
83. GOTZE, J.: Les bases et les possibilités de traitement de la dystrophie de Sudeck et des troubles périphériques d'irrigation par des substances de blocage ganglionnaire. *Münch. med. Wschr.* 97, 1955, 49—51.
84. GOUGEON, J., MOREAU-HOTTIN, J., RIERA, M. T., RIERA, P. L.: Les algoneurodystrophies des membres inférieurs. Etude clinique et radiologique d'après 18 observations. *Ann. Med. Pharm. Reines* 2, 1965, 93—111.

J. NAVRÁTIL / REFLEXNÍ ALGODYSTROFICKÝ SYNDROM II.

85. GOUGOEN, J., MOREAU-HOTTIN, J.: Les formes récidivantes des algo-neurodystrophies des membres inférieurs. *Rhumatologie* 18, 1966, 395—399.
86. GRAILLE, R.: Le pied décalcifié douloureux idiopathique. Thèse Lyon 1960.
87. GUILLERMET, J.: Le rhumatisme neurotrophique du membre supérieur (syndrome épaule-main). Thèse Lyon 1952.
88. GUPTA, R. C., POPOVTZER, M. M., HUFFER, W. E., SMYTH, CH. J.: Regional migratory osteoporosis. *Arthr. and Rheum.* 16, 1973, 3, 363—368.
89. GUYON, C.: Les algodystrophies du membre inférieur, principalement sous la forme d'apparence idiopathique. Thèse Med. Nancy 1965.
90. HÁJKOVÁ, Z.: Reflexní dystrofie končetin. *Fysiatr. věstn.* 38, 1960, 5, 294—299.
91. HARIF, V. B.: Les algodystrophies sympathiques du membre inférieur. Etude de 83 cas dont 15 formes primitives. Thèse Paris 1962.
92. HAUSMANOVÁ-PETRUSIEWICZOVÁ, I., HERMAN, E.: Neurologické syndromy u revmatických chorob a kolagenos. SZN Praha 1959.
93. HERMANN, L. G.: Diagnosis and treatment of post-traumatic painful osteoporosis. *Intern. J. Med. Surg.* 47, 1934, 510—513.
94. HERMANN, L. G., CALDWELL, J. A.: Post-traumatic painful osteoporosis. *Amer. J. Roentgenol.* 47, 1942, 353.
95. HEUNE, H. F.: Résultats du traitement de la maladie de Sudeck par la prednison. *Chir.* 28, 1957, 398—400.
96. HILKER, A. W.: The shoulder-hand syndrome: a complication of coronary artery disease. *Ann. Int.* 31, 1949, 303—311.
97. HUNDER, G. G., KELLY, P. J.: Roentgenologic transient osteoporosis of the hip. A clinical syndrome? *Ann. Intern. Med.* 68, 1968, 539.
98. CHIERICI, F., CUSSINI, G.: Sulla „Sindrome spalla-mano“, in di infarto miocardio. *Giorn. Clin. Med.* 38, 1957, 1180—1200.
99. CHRISTENSEN, K., JENSEN, E. M.: The reflex dystrophy syndrome-treatment with systemic corticosteroids. *Rev. Rhum. num. spéc. juin 1981 (XV congr. intern. de rhumat. 21.—27. 6. 1981 Paris, abstr. 0934).*
100. JOHNSON, J.: Disabling changes in the hand resembling sclerodactylis following myocardial infarction. *Arch. Int. Med.* 1943, 463.
101. KAHLMETER, G.: A forme of omarthritis accompanied by vaso-motor disturbances in corresponding hand and anxiety neurosis. *Acta rheum.* 1930, 6, 20—22.
102. KARSKÝ, E.: Syndrom neurotrofické arthropatie. *Prakt. lék.* 36, 1956, 15—16, 360—381.
103. KIENBÖCK, F.: Über die akute Knochenatrophie bei Entzündungsprozessen an den Extremitäten und ihre Diagnose nach der Röntgenbilde. *Wien. Med. Wschr.* 51, 1901, 1345.
104. KIM, H. J., KOZIN, F., JOHNSON, R. P.: Reflex sympathetic dystrophy syndrome of the knee following meniscectomy. Report of three cases. *Arthr. and Rheum.* 22, 1979, 2, 177—181.
105. KIRSCH, K.: Das sudecksche Syndrom als Fernwirkung gestörter organ Funktion durch Ermittlung des vegetativen Nervensystem. *Z. Orthop.* 86, 1955, 95—113.
106. KOHLER, R.: A propos de l'étiologie de l'algo-neurodystrophie du membre supérieur: deux observations d'algo-neurodystrophie de cause exceptionnelle. *Rev. Rhum.* 35, 1968, 12, 670—672.
107. LAINE, V., VEIKKO, A. I.: Incidence of reflex sympathetic dystrophy of the upper extremity. Shoulder hand syndrome. *Ann. rheum. Dis.* 12, 1953, 316—317.
108. LANCE, P.: Un cas d'ostéoporose post-traumatique guéri par les infiltrations stellaires. *Rev. Orthop.* 30, 1944, 44—46.
109. LARGET, S., LAMARE, F., GOURDON, J.: Ostéoporose post-traumatique: sympathectomie péri-artérielle. Amélioration considérable. *Bull. Med. Soc. Nat. Chir. Paris*, 63, 1932, 155—158.

J. NAVRÁTIL / REFLEXNÍ ALGODYSTROFICKÝ SYNDROM II.

110. LAYANI, F., POINSARD, G.: Ostéoporose zostérienne, les troubles trophiques et les arthropathies du zona cervico-brachial. *Rev. Rhum.* 15, 1948, 2, 56—59.
111. LEJEUNE, E., BOUVIER, M., MAITREPIERRE, J., SIRADJ Ee DINE, A.: Le pied décalcifié douloureux ou algodystrophie réflexe du pied. A propos d'une statistique personnelle de 40 observations. *Rhumatologie* 18, 1966, 377—393.
112. LENÈGRE, J., FLAMENT, S.: Angine de poitrine et épaules douloureuses. Paris, Méd. 36, 1946, 1—7.
113. LEQUESNE, M.: Transient osteoporosis of the hip. A non traumatic variety of Sudeck's atrophy. *Ann. rheum. Dis.* 27, 1968, 463.
114. LEQUESNE, M., MOGHTADER, R.: L'algodystrophie de l'isoniazide et de l'ethionamide. *Rev. Rhum.* 33, 1966, 12, 727—734.
115. LEQUESNE, M.: L'algodystrophie décalcifiante de la hanche. Une serie de dix cas. *Rev. Rhum.* 35, 1968, 181—193.
116. LEQUESNE, M., KERBOULL, M., BENSASSON, M.: L'algodystrophie décalcifiante partielle. *Rev. Rhum.* 46, 1979, 2, 111—121.
117. LEQUESNE, M., SPARTIEN, O., FAUCHET, M.: L'algodystrophie décalcifiante infra-radiologique du membre inférieur. *Rev. Rhum.* 48, 1981, 5, 423—430.
118. LEQUESNE, M.: Algodystrophie et diabete sucré. 12 observations personnelles. *Rev. Rhum.* 37, 1970, 3, 237—244.
119. LERICHE, R.: Oedème dur aigue post-traumatique de la main avec impotence fonctionnelle complète. Transformation soudaine cinq heures après sympathectomie humérale. *Lyon Chir.* 20, 1923, 814—818.
120. LERICHE, R.: Déséquilibres vaso-moteurs post-traumatiques primitifs des extrémités. *Lyon Chir.* 20, 1923, 746.
121. LERICHE, R.: Sur quelques malaises osseux et articulaires d'origine vaso-motrice et sur leur traitement. *Bull. Soc. Nat. Chin.* 24, 1927, 1022.
122. LERICHE, R.: Traitement de l'ostéoporose algique post-traumatique. *Presse méd.* 49, 1941, 609.
123. LERICHE, R., FONTAINE, R.: Ostéoporoses douloureuses post-traumatiques. *Presse med.* 37, 1930, 617.
124. LERICHE, R., POLICARD, J.: Les problèmes de la physiologie normale et pathologique de l'os. Masson et Cie édit Paris 1926.
125. LICHTWITZ, A.: Les ostéoporoses aiguës: Ostéoporose d'immobilisation ou ostéoporose d'alarme. *Presse méd.* 54, 1946, 654—655.
126. LORENTO, DE NO.: Analysis of the activity of the chair of internuntial neurons. *J. Neurophysiol.* 1, 1938, 645.
127. LOUYOT, P., GAUCHER, A., MONTET, Y., COMBESIAS, J. F.: Algodystrophies du membre inférieur. *Rev. Rhum.* 34, 1967, 12, 733—737.
128. LOUYOT, P., GAUCHER, A., BENOIT, P., GUYON, C.: Les algodystrophie idiopathiques du genou. *J. Radiol. Electrol.* 47, 1966, 8—9, 450—455.
129. LOUYOT, P., MONTET, Y., DEMONTE, S.: Importance de la localisation coxofémorale dans l'algodystrophie du membre inférieur. *Ann. méd. Nancy* 10, 1971, 85—104.
130. LUCHERINI, T.: Sindrome neuro-distrofico del piede. *Reumatismo* 8, 1956, 235—265.
131. LUKÁČ, J., ŽITNAN, D., ROVENSKÝ, J., SCHULTZ, P.: Regionárna migrujúca osteoporóza. *Přednáška na XX. prac. revmatol. dnech Piešťany* 15.—16. 12. 1979.
132. MAKAI, F.: Diagnostika Sudeckovho syndromu. *Čs.-polské ortop. dny* 29.—30. 3. 1973 Třinec, Refer. souhrny abstr. č. 5.
133. MARCHE, J., CHATARD, P.: Le pseudorhumatisme de la chimiothérapie antituberculeuse. Contribution a l'étude etio-pathogenetique du rhumatisme neurotrophique. *Rev. Rhum.* 34, 1967, 1—2, 16—33.
134. MARTIN, M.: L'ostéoporose post-traumatique. *Rev. Orthop.* 35, 1949, 119—121.

135. MASCHER, W. L.: Le rôle du système nerveux central dans l'origine de l'atrophie osseuse de Sudeck. *Nervenarzt* 1950, 2, 67—74.
136. MATHIES, H., OTTE, P., VILLIAUMEY, J., DIXON, A. St.: Klassifikation der Erkrankungen des Bewegungsapparates. *Compendia Rheumatol.* 4, EULAR, Basle 1979.
137. MAUVGISIN, F., BERNARD, J.: Le syndrome épaule-main. *Toulouse Méd.* 55, 1954, 597—604.
138. MAY, V., GUYET-ROUSSET, P.: Algodystrophie, ostéonecrose, similitude histologique. A propos de deux cas. *Rev. Rhum.* 48, 1981, 3, 281—285.
139. MIKEŠ, M.: Výsledky léčby Sudeckova syndromu neuroplegiky. *Čs.-polské ortop. dny* 29.—30. 3. 1973, Třinec, Refer. souhrny abstr. 13.
140. MIKULA, F.: O bolesti. *Farmakoter. zprávy Spofa* 21, 1975, 3, 163—172.
141. MILLER, D., BLEASEL, K. F.: Cervical nerve root compression and the shoulder-hand syndrome. *J. A. M. A.* 163, 1957, 214.
142. MIZRAJÍ, M.: Las algo-neuro-distrofias reflejas. *Rev. Rhum. num. spéc. juin* 1981 [XV Congr. intern. de rheumatol. 21.—27. 6. 1981 Paris, abstr. 0926].
143. MOREAU, R., COSTE, F., LEQUESNE M.: Syndrome épaule-main et péricardite aigue primitive. *Rev. Rhum.* 22, 1955, 688—690.
144. MUSSGNUG, G.: Medical prevention and therapy of Sudeck's syndrome white adrenal cortical substances. *Medizin.* 48, 1956, 1708—1712.
145. NAVRÁTIL, J.: Reflexní algodystrofický syndrom po tuberkulostaticích. *Fysiatr. věstn.* 47, 1969, 2, 73—81.
- 145a. NAVRÁTIL, J.: Reflexní algodystrofický syndrom kolena po operaci menisku. (v tisku).
146. NAVRÁTIL, J.: La para-ostéoarthropathie de la schizophrénie et rhumatisme neurotrophique des membres inférieurs. *Rev. Rhum.* 39, 1972, 6—7, 469—472.
147. NAVRÁTIL, J.: Reflexní algodystrofický syndrom v revmatologické praxi. *Čs.-polské ortop. dny* 29.—30. 3. 1973 Třinec, Referát. souhrny abstr. 2.
- 147a. NAVRÁTIL, J.: K zotavování pracovní schopnosti u reflexních algodystrofií. *Praktický lékař*, v tisku.
148. NAVRÁTIL, J.: Demontrace případu reflexního algodystrofického syndromu noha-koleno-kyčel po sdruženém poranění měkkého kolena. *Čs.-polské ortop. dny* 29.—30. 3. 1973 Třinec, Referát. souhrny abstr. 8.
149. OUAKUINE, L.: Algodystrophie réflexe du pied (a propos de 45 observations). Thèse Montpellier 1967.
150. PASQUALI, F., SAN MARTINO, A.: La photo-pléthysmographie dans l'ostéoporose post-traumatique. *Acta Chir. Belg. suppl.* 1. 1956, 483—487.
151. PATTIN, S., DOURY, P., DIRHEIMER, Y.: Le diagnostic précoce des algodystrophies. *Rev. Rhum. num. spéc. juin* 1981 [XV Congr. intern. de rhumat. 21.—27. 6. 1981 Paris, abstr. 0933].
152. PELNÁŘ, J., LENOCH, F.: Pathologie a terapie nemocí vnitřních III. Nemoci kloubní, kostní a svalové. SZN Praha 1953.
153. PERISSON, F.: Troubles sympathiques dans l'hémiplégie. Thèse Paris 1925.
154. PIZON, P.: Ostéoporose zosterienne de la main. *Presse méd.* 59, 1951, 544.
155. POLLOSON, J., ARNULF, F.: Syndrome physiopathique post-traumatique de l'épaule. Guérison par anesthésie à novocaïne du ganglion stellaire. *Lyon Chir.* 33, 1936, 357.
156. RAVAUT, P. P., LEJEUNE, E., NOEL, G., FRANCHET, G.: Périarthrite humeroscapulaire et rhumatisme neurotrophique des membres supérieurs dans l'hyperthyroïdisme. *Rev. Rhum.* 30, 1963, 5, 257—262.
157. RAVAUT, P. P., DURANT, J.: Atteinte des hanches au cours des rhumatismes neurotrophiques du membre inférieur. *Rhumatologie* 1956, 6, 260—264.
158. RAVAUT, P. P., MAITREPIERRE, J., RIFFAT, G.: Le pied décalcifié douloureux idiopathique (ou ostéoporose algique essentielle du pied). *Rev. Rhum.* 26, 1959, 393—407.

J. NAVRÁTIL / REFLEXNÍ ALGODYSTROFICKÝ SYNDROM II.

159. RAVAUT, P. P.: Le rhumatisme neurotrophique du membre supérieur. *Rev. Rhum.* 18, 1951, 74.
160. RAVAUT, P. P., VINGON, G., POINSONNET, G.: La périarthrite scapulo-humérale d'origine thoracique et pleuropulmonaire. *Rev. Rhum.* 22, 1955, 421.
161. RAVAUT, P. P., GUINET, P., CARRIER, P.: Une cause d'erreur dans le diagnostic des polyarthrites: le rhumatisme neurotrophique du membre supérieur. *Arch. Rhumat.* 6, 1945, 129—134.
162. REME, H.: Das Sudeck Syndrome. *Arch. klin. Chir.* 284, 1956, 32—39.
163. RENIER, J. C., MOREAU, R., BERNAT, M.: Apport des explorations isotopiques dynamiques dans l'étude des algodystrophies. *Rev. Rhum.* 46, 1979, 4, 235—241.
164. RENIER, J. C.: Les algodystrophies du membre inférieur et leur traitement. *Rev. Prat. Paris* 1958, 8, 835—843.
165. RENIER, J. C., OURY, M., BREGEON, CH., TUCHAIS, E.: Les algodystrophies de la chimiothérapie antituberculeuse. Étude de 24 observations. *Rev. Rhum.* 36, 1969, 11, 605—607.
166. RIERA, M. T.: Contribution à l'étude clinique des algo-neurodystrophies des membres inférieurs. Thèse Méd. Tours 1964.
167. RICHARDSON, A. T.: Shoulder-hand syndrome following herpès zoster. *Ann. Phys. Med.* 2, 1954, 132—135.
168. RIMBAUD, L., SERRE, H., PASSOUANT, P.: Syndrome arthro-oedémateux homolatéral par électro-chocs. *Bull. Soc. Med. Hôp. Paris* 1947, 435—438.
169. ROBECCHI, A.: Le sindrome spalla-mano. *Reumatismo* 7, 1955, 153—179.
170. RODECK, G., MUSSGNUM, G.: A propos des troubles de la sécrétion sudorale dans le syndrome de Sudeck. *Lang. Arch. Chir.* 280, 1955, 96—104.
171. ROSEN, P. S., GRAHAM, W.: The shoulder-hand syndrome: historical review with observation on seventy-three patients. *J. A. M. A.* 165, 1957, 1634.
172. DE ROUGEMONT, F., MAZEL, J.: Ostéoporose post-traumatique du pied guéri par sympathectomie péri-fémorale. *Lyno Chir.* 30, 1933, 463.
173. RUSSECK, H. I., RUSSECK, A. S., DOERNER, A. A., ZOHMAN, B. L.: Cortison in treatment of shoulder-hand syndrome following acute myocardial infarction. *Arch. Int. Med.* 91, 1953, 487—493.
174. RUTISHAUSER, E.: Ostéopathies post-traumatiques. *Bruxell. Méd.* 1947, 10, 516—521.
175. SÁZAVSKÝ, K.: O reflexní osteoporoze. *Purkyň. sb. č. 9, Melantrich Praha* 1948.
176. SERRE, H., SIMON, L., CAILLENS, J. P.: Périarthrite scapulo-humérale et syndrome épaule-main au cours de la tuberculose pulmonaire. *Rev. Rhum.* 29, 1962, 165.
177. SERRE, H., SIMON, L., SANY, J., CLAUSTRE, J.: Les formes cliniques des algoneurodystrophies sympathiques du membre inférieur. Communication à la V^e Confér. intern. des maladies rhumatism. Aix-les Bains 28. 6 — 1. 7. 1972, résumé in *volum des rapports* (p. 17—18).
178. SERRE, H., SIMON, L., BARJON, M. C., CLAUSTRE, J.: Algodystrophie extensive (du pied au rachis). *Rev. Rhum.* 35, 1968, 2, 120—124.
179. SERRE, H., SIMON, L., CLAUSTRE, J.: Algodystrophie réflexe du pied. A propos de 45 observations. *Rev. Rhum.* 34, 1967, 12, 722—732.
180. DE SEZE, S., RENIER, J. C., CARO, H.: Les algodystrophies du genou. *Rev. Rhum.* 27, 1960, 9—19.
181. DE SEZE, S., RYCKEWAERT, A.: Algo-dystrophies sympathiques du membre supérieur. in *Maladies des os et des articulations*, 1. vol, Flammarion Édit Paris 1954. (pp. 1203—1210).
182. SIGLER, J. W., ENSIGN, D. G.: ACTH and cortison in the treatment of the shoulder-hand syndrome. *Ann. rheum. Dis.* 10, 1951, 484—485.
- 182a. SIMON, L.: *Actualités en rééducation fonctionnelle et réadaptation*, 2^e série, Masson Édit. Paris, New York, Barcelona, Milan 1977.

J. NAVRÁTIL / REFLEXNÍ ALGODYSTROFICKÝ SYNDROM II.

183. SÍTAJ, Š., KLEINOVÁ, R., TRNAVSKÝ, K.: Reflexný algodystrofický syndróm v priebehu hypertyreózy liečených alkirónom. *Brat. lék. listy* 37 (II), 1957, 5, 659.
184. SÍTAJ, Š., NIEPEL, G.: Problém reflexnej dystrofie v reumatologickej praxi. *Brat. lék. Listy* 33, 1953, 119—139.
185. SLEPOY, P.: Algodistrofia refleja. *Rev. Rhum. num. spéc. juin 1981 (XV congr. intern. rhum. 21.—27. 6. 1981 Paris, abstr. 0924)*.
186. STEINBROCKER, O.: Painful homolateral disability of shoulder and hand with swelling and atrophy of hand. *Ann. rheum. Dis.* 6, 1947, 80—84.
187. STEINBROCKER, O.: The shoulder-hand syndrome. *Amer. J. Med.* 3, 1947, 402—407.
188. STEINBROCKER, O., SITZER, N., FRIEDMAN, H. H.: The shoulder-hand syndrome in reflex dystrophy of the upper extremity. *Ann. Int. Med.*—29, 1948, 22—52.
189. STEINBROCKER, O., NEUSTADT, D., LAPIN, L.: Shoulder-hand syndrome. *J. A.M.A.* 153, 1953, 788—792.
190. STEINBROCKER, O., NEUSTADT, D., BOSCH, S. J.: Painful shoulder syndromes: their diagnosis and treatment. *Med. clin. North. Amer.* 39, 1955, 463—483.
191. STEINBROCKER, O., ARGYROS, T.: The shoulder-hand syndrome: present status as a diagnostic and therapeutic entity. *Med. clin. North. Amer.* 42, 1958, 1533—1553.
192. SUDECK, P.: Über die akute entzündliche Knochenatrophie. *Arch. klin. Chir.* 62, 1900, 147.
193. SUDECK, P.: Über die akute (reflektorische) Knochenatrophie nach Entzündungen und Verletzungen an den Extremitäten und ihre klinische Erscheinungen. *Fortschr. Geb. Reontgenstr.* 5, 1901, 277—293.
194. SUDECK, P.: Die sogenannte akute Knochenatrophie als Entzündungsvorgang. *Chirurg* 14, 1942, 449—458.
195. SURÍN, V.: Užití čsl. přípravků DHErgotoxinu a mesocainu v léčbě bolestivých posttraumatických dystrofií končetin. *Farmakoterap. zprávy* č. 3, 1960.
196. SVOBODA, V.: Syndrom neurotrofické arthropatie. *Prakt. lék.* 36, 1956, 7, 147—150.
197. SWAN, D. M., MC DOWAN, J. M.: Shoulder-hand syndrome following myocardial infarction: treatment by procaine block of the stellate ganglion. *J. A. M. A.* 146, 1951, 774.
198. SWEZEY, R. L.: Transient osteoporosis of the hip, foot and knee. *Arthr. and Rheum.* 13, 1970, 6, 858—868.
199. ŠKRABAL, J., DURĎA, D.: Dlouhodobé výsledky poúrazové algoneurodystrofie léčené kortisonoidy. *Čs.-polské ortop. dny Třinec 1973, refer. souh. abstr.* 17.
200. ŠKRABAL, J., ŠRÁČEK, J.: Etiopathogeneze poúrazové algoneurodystrofie se zaměřením na aspekty psychosomatické. *Čs.-polské ortop. dny Třinec 1973, Refer. souhry abstr.* č. 1.
201. ŠŤASTNÝ, V.: Hlavní zásady rehabilitace po úrazech končetin. *Fysiatr. věstn.* 57, 1979, 1, 24—33.
202. TAKATS, G.: Reflex dystrophy of the extremities. *Arch. Surg.* 34, 1937, 939—956.
203. TANTÓ, ZS.: Our results in the treatment of Sudeck dystrophy. *Rev. Rhum. num. spéc. juin 1981 (XV congr. intern. de rhumatol. 21.—27. 6. 1981 Paris, abstr. 0935)*.
204. TAVERNIER, J.: Ostéoporose douloureuse post-traumatique grave guérie après deux infiltrations à la novocaïne du sympathique lombaire. *Lyon Chir.* 33, 1936, 450.
205. TERRASSE, J., RAMPON, S., GRAS, H., JANNY, P., PLANGE, J., BERTRIX, G.: Algodystrophie réflexes des membres. *Rev. Rhum.* 26, 1959, 4—5, 168—198.
206. THUREL, R.: Ostéoarthropathies d'origine vertébrale. *Rev. Rhum.* 6, 1939, 1, 95—106.
207. TIXIER, R., FROMENT, R., ARNULF, G.: Contracture physiopathique post-traumatique des fléchisseurs de l'avant-bras guérie par anesthésie à la novocaïne du ganglion stellaire. *Lyon Chir.* 33, 1936, 350.
208. TRUETA, J.: Le mécanisme vasculaire de l'ostéoporose. Étude physiopathologique et expérimentale. *Acta Chir. Belg. suppl.* 1. 1956, 165—172.

J. NAVRÁTIL / REFLEXNÍ ALGODYSTROFICKÝ SYNDROM II.

209. VALENZUELA, F., ARIS, H., JACOBELLI, S.: Transient osteoporosis of the hip. *J. Rheum.* 4, 1977, 1, 59—64.
210. VEČEROVÁ, M., CHLUBNOVÁ, B.: Naše zkušenosti s terapií algodystrofického syndromu. Čs.-polské ortop. dny 29—30. 3. 1973 Třinec, Refer. souhrny abstr. 15.
211. WANEVIJCK, R., PENDERS, C., DENOEL, C.: Algodystrophie et syndrome tunellulaire. *Rev. Rhum. num. spéc. juin 1981* [XV congr. intern. de rhumatol. 21.—27. 6. 1981 Paris, abstr. 0930].
212. WERTHEIMER, P.: Ostéoporose du poignet. Sympathectomie péri- artérielle. *Lyon Chir.* 30, 1933, 365.
213. WERTHEIMER, P., GUILLEMIN, G.: Ostéoporose douloureuse post-traumatique. *Lyon Chir.* 37, 1941, 24—36.
214. WILLIAMS, W. R.: Reflex sympathetic dystrophy. *Rheum. and Rehab.* 16, 1977, 2, 119—124.
215. WYSENBEEK, A. J., CALABRESE, L. H., SCHERBEL, A. L.: Reflex sympathetic dystrophy syndrome complicating polymyalgia rheumatica. *Arthr. and Rheum.* 24, 1981, 6, 863—864.

HEFTE ZUR UNFALL — HEILKUNDE 8. 44. JAHRESTAGUNG DER DEUTSCHEN GESSELLSCHAFT FÜR UNFALL HEILKUNDE E V. 19. BIS 22. NOVEMBER 1980, BERLIN

Nakladatelstvo Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York

Monografia obsahuje správu zo 44. kongresu Nemeckej spoločnosti pre traumatológiu, ktorý prebiehal v období od 19. do 22. novembra 1980 v Berlíne. Vedeckú konferenciu viedol prezident Nemeckej traumatologickej spoločnosti prof. W. Düben. Na zasadnutí sa zúčastnil aj prezident chirurgickej spoločnosti prof. K. Spohn. Odborná problematika sa rozoberala v siedmich, tematicky užšie orientovaných referátoch.

V experimentálnej časti bolo viacero zaujímavých a progresívne vedeckých prednášok, týkajúcich sa kostnej regenerácie, a to nielen z pohľadu stabilizácie zlomeniny, ale hlavne zo stanoviska poškodenej vaskularizácie. Referáty vyjadrovali ťažisko problému v hľadaní vhodnej metódy, ktorá podporuje proces revaskularizácie v jednotlivých štádiách kostného hojenia. Ani táto experimentálna časť sa neobišla bez úvah o zložke infektu a prítomnosti imunologickej odpovede tvorbou protilátok a zisťovaní ich titru, a to za rôznych podmienok na klinike i v experimente. Ďalšie práce tohto rázu sa zaoberali kritickými postrehmi, ktoré sa týkali hladiny antibio-

tík v perfúzných častiach tkaniva. Pre klinické použitie odznelo niekoľko zaujímavých referátov, ktorých obsah zhrnul možnosti využitia rozdielov meranej kožnej teploty u hroziacich ťažších afekcií pri určení perspektívy primárneho hojenia rany pomocou diagramov denne kontrolovanej sedimentácie. Veľmi zaujímavé bolo zistenie niektorých autorov v klinickom pozorovaní, overené aj na experimente, že hojenie zlomenín u alkoholizovaných zvierat, a podobne aj u ľudí, prebieha vo významne zhoršenej a o niekoľko týždňov opoždenej kostnej konsolidácii.

Druhá časť obsahovala celý rad klinických pozorovaní, tak ako to vyjadrujú názvy niektorých prednášok, ktoré hovorili o výhľade a riziku pri liečbe zlomenín. Iné sa zaoberali absolútnymi a relatívnymi indikáciami pri konzervatívnej liečbe zlomenín. Upozornilo sa najmä na to, že existuje celý rad komplikácií, z ktorých významné sú ischemická svalová nekróza, Subekova dystrofia, kompresívny syndróm periférnych nervov a ďalšie pri opakovaných neúspešných zavorených repozičných manévroch. Známý

odborník v traumatológii prof. Burri z Ulmu rozviedol intraoperatívne a včasné komplikácie získané skúsenosťami z 5763 operovaných zlomenín. Uvádza infekť 1,42 %, z toho po zákrokoch otvorených zlomenín 4,78 % a po zatvorených 0,58 %. Ostatné komplikácie sú detailne rozobraté v priložených tabuľkách. Veľmi aktuálna bola aj informácia prof. Dittela z Tibingeny z hľadiska vhodnosti skorej osteosyntézy u polytraumatizovaných pacientov. Túto považujú za indikovanú, ak podporuje hemodynamické respiračné, prípadne metabolické zmeny, s cieľom podporiť ich úpravu. Nedospeli k záveru napriek viacerým významným súborným referátom o otázkach klinických porovnaní pri liečbe zlomenín diafúzy femoru osteosyntézou pomocou vnútrodreňového klinca oproti platničke. Viacero referátov sa zaoberalo aj problematikou osteomyelitídy, ktorá vznikla po osteosyntéze zatvorených zlomenín. Ako kritérium pre vznik tejto závažnej komplikácie autori Propst a spol. z Murnau uviedli tieto okolnosti: chybná indikácia a nevhodná technika pri zákroku na mäkkých častiach a kostiach, nedostatočná asepsa, nesprávne pooperačné liečenie a celkove zlý biologických terén. V rozsahu piatich rokov z 1903 operovaných museli u 26 vykonať amputáciu.

Tretia časť hovorila o rozsahu povinnej dokumentácie nielen z hľadiska medicíny, ale aj právneho stanoviska. Túto problematiku vyjadruje iným spôsobom štruktúry organizácie poskytovania zdravotných služieb, ktoré je rozdielne oproti nášmu spôsobu, a tým je odlišné aj vedenie dokumentácie, čo vyplýva aj zo spoločenskej štruktúry.

Štvrtá časť referátov rozoberala povinnosti úrazového chirurga pri zvládnutí epidurálneho hematómu. V tomto smere sú lepšie výsledky najmä v tých centrách, kde je možnosť diagnostického využitia computerovej tomografie.

V piatej časti kongresu boli predmetom referátov klinické štúdie o otvorených poraneniach na ruke a predlaktí jednotlivito aj v kombinácii so súčasným poranením šliach a nervov v tejto oblasti.

V šiestej časti boli uvedené možnosti zlepšenia prognóz pri tupých zatvorených poraneniach dutiny brušnej. Za vedúcu kli-

nickú symptomatológiu považujú tento druh úrazov s prítomnosťou šoku alebo bez neho so súčasným poranením viacerých systémov a bezvedomím. Popri starších osvedčených postupoch sa uplatnila ultrazvuková diagnostika pre jej neinvazívnosť a pomerne krátku časovú náročnosť. V oblasti detskej chirurgie stojí za zmienku pokus o zvládnutie traumatického krvácania zo sleziny pomocou upraveného fibrínu a kolagénu. Niektorí autori — Sanberg 1980 — sa snažili o replantáciu sleziny a dospeli k názoru, že napriek istým degeneratívnym zmenám, malé časti segmentov sleziny prežívajú, dajú sa histologicky dokázať a zachovávať si fagocytárnu schopnosť, proliferatívnu aktivitu, ako aj imunizačnú funkciu. Chirurgické pracovisko v Tibingene uviedlo dobré výsledky s použitím intraoperatívnej autotransfúzie u 324 pacientov s priemerným množstvom podanej krvi 2,6 litra. Najčastejšími indikáciami boli ruptúry sleziny, pečene, ľadviny, hematorax a roztrhnutie väčších ciev.

Posledná časť berlínskeho kongresu sa zaoberala možnosťou ovplyvnenia zhybovej stuhnutosť konzervatívnou i chirurgickou metódou. K artrolýze indikujú iba ten typ poúrazovej stuhnutosť, kde anatomická prekážka tvorí bezvýhľadovú funkčnú reštitúciu. Viaceré referáty s týmto zameraním uviedli rôzne druhy vonkajšej, vnútornej, ako aj kombinovanej artrolýzy. Niektorí autori sú za včasnú synovektómiu u prítomného hnisavého procesu, obzvlášť u kolenného zhybu, pri ktorej mali úspech z hľadiska zníženia rozsahu poúrazovej a pozápalovej zhybovej stuhnutosť. Ako diagnostickú metódu doporujú artroskopiu. Ďalšie viaceré referáty sa týkali osvedčenia rôznych chirurgických výkonov mobilizujúcich najmä poúrazové zmeny v kolennom, ramennom a laktovom zhybe.

Pred zakončením generálny sekretár podal záverečnú správu o členskej základni tejto spoločnosti, o jej činnosti v predchádzajúcom období. Traumatologická spoločnosť NSR v roku 1980 mala 1109 členov, z ktorých 14 bolo čestných. Za prezidenta na rok 1982 zvolili profesora dr. Jürgena Probstu z Murnau z NSR.

Dr. I. Kamenický, Bratislava

FRITZ KRAMER

LEHRBUCH DER ELEKTROAKUPUNKTUR Band IV

Učebnica elektroakupunktúry, 4. diel

Haug Verlag — Heidelberg 1981

Štvrtý diel učebnice elektroakupunktúry, ktorú napísal Fritz Kramer a vydalo vydavateľstvo Haug v Heidelbergu v roku 1981, hovorí o voľbe prostriedkov v elektroakupunktúre, o reaktivácii mesenchýmu, o ložiskovej — tumoróznej diagnostike a terapii. Je priamym pokračovaním predchádzajúcich publikácií. V prvom až treťom diele boli objasnené základy elektroakupunktúry. Štvrtý diel obsahuje praktické rady, akými prostriedkami sa dajú ovplyvniť a priviesť do rovnovážneho stavu narušené fyziologické funkcie pacientov. Lekár, zaoberajúci sa elektroakupunktúrou, sa snaží o použitie komplexnej liečby, pretože využíva v terapii tiež orgánové preparáty a homeopatické prostriedky. Táto terapia sa dá rozšíriť aj o potenciujúce látky, ako to uvádza 3. časť knihy, a môže sa tým dosiahnuť zlepšenie terapeutického účinku elektroakupunktúry. Na ďalšie posilnenie terapeutického účinku sú v 4. časti tejto knihy spomína-

ré prostriedky, ktorými sa dosahuje optimálny cieľ — reaktivácia mesenchýmu — ktorá je podľa autora konečným cieľom v liečbe elektroakupunktúrou. Okrem toho autor rozoberá v učebnici uplatnenie elektroakupunktúry v ložiskovej diagnostike, zvlášť s ohľadom na zubné lekárstvo. Poukazuje na ovplyvňovanie rušivých elektrických polí v jazvách a prináša pohľady na terapiu nádorov, pokiaľ sa pri liečbe dá použiť akupunktúra.

Knihá je určená špecialistom v akupunktúre a elektroakupunktúre, ale poslúži aj ako dobrá informačná príručka všetkým, ktorí sa o túto liečebnú metódu zaujímajú ako o možnosť jej uplatnenia vo viacerých odboroch medicíny. Učebnica poskytuje množstvo zaujímavých informácií aj pre pracovníkov pracujúcich na fyziatických oddeleniach, zaoberajúcich sa touto problematikou.

Dr. M. Bendíková, Bratislava

M. TREJBALOVÁ, Š. ŽIDEK, E. TREJBAL

RIZIKO FARMAKOTERAPIE V GRAVIDITE

Osveta, Martin 1982

Posledné roky sa v medicíne označujú ako obdobie tzv. liekovej explózie, čím sa rozumie veľkých rozmachov vo výskume i výrobe, ako aj v praktickej aplikácii nových, veľmi účinných liekov. Súčasne so zavádzaním nových liekov sa však stále častejšie objavujú správy o poškodení organizmu liekmi. Zvlášť kritická je situácia vo farmakoterapii farchavých žien. Konterganová tragédia, keď sa narodilo tisíce trvalo poškodených detí, ktorých matky užívali v farchavosti talidomid, viedla mnohých praktikov k farmakoterapeutickému nihilizmu. Je nesporné, že oba extrémny,

farmakoterapeutický nihilizmus i nedocenenie škodlivých účinkov liekov na organizmus (a na vyvíjajúci sa organizmus zvlášť), sú škodlivé. Sú podmienené nedostatočnými znalosťami o interakcii medzi organizmom a liekom, nedostatočným poznaním vplyvu lieku na organizmus v rôznych fázach jeho vývoja. Túto medzeru v domácej literatúre sa pokúsila vyplniť trojica autorov — gynekológ, internista a farmaceut-špecialista na farmakodynamiku — svojou knihou.

Knihá v deviatich kapitolách prináša poznatky a názory domácej i zahraničnej

literatúry, ako aj vlastné poznatky autorov (je udivujúci rozsah preštudovanej literatúry — jej zoznam zaberá 12 strán) na teratogénny účinok liekov, mechanizmus jeho vzniku, vzťah genetickej predispozície a nepriaznivého účinku lieku, úlohu placenty v mechanizme teratogenity (... placenta je kvalitatívnym faktorom určujúcim teratogénnosť lieku...), prechod látok placentou. Zvýšená pozornosť je venovaná pôsobeniu dnes už klasického teratogénu talidomidu a vplyvu abusu alkoholu a fajčenia na plod. V klinickej časti je prebraná terapia chorôb vyskytujúcich sa iba v gravidite (gestózy, predčasný pôrod...), ako aj závažných infekčných, vnútorných a nádorových ochorení v gravidite. Z hľadiska spomínaných problémových okruhov je najdôležitejšou časťou časť farmakoterapeutická, ktorej autori prehľad-

nou formou uvádzajú skupiny liekov (anestetiká, antibiotiká, venoterapeutiká...) a možnosti ich použitia v gravidite. Časť profylaktická je venovaná očkovaniu ťarchavých.

Text je doplnený 13 tabuľkami, ktoré prehľadne zhrňujú skutočnosti v texte. Škoda, že niektoré z nich, najmä tab. 6 — Možnosti poškodenia plodu liekmi, nie sú upravené ako samostatná príloha, ktorá by nezávisle od knihy slúžila na rýchlu orientáciu o vhodnosti či nevhodnosti podania lieku v tom-ktorom období gravidity.

Knihu iste privítajú všetci, ktorí prichádzajú v praxi do styku s ťarchavou ženou a sú nútení odpovedať si na otázku: „Podať, či nepodať tento liek?“ Bude im slúžiť ako základná orientácia.

Dr. P. Olajoš, Nitra

W. BRÄUTIGAM, P. CHRISTIAN

PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN

Psychosomatická medicína

3. prepracované a rozšírené vydanie. Vydavateľstvo Georg Thieme Verlag
Stuttgart New York 1981

ISBN 3-13-498303-6

V trefom prepracovanom a rozšírenom vydaní vychádza v roku 1981 vo Vydavateľstve Georg Thieme Verlag v Stuttgarte New Yorku krátko koncipovaná učebnica o psychosomatickej medicíne. Otázkam vzťahov medzi psychikou a somatickými ťažkosťami sa už rad desaťročí venuje veľká pozornosť. V období po druhej svetovej vojne sa pomaly formuje nový medicínsky odbor psychosomatická medicína. Objavujú sa jednotlivé práce, publikujú sa väčšie monografie a pripravujú sa učebnice. Dvaja autori z Univerzity v Heidelbergu prof. Bräutigam a prof. Christian vydali v roku 1973 „Psychosomatická medicína“, ktorá v roku 1981 vychádza v doplnenom a prepracovanom 3. vydaní. V roku 1978 vyšiel turecký preklad tohto prehľadu súčasných názorov na psychosomatické ochorenie.

Učebnica sa skladá z dvoch častí — všeobecnej a špeciálnej psychosomatiky. Vo všeobecnej časti autori venujú pozornosť histórii vývoja a terminológii, vzťahom psychosomatiky k ostatným medicínskym odborom, otázkam epidemiológie psychosomatických ochorení, predstavujú jednotlivé teórie a modely a túto časť uzatvára-

jú otázky psychosomatickej diagnózy a liečebné metódy. V druhej časti — špeciálnej psychosomatike — venujú autori pozornosť jednotlivým oblastiam psychosomatických ochorení — otázkam infekčných chorôb, srdcovocievnyh ochoreniam, poruchám dýchania a trávenia, endokrinným ochoreniam. V ďalších kapitolách autori rozoberajú otázky psychosomatických aspektov u ťažko chorých a u nevyliciteľne chorých, všimajú si psychosomatiku obezity, kožných ochorení, psychosomatické problémy v gynekológii, otázky reumatických ochorení a motorických porúch. Záverečné kapitoly venujú pozornosť psychosomatike bolestí hlavy, otázkam psychosomatických aspektov pri depresii a tzv. všeobecnému psychosomatickému syndrómu. Vecný register ukončuje túto krátku, prehľadnú učebnicu psychosomatickej medicíny, doplnenú niektorými obrázkami a tabuľkami. Každá kapitola prináša ďalší prehľad potrebnej literatúry.

Táto krátka učebnica venovaná problematike psychosomatickej medicíny je moderne spracovaná, poukazuje na aktuálnu problematiku súčasnej medicíny a venuje

pozornosť niektorými základným otázkam, o ktorých by mali byť informovaní nielen lekári prvého kontaktu, ale aj lekári, ktorí

venujú pozornosť jednotlivým chorobám, predovšetkým aspektom psychosomatiky.
Dr. M. Palát, Bratislava

I. S. EDELMANN, R. N. BERNE
ANNUAL REVIEW OF PHYSIOLOGY, Vol. 44, 1982
Ročný prehľad fyziológie
Vydalo Annual Reviews Inc., Palo Alto 1982
ISBN 0-8243-0344-X

44. zväzok ročných prehľadov fyziológie je venovaný niektorým fyziologickým problémom z rôznych oblastí. Jednotlivé práce sú zoradené do častí — sekcií, ktoré sa zaoberajú gastrointestinálnou fyziológiou, porovnávacou a integratívnou fyziológiou, renálnou a lektrolytovou fyziológiou, fyziológiou dýchania, fyziológiou buniek a membrán, otázkami kardiovaskulárnej fyziológie, endokrinológie a metabolizmom. Špeciálnu tematiku predstavuje chemotaxa a motilita, ktorá prináša niektoré nové poznatky o bakteriálnej a leukocytálnej chemotaxe. Celý zväzok je ukončený autorským a vecným registrom a kumulatívnymi indexmi autorov a titulov, uvedených v predchádzajúcich zväzkoch 40 — 44.

Ročný prehľad prináša niekoľko veľmi zaujímavých prác. Recenzenta pochopiteľne zaujímajú predovšetkým práce týkajúce sa respirácie a cirkulácie, ktoré sú veľmi zaujímavé a podnetné. Ako vidno, súčasný trend vo fyziológii predstavujú mo-

lekulárno-biologické hľadiská. Tieto hľadiská prenikajú aj do celého radu prác a poukazujú na niektoré nové poznatky v danej oblasti. Veľmi zaujímavé sú práce z oblasti bunkovej a membránovej fyziológie, predovšetkým tie, ktoré venujú pozornosť kostrovým svalom. V rehabilitačnom lekárstve znalosti o kostrových svaloch sú jednou z oblastí veľmi dôležitých pre rehabilitačné myslenie. Už spomínaná kardiovaskulárna problematika prináša celý rad prác so základným významom aj pre kliniku, ktorý sa venuje otázkam rehabilitácie kardiakov.

Celý zväzok 44. Ročného prehľadu fyziológie je veľmi informatívny a poslúži nielen odborníkovi z oblasti fyziologických vied, ale nájdu tu informácie odborníci z iných oblastí. Určitou prednosťou je, že každá jednotlivá časť je uvedená krátkym úvodom, ktorý zhrňuje jednotlivé otázky, ktoré prinášajú práce príslušnej sekcie.

Dr. M. Palát, Bratislava

S. CAGÁŇ, I. HULÍN
ELEKTROKARDIOGRAFIA
Osveta, Martin, I. vydání, 1981

Jde o modernú príručku elektrokardiografie, jež velice proporcionálně popisuje teoretické náklady této kardiologické disciplíny, s praktickou klinickou aplikací. Elektrofyziologické principy vzniku elektrokardiogramu jsou názorné i pro začátečníka, stejně tak i vysvětlení speciálních svodů etážových, svodů podle Nehba, esophageálních svodů, intrakardiálních a elektrogramů z Hisova svazku. Snad by více místa zasloužilo vysvětlení vektorkardiogramu a ortogonálního Frankova systému a fetální elektrokardiografie. Důležitá je i kapitola o fyziologických varia-

cích EKG. I když EKG kritéria u starých osob se v podstatě neliší od populačního průměru, přesto by měly být některé typické nálezy na EKG u osob vyššího věku podrobněji rozvedeny. Totéž lze říci i o neurovegetativních změnách na EKG. Pro začátečníka je cenná stať o EKG vyšetření (příprava pacienta, registrace, dokumentace, názorné vysvětlení stanovení elektrické osy. Minnesotského kódu, rozlišení artefaktů). Pro terénního internistu je přehledně podána metodika zátěžových testů. Pro kliniku v praxi jsou ilustrativně vysvětleny arytmie, a to i s výstižným elektrofy-

ziologickým výkladom. Platí to zejména pro hemibloky a Wolf-Parkinson-Whiteův syndrom. Diagnostika hypertrofiie komor se drží osvědčených kritérií. Na kapitulu o ischemické chorobě srdeční již, zřejmě vzhledem k rozsahu příručky, nezbylo tolik místa, přesto je přehledná a názorně dokumentovaná. Více místa by si zřejmě zasloužila i problematika nekoronárních kardiomyopatií v EKG obraze, i když základních diferenciálně diagnostických aspektů některých poruch srdce a chorob organismu si autoři ve své knize všimají.

Snad by uvedené poznámky mohly být určitým námětem pro budoucí druhé vydání knihy. Předností příručky je její srozumitelnost, didaktičnost, názorná dokumentace a přehlednost, čemuž prospívá i výtisk na křídovém papíře. Knihu si přečte se zájmem jak začátečník v kardiologii, tak terénní internista, ale rád si v ní zalistuje i zkušenější kardiolog pro osvěžení některých zejména elektrofyzilogických poznatků.

Dr. B. Ždichynec, CSc., Karlovy Vary

M. MUMENTHALER

DIDAKTISCHER ATLAS DER KLINISCHEN NEUROLOGIE

Didaktický atlas klinickej neurológie

Vydal: Springer Verlag Berlin Heidelberg, New York, 1982

ISBN 3-540-11279-0

Je veľkým sviatkom pre klinickú neurológiu, keď sa objaví na knižnom trhu nová práca prof. Mumenthalera. Springer-Verlag vydal v roku 1982 novinku z pera tohto vynikajúceho neurológa z bernskej univerzity „Didaktický atlas klinickej neurológie“. Je to vcelku ojedinelá publikácia, určitým vzorom je Spillaneov atlas v angličtine, ktorý však vyšiel už v nemeckom preklade v tom istom vydavateľstve (Springer-Verlag).

Mumenthalerov atlas je určený predovšetkým praktizujúcim neurológom, ale aj ostatní lekári tu nájdú dostatok informácií z oblasti klinickej neurológie. Atlas je zostavený z jednotlivých kazuistik, cieľne upravených pre príslušný symptóm a je bohato dokumentovaný čiernobielymi foto-

grafiami, event. nevyhnutnými röntgenogramami. Niekoľko farebných ilustrácií dopĺňa zbierku 43 neurologických prípadov.

Všetky Mumenthalerove práce sú charakterizované nielen precíznosťou spracovania látky, ale aj dobre voleným a didakticky usporiadaným obsahom. Atlas je nielen špičkovým odborníkom v klinickej neurológii, ale predovšetkým neurológom, ktorý dokonale vie podať diskutovanú látku.

Forma, akú zvolil autor, je vynikajúca pre prenos informácií prostredníctvom fotografie. Drobné, spojovacie texty dopĺňujú informáciu potrebnú pre daný prípad. Treba si iba želať, aby podobným spôsobom boli spracované aj otázky z iných oblastí medicíny.

Dr. M. Palát, Bratislava

L. ĎURÍČ

ÚVOD DO PEDAGOGICKEJ PSYCHOLÓGIE

Vydalo Slovenské pedagogické nakladateľstvo Bratislava 1981.

(Druhé doplnené vydanie.)

Ide o ďalšie vydanie prvej vysokoškolskej učebnice tejto disciplíny, ktorá vznikla na Slovensku. O jej kvalite svedčí fakt, že čoskoro po uverejnení prvého vydania bola schválená ako celoštátna učebnica, preložená do češtiny a jej celkový doterajší náklad dosiahol úctyhodnú výšku 26 000 výtlačkov. Autor v nej podáva hutne a prehľadne v prvých kapitolách defi-

níciu pedagogickej psychológie a jej postavenie vzhľadom na pedagogické a psychologické vedy, pokračuje výkladom systému a výskumných metód pedagogickej psychológie a analyzuje interakciu biologická a psychická vo vývine psychiky človeka. Druhá polovica knihy je venovaná psychológii učenia, lepšie povedané podrobnému prehľadu o rôznych teóriách

učenia a jeho zákonitostiach. Tu doc. Ďurič z marxistických pozícií oboznamuje čitateľa s rôznymi javmi svetovej literatúry a s kritikou im adresovanou. Bohato čerpá zo sovietskych prameňov.

Publikáciu používajú — ako autor aj v úvode sám píše — nielen poslucháči filozofických fakúlt, ale aj mnohí učitelia, vychovávatelia a pracovníci rôznych poradenských inštitúcií. Aj pracovníkom v odbore rehabilitácie môže kniha poskytnúť mnoho cenných a prakticky použiteľných

informácií, a to jednak tam, kde išlo o školenie a ďalšie vzdelávanie samotných zdravotníckych pracovníkov, ale aj tam, kde zdravotník v kontakte s pacientom má naň výchovne pôsobiť. Veď výchovné a vzdelávacie aspekty sú dnes už integrovanou súčasťou moderného rehabilitačného procesu. Recenzovaná kniha predstavuje kvalitný prínos na prehĺbenie práve tejto stránky pracovnej činnosti zdravotníkov.

Doc. R. Štukovský, CSc., Bratislava

K. GECÍK

PRÁVNA ZODPOVEDNOSŤ V ZDRAVOTNÍCTVE A MEDICÍNE

Vydalo Vydavateľstvo Osveta, Martin, 1982

V minulom roku 1982 vyšla vo vydavateľstve Osveta v Martine publikácia Karola Gecíka „Právna zodpovednosť v zdravotníctve a medicíne“. Táto publikácia, taká potrebná pre prax zdravotníckych pracovníkov, má slúžiť ako postgraduálna príručka, ktorá má pomáhať zvyšovaniu ich právneho vedomia, poznaniu ich práv a povinností, ako aj spôsobu ich uplatňovania.

Po stránke formálnej (267 str.) aj obsahom vyhovuje svojmu účelu. Hovorí o práve ako nástroji riadenia, najdôležitejších právnych pojmov, druhoch právnej zodpovednosti, požiadavkách výkonu zdravotníckeho povolania lege artis, dispozícií občana vlastným zdravím, povinnej mlčanlivosti zdravotníckych pracovníkov, osobitných právnych a etických problémoch medicíny a zdravotníctva, ako aj o právnej ochrane zdravotníckych pracovníkov.

Publikácia výstižne objasňuje význam práva ako nástroja riadenia, rieši aktuálne právne otázky súvisiace s výkonom zdravotníckeho povolania s osobitnými právnymi a etickými problémami medicíny a zdravotníctva. Obsahuje najnovšie poznatky z predkladanej problematiky.

Možno povedať, že autorovi sa jeho zámer, t. j. objasniť závažnú problematiku právnej zodpovednosti zdravotníckych pracovníkov, plne vydaril. Treba, aby si široká rodina zdravotníckych pracovníkov osvojila túto publikáciu a aby jej slúžila tak, ako bolo cieľom autora.

Záverom treba autorovi poďakovať, že sa podujal prispieť k obohateniu právneho vedomia zdravotníckych pracovníkov a že rozšíril zdravotnícku literatúru o ďalšiu vydarenú publikáciu.

Dr. V. Hes, Bratislava

R. A. GREGORY

REGULATORY PEPTIDES OF GUT AND BRAIN

British Medical Bulletin Vol. 38 1982 Nr. 3

Vydal British Council v nakladateľstve Churchill Livingstone London

ISBN-0007-1420

Záverčné číslo trimestrálné vychádzajúceho British Medical Bulletinu, ktoré vyšlo v septembri 1982, venuje pozornosť modernej problematike gastrointestinálnych hormónov. Vedeckým redaktorom tohto čísla je prof. Gregory z Univerzity v Londýne, ktorý sa po dlhé roky ako fyziológ zaoberal otázkami nervovej a hormonálnej regulácie gastrickej sekrécie. Celý rad

prací zaradených do tohto monotematického čísla sa zaoberá otázkami gastrointestinálnej endokrinológie a problematikou regulačných peptidov z hľadiska ich pôsobenia na centrálny a periférny nervový systém. Pozoruhodná je práca Blooma a Polakovej o klinických aspektoch gastrointestinálnych hormónov a neuropeptidov, ako aj práca o neurochemickej patológii

mozgových peptidov (Edwardson a McDer-mot).

Problematike nervochemických messengerov sa venuje v poslednom desaťročí veľká pozornosť. Sú vypracované metódy, ktoré charakterizujú ich účinok, študujú sa mechanizmy ich účinku a koreluje sa ich klinický význam v ľudskej patológii. Celý rad odborníkov anatómov, neurobiológov, neurofyziológov, histochemikov, far-

makológov a klinikov venuje základnú pozornosť všetkým otázkam, ktoré predstavujú budúce projekty v klinickej medicíne. Je teda veľmi vhodné, že prof. R. A. Gregory monotematickým spôsobom zhrnul všetky dostupné informácie o tejto oblasti modernej fyziológie v poslednom čísle British Medical Bulletinu.

Dr. M. Palát, Bratislava

S. KOMENDA, J. KLEMENTA

ANALÝZA NÁHODNÉHO V PEDAGOGICKOM EXPERIMENTE A PRAXI

SPN, Praha 1981

Recenzovaná kniha je učebnicou štatistiky s oveľa širšou použiteľnosťou, než uvádza nadpis. Pre svoju prehľadnosť a všestrannosť by sa dala označiť za minikompendium štatistických metód, najmä pre skúmanie súvislostí. Výraz „pedagogický“ v nadpise charakterizuje síce pracovné zameranie autorov, ale metódy opísané v knihe sa dajú rovnako dobre aplikovať v klinickom, zdravotníckom, či psychologickom výskume.

Napriek nahustenej forme sa podarilo autorom nájsť šťastnú strednú cestu medzi príručkami teórie štatistiky na strane jednej a čiste aplikovanými výpočtovými „receptármi“ na strane druhej. Bohatú sériu príkladov z antropológie, biochémie, genetiky, klinickej psychológie, psychiatrie a, samozrejme, pedagogiky, dopĺňa veľmi zrozumiteľný výklad o vlastnostiach štatistických testov. V súlade s celosvetovým trendom autorí venujú pozornosť nielen tradičným metódam parametrickej štatistiky, ale rovnakým rozsahom pamätali

na analýzu dát „mäkkých“, čiže nominálnych a ordinálnych. Táto skutočnosť je dôležitá práve pre pracovníka, ktorý potrebuje vyhodnotiť klinické údaje (kde použitie Gaussovho modelu je často diskutabilné), aby pri spracovaní nemusel vyhľadávať primeranú metódu v zahraničnej, niekedy ťažko dostupnej literatúre.

Posledné dve kapitoly predkladajú výsledky vlastného výskumu autorov v oblasti didaktických testov a modelov učenia.

Aj keď autori vychádzajú zo zásady, že pre čitateľa stačia „stredoškolské znalosti“ z matematiky, väčší úžitok z knihy budú mať tí, ktorí majú aspoň minimálny rozhľad v základoch štatistického uvažovania. Takýto „užívateľ“ nájde v knihe informácie o širokej palete štatistických metód pre vyhodnocovanie údajov dvoch premenných rôznych typov a v najrôznejších situáciách.

Dr. M. Štukcovská, Bratislava

M. LUKÁČ

ENDOSKOPIA A KRVÁCANIE

Vydalo Vydavateľstvo Osveta, Martin, 1982, vydanie I.

Medzi najdramatickejšie situácie, ktoré vystrašia chorého, ale mnohokrát aj neskúseného lekára, patria krvácania do gastrointestinálneho traktu. Osud krvácajúceho pacienta závisí od rýchlej a presnej lokalizácie zdroja krvácania. Až do nedávna naše diagnostické možnosti pri lokalizácii zdroja hematémie alebo melény boli skromné. Aj keď gastroscopia má viac ako storočnú históriu — prvýkrát na

svete zaviedol svoj rigidný „gastroskop“ do žalúdka hltáča mečov r. 1868 Kussmaul — prevratný vývoj endoskopie nastal až po r. 1958, keď Hirschowitz začal používať fiberoptickú techniku. A práve pri krvácaní do GIT sa endoskopia stala diagnostickou (a mnohokrát aj terapeutickou) metódou prvej voľby.

35. zväzok Hálkovej zbierky pre postgraduálne štúdium lekárov je venovaný tej-

to modernej metóde — endoskopii. Až 90 % zdrojov krvácania do GIT sa nachádza v oblasti pažeráka, žalúdka a dvanástnika, teda v oblasti dosiahnuteľnej panendoskopom. Pritom práve urgentná endoskopia prispela značnou mierou k rozšíreniu našich vedomostí o príčinách a zdrojoch krvácania, ako sú peptické vredy, ezofageálne varixy a malignity, stále častejšie sa stretáva s povrchovými léziami sliznice vo forme inkompletných a kompletných erózií, so solitárnou exulceráciou žalúdka, s laceráciami v oblasti kardioezofagálnej junktie [Malloryho-Weissov syndróm]. Vzhľadom na to, že tieto zdroje takmer vždy unikajú rtg vyšetreniu, autor zdôrazňuje prednosť a nenahraditeľnosť endoskopie v diagnostike krvácania do GIT. Bohatý priestor venuje autor prob-

lematike krvácania do zažívacej rúry po liekoch. Na viacerých kazuistikách s endoskopickou fotografickou dokumentáciou poukazuje na význam dôkladnej a cielenej anamnézy, zameranej hlavne na tzv. farmakoterapiu všedného dňa (abúzus analgetík, najmä salicylátov). Zaoberá sa tiež problematikou krvácania do GIT v staršom veku so záverom, že starší vek pacienta nikdy nemôže byť kontraindikáciou na endoskopické vyšetrenie.

Rozsahom síce nevelká, ale prehľadne napísaná kniha prináša moderné a praktické informácie — podložené citáciami z najnovšej odbornej literatúry — predovšetkým gastroenterológom-endoskopistom, ale aj ostatným internistom, chirurgom, ako aj lekárom prvého kontaktu.

Dr. L. Kiss, Šahy

O. BERGSMANN, M. EDER

FUNKTIONELLE PATHOLOGIE UND KLINIK DER BRUSTWIRBELSÄULE

Funkčná patológia a klinika hrudnej chrbtice

Bd. 2.

Vydal Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, New York, 1982

ISBN 3-437-10774-7

Druhý zväzok široko koncipovaného diela o funkčnej patológii a klinike chrbtice, ktoré vydáva prof. Guttann, vychádza v roku 1982 a je venovaný funkčnej patológii a klinike hrudnej chrbtice. Autormi tohto diela sú dr. Bergsmann z Gröbmingu a dr. Eder z Grazu v Rakúsku. Prvý zväzok venovaný otázkam krčnej chrbtice vydalo vydavateľstvo Gustava Fischera v roku 1981 a bol recenzovaný v našom časopise Rehabilitácia. Celé dielo bude mať vcelku 8 zväzkov, tieto sa pripravujú a postupne budú vydávané.

Recenzovaný druhý zväzok má dve časti: všeobecnú a klinickú. Úvodné slová, zoznam literatúry a vecný register dopĺňujú túto pomerne málo rozsiahlu, avšak bohatou obrazovo dokumentovanú monografiu. Vo všeobecnej časti sa hovorí o kybernetike a osovom orgáne tela, o otázkach ložísk, prejavoch bolesti a jedna kapitola venuje pozornosť dýchaniu a chrbtici.

V klinickej časti je v jednotlivých kapitolách spracovaná diagnostika torakálneho pohybového systému, liečebné metódy, vrátane manuálnych, neurálna terapia, fokálna terapia, akupunktúra aj rehabilitácia. V poslednej kapitole sú opísané jednotlivé syndrómy, ktoré majú vzťah k torakálnej časti osového orgánu tela. Podobne ako prvý zväzok, aj tento druhý je vysoko informatívny, prakticky zameraný a vychádza z praktických skúseností oboch autorov. Teoretický všeobecný diel je uvedený na súčasný stav poznatkov, klinická časť venuje pozornosť všetkým aktuálnym otázkam a problémom z tejto oblasti medicíny. Bohatý zoznam literatúry poukazuje na ďalšie práce k tejto tematike.

Podobne ako prvý zväzok široko koncipovaného diela o ľudskej chrbtici nájdete iste aj tento široké uplatnenie v oblasti modernej rehabilitačnej starostlivosti.

Dr. M. Palát, Bratislava

SPRÁVY Z USTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELAVANIE SZP

V dňoch 7., 9. a 10. decembra 1982 sa uskutočnili záverečné skúšky pomaturitného špecializačného štúdia v úseku práce liečebná telesná výchova. Skúšky prebiehali na školiacej báze katedry rehabilitačných pracovníkov Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP v Bratislave.

Z 18 pozvaných poslucháčok sa zúčastnilo záverečnej skúšky 5 rehabilitačných pracovníčok, z ktorých 3 záverečnú skúšku úspešne absolvovali:

Gondová Mária
Gregušová Emília
Olejárová Marta

OÚNZ Galanta
OÚNZ Žiar nad Hronom
OÚNZ Spišská Nová Ves

Dr. M. Bartovicová, Bratislava

V Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v BRNĚ se uskutečnily ve dnech 4. — 8. 10. 1982 a 18. — 22. 10. 1982 závěrečné zkoušky pomaturitného speciálního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova.

Dvouleté studium ukončilo a specializaci získalo 47 rehabilitačních pracovníků:

Beránková Jaroslava
Boháčová Marta
Brůnová Miroslava
Březinová Zdena
Čermáková Bohuslava
Dohnalová Libuše
Dostálová Marcela
Fárová Hana
Fendrichová Jiřina
Goldová Josefa
Hellbrantová Danuše
Hladík František
Horáková Jana
Husáková Kateřina
Janderová Dagmar
Ječná Ivana
Jirásková Alena
Kapicová Eva
Kohoutová Věra
Kraslová Miloslava
Křemenáková Eva
Kubová Lydie
Lacinová Marcela
Marešová Marie
Marková Vilemína
Mrůzková Eva
Munteanová Eva
Neumeisterová Eva
Novotná Eva
Nožičková Eva

FNSP Plzeň
ZÚNZ Dolní Rožinka
OÚNZ České Budějovice
ÚNZ Praha
KÚNZ Brno
MÚNZ Brno
FN Praha 10
FN Motol, Praha
OÚNZ Znojmo
OÚNZ Nový Jičín
OÚNZ Nový Jičín
OÚNZ Žďár n. Sáz.
OÚNZ České Budějovice
KÚNZ České Budějovice
OÚNZ Chomutov
OÚNZ Příbram
ÚNZ NVP Praha 2
FNSP Praha 2
ÚNZ NVP Praha
OÚNZ Kladno
OÚNZ Teplice
FNSP Praha 10
OÚNZ Pardubice
Voj. nemocnice České Budějovice
Zdravotnická zpráva FMV Praha
ZÚNZ ÚP Mariánské Lázně
MÚNZ Brno
GDL PP Luže Košumberk
Inst. klin. a exp. mediciny Praha 4
OÚNZ Hradec Králové

Paulová Danuše
Pokojová Věra
Reichert František
Retzerová Ivana
Rubriciusová Jana
Sapáková Zuzana
Stárková Hana
Svobodová Milada
Šnoblová Olga
Špičáková Eva
Urbanová Daniela
Vlasáková Anděla
Vyskočilová Jiřina
Winterová Alena
Zahradníková Zdenka
Zapletalová Miloslava
Zboranová Manuela

ÚNZ Praha
OÚNZ Blansko
Čs. st. lázně Velichovky
OÚNZ Rychnov nad Kněžnou
KÚNZ Plzeň
OÚNZ Svitavy
ZÚNZ Praha
MÚNZ Ostrava
OÚNZ Kladno
FNsP Praha 10
FN Motol Praha
OÚNZ Praha 2
MÚNZ Brno
OÚNZ Děčín
ÚNZ NVP Praha 2
OÚNZ Prostějov
Čsl. státní lázně Bílina

B. Chlubnová, Brno

Podle nových Základních pedagogických dokumentů ročního pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova vykonalo v termínech 1. — 5. 11. 1982 a 29. 11. — 3. 12. 1982 závěrečnou zkoušku 53 rehabilitačních pracovníků:

Bicanová Daniela
Doubová Hana
Feixová Jindřiška
Firlová Jana
Fričová Helena
Fryšová Jana
Fuchsová Alena
Grulichová Jitka
Havlasová Anna
Hrmová Hana
Husáková Eva
Chocholáčková Eva
Janoušová Blanka
Jarošová Bohumila
Jedelská Jarmila
Karlová Ivana
Klímová Mahulena
Kocmoudová Lenka
Krajcová Helena
Krállová Eva
Kubíková Pavla
Ledabylová Magda
Levíčková Marie
Lískovcová Jaromíra
Lorencová Jitka
Mayahová Romana
Mikysková Zdeňka
Navrátilová Vlasta
Nesnídal Miroslav
Němcová Jana

OÚNZ Písek
ÚNZ Praha 2
ÚNZ Praha 5
KÚNZ Ostrava
OÚNZ Jihlava
FNsP Praha 1
OÚNZ Chomutov
FN Olomouc
OÚNZ Jičín
IKEM Praha
OÚNZ Sokolov
Čs. státní lázně Jáchymov
Vojenský láz. ústav Karlovy Vary
KÚNZ Brno
FN Olomouc
FN Praha 10
OÚNZ Praha 4
OÚNZ České Budějovice
OÚNZ Břeclav
KÚNZ České Budějovice
OÚNZ Žďár nad Sázavou
OÚNZ Semily
KÚNZ Brno
ÚNZ Praha 8
FN Praha 2
OÚNZ Plzeň
Min. vnitra Praha
KÚNZ Ústí n. Labem
Státní sanatorium Praha
KÚNZ Ústí n. Labem

Ochranová Vlastimila
Ondráčková Ilina
Pánková Jana
Pelikánová Eva
Pelikánová Eva
Petrová Karla
Sajfertová Jolana
Sázavská Emílie
Skopcová Ivana
Staněk Josef
Stránský Břetislav
Svobodová Zdeňka
Syrůčková Eva
Škorpilová Eva
Šloufová Šárka
Tláškalová Stefanie
Tošnerová Vlasta
Valentová Bohumila
Vojtíšková Marta
Vydrová Marie
Zachová Marie
Zemanová Hana
Žajdlíková Ludmila

MÚNZ Brno
KNV Severočeského kraje
OÚNZ České Budějovice
OÚNZ Děčín
OÚNZ Rychnov nad Kněžnou
KNsP Hradec Králové
FN Šrobárova 50, Praha
MNO — Voj. reh. ústav Slapy n. Vltavou
ÚNZ Praha 2
OÚNZ Tachov
OÚNZ Cheb
OÚNZ Cheb
Čs. státní lázně Teplice v Čechách
OÚNZ Praha 5
Čsl. plavba labsko-oderská Děčín
GDL Luže Košumbrek
ÚNZ Praha 8
OÚNZ Pelhřimov
OÚNZ Jindřichův Hradec
OÚNZ Bruntál
OÚNZ Opava
FN Praha 1
OÚNZ Uherské Hradiště

B. Chlubnová, Brno

Závěrečné zkoušky pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčba prací se uskutočnily ve dnech 5. — 7. 10. 1982 v Rehabilitačním ústavu v KLADRUBECH U VLAŠIMI.

Studium bylo organizováno katedrou rehabilitačních pracovníků Ústavu pro další vzdělávání SZP v Brně celoštátně.

Studium ukončilo a specializaci v úseku léčba prací získalo 19 rehabilitačních pracovníků:

Andrová Libuše
Bračoková Helena
Čámská Zdena
Čermáková Jiřina
Enderschová Miloslava
Friedrichová Jaroslava
Kelbelová Verona
Kleinová Olga
Kovalčíková Alžběta
Krystová Věra
Lajšová Etela
Peterková Jana
Prajová Jana
Rachačová Hana
Svitač Štefan
Šmídová Eva
Urbaníková Anna
Vybíralová Magda
Zavacká Olga

OÚNZ Chrudim
KÚNZ Bratislava
OÚNZ Sokolov
OÚNZ Jičín
OÚNZ Most
OÚNZ Most
FNsP Košice
OÚNZ Považská Bystrica
OÚNZ Nové Zámky
Čsl. st. lázně Karviná-Darkov
FNsP Košice
Čsl. st. lázně Janské Lázně
OÚNZ Trnava
OÚNZ Plzeň
KÚNZ Bratislava
KÚNZ Brno
ZÚNZ OKD Ostrava
Vojenský kúpeňný ústav Piešťany
Ústav soc. starostlivosti Bratislava

B. Chlubnová, Brno

V súčasnej fáze technickej aplikácie počítačov do medicíny nazývame niekedy počítače internistom č. 1. Je to z toho dôvodu, že pomocou počítačov dosahujeme komplexnejší diagnostický pohľad. Počítače majú bezpochyby určitú diagnostickú istotu, majú však aj určité nevýhody. Nevýhodou napríklad je, že nedostatočne zohľadňujú patofyziologické dáta, časový priebeh a vývoj choroby. Z tohto dôvodu sa dnes definuje úloha počítača predovšetkým tak, že poukazuje na diagnózy, ktoré lekár musí z hľadiska určitej kombinácie symptómov a nálezov diferencially diagnosticky ohodnotiť.

[R. A. Müller a spol. New Engl. J. Med. 307, 1982, 8, str. 468—476].

Ako príčina postinfarktovej angíny pectoris sa udáva spazmus, ktorý bol angiograficky preukázaný. Z tohto dôvodu sa tvrdilo, podľa Prinzmetalla, že koronárne spazmy po prekonanom infarkte myokardu sa neobjavujú. Práca prináša správu o pacientoch, kde po 3 týždňoch po prekonanom infarkte myokardu sa objavili angiózne ťažkosti. Dôkaz, že spazmy koronáriek sa môžu objaviť aj po infarkte myokardu má terapeutické konzekvencie. Bude vyžadovať špecifickú antianginóznú terapiu namiesto betablokátorov.

(T. J. Moran a spol. Amer. J. Cardiol. 50, 1982, 1, str. 197—202).

Sú opisované pokusy, keď u zvierat, ktoré prekonali vírusovú infekciu centr. nervového systému, došlo v priebehu ďalších 4 — 5 mesiacov k masívnemu prírastku na váhe. Došlo k zvýšeniu tukových zásobární a objavila sa hyperplazia inzulárneho aparátu pankreasu. Podobná hyperplazia sa pozoruje niekedy u ľudí s obezitou.

Vsúčasnosti nie je dokázané, či je diabetes mellitus vyvolávaný vírusovou infekciou, taktiež chýbajú dôkazy o tom, že obezita u človeka môže byť podmienená v určitých prípadoch vírusovou infekciou. Napriek tomu tieto skutočnosti sú zaujímavé.

(Lancet 1982/II., 8289, str. 79 — 80)

Ak fajčiar cigariet zníži počet cigariet denne, event. prejde na cigarety s malým obsahom nikotínu, menia sa okamžite inhalačné návyky. Zdá sa však, že tieto propagované opatrenia sú prakticky bezcenné. Zdá sa, že pri zmene návyku inhalácie fajčiari hlbšou a silnejšou inhaláciou vo zvýšenej miere inhalujú spaľovacie produkty a tieto nie sú v uvedených cigaretách znížené ako je tomu u nikotínu.

(D. O. Ho-Yen a spol. Brit. Med. J. 284, 1982, 6333, str. 1905 — 1907)

Nobelove ceny za medicínu v roku 1982 boli udelené Švédom Sunde K. Bergströmovi a Bengt I. Samuelssonovi a Angličanovi John R. Vaneovi za práce na poli výskumu prostaglandínov. Tieto boli po prvýkrát opísané v roku 1935 a neskôr bola preštudovaná ich chemická štruktúra a základy metabolizmu.

V roku 1950 opísal O. Donoghue súvislosti pri ligamentóznom komplexnom poranení kolenného zhybu. Tento komplex príznakov nazval „Unhappy Triad“. Išlo o ruptúru mediálneho postranného väzu, predného skríženého väzu a vnútorného menisku. V priebehu ďalších rokov došlo pri poznaní komplikovanej biomechaniky kolenného zhybu k ďalším poznatkom. Dôležitá je vaskulárna výživa bradytrofnej chrupavky. Ruptúra menisku býva obyčajne spojená s poškodením synovialis. V súčasnosti sa skôr stotožňuje pojem anteromedialnej instability kolena s vyššie uvedeným pojmom Unhappy Triad.

(E. Keller a spol. Münchner Medizinische Wochenschrift 124, 1982, č. 41, str. 887—888).

Klinicky dôležitým parametrom posudzovania možnosti prežitia v kardiológii je stupeň srdcovej insuficiencie určený tzv. kongestívnym srdcovo-insuficientným indexom. Pri analýze námahových testov sa ukazuje, že predovšetkým koncové štádium testu je rozhodujúce pre ďalšiu prognózu. Sledovali sa predovšetkým otázky dušnosti, vyčerpania, anginy pectoris a závažných komorových arytmií. Rozhodujúcimi sú aj zmeny ST — segmentu za podmienok telesného zaťaženia. Zdá sa, že najdôležitejším prognostickým parametrom je stupeň poškodenia funkcie ľavej komory.

(Naughton a spol. American Heart Association Dallas, prednáška 1981)

Manipulácia cervikálnej chrbtice prináša so sebou niektoré nebezpečia, na ktoré opätovne upozorňuje E. Ernst. Poukazuje predovšetkým na to, že medzi telom 1. a 2. cervikálneho stavca je najväčší rozsah pohybu, prakticky z celej chrbtice. Ide predovšetkým o rotáciu, flexiu a extenziu. V tejto oblasti prebieha artéria vertebralis v relatívne fixovanej pozícii v bezprostrednom susedstve kostenných štruktúr. Táto situácia podmieňuje zvýšené riziko pre poškodenie cievy najmä tam, kde je cieva arterioskleroticky zmenená. Môže teda dôjsť k TIA (tranzitorný ischemický atak) až k apoplexii. Najčastejšie sú opísované TIA, referovalo sa aj o smrteľnej mozgovej ischemii. Vo svetovej literatúre sa zatiaľ popísalo asi 100 prípadov.

(Münchner Medizinische Wochenschrift 124, 1982, č. 41, str. 24)