

# Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

2

OB SAH

## EDITORIAL

M. Palát: Terapeutické systémy a rehabilitace . . . . . 65

## PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

J. Koller: Liečenie popálenín ruky . . . . . 67

M. Zanická, A. Ilavská, M. Sedláková: Problematika rehabilitácie pacientov po popáleninách horných končatín . . . . . 79

V. Reptová, M. Palát: Osobitosti rehabilitačných programov u chronických pneumopatií v starom veku . . . . . 89

Z. Kubín: Limit léčebné rehabilitace starých lidí . . . . . 93

## METODICKÉ PRÍSPEVKY

V. Kříž: Možnosti spolupráce rehabilitačních oddělení nemocnic s poliklinikou s ostatními složkami zajišťujícími rehabilitaci 101

Z. Novotný: Zkušenosti s řešením sociálních problémů dětí s dětskou mozkovou obrnou v České socialistické republice . . . 113

RECENZIE KNÍH . . . . . 119

SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ . . . . . 123

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP . . . . . 128

*Táto publikácia sa vedľa 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.*

# **Re**habilitácia

*Časopis pre otázky liečebnej a pracovnej rehabilitácie*

VDÁVA: Ústav pre ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v Bratislave vo vydavateľstve OBZOR, n. p., ul. Československej armády 35, 815 85 Bratislava

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

TAJOMNÍČKA REDAKCIE: Viera Reptová

REDAKČNÝ KRUH: MUDr. Marianna Bendíková, Vlasta Borlíková, 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: 49 561

Imprimatur 3. 4. 1984

Číslo vyšlo v apríli 1984

# Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK XVII/1984

ČÍSLO 2

## EDITORIAL

### TERAPEUTICKÉ SYSTÉMY A REHABILITACE

*Moderní medicína a její jednotlivé obory vedle diagnostického a diferenciálně diagnostického snažení zaměřují zásadní pozornost na oblast terapie. Každý obor je tak úspěšný, jak úspěšně ví využít svých terapeutických možností. A tyto terapeutické možnosti s dalším rozvojem a vývojem jednotlivých lékařských disciplin rozmnožují se explozivním způsobem.*

*V současnosti moderní lékařství má celý systém léčebných kombinací, jsou vypracované nové terapeutické systémy a tyto terapeutické systémy vytvářejí opět další komplexy. Hovoříme zcela jednoduše o komplexní terapii, přičemž máme na zřeteli použití nejrůznějších léčebných prostředků s cílem dosáhnouti léčebného efektu. Medikamentosní terapie vedle léčby chirurgické, fyzikální léčba vedle psychoterapie — to jsou jen taxativně vyjmenované možnosti terapeutického ovlivnění základního patologického procesu. Je tu možná další řada kombinací, kdy farmakoterapii doplňujeme chirurgickým léčebným zásahem anebo terapeutické metody fyzikální medicíny kombinujeme s některými technikami současné psychoterapie. Objevují se také nové možnosti aplikace léčiv, v poslední době se mnoho hovoří o transdermální aplikaci některých medikamentů, protože jejich resorpce kůží zaručí dostatečně účinné hladiny těchto léčiv v organismu. Jsou konečně vypracované celé nové systémy využívající některých fyzikálních vlastností jak léčiv, tak vehikul, v kterých tato léčiva jsou umístěna — modelem takového systému je tzv. OROS — systém, využívající osmotický tlak léčivé látky (elementární osmotická pumpa) vlastností semipermeabilní membrány, tvořící obal léčiva, a rychlosti rozpouštění účinné látky vodou a jejího uvolňování přes semipermeabilní membránu, daného velikostí otvoru v membráně samé. I možnosti chirurgické léčby jsou realizované na základě nových principů přístupu i vlastního výkonu.*

*Rehabilitace, jako interdisciplinární odbor moderního lékařství, využívá ve svém arsenálu všechny možnosti dané konservativní či chirurgickou terapií, využívá i další možnosti psychoterapie vedle vlastních léčebných metod, da-*

ných především oblastí fyzikální terapie a léčby prací. Účelná kombinace jednotlivých léčebných postupů, spojená principem časového faktoru, který právě v rehabilitaci hraje významnou úlohu, je v současnosti metodou volby — velmi často zde používáme termín komplexní terapie. Otázkou zůstává však, či tento systém komplexní terapie představuje také komplexní terapeutický systém anebo jen souhrn jednotlivých léčebných metod, spojených do určitého komplexu s cílem rehabilitačního programu s přihlédnutím na jednotlivé fáze onemocnění a jednotlivá stadia choroby.

Každý terapeutický systém je komplexem, ale aby se stal systémem, musí zasahovat nejen do patologického procesu, ale musí přihlédnout i k ostatním dějům v organismu, které ne vždy se zúčastňují na průběhu tohoto procesu. Organismus sám tvoří určitý systém, kde přítomná choroba má za následek porušení funkcí některých orgánů a narušení fyziologické či psychosociální homeostasy organismu. I když při určitém onemocnění je především postižený určitý orgán a narušený určitý funkční systém, takové onemocnění má za následek také narušení především homeostasy organismu — vedle poruch určitých specifických funkcí v organismu objevují se i nejrůznější poruchy v oblasti regulací či už na úrovni regulací vegetativního systému či vyšších regulačních okruhů. A pokud chceme hovořit o terapeutických systémech z hlediska komplexního pohledu, potom je nutné v těchto systémech vidět nejen zásah do normalisace postižené funkce, ale i zásah do obnovy narušené homeostasy především úpravou regulačních okruhů.

Rehabilitace právě v této oblasti má mnohem více možností, než je tomu u klasických lékařských oborů. Může totiž využít celé spektrum terapeutických metod jiných oborů, může tyto integrovat do „systému“ a tak zasáhnout prostřednictvím nejrůznějších metod, jejich kombinací a jejich návazností jak přímo do procesu obnovy postižené funkce, tak i nepřímo do procesu obnovy narušené fyziologické či psychosociální homeostasy. Abychom realizovali terapeutický systém v rámci rehabilitačního procesu, je ovšem nutné celý takový rehabilitační proces určitým způsobem modifikovat. Základním požadavkem je především integrace indikovaných léčebných metod do takového systému a stejným požadavkem je, aby takto integrované terapeutické postupy navazovaly účelně na sebe, což znamená, že musíme věnovat pozornost nejen posouzení poškozených funkcí jako následku patologického procesu, ale i posouzení regulačních poruch v oblasti fyziologické i psychosociální. A tato úloha není v současnosti žádným jednoduchým a lehkým úkolem.

Dr. M. Palát, Bratislava

**PŮVODNÉ VEDECKÉ  
A ODBORNÉ PRÁCE****LIEČENIE POPÁLENÍN RUKY**

J. KOLLER

*Centrum popálenin a rekonštrukčnej chirurgie ZŮNZ — VSŽ Košice — Šaca**Prednosta: prim. MUDr. Štefan Šimko, CSc.*

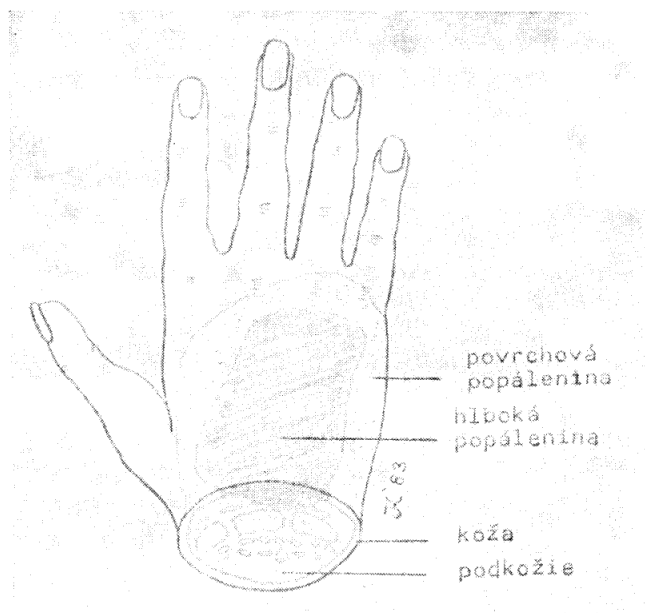
Súhrn: Po stručnom prehľade najčastejších mechanizmov pôsobenia tepelnej noxy na tkanivá ruky sa rozoberá liečebný prístup k popálenej ruke v Centre pre popáleniny a rekonštrukčnú chirurgiu v Košiciach — Šaci. Pri izolovaných popáleninách ruky a postihnutiach menšieho rozsahu sa zdôrazňuje aktívny prístup so zreteľom na včasné dosiahnutie kožného krytu, prevenciu infekcie a skorý návrat funkcie ruky. Pri rozsiahlych popáleninách s postihnutím rúk v popredí stojí snaha o záchranu života postihnutého, pritom ruky sa udržiavajú polohovaním v priaznivom postavení a prednostne sa na nich zaisťuje definitívny kožný kryt. So zreteľom na prirodzený hojivý proces a premenu jaziev sa spomínajú indikácie pre sekundárne rekonštrukčné operácie a zdôrazňuje sa úzka spolupráca chirurga s rehabilitačnými pracovníkmi. Ľudská ruka je veľmi dokonalý a zložitý orgán, preto si jej liečenie aj pri popáleninovom úraze vyžaduje komplexný prístup a zasluguje si náležitú pozornosť.

Kľúčové slová: Tepelná noxa — popáleniny — prevencia infekcie — rehabilitačné programy — rekonštrukčné operácie.

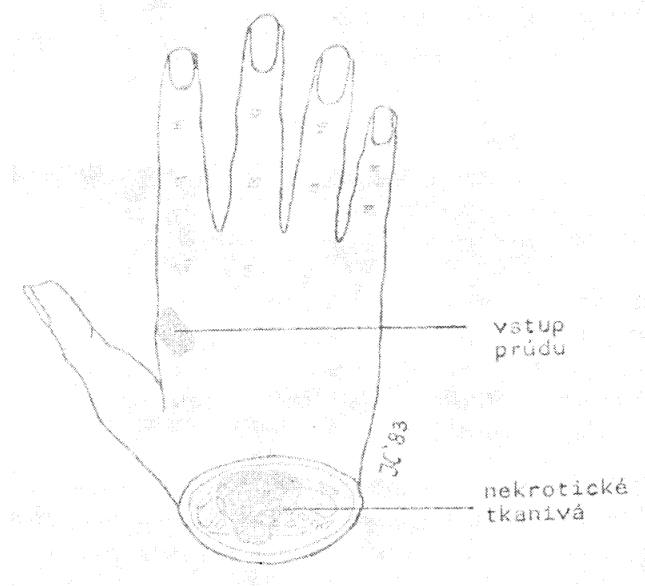
Ľudská ruka je veľmi dokonalý a zložitý orgán. Žiaľ, často býva postihovaná úrazmi, nevynímajúc z toho ani popáleniny. Ich častý výskyt vyplýva z exponovanosti ruky v pracovnom procese, jednak z prirodzeného obranného reflexu človeka, že pri nebezpečí si inštinkatívne chráni rukami iné časti tela, najmä tvár. Najčastejšie býva pri popáleninách postihované dorzum ruky a prstov, alebo sú popáleniny cirkulárne. Izolované popáleniny dlaní sú zriedkavejšie, typické sú tu kontaktné popáleniny pri dotyku horúcich predmetov.

Pri termickom úraze tepelná noxa v závislosti od teploty a dĺžky pôsobenia poškodzuje tkanivá od povrchu kože smerom do hĺbky (obr. 1). Pri elektrických úrazoch (obr. 2) poškodenie tkanív nastáva v priebehu cesty elektrického prúdu cez jednotlivé tkanivá v závislosti od ich odporu a často je v hlbokých štruktúrach závažnejšie ako na povrchu.

Z liečebného hľadiska predstavujú popáleniny ruky ťažký problém, pretože na ľudskej ruke sú tesne pod kožou uložené a nahustené funkčne rozhodujúce anatomické štruktúry. O výsledku liečenia rozhoduje rozsah poškodenia kože, šliach, ciev a nervov, ako aj rozsah sekundárnej fibrózy tkanív. Často primárne



Obr. 1. Pôsobenie tepelnej noxy na ruku

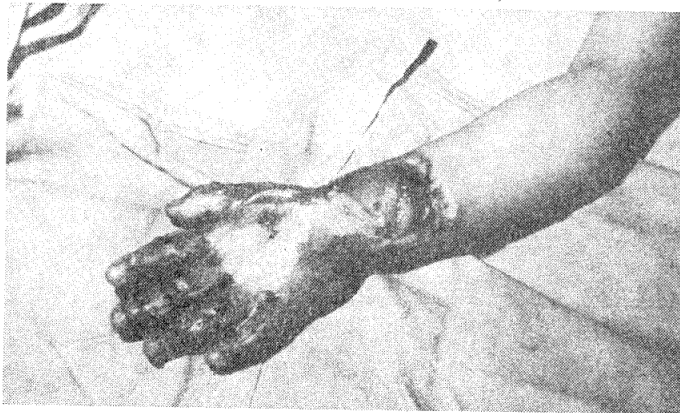


Obr. 2. Zmeny pri popálení elektrickým prúdom

## J. KOLLER / LIEČENIE POPÁLENÍŇ RUKY

poškodenie nie je rozsiahle, ale sa zhoršuje infekciou, edémom, dlhodobou imobilizáciou v nevhodnej polohe a nedostatočnou rehabilitáciou (2).

Pri prístupe k liečeniu popálenej ruky musíme brať do úvahy predovšetkým celkový stav pacienta. Pri izolovaných popáleninách ruky a pri popáleninách menšieho rozsahu sa môžeme ruke od začiatku plne venovať. Ako prvá pomoc je najúčinnejšie okamžité, alebo čo najrýchlejšie ochladenie pod tečúcou vodou. (6). Pri prvotnom ošetrení na chirurgickom pracovisku urobíme dôkladnú toaletu rany (šetrné omytie tečúcou vodou a dezinfekčným mydlom, oholenie ochlpenia, skrátenie nechtov, odstránenie nečistôt a voľných čarov epidermis z plochy), ruku sterilne prekryjeme a definitívne ošetrovanie robíme na prevážovni alebo operačnom sále. Pri cirkulárnych hlbokých popáleninách a najmä pri elektrických popáleninách nekrotická koža v dôsledku narastajúceho edému tkanív pôsobí ako turniket. Cievny a nervový systém sa stláčajú a hrozí ischemia končatiny. V takýchto prípadoch musíme urobiť akútne uvoľňujúce incízie nekrotickej kože až do podkožia, niekedy aj do hlbkej fascie (obr. 3). Po takomto ošetrení priložíme obväz, ktorého spodná vrstva je napustená niektorým z antibakteriálnych prostriedkov. Na našom pracovisku používame z roztokov acriflavín, Furantoin a 0,5 % AgNO<sub>3</sub>; z masť Furantoin, Antispal, Dermazin a Sulfamylon v prísluš-

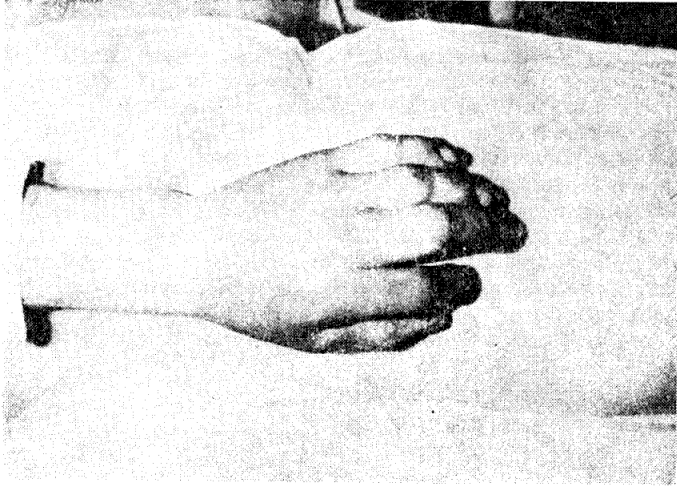


Obr. 3. Uvoľňujúce nárezy pri hlbokých popáleninách dorza ruky



Obr. 4. Správne polohovanie popálenej ruky na dlahe

ných indikáciách. Ruku s predlaktím imobilizujeme na dlahe vo fyziologickej polohe (obr. 4). Aby sme zabránili edému, alebo ho aspoň zmiernili, končatinu elevujeme v závесе nad úroveň tela (obr. 5, 6).

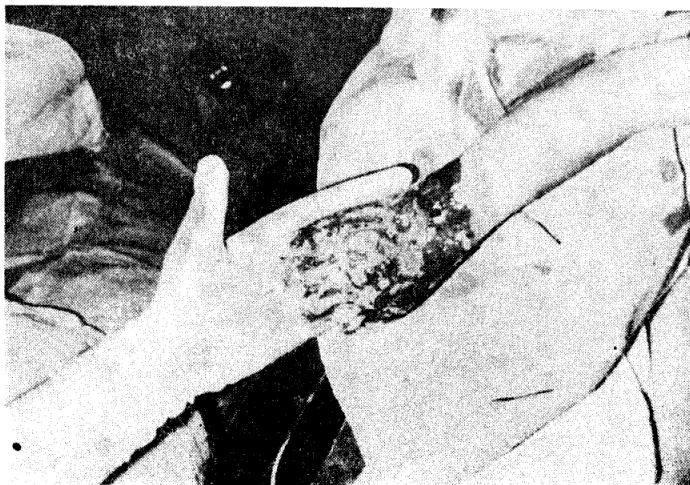


**Obr. 5.** Edém pri popálenine ruky

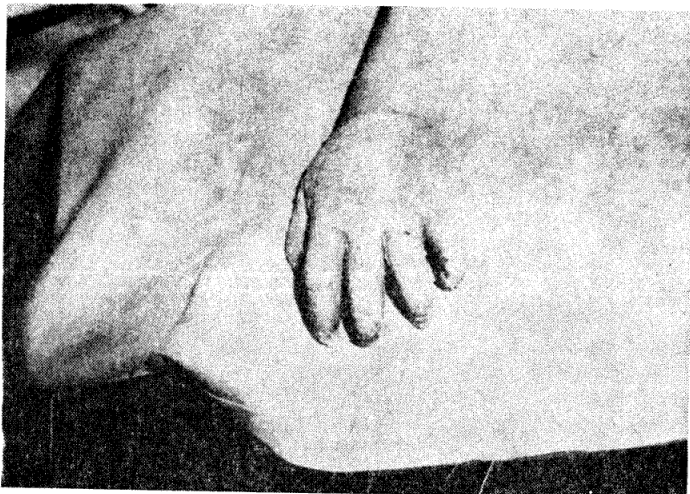


**Obr. 6.** Ústup edému a skoré hojenie po elevácii ruky



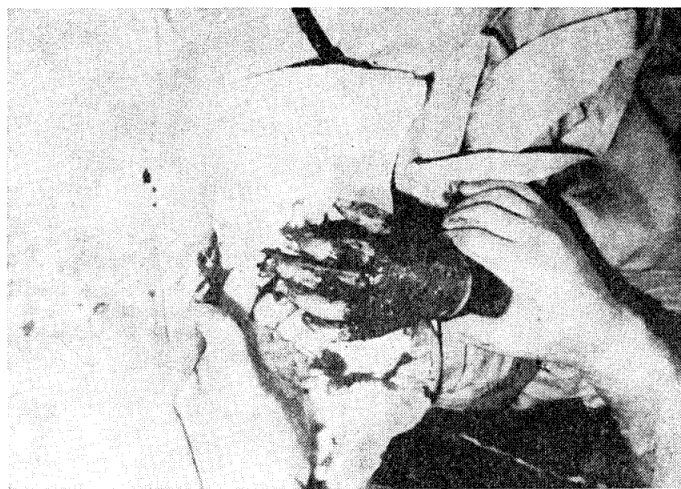


**Obr. 7.** Ťažko poškodená ruka po hlbokých popáleninách el. mangľom

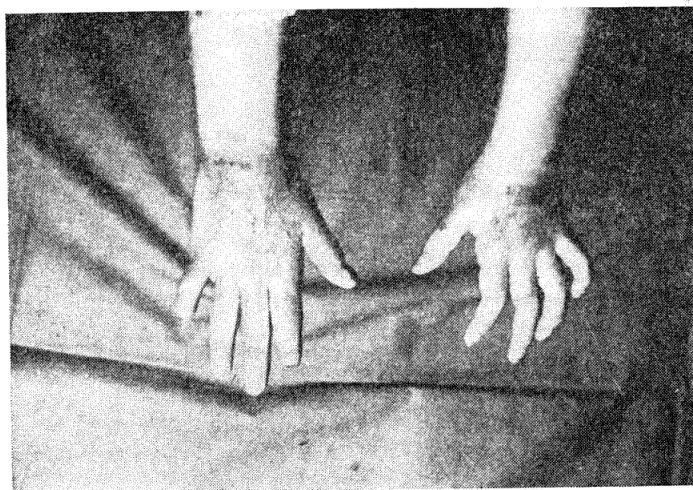


**Obr. 8.** Hlboká popálenina dorzálnej časti ruky

Keď sa nám podarí potlačiť vždy hroziacu infekciu, povrchové popáleniny sa hoja spontánne do 2 týždňov. Infekcia má na popálenú ruku devastujúci účinok: plochy sa prehlbujú a môžu byť ireverzibilne poškodené dôležité štruktúry. Výsledkom sú potom devastácie šliach, kostí, kĺbov, mutidujúce jazvy a strata funkcie (obr. 7). Takýto dôsledok nesmieme pripustiť. Najlepšou prevenciou infekcie okrem aseptického prístupu a účinnej antibakteriálnej terapie je včasné odstránenie semenišťa infekcie — nekrotických tkanív. Robíme to operatívnou metódou tzv. tangenciálnej excízie (1, 3, 4, 5, 9). Excíziu robíme v celkovej anestéze pomocou Humbyho noža. Nekrózy zrezávame po



**Obr. 9.** Stav po tangenciálnej excizícií.



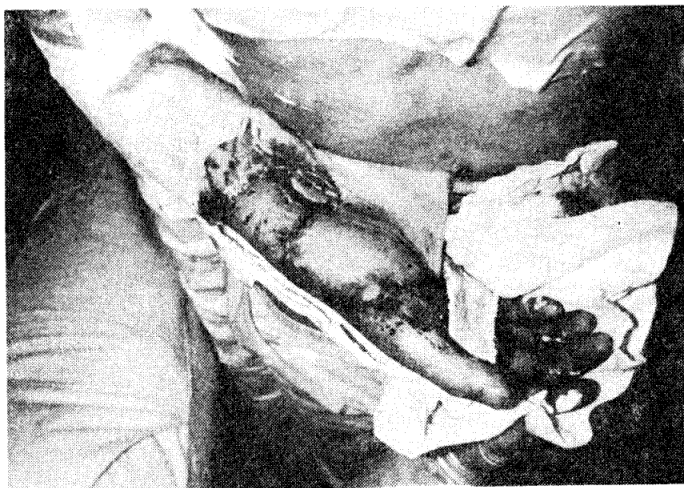
**Obr. 10.** Stav 14 dní po transplantácii

tenkých vrstvách až do zdravého tkaniva, ktoré sa prejaví živým bodovitým krvácaním (obr. 8, 9). Po zastavení krvácania na zrezanú plochu nakladáme dermoepidermálne transplantáty, ktoré sa prihoja v priebehu 7 — 10 dní (obr. 10). V infikovanom teréne a pri ťažko kontrolovateľnom krvácaní volíme dočasný kryt, či už biologický alebo syntetický. Po 3 až 5 dňoch ho opäť v celkovej anestéze odstraňujeme a dávame definitívny kryt — kožné autotransplantáty.

Pri rozsiahlych popáleninách je spočiatku v popredí liečenie šoku a starostlivosť o celkový stav pacienta. V takýchto prípadoch ruky ošetrujeme a operu-



**Obr. 11.** Popálenina el. prúdom s obnažením šliach

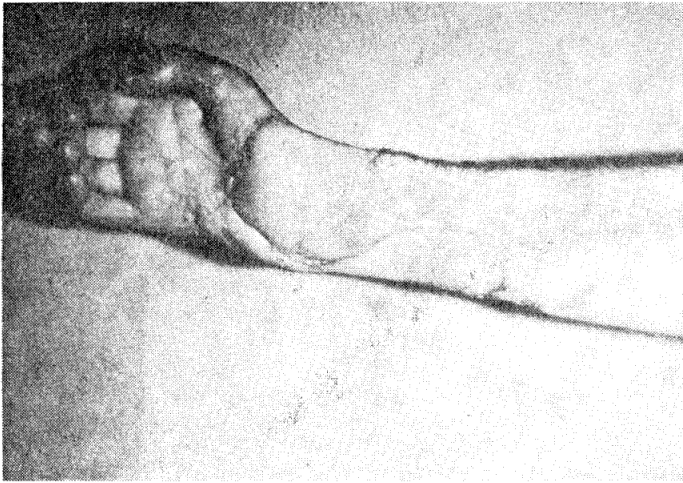


**Obr. 12.** Stav po aplikácii priameho jednostopkatého laloka

jeme prednostne pri zachovaní uvedených zásad, len čo to celkový stav pacienta dovoľuje.

Pri deštruktívnych popáleninách nevystačíme vždy s voľným prenosom kože a musíme kryť hlboké štruktúry plnohodnotným kožným krytom s dostatočnou vrstvou podkožia. V takýchto prípadoch je našou metódou voľby priamy plochý jednostopkatý lalok (obr. 11, 12, 13).

Hlboké popáleniny vždy zanechávajú jazvy. Tieto sú niekedy prijateľné a nevyžadujú korekciu (obr. 14, 15, 16, 17). Často sme však nútení robiť sekundárne rekonštrukčné zákroky — uvoľňovanie kontraktúr, excízie jaziev, separácie



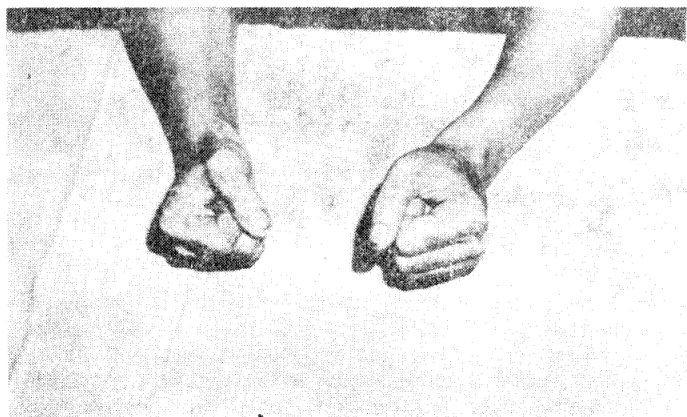
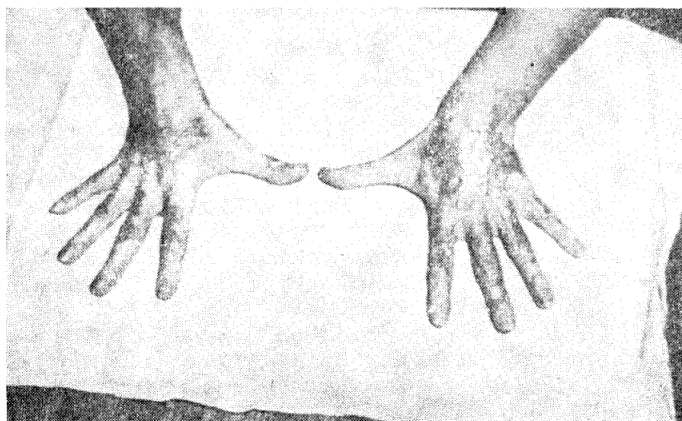
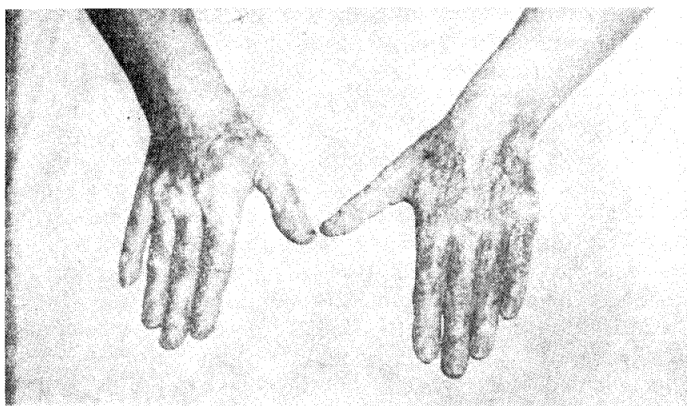
**Obr. 13.** Stav po odpojení laloka a zahojení



**Obr. 14.** Hlboké popáleniny dorza a prstov oboch rúk

prstov a pod. Veľmi dôležité u takýchto stavov je vhodné načasovanie rekonštrukčného zákroku, aby sme jednak neoperovali zbytočne, na druhej strane aby sme nepremeškali najvhodnejší čas na korekciu.

Po zahojení rany v jazve prebieha prirodzený proces dozrievania. Spočiatku hojenie prestreľuje — jazva je zhrubnutá, tuhá, v chladnom prostredí lividná, ináč začervenalá, na tlak vybledne a často je citlivá až bolestivá a svrbí. Hovoríme o hypertrofickej fáze, ktorá postupom času prechádza do atrofickej fázy. V nej sa jazvy oplošťujú, mäknú, vyrovnávajú a začínajú byť pohyblivé voči spodine. Svrbenie prestáva, zvýšená citlivosť sa stráca. Celý tento proces



**Obr. 15, 16, 17.** Stav 14 dní po excízii a transplantácii — plná funkcia rúk je obnovená

dozrievania trvá individuálne a v závislosti od lokalizácie jaziev od niekoľkých mesiacov do 2 rokov od úrazu. Keď jazva neprímerane zhrubne, hovoríme o jazve hypertrofickej, keď prechádza toto zhrubnutie aj na okolitú kožu a nereaguje na liečenie, hovoríme o keloide.

V hypertrofickej fáze robíme len najnutnejšie rekonštrukčné zákroky na jazvách, ktoré hrubo interferujú s funkciou ruky. Ináč vyčkáme, kým neskončí prirodzený proces zrenia a riešime len zvyškové kontraktúry.

Problematika liečenia a rekonštrukcia popálenej ruky je veľmi zložitá a rozobrať všetky jej aspekty by presahovalo rámec tejto práce. V celom priebehu liečenia je však nevyhnutná úzka spolupráca popáleninového a plastického chirurga s rehabilitačnými pracovníkmi, pretože adekvátna rehabilitácia je neoddeliteľnou súčasťou liečebného procesu. Len spoločným úsilím môžeme dosiahnuť stanovený cieľ: popálenej ruke čo najskôr vrátiť plnú funkciu a primeraný estetický vzhľad, aby mohla spoľahlivo slúžiť svojmu poslaniu — tvorivej práci, ktorá vlastne robí človeka človekom.

#### LITERATÚRA

1. BURKE, J. F., BONDOC, C. C., QUINBY, W. C.: Primary surgical management of the deeply burned hand. *J. Trauma*, 16, 1976, s. 593 — 598.
2. HABAL, M. B.: The burned hand: A planned treatment program. *J. Trauma*, 18, 1978, s. 587 — 595.
3. HUNT, J. L., SATO, R. M.: Early excision of full thickness hand and digit burns: Factors affecting morbidity. *J. Trauma*, 22, 1982, s. 414 — 419.
4. GOODWIN, C. W., MAGUIRE, M. S., Mc MANUS, W. F.: Prospective study of burn wound excision of the hands. *J. Trauma*, 23, 1983, s. 510 — 517.
5. JANŽEKOVÍČ, Z.: A new concept of the early excision and immediate grafting of burns. *J. Trauma*, 10, 1970, s. 1103 — 1108.
6. KOLLER, J., ŠIMKO, Š.: Chladienie ako prvá pomoc a prvotná liečba popálenín tváre a končatín. *Voj. Zdrav. Listy*, XIV, 1976, s. 14 — 17.
7. NEWMEYER, W. I., KILGORE, E. S.: Management of the burned hand. *Physical Therapy*, 57, 1977, s. 16 — 23.
8. TANIGAWA, M. A., O'DONNELL, O. K., GRAHAM, P. L.: The burned hand. A physical therapy protocol. *Physical Therapy*, 54, 1974, s. 953 — 958.
9. WEXLER, M. R., YESCHUA, R., NEUMANN, Z.: Early treatment of burns of the dorsum of the hand by tangential excision and grafting. *Plast. Reconstr. Surg.*, 54, 1974, s. 268 — 273.

*Adresa autora:* Dr. J. K., CSc., Mikoviniho 39, 040 11 Košice

Ян Коллер  
ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВ РУКИ

Резюме

После краткого обзора частейших механизмов воздействия термической ноксы на ткани руки описывается метод лечения обожженной руки в Центре для лечения ожогов и реконструкционной хирургии в Кошицах-Шаце. При изолированных ожогах и больших повреждениях подчеркивается активный метод с учетом скорого получения кожного покрова, предупреждения инфекции и скорого восстановления

## J. KOLLER / LIEČENIE POPÁLENÍN RUKY

функции руки. При обширных ожогах с повреждением рук на первый план выступает спасение жизни пострадавшего, а руки поддерживаются в удобном положении обеспечивая на них в первую очередь восстановление окончательного кожного покрова. Принимая во внимание естественный целебный процесс и перемену рубцов приведятся показания для вторичных реконструкционных операций и подчеркивается узкое сотрудничество хирурга с работниками реабилитации. Рука человека — это совершенный и сложный орган, вследствие чего ее лечение после ожоговой травмы требует комплексного подхода и заслуживает должного внимания.

*J. Koller*

### TREATMENT OF BURNS OF THE HAND

#### Summary

After a brief survey of the most frequent mechanisms of the effect of heat noxae on the tissue of the hand, the therapeutical methods in burns of the hand at the Centre for Burns and Reconstructive Surgery at Košice-Šaca are analysed. In isolated burns of the hand and affections of lesser extent, the active therapeutical approach is emphasized with regard to an early epidermization, prevention of infection and early functional restoration of the hand. In extensive burns of the hand, to save the life of the patients is the main issue, while the hand is by positioning kept in a favourable position and priority is given the definite epidermization. As far as the natural healing process and cicatrization is concerned, indications for secondary operations are discussed and close cooperation between the surgeon and the rehabilitation personnel is emphasized. The human hand is a perfect and complicated organ and therefore does the treatment after the trauma of the burn require a complex approach and appropriate attention.

*J. Koller*

### BEHANDLUNG VON HANDVERBRENNUNGEN

#### Zusammenfassung

Nach einem kurzen Überblick über die häufigsten Mechanismen der Einwirkung schädigender Hitze auf das Gewebe der Hand wird die Behandlungspraxis bei Handverbrennungen im Zentrum für Verbrennungen und Rekonstruktionschirurgie in Košice-Šaca dargestellt. Bei isolierten Handverbrennungen und Schädigungen geringeren Umfangs wird die Notwendigkeit aktiver Behandlungsmaßnahmen mit dem Ziel einer schnellen Erneuerung der Hautbedeckung, der Verhütung von Infektionen und der ehesten Erneuerung der Funktion der Hand hervorgehoben. Bei umfangreichen Verbrennungen, die auch die Hände erfaßt haben, steht die Bemühung um die Rettung des Lebens des Geschädigten im Vordergrund, wobei die Hände durch Fixation in günstiger Lage erhalten werden und die Sicherung einer endgültigen Hautdeckung an den Händen vorrangig betrieben wird. Unter Berücksichtigung des natürlichen Heilungsprozesses und der Verwandlung der Narben werden Indikationen für sekundäre Rekonstruktionsoperationen angeführt. Dabei wird die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit des Chirurgen mit den Rehabilitationsfachleuten betont. Die menschliche Hand ist ein sehr vollkommenes und kompliziertes Organ. Darum erfordert ihre Behandlung nach Verbrennungsunfällen ein komplexes Herangehen und man sollte ihr die ihr gebührende Aufmerksamkeit schenken.

*J. Koller*

**THÉRAPIE DES BRÛLURES DE LA MAIN**

**Résumé**

Après un bref aperçu de l'influence des mécanismes plus fréquents de l'effet de la chaleur sur les tissus de la main, un accès au traitement médical à la main brûlée est décrit au Centre des brûlures et de la chirurgie reconstructive à Kosice-Saca. Aux brûlures isolées de la main et aux affections d'étendue inférieure, un traitement actif est souligné en vue d'une obtention de la couche cutanée opportune, la prévention contre l'infection et le retour précoce de la fonction de la main. En cas de brûlures étendues aux mains, on met au premier plan les efforts de sauvetage de la vie l'infortuné, en tenant les mains en position favorable et puis pour assurer la couche cutanée définitive. En vue du processus naturel de guérison et du changement des cicatrices, des indications sont données pour les opérations secondaires de reconstruction tout en soulignant la collaboration étroite du chirurgien avec les spécialistes de réadaptation. La main humaine est un organe très parfait et compliqué et c'est pourquoi sa thérapie exige aussi dans les blessures par brûlures, un accès complexe et mérite une attention convenable.



**PROBLEMATIKA REHABILITÁCIE PACIENTOV PO POPÁLENINÁCH HORNÝCH KONČATÍN**

M. ZANICKÁ, A. ILAVSKÁ, M. SEDLÁKOVÁ

*Fyziatricko-rehabilitačné oddelenie ZŮNZ VSŽ pri MŮNZ, Košice — Šaca  
Prednosta: primárka MUDr. M. Zanická*

*Súhrn:* V našom materiáli popáleniny horných končatín zaberajú tretie miesto. Úlohou rehabilitácie je zachovať ev. obnoviť rozsah pohybu v kĺboch, zmierniť svalové atrofie, predchádzať vzniku kontraktúr, hypertrofických, niekedy až koloidných jaziev a starať sa o celkový fyzický a psychický stav chorého. Špeciálny problém predstavuje popálená ruka, pričom jej drápovitá kontraktúra narušuje funkciu úchopu.

*Kľúčové slová:* Problematika rehabilitácie — popáleniny horných končatín — cieľ rehabilitácie — kontraktúry — mutilujúci úraz — komplexný rehabilitačný prístup.

Rehabilitácia popálených pacientov je súčasťou komplexného liečebného procesu, ktorý si vyžaduje individuálny prístup. Prebieha v zhode s časovým priebehom tohoto úrazu.

Popáleniny ako jedno z najťažších mutilujúcich ochorení spôsobuje dlhodobé, prípadne trvalé obmedzenie funkcie. Schopnosť obmedzenia závisí od rozsahu a hĺbky postihnutia.

**Materiál, výsledky**

V našom materiáli popáleniny hornej končatiny zaberajú tretie miesto po celkovom postihnutí a po popálení dolných končatín. Najexponovanejšou oblasťou postihnutia hornej končatiny je ruka, ktorá ako nástroj úchopu si vyžaduje špeciálny prístup. Druhé miesto zaberá rameno a až na treťom mieste je postihnutie lakťa (tab. 1).

Vo vekovom rozvrstvení prevládajú deti a mládež do 18 rokov a na druhom mieste sú mladí ľudia do 30 rokov (tab. 2).

Pri povrchových popáleninách dôjde k zhojeniu ad integrum alebo k vzniku plochej jazvy, ktorá obsahuje málo pigmentu, a preto je svetlejšia. Okrem kože bývajú často poškodené aj hlboké štruktúry — svaly, šľachy, cievy, nervy a niekedy aj kosti. Poškodenie hlbokých štruktúr vedie k ťažkým funkčným následkom celej hornej končatiny. Spontánne hojenie by trvalo niekoľko mesiacov, preto je dôležitý aktívny zásah do procesu hojenia (nekrektómie).

V dôsledku ťažkého popálenia sa často stretávame so sepsou, kontraktúrami, svalovými atrofiami, hypertrofickými jazvami, osteoporózou, paraartikulárnymi osifikáciami a patologickými luxáciami — hlavne drobných kĺbov rúk.

Najneprijemnejšími komplikáciami v štádiu hojenia sú kontraktúry a hypertrofické jazvy. Kontraktúra sa obyčajne vyskytuje na flexorovej ploche kĺbov. Veľký počet kon-

M. ZANICKÁ, A. ILAVSKÁ, M. SEDLÁKOVÁ/PROBLEMATIKA REHABILITÁCIE PACIENTOV  
PO POPÁLENINÁCH HORNÝCH KONČATÍN

Tab. 1.

Lokalizácia postihnutia	Celkové	DK	HK	Tvár HK	Trup HK	HK DK	Trup DK
Počet	50	20	15	7	5	5	1
% počet	50	19,4	14,5	6,8	4,8	4,8	1

HK: 1. Ruka  
2. Rameno  
3. Laket } Poradie postihnutia

Tab. 2. Vekové rozvrstvenie

Rok	do 18	do 30	do 50	do 70
1978	3	4	—	2
1979	—	3	2	—
1980	17	9	10	2
1981	20	9	4	1
1982	4	5	2	6
Spolu	44	30	18	11

traktúr po popálení postihuje iba kožu a podkožie, preto sa dajú chirurgicky riešiť s dosiahnutím plnej pohyblivosti v kĺboch. Pri hlbokých popáleninách, hlavne nad kĺbom, je spoluúčasť viacerých štruktúr — kože, podkožia, svalu, ligamentov a kĺbového púzdra. Z nich koža je najzvráštitejšia. Sval rýchlo podlieha kontraktúre, ale je menej zvráštiteľný, najmenej sú ligamenty a kĺbové púzdra. Kožná prikrývka priamo ovplyvňuje funkciu kĺbu v tom zmysle, že čím skôr sa vytvorí, tým skôr môže byť kĺb voľný a pohyblivý.

Pri vývoji kontraktúr hrajú úlohu poloha končatiny a vznik jazvovitého tkaniva. Poloha je ovládateľná, a tým je do značnej miery ovládateľné aj jazvovité tkanivo. Zo skúsenosti vieme, že pohodlná poloha uľahčuje vznik kontraktúr, pritom pacient

## M. ZANICKÁ, A. ILAVSKÁ, M. SEDLÁKOVÁ/PROBLEMATIKA REHABILITÁCIE PACIENTOV PO POPÁLENINÁCH HORNÝCH KONČATÍN

si priťahuje končatinu k trupu, ramenný kĺb je v abdukcii, lakeť, zápästie a prsty vo flexii.

Ďalším pre pacienta nepríjemným následkom je vznik hypertrofických jaziev, ktoré sú stálou hrozbou v rekonvalescencii počas jej zrenia (obr. 1). Vznikajú po 3 až 4 týždňoch.

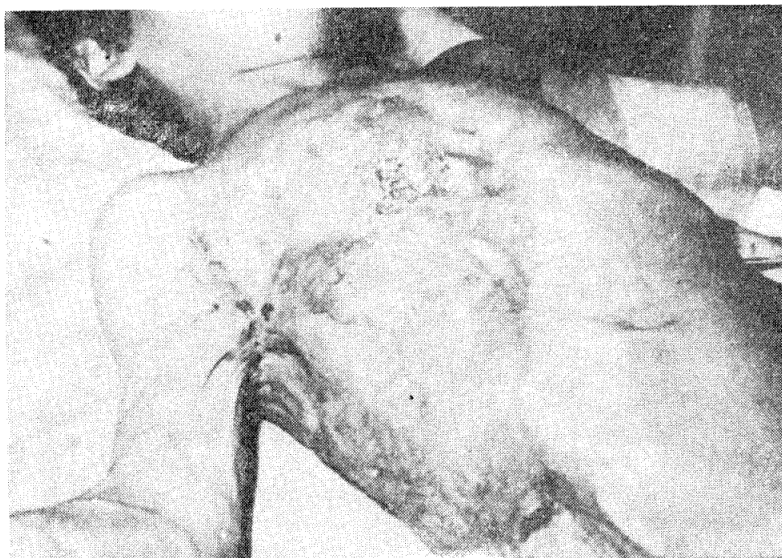
Kontraktúry a hypertrofické jazvy sú hlavne u detí také všeobecné, že mnohí ich považujú za prirodzený následok popálenín (6).

Okrem spomínaných komplikácií v našom materiáli nachádzame ojedinelé zlomeniny a kontraktúry HK s léziou i bez lézie periférnych nervov, ako aj amputácie, hlavne prstov ruky, ktoré značne narušujú úchopovú schopnosť (obr. 2). V menšom počte sme sa stretli s celkovými komplikáciami (sepsa, zlyhanie kardiorespiračného aparátu, prípadne s poruchou pečene, obličiek a psychickými poruchami).

### Komplexný rehabilitačný program

Zavádzame ho hneď po odznení akútneho štádia preventívnym polohovaním celej hornej končatiny, prípadne len jednotlivých postihnutých častí. Pri poškodení ramenného kĺbu a axilly ukladáme končatinu do abdukcie a striedavo do extra a intrarotácie (obr. 3, 4). Pri popálení prednej plochy lakťa dlahujeme s extendovaným laktom. Pretože flexory sú silnejšie ako extenzory, popáleniny zadnej plochy nespôsobujú kontraktúry. Ak sú zničené flexory lakťa s poškodením nervov, lakeť striedavo polohujeme do flexie. Pri poranení zápästia z volárnej strany polohujeme do dorzálnej flexie.

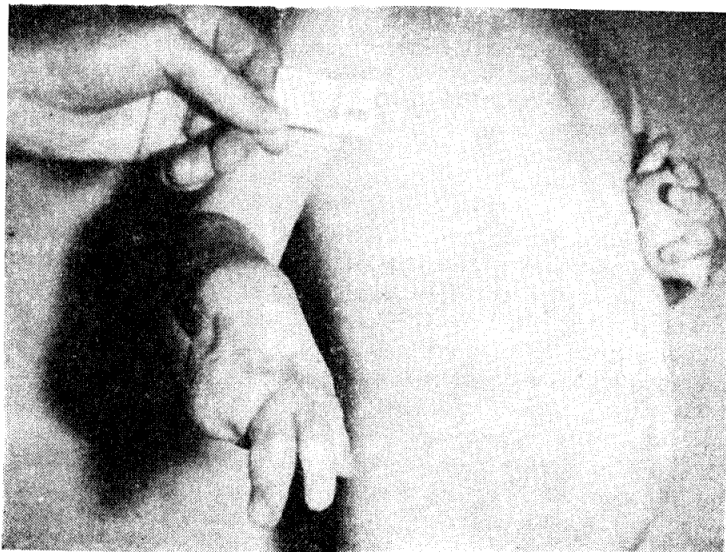
Špeciálny problém predstavuje popálená ruka. Následkom poškodenia dorza ruky vzniká klasická deformita s flexiou v zápästí, extenziou metacarpofalangeálnych kĺbov a flexiou proxim. interfalangeálnych kĺbov (drápovitá ruka) (obr. 5). Ruku polohujeme do miernej dorziflexie v zápästí s flektovanými



Obr. 1.

**M. ZANICKÁ, A. ILAVSKÁ, M. SEDLÁKOVÁ/PROBLEMATIKA REHABILITÁCIE PACIENTOV  
PO POPÁLENINÁCH HORNÝCH KONČATÍN**

metacarpofalangeálnymi kĺbmi a extendovanými interfalangeálnymi kĺbmi. Palec ukladáme do abdukcie a extenzie v interfalangeálnom kĺbe (obr. 6). Na jazvy pôsobíme tlakovou masážou a tlakom elastického obväzu. Všeobecne sa tvrdí, že tlakový obväz necháme tak dlho, pokiaľ má jazva klinický vzhľad



▲ Obr. 2.

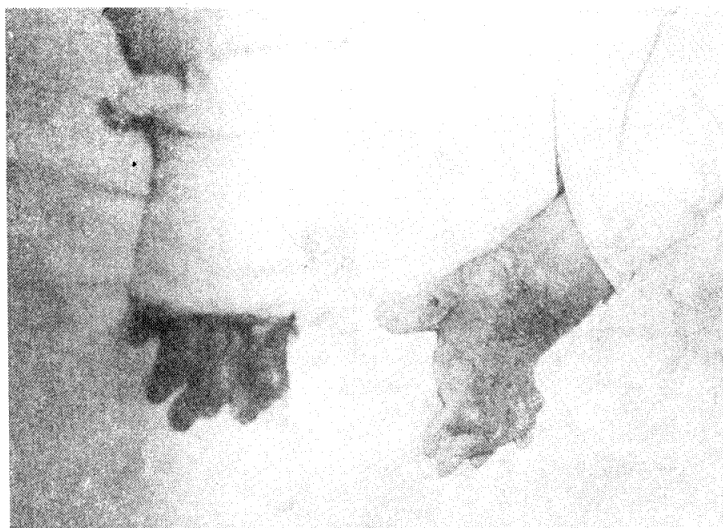
▲ Obr. 3.





▲ Obr. 4.

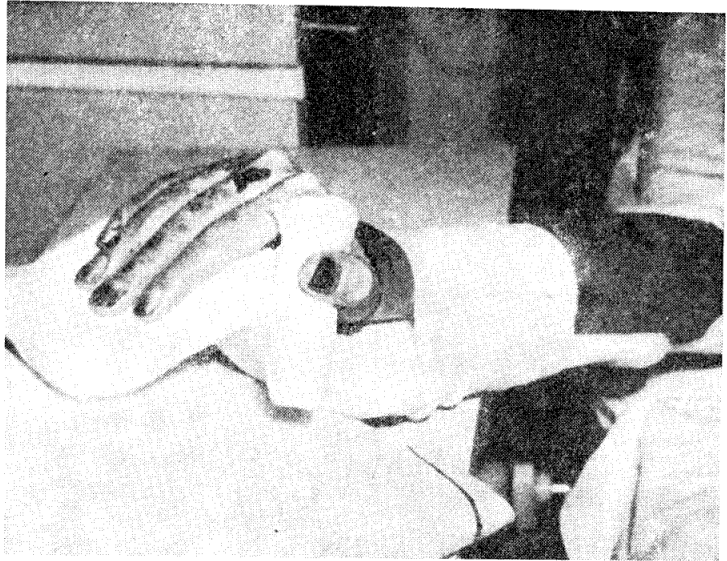
▲ Obr. 5.



aktívnej jazvy, čiže je hypermická a pevná. Tlak pôsobí sústavne, najviac s 1-hodinovými prestávkami.

V liečebnej telesnej výchove sa zameriavame na izometrické svalové kontrakcie, jednoduché pasívne pohyby v možnom rozsahu po bolesti, postizometrické relaxácie skrátených svalov, aktívne asistované cvičenie s aktívne

**M. ZANICKÁ, A. ILAVSKÁ, M. SEDLÁKOVÁ/PROBLEMATIKA REHABILITÁCIE PACIENTOV PO POPÁLENINÁCH HORNÝCH KONČATÍN**



**Obr. 6.**

**Tab. 3. Test manuálnej funkcie ruky (analytická časť „A“)**

Meno pacienta: .....		
Diagnóza: .....		
Dátum testovania		Poznámky:
Flekčný pohyb prstov a palca: G /pri miernej flexii MP kĺbov/		
Test krátkych svalov ruky: O		
	PO	
	PRO	
vzdialenosť	SD	
Flekčný pohyb prstov a palca: H /pri extenzii MP kĺbov/		
Test striešky		
Test roztvoru /prsty k palcu/:		
	2 prst:	
	3 prst:	
	4 prst:	
	5 prst:	
Testovala:		
Rozsah pohybu: 1/4, 1/2, 3/4, 1;		
Test roztvoru prstov: paličky rôznej dĺžky.		

**M. ZANICKÁ, A. ILAVSKÁ, M. SEDLÁKOVÁ/PROBLEMATIKA REHABILITÁCIE PACIENTOV PO POPÁLENINÁCH HORNÝCH KONČATÍN**

**Tab. 4.** Test manuálnej ruky (globálna časť „B“)

Meno pacienta: .....		
Diagnóza: .....		
Dátum testovania:		Poznámky:
Úchop: guľový	7 cm 6 cm 3,5 cm	
Úchop: valcový	7 cm 6 cm 3,5 cm	
Úchop: do štipky	5 cm 3 cm 1 cm 0,5 cm	
Úchop: kľúčový		
Úchop: písarský	2 cm 1 cm 0,5 cm	
Žvládnutie panelu: /v š/		
Koordinácia:	I. II. III.	
Testovaia:		
Vysvetlivky: I. - výrazná inkoordinácia, II. - čiastočná inkoordinácia III. - bez inkoordinácie;		

stupňovanými pohybmi na posilnenie svalov a statické a dynamické dychové cvičenia. Rezistované cvičenia využívame až po definitívnom zhojení popálenia.

Hypertrofické jazvy uvoľňujeme masážou Lasonilom, rybnou masťou, Infadolanom a pod. Podľa uváženia liečbu dopĺňujeme aplikáciou vírivky, diadynamikou, ultrazvukom, parafínom, horským slnkom, soluxom a pod.

Pri poškodení vlastnej ruky sa k základnému výcviku pripája cvičenie úchopovej schopnosti, a to:

1. Analytickou formou — flekčný pohyb prstov a palca, výcvik „očka“ plochého a prehnutého, flekčný pohyb prstov a palca do gule, strieška, extenzia prstov (tab. 3).

2. Globálnou formou — guľový, valcový, do špičky, písarský, kľúčový úchop, výcvik koordinácie pohybov a panel všedných činností (tab. 4).

Tieto testy sme vypracovali a prispôbili podmienkam oddelenia.

Pri ťažkých popáleninách dominantnej ruky, kde nie je predpoklad výcviku úchopových schopností, preorientujeme chorého na zdravú ruku. Návčik začína písomom, cieľnými pohybmi a liečebným výcvikom k sebestačnosti.

Rehabilitačný plán závisí aj od toho, či sa pri liečbe vykonávajú nekrektómie a naloženie transplantátov. V prípade ich použitia rehabilitáciu prerušíme

## M. ZANICKÁ, A. ILAVSKÁ, M. SEDLÁKOVÁ/PROBLEMATIKA REHABILITÁCIE PACIENTOV PO POPÁLENINÁCH HORNÝCH KONČATÍN

na čas potrebný k jej prihojeniu. Kožný kryt priamo ovplyvňuje funkciu kĺbu, čím skôr sa vytvorí, tým skôr môže byť kĺb voľný a pohyblivý.

V rámci liečby prácou ordinujeme aj pracovné zafaznenie podľa stupňa postihnutia.

Do I. skupiny postihnutia zaraďujeme horné končatiny s obmedzeným pohybom a možnosťou hákovitého a valcovitého úchopu. Práce sa vykonávajú s dopomocou zdravej hornej končatiny.

Do II. skupiny zaraďujeme horné končatiny s obmedzeným pohybom, s možnosťou guľovitého úchopu a do štipky. Práca už vyžaduje obratnosť končatiny a schopnosť úchopu drobných predmetov.

Do III. skupiny zaraďujeme horné končatiny s normálnym rozsahom pohybu. Práca vyžaduje silu končatiny s nástrojmi.

Celú liečbu dopĺňujeme vhodne volenou psychologickou starostlivosťou. Sociálna pracovníčka nám pomáha pri začleňovaní do pracovného procesu a pri návrate do rodinného prostredia.

### Z á v e r

Úspech liečby u popálených pacientov závisí od dobrej spolupráce pracovníkov popáleninového centra s fyziatricko-rehabilitačným oddelením, ako aj od správneho individuálneho prístupu k postihnutému.

### LITERATÚRA

1. CASON, J. S.: The management of burned patients *Physiotherapy*, 3, 1969, s. 102.
2. HUNTER, J. M., SCHNEIDER, L. H., MACKIN, E. J., BELL, J. A.: Rehabilitation of the hand. Saint Louis, The C. V. Mosby Company 1978.
3. HUDEC, I., ŠTEINER, P., HURAJ, E.: Úrazová chirurgia I. Martin, Osveta 1970.
4. EVANS, E. B., LARSON, D. L., YATES, S.: Preservation and restoration of joint function in patients with severe burns. *JAMA*, 204, 1968, č. 3, s. 843.
5. LÁNIK, V.: Liečebná telesná výchova a rehabilitácia I. — II. Martin, Osveta 1981, 1983.
6. LARSON, D. I., ABSTON, S., EVANS, E. B., DOBRKOVSKÝ, M., LINARES, H. S.: Techniques for decreasing scar formation and contractures in the burned patient. *J. Trauma*, 11, 1971, č. 10, s. 807.
7. PFEIFFER, J., VOTAVA, J., HAMPL, J., HALADOVÁ, E.: Rehabilitace léčební, pracovní a sociální aspekty. Praha, SPN.
8. ZANICKÁ, M.: Komplexná fyziatricko-rehabilitačná liečba popálenín. Atestačná práca špecializačného kurzu FBRL 1973.

*Adresa autora:* M. Z., Fibichova 9, 040 00 Košice

M. Заницкая, А. Илавская, М. Седлакова  
ПРОБЛЕМАТИКА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОЖОГОВ  
ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

### Р е з ю м е

В нашем материале ожоги верхних конечностей находятся на третьем месте. Задачей реабилитации является сохранить или же восстановить диапазон движений.



**M. ZANICKÁ, A. ILAVSKÁ, M. SEDLÁKOVÁ/PROBLEMATIKA REHABILITÁCIE PACIENTOV  
PO POPÁLENINÁCH HORNÝCH KONČATÍN**

в суставах, снизить мышечные атрофии, предупреждать возникновение контрактур гипертрофических, иногда даже келоидных рубцов и заботиться об общем физическом и психическом состоянии больного. Специальную проблему представляет обожженная рука, причем ее когтеобразная контрактура нарушает хватательную функцию.

*M. Zanická, A. Ilavská, M. Sedláková*

THE PROBLEM OF REHABILITATION IN PATIENTS WITH BURNS OF  
THE UPPER EXTREMITIES

**S u m m a r y**

Burns of the upper extremities are in our material in the third place. The role of rehabilitation is to restore the extent of mobility in the joints, to alleviate muscle atrophy, to prevent the occurrence of contractions, hypertrophic and sometimes keloid cicatrization and to attend to the general and psychical condition of the patient. Burns of the hand represent a special problem where contraction may impair the function of gripping.

*M. Zanická, A. Ilavská, M. Sedláková*

DIE PROBLEMATIK DER REHABILITATIONSBEHANDLUNG VON PA-  
TIENTEN NACH VERBRENNUNGEN AN DEN OBEREN GLIEDMAßEN

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

In unseren Materialien stehen Verbrennungen an den oberen Gliedmaßen an dritter Stelle. Ziel Rehabilitationsbehandlung ist die Erhaltung bzw. Erneuerung des Bewegungsumfangs in den Gelenken, die Linderung von Muskelatrophien, die Verhinderung der Entstehung von Kontrakturen, von hypertrophischen, manchmal sogar keloïden Narben sowie die Sorge für einen guten physischen und psychischen Allgemeinzustand des Patienten. Ein besonderes Problem bildet die Verbrennung der Hand, weil die klauenförmige Kontraktur die Greiffunktion beeinträchtigt.

*M. Zanická, A. Ilavská, M. Sedláková*

LA PROBLÉMATIQUE DE RÉADAPTION DES PATIENTS BRÛLÉS AUX  
EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES

**R é s u m é**

Notre article traite les brûlures des extrémités supérieures au troisième plan. La tâche de réadaptation consiste à conserver éventuellement rétablir l'étendue des mouvements dans les articulations, atténuer les atrophies musculaires, prévenir la formation des contractures, des cicatrices hypertrophiques parfois même chéloïdes et se préoccuper de l'état physique et psychique général du malade. La brûlure de la main représente un problème spécial, quand la contracture à griffes trouble la fonction du saisissement.

E. ČELKO

## 50 ROKOV BALNEOLOGICKÉHO MÚZEA V PIEŠTANOCH

*Vydalo Balneologické múzeum v Piešťanoch v edícii Balneohistoria Slovaca 21. 48 s., 38 fotografií*

Publikačná činnosť Balneologického múzea v Piešťanoch je obohatená ďalším už 21. zväzkom zbierky Balneohistoria Slovaca, a to kronikou 50 rokov Balneologického múzea v Piešťanoch, vydanou pri príležitosti 50. výročia tohoto jediného špecializovaného múzea pre kúpeľníctvo s celoslovenskou pôsobnosťou.

Autor, riaditeľ múzea, detailne a výstižne vykresľuje dejiny tohoto múzea od jeho zrodu r. 1928, keď niekoľko nadšencov s Imrichom Wintrom a správcom kúpeľov Václavom Vlkom založilo Piešťanskú muzeálnu spoločnosť, ktorá sa postupne rozrástla a usilovnou prácou obohatila zbierky múzea. Tak boli položené základy terajšieho múzea.

Čelko bilancuje aj publikačnú činnosť múzea, oboznamuje s organizáciou a politicko-propagačnou činnosťou. Demonštruje, aké ťažkosti sa museli prekonávať, hlavne priestorové, kým sa nevybudoval tento dôstojný, jedinečný stánok balneológie. Avšak súčasne poukazuje v perspektívnom pláne, že k ďalšiemu vývoju treba rozšíriť stav výstavnej plochy, aby sa mohli

nainštalovať ďalšie výstavné predmety uložené v depozitároch.

Z iniciatívy riaditeľa múzea, ktorý dokázal zmobilizovať svojich pracovníkov, sa rozšírila práca múzea aj mimo vlastných budov, a to zriadením pamätnej izby I. Krasku a významnej muzeálnej inštitúcie Domova robotníckeho hnutia, kde sú vystavené cenné historické materiály z dejín robotníckeho hnutia a KSČ v Piešťanoch.

Od r. 1976 múzeum prevzalo do svojej správy aj rekonštrukciu Veľkomoravského veľmožského dvorca v Ducovom.

A konečne stalo sa aj rodom Balneohistorickej sekcie Slovenskej spoločnosti pre vedu a techniku pri SAV v r. 1979.

Priebojný a usilovný riaditeľ, zaslúžilý pracovník kultúry, so svojím kolektívom nadšených pracovníkov môže právom a s plným zadosťučinením dať na múzeum vykreslať nápis tak, ako ho uvádza v príhovore tejto publikácie: „Nebola márna práca minulosti, aby jej prítomnosť sa stala ozdobou budúcnosti“.

*P. Škodáček, Piešťany*

## OSOBITOSTI REHABILITAČNÝCH PROGRAMOV U CHRONICKÝCH PNEUMOPATIÍ V STAROM VEKU

V. REPTOVÁ, M. PALÁT

*Vedúci katedry: MUDr. et RNDr. Miroslav Palát, CSc.*

*Katedra rehabilitačných pracovníkov ÚDV SZP v Bratislave*

**Súhrn:** V príspevku sú uvedené zmeny týkajúce sa respiračného ústrojenstva, ku ktorým dochádza následkom procesu starnutia. Fyziologické a patologické zmeny, odohrávajúce sa v starom organizme počas telesnej aktivity, rozhodujú o stavbe rehabilitačných programov pri chronických respiračných ochoreniach v starom veku. Aby rehabilitácia bola účinná, musí sa stať neoddeliteľnou súčasťou dlhodobej starostlivosti o pacienta.

**Kľúčové slová:** Osobitosti rehabilitačných programov — proces starnutia — chronické pneumopatie — involúcia funkcií — rehabilitačný program.

Chronické choroby dýchacieho ústrojenstva predstavujú jeden z veľmi závažných zdravotníckych problémov na celom svete. Taktiež vo vyššom veku sú problematikou, ktorej je potrebné venovať základnú pozornosť

Podobne ako všetky orgány a systémy v organizme aj respiračný trakt podlieha vekom involúcii.

Následkom starnutia ako procesu dochádza ku:

1. zmenám štruktúry pľúc, danými zmenami alveol, pľúcnych ciev a intersticiálneho tkaniva,
2. zmenám funkcie, podmieneným stratou elasticity a distenzibility pľúc, vedúcou ku zmenám pľúcnych volumov, ventilácie, distribúcie, pomeru ventilácia — perfúzia a ku zmenám prenosu dýchacích plynov,
3. zmenám v oblasti pľúcnej cirkulácie.

Výsledným javom všetkých týchto zmien, podmienených procesom starnutia, sú „atrofické pľúca“, ako ich nazval Laennec r. 1827 vo svojej monografii *Treatise on Diseases of the Chest*.

Spektrum ochorení, ktoré postihujú starý organizmus, je rovnaké ako u mladších ročníkov, dochádza iba k presunu niektorých nozologických jednotiek. Kým v mladšom veku sú to predovšetkým akútne ochorenia horných a dolných dýchacích ciest a bronchiálna astma, v staršom veku je to syndróm pľúcneho emfyzému ako následok chronickej obštrukčnej choroby pľúc, chronická bronchitída a pľúcny karcinóm, ktoré predstavujú najrozšírenejšie choroby v tomto vekovom období. Aj terapia vykazuje určité modifikácie, ktoré zodpovedajú nielen danej chorobe, ale aj príslušnému veku.

Rehabilitačná starostlivosť, ktorá je jedným zo základných opatrení dlho-

dobej starostlivosti o pacientov starého veku s chronickými chorobami pľúc a priedušiek, má vo svojich rehabilitačných programoch a metodických postupoch isté modifikácie.

Rehabilitačné programy a ich stavba vychádzajú z dvoch hľadísk:

1. Chorobný stav a jeho štádium s príslušným vyjadrením funkčného deficitu je základným kritériom pre stavbu rehabilitačných programov a použitie jednotlivých reedukačných metodík a techník.
2. Vek pacienta a súčasný stav ostatných orgánov, predovšetkým kardiovaskulárneho systému, je ďalšie kritérium, ktoré musíme rešpektovať pri stavbe rehabilitačných programov.

Tieto všeobecne platné kritériá uplatňujeme potom pri aktuálnej stavbe rehabilitačných programov u pacientov staršieho a stareckého veku, postihnutých chronickými chorobami respirácie. Odhladnúc od celého radu tzv. pasívnych procedúr — medzi ne radíme predovšetkým procedúry fyzikálnej medicíny, elektroliečbu, klimatoterapiu, polohové drenáže, či inhalačnú liečbu, v oblasti aktívnych procedúr, kde ide o metodiky dýchacej gymnastiky a telesných cvičení, modifikujeme tieto programy z hľadiska týchto kritérií:

1. Dôležité je stanovenie tzv. „breaking point“ — okamžiku prerušenia cvičenia. Tento bod je okamihom, keď starý človek pri cvičení dostáva pocit dušnosti, každé ďalšie zvyšovanie ventilácie v tomto stave môže mať za následok celý pestrý komplex ďalších symptómov. Poznamenávame, že tento okamih prerušenia môže byť podmienený aj neurogénnou, teda nemusí byť vzniknutá dušnosť výrazom aktuálnej potreby kyslíka.

2. Svalová sila sa znižuje vekom, ako je tomu aj u iných systémov. Zmenšuje sa aj koordinácia pohybov u starého človeka. Táto skutočnosť nás vedie k tomu, že pre daný stupeň zataženia za týchto podmienok je potrebný väčší náklad energie. Výsledkom je rýchlejšie nahromadenie kyseliny mliečnej a jej známy vplyv na reguláciu dýchania prostredníctvom chemoreceptorov.

3. Dochádza ku zväčšeniu mŕtveho priestoru, zvyšuje sa celková ventilácia v podmienkach dyspnoického terénu, klesá príjem kyslíka a tieto faktory zasahujú do spomínaného symptómového komplexu.

4. V staršom veku je redukovaný minútový volem srdca a objavujú sa zmeny v periférnom krvnom riečišti. Výsledkom je skoršie objavenie sa anaeróbnej formy metabolizmu.

5. Fyzická kapacita starého človeka je znížená a môže byť zhoršená psychika.

Tieto fyziologické a patofyziologické zmeny, odohrávajúce sa v starom organizme pri aplikácii telesných cvičení a špeciálnych techník, rozhodujú základným spôsobom o stavbe rehabilitačných programov pri chronických ochoreniach respiračného ústrojenstva u starých osôb:

1. Intenzita zaťaženia musí byť menšia, než je tomu u normálnej populácie.
2. Dĺžka trvania záťaže musí byť väčšia, než je tomu u normálnej populácie.
3. Stav kardiovaskulárneho systému, svalového systému a stav funkcie respirácie určujú rozsah telesného zaťaženia a jeho redukciu.
4. Rozhodujúce sú aj subjektívne symptómy, predovšetkým dušnosti.

Rehabilitačný program obsahuje:

1. hygienu priedušiek,

## V. REPTOVÁ, M. PALÁT/OSOBITOSTI REHABILITAČNÝCH PROGRAMOV U CHRONICKÝCH PNEUMOPATIÍ V STAROM VEKU

2. dýchaciu gymnastiku,
3. relaxáciu,
4. motorickú reedukáciu.

Pod hygienou priedušiek rozumieme metódy, ktoré zlepšujú mukociliárnu očistu, znižujú odpor dýchacích ciest a zlepšujú intrapulmonálnu výmenu plynov. Používame tu polohové drenáže, asistovanú expektoráciu a manuálne manévre, ako sú vibrácia, perkusia a masáž interkostálnych priestorov. Je vhodné pred použitím týchto techník aplikovať inhalácie.

Vzhľadom na zmeny respiračného traktu, ku ktorým dochádza následkom procesu starnutia, ako už bolo spomínané, pri dýchacej gymnastike sa zameriame predovšetkým na zekonomizovanie dýchania pôsobením na mechaniku dýchania, snažíme sa o zníženie dychovej frekvencie, prehĺbené dýchanie s predĺženým výdychom. Aby sme zabránili predčasnemu kolapsu ochabnutých stien dýchacích ciest, vyhýbame sa prudkému výdychu a, naopak, trváme na pomalom, predĺženom výdychu cez zošpúlené ústa.

Veľmi dôležitý je nácvik relaxácie, aby sa dosiahlo celkové uvoľnenie, zníženie hypertonusu dýchacích svalov.

Cieľom motorickej reedukácie je predovšetkým dosiahnuť u chorého lepšiu toleranciu na fyzickú záťaž a naučiť chorého prispôbiť si fyzickú aktivitu súčasnému stavu choroby a svojim fyzickým možnostiam.

Vzhľadom na to je potrebné zdôrazniť, že reedukácia dýchania u starých ľudí s chronickými respiračnými ochoreniami je neoddeliteľnou súčasťou moderného terapeutického prístupu, predovšetkým z pohľadu dlhodobej starostlivosti. Treba však zdôrazniť aj to, že pri stavbe rehabilitačných programov pri použití predovšetkým aktívnych procedúr reedukácie funkcie dýchania je nutné prihliadať k niektorým osobitostiam, pretože tieto rozhodujú nielen o efekte rehabilitačnej liečby, ale aj o možnom ohrození, či neohrození starého pacienta.

### LITERATÚRA

1. PALÁT, M.: Dýchacia gymnastika. 3. vyd. Martin, Osveta 1976.
2. LITOMERICKÝ, Š.: Časový faktor v rehabilitácii obštrukčnej bronchopulmonálnej choroby. Rehabilitácia, 13, 1980, č. 2, s. 75.

Adresa autorky: V. R., Katedra rehabilitačných pracovníkov Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP, Limbova 5, 833 05 Bratislava

*В. Рептова, М. Палат*  
ОСОБЕННОСТИ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПНЕВМОПАТИЯХ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

### Резюме

В статье описаны изменения, касающиеся дыхательных органов, происходящие вследствие процесса старения. Физиологические и патофизиологические изменения, происходящие в старом организме во время физической активности, определяют состав программы реабилитации у хронических респираторных заболеваний в старческом возрасте. Для достижения хороших результатов реабилитации необходимо, чтобы она стала неотделимой составной частью длительной заботы о больном.

**V. REPTOVÁ, M. PALÁT/OSOBITOSTI REHABILITAČNÝCH PROGRAMOV U CHRONICKÝCH PNEUMOPATIÍ V STAROM VEKU**

*V. Reptová, M. Palát*

THE SPECIFICITY OF REHABILITATION PROGRAMMES FOR AGED PATIENTS WITH CHRONIC PNEUMOPATHIES

Summary

The paper mentions alterations of the respiratory system due to the process of aging. Physiological and pathological alterations taking place in the aging organism in physical activity are decisive for the construction of the rehabilitation programme in old patients with chronic respiratory diseases. In order to be effective, rehabilitation must be part of the long-term care for the patient.

*V. Reptová, M. Palát*

BESONDERHEITEN DER REHABILITATIONSPROGRAMME BEI CHRONISCHEN PNEUMOPATHIEN IN HOHEM ALTER

Zusammenfassung

Im Beitrag werden Veränderungen des Respirationsapparates, wie sie infolge des Alterns auftreten, angeführt. Die im alten Organismus während der körperlichen Aktivität vor sich gehenden physiologischen und pathologischen Veränderungen sind entscheidend für die Festlegung der Rehabilitationsprogramme bei chronischen Respirationserkrankungen in hohem Alter. Um den Rehabilitationseffekt zu erreichen, ist es notwendig, daß die Rehabilitation zu einem untrennbaren Bestandteil der langfristigen Betreuung des Patienten wird.

*V. Reptová, M. Palát*

PARTICULARITÉS DES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CHEZ LES PNEUMOPATHIES CHRONIQUES DANS LA VIEILLESSE

Résumé

L'article traite les changements survenus sur l'appareil respiratoire par suite du processus de vieillissement. Les changements physiologiques et pathophysiologiques qui se déroulent dans l'organisme vieilli pendant l'activité physique, décident de la constitution des programmes de réadaptation des maladies respiratoires chroniques dans la vieillesse. Pour obtenir l'effet désiré de réadaptation, il faut qu'elle devienne partie inséparable de la sollicitude à long terme, vouée au patient.

## LIMIT LÉČEBNÉ REHABILITACE STARÝCH LIDI

Z. KUBÍN

*Oddělení léčebné rehabilitace FN KŮNZ v Plzni  
Přednosta MUDr. Zdeněk Kubín, CSc.*

*Souhrn:* Autor se zabývá limitujícími faktory pro léčebnou rehabilitaci starých osob a vychází ze zkušeností nabytých ze zdravotní sondy staré populace města a venkova. Upozorňuje na souvislost mezi tělesnou a psychickou zdatností i schopností smyslových orgánů, především zraku a sluchu. Z jeho studie vyplývá, že nejčastější limitací je vážná porucha kardiovaskulárního systému, imobilizace z důvodu artrózy a změny na respiračním aparátu. Soudí, že určení zátěže v léčebné rehabilitaci starých osob nelze schematizovat a domnívá se, že celý průběh rehabilitace gerontů je vlastně plynulé testování.

*Klíčová slova:* Limit léčebné rehabilitace — starý pacient — léčebná rehabilitace — princip snížení energie — pohybová terapie — testování.

Z pohledu léčebné rehabilitace se jeví pohybový systém jako nejdůležitější v organismu, protože jeho aktivitou jsme schopni udržet a zlepšit nejen jeho vlastní funkci, ale i působit na jiné systémy jako např. na systém kardiovaskulární. Je-li nad to důležitý pro rozvoj mentální funkce v dětství, pak ve stáří slouží k jejich udržení. Nejlépe tuto vinkulaci vidíme v souvislosti s výkyvy ve zdravotním stavu, kdy zhoršení u starého člověka jsou provázána častějšími imobilizacemi. Ty narušují jemu vyhovující životní styl a navyklý rytmus a on se stává bezbranným až závislým. Rozhodne-li se, že nabude ztracené síly dalším ležením, tedy další imobilizací, dosahuje opaku a jeho osobnost se rozpadá.

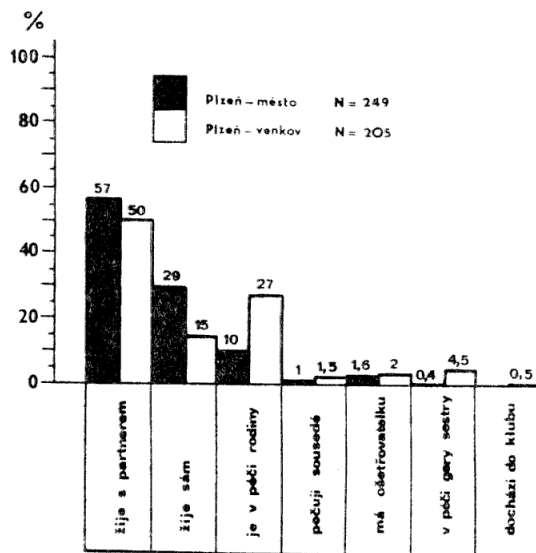
Z toho, co bylo nyní řečeno vyplývá, že nelze od sebe hrubě oddělovat fyzickou a psychickou zdatnost organismu, zvláště když celá problematika je svízelná v tom, že proces stárnutí je těžce poznatelný, stejně jako nevíme, kde je přesně hranice přechodu ze stavu dobrého zdraví do stavu nemoci. K tomu všemu je zapotřebí znalosti nejen biologie stáří a celé řady dalších oborů, ale i velkého množství regulačních cest, které u mladého organismu se objevují výjimečně a jen za extrémních situací. Třeba přiznat, že v tomto směru je naše zjišťování velice obtížné snad i proto, že v oborech neexistuje jednotná představa pojmu adaptace, který geriatricie používá spíše pro psychické přizpůsobení k udržení dobrého pocitu osobnosti.

Zatím co většinu populace lze vyšetřovat zátěžovými testy, jsou tyto pro starého člověka stressové a vyvolávají většinou reakci, někdy sice zpomalenou, ale která může vést k vybočení až do stavu vyčerpanosti. Hodnoty, které pak dostaneme, ne-

## Z. KUBÍN / LIMIT LÉČEBNÉ REHABILITACE STARÝCH LIDÍ

musí skýtat adekvátní pohled na děje v závislosti na testované zátěži. Vždyť i v normálním životě, třeba v dopravě, je starý člověk konfrontován s problémy, se kterými se třeba sám těžko může vyrovnat. Neočekávaná nařízení a změna jako zákaz dříve stereotypního nástupu předními dveřmi tramvaje nebo autobusu, či jiný způsob placení a evidence jízdného, může vést k nezadržitelnému a někdy nepředloženému jednání staré osoby. Takové vybočení vyvolá i zvýšenou tepovou frekvenci až o 30 %. Přesto se musíme vyrovnat s odpovědí na otázku, zda můžeme léčebnou rehabilitací dosáhnout jistého stupně zlepšení nebo jakéhosi omlazení. Vždyť přání dosáhnout vysokého věku a zůstat relativně mladým a výkonným je stále velice aktuální. Tab. 1.

Tab. 1. Závislost gerontů ve městě a na venkově.



Z naší zdravotní sondy staré populace města a venkova [3] vyplývá zdánlivé nadlepšení ve městě pro lepší byt, komfortní komunikace, dopravu, rychlou pomoc. Na druhé straně je tu větší nebezpečí úrazu, více strachu z frekvence venku, horší orientace v nových čtvrtích, což vše vede k izolaci v bytě. To však ještě nejsou limitující faktory jako na příklad poruchy smyslových orgánů, kdy je geront determinován ztrátou informací. I když zrak neprezentuje detailní podrobnosti vnímaného jevu, je horším nedostatkem nedoslýchavost, dle našeho zjištění poměrně dost častá. Ta způsobuje nejen ztrátu porozumění a sympatií s okolím, ale vede-li k osamělosti a jistému sociálnímu úpadku, pak zdánlivě prohlubuje poruchu paměti. Zdánlivě proto, že nemusí být přítomná malprodukce bílkovinných korpusek pro inkluzi čerstvých zážitků, ale geront se obrací do minulosti, protože nemá podnětů, a tedy ani dostatečného zájmu na novém a aktuálním. Takový stav se nám jeví obtížným pro rehabilitaci jednou pro chudost zájmu a slabou koncentrací, podruhé pro upovídánost a euforii, kterými kryje svůj smyslový nedostatek, aby rezultoval do podrážděnosti a pohroužení do sebe, případně do pozice křivdy. Vybavením naslouchacím aparátem se najednou mění psychicky i fyzicky tak evidentně,



## Z. KUBÍN / LIMIT LÉČEBNĚ REHABILITACE STARÝCH LIDÍ

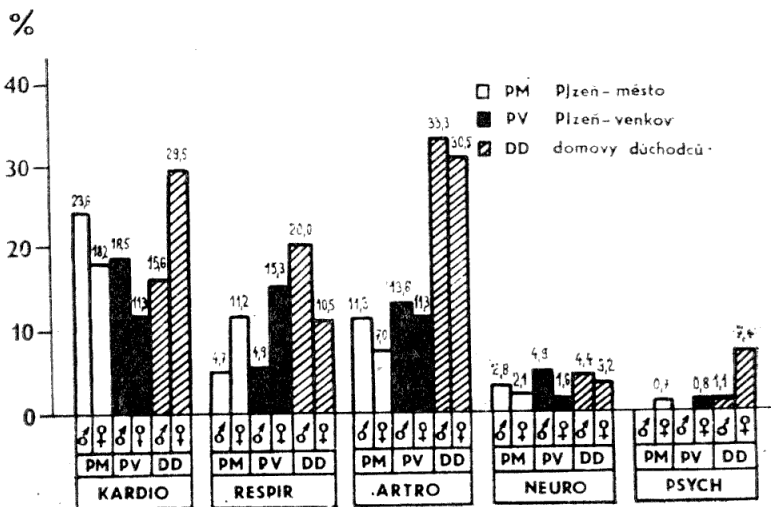
Tab. 2. Smyslová získaná vada a vybavení pomůckou.

Věk	POPULACE MĚSTA A VENKOVA						OBYVATELÉ DOMOVA					
	Porucha zraku	Brýle	%	Porucha sluchu	Přístroj	%	Porucha zraku	Brýle	%	Porucha sluchu	Přístroj	%
60-64	1	1	100	0	0	/	5	4	80,0	1	/	0
65-69	134	133	99,3	6	0	0	6	5	83,3	-	/	-
70-74	140	135	96,4	13	1	0,8	15	14	93,3	6	2	33,3
75-79	81	80	98,8	10	2	20,0	26	24	72,3	4	1	25,0
80-84	25	24	96,0	5	0	0	30	26	86,7	10	2	20,0
85-89	15	15	100	5	1	20,0	12	11	91,7	9	2	22,2
90-	1	1	100				5	3	60,0	2	0	0

že se integruje a podrobuje naší terapeutické snaze, protože se nemohl předtím vyrovnat s mizením své výkonnosti.

Se stoupajícím věkem nabývá na důležitosti princip snížení spotřeby energie, nikoliv v důsledku omezeného přívodu živin, ale především pro snížení orgánové perfúze. Snížená perfúze je dalším důležitým limitujícím faktorem a ačkoliv její hodnota a význam nejsou ve všech orgánech stejné, přesto organismus snižuje požadavky na energii globálně, aby se vyspořádal se situací v nejhůře prokrvené tkáni. Prostředkem, kterým toho dosahuje, je právě snížení motorické aktivity. Nasadíme-li v takovém případě aplikovanou pohybovou

Tab. 3. Procento limitace pro léčebnou rehabilitaci ve vyšetřovaném vzorku.



zátěž, můžeme ji dostat do rozporu a proti účelné regulaci, což může způsobit zhroucení orgánu, ale vést i ke smrti. Záměrně dramatizují, abychom tento fakt si uvědomili, zvláště když Hinze a Krieger (2) zjistili, že 57 % osob ve věku přes 65 let si ztěžuje na srdeční potíže a přece při vyšetření se v takovém procentu změny na kardiovaskulárním aparátu nezjistily. Z naší sondy je zřejmé, že nejčastější příčinou limitace rehabilitace starých lidí je vážná porucha oběhového systému, která gerontu nedovoluje zařadit řadu adaptačních mechanismů tak, aby se vyrovnali s tělesnou zátěží. (tab. 3). Je omezen na chůzi po rovině a v činnostních směrech na práci, která vyžaduje jen málo izometrické zátěže a musí se vyhýbat rychlé pohybové reakci. Podobné je to u stavů po centrálních mozkových příhodách.

Na pevném substrátu hybného systému ve stáří nastává kostně resorpční i apoziční proces, kdy kostní buňky se stávají insuficientními nejen v důsledku zhoršeného vstřebávání živin, ale i pro jejich zhoršené využívání. Dehydratace tkání v seniu je známá a známá je i u chrupávky kloubní, v níž klesá počet chondrocytů a ztrátou pružnosti i pevnosti dochází na některých kloubech k prohlubování kloubní jamky. I pouzdro kloubní se stává méně pružným a v úponech převodních struktur, tj. ve vazech a šlachách nastává postupná osifikace. To vše vede nejen k omezení rozsahu pohybu, ale snižuje i volní potřebu pohybu, čímž katabolické děje nabývají převahy. Vážne tím i odstraňování katabolitů a vzniká možnost obrazu různé vyjádřené osteochondropatie, která může vyústit až v pokročilou osteodystrofii s avitálními částmi kostí. Říká-li se, že kvalita stáří se připravuje již v mládí, pak snad nejvíce to platí pro artrotický syndrom nosných kloubů. Ten nepatří do rámce normálního obrazu stárnutí kloubních tkání, ale nicméně je chorobou, která se právě ve stáří nejvíce manifestuje svými potížemi, pro něž mnohé, především biomechanické příčiny byly založeny třeba před desítkami let. Tím se pohyb staré osoby omezuje většinou na krátké vzdálenosti a s využíváním podpůrných prostředků se hledá na trase možnost odpočinku. Syndrom tedy brání rozsáhlejšímu akčnímu radiu v pohybu, odkazuje na úzký okruh obydli, i když nehrozí vysloveným zužebněním. Přesto dekompenzace artrózy a změny v subchondrální kosti se podílejí na výrazném omezení pohybu staré osoby a spouštějí znovu a znovu proces změn nejen v kosti a kloubu samém, ale i v dalších tkáních. Ač takový postižený je schopen se pohybově vyžívat šířeji než kardiak, právě zde a v tomto případě v pozici vsedě spatřuje pro sebe přechodnou a pochybnou úlevu: Je tomu tak především v domovech důchodců, kde imobilizace z důvodu artrózy převyšuje limitaci z důvodu kardiovaskulárního. Obr. 1, 2, 3.

Pohybovou terapii gerontů omezují i procesy odehrávající se v respiračním systému. I když na jedné straně fyziologická studie Hayflicha (1975) dle citace Brunnera (1) uvádějí možnosti dobré regenerace bronchiálního epitelu a Otto 1971 tvrdí, že 10 % celkové plochy zdravé plice stačí pro klidovou látkovou výměnu, takže 90 % je tedy výkonnostní rezerva, připadá asi největší funkční význam správné výměně plynů. Ta je závislá na dostatečné kapilarizaci alveolů v síťovém systému, který prý i u jinak zdravého starce je schopen v důsledku pohybové činnosti přijmout větší množství krve při zvýšení volumu srdečního. Tento systém je tedy s největší pravděpodobností vlastním funkčním rezervoárem schopným udržet i ve stáří dobrý plicní oběh. Situace se však rapidně mění se snížením elasticity stárnoucí plice, kde morfologický



Obr. 1.



Obr. 2.



Obr. 3.

## Z. KUBÍN / LIMIT LÉČEBNÉ REHABILITACE STARÝCH LIDÍ

substrát tohoto stavu dodnes nebyl prokázán. Mění se s plicním emfyzémem, který vede ke snížení krevního obsahu i snížení proudových kapilár. Za těchto okolností dosahuje ztráta celkové plochy pro výměnu plynů podle Brunnera až 75 % dřívější kapacity. Tu nároky na práci dýchacího svalstva, ale i činnost pravého srdce jsou takové, že každá jen trochu náročnější činnost nebo zrychlení zvyklého rytmu vede do situace respirační insuficience. Signalizuje nám ji kratší a rychlejší dech, stoupající tepová frekvence, které přecházejí do vyslovené dušnosti se zapojením auxiliárních dýchacích svalů. Nakonec zaujetí nevhodnější pozice pro dýchání vlastně přeruší samo všechny ostatní akce, které nahradí dávkou kyslíku organismu. U obyvatel města i venkova převažují v takovém stavu výrazně muži, ale poměr postižených žen a mužů se překvapivě obrací u obyvatel domovů důchodců, kde jistě podíl na dechových obtížích má i úměrně vyšší hmotnost zde žijících žen.

Zbývající systémy, když nepomineme poruchy psychické, limitují geronta pro léčebnou rehabilitaci ve stáří celkem málo.

Z našich dosavadních zkušeností soudíme, že určení zátěže v léčebné rehabilitaci starých lidí nelze schematizovat. Nevystačíme tu s evidentně dobrými orientačními kritérii jako tepovou frekvencí nebo hodnotami krevního tlaku. Je zapotřebí soustavného a individuálního sledování a zmiňujeme-li se zatím jen o záznamu kvality dechu, změn tváře a výrazu, soustředěnosti na úkon, plynulosti, kvality, sledu a dokončení akce — pak tím chceme upozornit na sledování nikoliv v omezeném prostoru ordinace nebo tělocvičny, ale na sledování především v denní běžné činnosti a programu starého člověka. Snad se oprávněně domníváme, že celý průběh rehabilitace gerontů je vlastně plynulý, testovací proces.

### LITERATURA

1. BRUNNER, P.: Die Lunge des alten Mannes. Ztschr. f. Geront., 3, 1982, s. 155 — 160.
2. HINZE, E., KRÜGER, H.: Das Herzangstsyndrom bei alten Patienten. Ztschr. f. Geront., 14, 1981, č. 1, s. 34 — 38.
3. KUBÍN, Z.: Stav pohybové aktivity starých lidí. Rehabilitácia, 15, 1982, č. 2, s. 75 — 84.

*Adresa autora:* Z. K., Alšova ul. 23, 320 24 Plzeň

### З. Кубин ЛИМИТ ЛЕЧЕБНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТАРЫХ ЛЮДЕЙ

#### Резюме

Автор занимается ограничивающими факторами в лечебной реабилитации старых людей, исходя из опыта, приобретенного из медицинского зонда старого населения города и деревни. Он обращает внимание на взаимосвязь между физической и психической закалкой и способностью органов чувств, прежде всего зрения и слуха. Из его статьи выходит, что наиболее частым ограничением является важное расстройство сердечно-сосудистой системы, иммобилизация вследствие артроза и изменения на дыхательном аппарате. Он считает, что нагрузку лечебной реабилитации старых людей нельзя определять схематически и что весь процесс реабилитации геронтов представляет собой, собственно говоря, непрерывную проверку.

## Z. KUBÍN / LIMIT LÉČEBNÉ REHABILITACE STARÝCH LIDÍ

Z. Kubín

THE LIMIT OF REHABILITATION THERAPY IN AGED PERSONS

### Summary

The author analyses the limiting factors of rehabilitation therapy in old persons ensuing from a study of the old urban and rural population. Attention is being drawn to the dependence of physical and psychical fitness and the faculty of sensory organs, particularly of the sight and hearing. The study shows that the most frequently limiting factor is a serious disorder of the cardiovascular system, immobilization due to arthrosis and alterations of the respiratory system. The author judges that the determination of load application in rehabilitation therapy in old persons cannot be planned generally and he is also of the opinion that the whole course of rehabilitation in old persons is actually a continuous testing.

Z. Kubín

DIE GRENZEN DER REHABILITATIONSBEHANDLUNG VON ALTEN MENSCHEN

### Zusammenfassung

Der Verfasser untersucht die Rehabilitationsbehandlung von alten Menschen limitierenden Faktoren. Dabei stützt er sich auf bei der Sondierung des Gesundheitszustandes der alten Population in Stadt und Land gewonnenen Erfahrungen. Er macht auf die Verknüpfung zwischen der körperlichen und geistigen Frische und der Leistungskraft der Sinnesorgane, vor allem des Gesichtssinnes und des Gehörs, aufmerksam. Aus der Studie ergibt sich der Schluß, daß eine schwere Schädigung des kardiovaskulären Systems, Immobilisierung infolge von Arthrose sowie Veränderungen des Respirationsapparates die häufigsten Limitationsfaktoren darstellen. Der Verfasser kommt zum Schluß, daß die Festlegung der Belastbarkeit bei der Rehabilitationsbehandlung von alten Menschen nicht schematisch geschehen darf. Seines Erachtens stellt der gesamte Ablauf der Rehabilitation von Geronten eigentlich ein durchlaufendes Testen ihrer Belastbarkeit dar.

Z. Kubín

LIMITE DE LA RÉADAPTATION MÉDICALE DES VIEILLARDS

### Résumé

L'auteur traite les facteurs limites de la réadaptation médicale des personnes âgées et prend comme point de départ les expériences acquises dans la sonde médicale de la vieille population de ville et de campagne. Il attire l'attention sur la cohérence entre la force physique et psychique et l'aptitude des organes sensoriels, tout d'abord, de la vue et de l'ouïe. Il résulte de son étude que les limites les plus fréquentes sont les troubles graves du système cardiovasculaire, l'immobilisation causée par l'arthrose et les changements sur l'appareil respiratoire. Il estime que la détermination de la charge dans la réadaptation médicale des personnes âgées ne doit pas être schématisée et il suppose qu'en général, le déroulement de la réadaptation des vieillards est en effet une exploration par test en continu.

J. SACHSE

**MANUELLE UNTERSUCHUNG UND MOBILISATIONS — BEHANDLUNG DER EXTREMITÄTENGELLENKE**

Manuálne vyšetrenie a mobilizačná liečba kĺbov končatín

3. prepracované vydanie, Vydal Gustav Fischer Verlag Stuttgart — New York 1983

ISBN 3 — 437 — 10869 — 7

Už v treťom prepracovanom vydaní vychádza publikácia dr. Sachseho z Fyzioterapeutického ústavu v Berlíne vo vydavateľstve Gustav Fischer Verlag v Stuttgarte. Ide o licenčné vydanie publikácie, ktorá vyšla v NDR vo vydavateľstve VEB Verlag Volk und Gesundheit v Berlíne.

Dr. Sachse, predstaviteľ manuálnej medicíny v NDR, je žiakom profesora Lewita, popredného odborníka tejto oblasti z Prahy. Monografia v 7 kapitolách rozoberá jednotlivé čiastkové otázky moderného smeru terapie súčasnej rehabilitácie. Jednotlivé kapitoly sa zaoberajú základmi manuálnej terapie, vyšetrovaním kĺbov a technickými pravidlami pri vyšetrovaní kĺbov a obnovením ich postavenia mobilizačnými a manipulačnými technikami, ďalej otázkami vyšetrovacích a liečebných techník na horné a dolné končatiny. Konečne v posledných dvoch kapitolách autor rozoberá indikácie a kontraindikácie pre manuálnu liečbu na periférnych kĺboch a otázky kĺbov a muskulatúry s prihliadnutím na reflexné deje. Kniha je doplnená nákresemi a početnými fotografiami.

Manuálna medicína, ktorá predstavuje určitý smer súčasnej rehabilitácie, používa vo svojom metodickom vybavení niektoré techniky, prezývané mobilizačné. Je veľmi obľúbená a predstavuje jeden zo smerov chiropraxe. Aj keď tento smer má v oblasti rehabilitácie v súčasnosti svoje postavenie, dané predovšetkým medicínskym pohľadom, ešte vždy je mnoho pracovníkov, ktorí sa zaoberajú týmto druhom terapie v širokej praxi bez dostatočných teoretických, klinických a technických predpokladov.

Sachseho drobná publikácia vychádza z bohatej skúsenosti, prihliada na základné teoretické a klinické poznatky a racionálnym spôsobom opisuje jednotlivé techniky používané pri mobilizácii kĺbov končatín. Je dobrým prehľadom predovšetkým pre tých lekárov, ktorí sa zaoberajú manuálnou terapiou, ale aj pre ostatných lekárov z oblasti rehabilitácie, ktorí sa stretávajú predovšetkým s problematikou blokovania určitých kĺbov končatín, predstavujúcich závažný medicínsky problém.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

**METODICKÉ PRÍSPEVKY****MOŽNOSTI SPOLUPRÁCE REHABILITAČNÍCH ODDĚLENÍ NEMOCNIC  
S POLIKLINIKOU S OSTATNÍMI SLOŽKAMI ZAJIŠTJÍCÍMI REHABILITACI**

V. KRÍŽ

*Rehabilitační ústav v Kladrubech, ředitel MUDr. Vladimír Kríž*

*Souhrn:* Autor vychází z četných jednání v Mezinárodním roce invalidů 1981, kterých se v ČSSR zúčastnili zástupci všech složek, které mají možnost ovlivnit péči společnosti o zdravotně postižené spoluobčany.

Pracovníci rehabilitačního oddělení nemocnice s poliklinikou jsou prvními rehabilitačními odborníky, kteří přicházejí do styku s pacienty. Mají kromě povinnosti zajišťovat léčebnou (medicínskou) rehabilitaci i možnost podílet se na dalších složkách mimomedicínske rehabilitace. Tím mohou rozhodujícím způsobem ovlivnit kontinuitu rehabilitačního procesu, jehož cílem je brzká a optimální resocializace zdravotně postižených občanů.

*Klíčová slova:* Léčebná rehabilitace — mimomedicínská rehabilitace — resocializace — spolupráce s jinými organizacemi — návaznost rehabilitačního procesu.

Rehabilitační oddělení NsP zajišťuje svým odborným personálem léčebnou rehabilitaci pro pacienty spádového území NsP, kteří docházejí na rehabilitační oddělení ambulantně nebo jsou hospitalizováni na různých odděleních nemocnice.

Aby byl dokonale zajištěn celý rehabilitační proces, tj. rehabilitace léčebná, sociální, pracovní a výchovná pro pacienty, kteří budou potřebovat i tyto ostatní složky rehabilitace, bylo by vhodné, aby rehabilitační oddělení mělo přímé kontakty s orgány a institucemi, které se podílejí na jeho zajišťování.

**I. Spolupráce v rámci resortu zdravotnictví**

1. Rehabilitační oddělení musí mít úzkou spolupráci se všemi odbornými odděleními nemocnice s poliklinikou (včetně obvodních lékařů), aby byla zajištěna včasná, řádná a racionální léčebná rehabilitace. Z této linie prvního kontaktu s pacientem jednak přicházejí požadavky na odbornou diagnostickou, terapeutickou, poradní i organizační činnost rehabilitačních oddělení, jednak pracovníci první linie zajišťují sami značnou část léčebné rehabilitace, a to v oblasti základních rehabilitačních výkonů,

## V. KRÍŽ/MOŽNOSTI SPOLUPRÁCE REHABILITAČNÍHO ODDĚLENÍ NEMOCNIC S POLIKLINIKOU S OSTATNÍMI SLOŽKAMI ZAJIŠTJÍCÍMI REHABILITACI

kteřé ordinuje odborník příslušného oboru a provádějí je zdravotní, dětské, ženské a geriatrické sestřý (1). Tato dělba práce je nezbytná, neboť rehabilitační oddělení nikdy nebudou schopna zajistit pouze svými silami všechny potřebné výkony léčebné rehabilitace. Přesto, že léčebná rehabilitace spolu s fyziatrií a balneologií je samostatným medicínským oborem (se specializovanými lékaři, SPZ a ostatními pracovníky), zůstává i nadále neoddělitelnou částí každého medicínského oboru a každý ošetřující lékař zodpovídá také za to, že každý potřebný pacient má zajištěnou náležitou léčebnou rehabilitaci. Hranice mezi jednoduchými rehabilitačními výkony (prováděnými silami každého oboru) a specializovanými rehabilitačními úkony (prováděnými pracovníky v léčebné rehabilitaci — specialisty) je závislá na místních podmínkách a může se i pružně měnit podle momentálních počtů i kvalifikace zdravotnického personálu (3, 4, 6, 7, 8, 9). Základním požadavkem však je, aby tato dělba práce zajistila každému potřebnému pacientovi nezbytnou léčebnou rehabilitaci s přihlédnutím k reálným možnostem jednotlivých pracovišť a bez ohledu na to, zda ji provádí rehabilitační pracovnice, zdravotní pracovnice, zdravotní sestřa, lékař či řádně instruovaný laik.

2. Rehabilitační oddělení (RO) má úzce spolupracovat se spádovými jednotkami pro doléčování nemocných (JDN) a léčebnami pro dlouhodobě nemocné (LDN), neboť jejich lůžka mohou nahrazovat chybějící lůžka rehabilitačních oddělení tam, kde tato nejsou vůbec, nebo tvořit nárazník pro požadavky hospitalizace na existujících rehabilitačních lůžkách (účelná distribuce pacientů mezi lůžkami RO a JDN a LDN).

3. V oblasti materiálního zajištění léčebné rehabilitace protetickými, rehabilitačními a kompenzačními pomůckami (5) má rehabilitační oddělení úzce spolupracovat s krajským protetickým oddělením tam, kde je nutné individuální vybavení, i s výdejnami zdravotnických potřeb a prodejny výrobního družstva invalidů META tam, kde je potřebné dodávat sériově vyráběné pomůcky (Ergon, Meta). Přes protetická oddělení je zajišťováno i vybavení pacientů zahraničními pomůckami.

4. Součástí dlouhodobého rehabilitačního plánu může být i ústavní rehabilitace v rehabilitačních ústavech (RÚ) a lázeňských ústavech. K tomu je třeba, aby mělo rehabilitační oddělení stálou vazbu na spádový rehabilitační ústav i na lázeňskou komisi KÚNZ tak, aby byly racionálně využívány možnosti specializované ústavní rehabilitace. Možnosti pro bezprostřední spolupráci mezi RO a RÚ jsou velmi dobré a nejsou plně využívány. Možnosti spolupráce RO s ústavní lázeňskou rehabilitací jsou špatné a vyplývají ze stanovených postupů při navrhování a poskytování lázeňské péče (2), podle nichž lékař rehabilitačního oddělení (odborník i pro balneologii!) může vystavovat návrhy na lázeňskou léčbu jen pro velmi omezený počet diagnóz (8). Dá se očekávat, že při další novelizaci těchto postupů budou vytvořeny podmínky k tomu, aby se lázeňská léčba stala operativní a efektivní částí dlouhodobého rehabilitačního plánu. O nutnosti řešení svědčí i zkušenosti, že při dnešních postupech jsou pacienti na ústavní lázeňskou rehabilitaci zváni pozdě, často v době, když už znovu pracují, a přitom stále zůstávají v lázeňských organizacích nevyužitá lůžka.

5. Důležitá je spolupráce RO s posudkovými lékaři, kde by objektivní a funkční podklady z rehabilitačních oddělení pomohly zlepšit posudko-



## V. KRÍŽ/MOŽNOSTI SPOLUPRÁCE REHABILITAČNÍHO ODDĚLENÍ NEMOCNIC S POLIKLINIKOU S OSTATNÍMI SLOŽKAMI ZAJIŠTJÍCÍMI REHABILITACI

vou službu. Je třeba, aby lékaři rehabilitačních oddělení na sebe brali povinnost ošetřujících lékařů (1) a aby se LPK konaly přímo na rehabilitačních odděleních. Přímý kontakt rehabilitačního a posudkového lékaře by mohl odstranit formálnost LPK a zabránit případům, kdy pacient je na rehabilitačním oddělení veden k návratu do práce a přitom jiný lékař píše návrh na plný invalidní důchod (8). Ideální by bylo, kdyby každý lékař krátkodobé posudkové služby pracoval na částečný úvazek na rehabilitačním oddělení (viz též bod II — 1).

6. Součástí léčebné rehabilitace je i výchovné působení na nemocné. Proto je vhodná spolupráce RO s lékaři zdravotní výchovy, kteří mohou zajistit (přes ediční plány OZV) vydání různých výchovných materiálů i pro potřeby rehabilitace, a rehabilitační lékaři by se naopak měli více podílet na zdravotní výchově zdravé veřejnosti, nemocných, ale i zdravotníků. V této souvislosti je nutno konstatovat, že ve výchově občanů ke správnému vztahu k invalidním občanům (ale též ke starým občanům, těhotným ženám a matkám malých dětí) máme ještě velké rezervy. Do této výchovné činnosti je třeba stále zapojovat i veřejné sdělovací prostředky.

7. Úzká vzájemná spolupráce rehabilitačních oddělení by měla být i s obdobnými geriatrickými službami při zajišťování potřebné péče o starší nemocné v domácnostech (např. školení geriatrických sester v rehabilitačním ošetrovatelství, náviku sebeobsluhy a všedních činností a pod.).

8. Další nezbytně nutná spolupráce rehabilitačního oddělení je se sociálními pracovníky, s psychologem a logopedem, pokud tito pracovníci nejsou přímo pracovníky rehabilitačního oddělení, což zatím přichází v úvahu jen u RO NsP III. Proto je důležité, aby i menší rehabilitační oddělení měla kontakt s těmito odborníky a požadovala, aby tito pracovníci odpracovali část svého úvazku přímo na rehabilitačním oddělení.

9. Pokud jsou zřízeny speciální jesle pro zdravotně postižené děti, je spolupráce RO s tímto zdravotnickým zařízením nezbytná.

## II. Návaznost s resortem práce a sociálních věcí

Tato návaznost může být dobře realizována na úrovni národních výborů, kde s výjimkou KNV jsou stejně oba resorty (zdravotnictví a sociálních věcí) spojeny. Zde je vhodné, aby lékař rehabilitačního oddělení byl v dobrém kontaktu.

1. s posudkovou komisí sociálního zabezpečení (PKSZ), která by mohla na základě odborných posudků rehabilitačních oddělení podstatně efektivněji (tj. dříve, lépe, více) zajišťovat sociální potřeby postižených osob s trvalými následky (10). Od lékaře rehabilitačního oddělení požadujeme větší znalost Zákona o sociálním zabezpečení č. 121/1975 Sb., jeho prováděcí Vyhlášky č. 128/1975 Sb a dalších předpisů, které z tohoto zákona vycházejí nebo na něj navazují (11 — 19). Od posudkových komisí očekáváme větší spolupráci s odborníky pro léčebnou rehabilitaci (a ne rivalitu), včasnější zajišťování sociálních náležitostí již v průběhu léčebné rehabilitace a komplexní zajištění všech sociálních výhod, které invalidním spoluobčanům umožňují společenské uplatnění (a nikoliv pouze přiznání invalidního důchodu). K medicínské odbornosti PKSZ jsou připomínky, právě tak jako ke zcela nejednotným

## V. KRÍŽ/MOŽNOSTI SPOLUPRÁCE REHABILITAČNÍHO ODDĚLENÍ NEMOCNIC S POLIKLINIKOU S OSTATNÍMI SLOŽKAMI ZAJIŠTUJÍCÍMI REHABILITACI

výkladům příslušných předpisů. Úzká spolupráce s rehabilitačními odděleními NsP (např. i zasedání PKSZ přímo na RO) by odstranila „rozhodování z papírů“, nevznikaly by diskrepance mezi tím, co pacient řekne a předvede před posudkovou komisí a mezi objektivními pozorováními a testy rehabilitačního oddělení a konečně i pacient by měl pocit, že i PKSZ (konající se na RO) je součástí kontinuální rehabilitační péče a nikoliv jen samostatným a administrativním aktem, který rozhoduje o jeho osudu. (Někteří pacienti si dokonce pletou PKSZ se soudem!). Ideální by bylo, kdyby posudkový lékař pracoval na částečný úvazek na rehabilitačním oddělení. Bylo by to jeho klinické zázemí a z praxe léčebné rehabilitace by osobně znal i pacienty, které posuzuje. Často by také rozhodl o tom, že pacient, dříve než o něm bude rozhodovat PKSZ, by měl napřed projít vyšetřením, léčbou i otestováním na rehabilitačním oddělení (což se neděje příliš často a už vůbec ne cíleně). Znovu je nutné připomenout, že jde o partnerství v zájmu nejkvalitnější a nejobornější péče o zdravotně postižené občany, a to především na místní úrovni, kde partneri obou resortů vycházejí ze znalostí místních poměrů. Znalosti místních sociálních služeb a jejich možnosti by měli sahat přes možnosti zajištění pečovatelské služby, pracovního poradenství a umisťovatelství až pod další složky rehabilitace (jejímž cílem je resocializace postiženého člověka), které jsou uvedeny dále. Posudková komise sociálního zabezpečení jako orgán sociálních služeb NV a ve spolupráci s nimi by se měla společně s rehabilitačními odděleními a sociálními pracovníky NsP starat (s cílem bezprostředního zajištění další péče) o pacienty, u nichž je nutné umístění v LDN, ústavech sociální péče (ÚSP) a domovech důchodců (DD).

Z dosud uvedeného vyplývá, že spolupráce RO by se měla týkat PKSZ, ale i 2. v všech místních sociálních služeb, řízených národními výbory [15, 16].

Z hlediska potřeb rehabilitačního poradenství (k němuž má rehabilitační oddělení nejlepší předpoklad, protože je s pacientem v největším kontaktu, pomohlo mu, a proto má jeho důvěru), je důležitá spolupráce

3. s odborem školství, především v oblasti zvláštních a speciálních škol. Nejen sociální služby, ale i pracovníci rehabilitačních oddělení by měli znát, jaké jsou možnosti vzdělávání zdravotně postižených dětí (v místě, okrese, kraji i celostátně). Již během léčebné rehabilitace zdravotně postižených dětí, v níž hrají rozhodující úlohu rodiče těchto dětí, je třeba jim dát reálné životní perspektivy, zvláště jsou-li možnosti léčebné rehabilitace na zlepšení postižení značně omezené. Zde je nutné připomenout, že při omezených (kapacitně, ale i místně) možnostech speciální výchovy je nutno využívat možnosti vzdělávání zdravotně postižených dětí i v normálních školách — od mateřských škol až po vysoké školy. Přetrvává totiž dnes zcela zastaralý myšlenkový stereotyp: postižené dítě = zvláštní (speciální) škola. Dítě je doporučeno do zvláštní školy (často v jiném okrese, kraji či dokonce republice), rodiče se ze školy dozví, že pro jejich dítě už není místo pro naplněnou kapacitu, a tím nabídka péče končí. I zdařené umístění dítěte ve vzdáleném školním internátním zařízení znamená zhoršení svazků s rodinou s negativním dopadem na psychiku dítěte i rodičů, eventuálně i na sociální a ekonomickou situaci rodičů (doprovázení dítěte a dojíždění za ním na velkou vzdálenost). Je také nutné si uvědomit, že z hlediska společenské péče znamená umístění

## V. KRÍŽ MOŽNOSTI SPOLUPRÁCE REHABILITAČNÍHO ODDĚLENÍ NEMOCNIC S POLIKLINIKOU S OSTATNÍMI SLOŽKAMI ZAJIŠTUJÍCÍMI REHABILITACI

postiženého dítěte mimo rodinu s e g r e g a c i = (vyčlenění z normální společnosti), zatímco cílem vyspělé společenské péče (naléhavě připomenuté v Mezinárodním roce invalidů) je i n t e g r a c e zdravotně postižených (= zařazení mezi normální — zdravé spoluobčany). To se týká i dětí, a proto by mělo být cílem (a normálem!) zařazovat děti, u nichž je to jen trochu možné, především do normálních škol (při využití pomoci rodičů, pracovníků školy, pionýrských a svazáckých organizací). Nezanedbatelný je i výchovný efekt na zdravé děti, které by si od školní (i předškolní) docházky uvědomovaly, že zdravotně postižení občané (v tomto případě děti) jsou normální částí obyvatelstva s možnostmi (při adekvátní pomoci ostatních) ale i s právem žít stejně (tedy i učit se, pracovat, bavit se) jako zdraví občané.

Ostatně v tak malém státě jako je ČSSR ani není jiná možnost řešit potřebnou šířku vzdělávání zdravotně postižených dětí (pokud chceme respektovat jejich vloh, zájmy i možnosti), než umožnit jim návštěvu všech normálních škol (především pak odborných středních a vysokých).

To, co by mohla a měla nabídnout rehabilitační oddělení školským zařízením, je odborná, metodická a organizační pomoc na úseku zvláštní tělesné výchovy na běžných i zvláštních školách. Další vhodná spolupráce (s připomínkou, že poslední fází rehabilitačního procesu je zařazení rehabilitanta do společnosti) je

4. s o d b o r e m p r a c o v n í c h s í l. Zde jsou evidována místa v závodech pro občany se změněnou pracovní schopností (ZPS), chráněná pracoviště a chráněné dílny a je kontrolováno, zda jsou tato místa správně a dostatečně využita. Obor má i přehled o místních potřebách pracovních sil a měl by uvažovat, jak by se na krytí těchto společenských potřeb mohli ještě více podílet zdravotně postižení občané. O možnostech jejich pracovního uplatnění (a o jejich chtění a potřebě pracovat), a to i u občanů s těžkým zdravotním postižením (TZP) panují zkreslené představy, vycházející ze soucitu k postiženým, který je v tomto případě zcela na škodu (a jeho výsledkem je opět segregace invalidů!). Je třeba si uvědomit, že pro člověka postiženého v dospělosti i pro společnost (z ekonomického hlediska) je prvořadým úkolem umožnit mu využít jeho dosavadní kvalifikace, zkušenosti i pracovních kontaktů především v jeho profesi a na jeho bývalém pracovišti. Často k tomu není nutné zřizovat nová místa pro občany se ZPS i chráněná pracoviště. (Pro podniky to má i nevýhodu, že místo často speciálně upravené pro určitou osobu a navíc jejich pracovníka, zůstane podniku trvale určené i po odchodu tohoto pracovníka.) Proto je ideální spolupráce rehabilitačních oddělení přímo

5. s m í s t n í m i p o d n í k y a z á v o d y tak, aby pracovníci rehabilitačního oddělení mohli zástupce podniku již během léčebné rehabilitace ubezpečit, že pracovník bude zase moci pracovat ve svém původním zařazení (naplněno nebo s některými omezeními) nebo ukázat podniku, že po seznámení se s potřebami a možnostmi a při zájmu a ochotě mohou často s minimálními úpravami (eventuálně i náklady) zajistit svému spolupracovníkovi návrat práce, což má pro postiženého nejen ekonomický, ale i psychologický význam. Velké možnosti jsou speciálně u výrobních družstev. Tam, kde iniciativně pracovaly komise pro Mezinárodní rok invalidů, ukázaly se i možnosti dalších družstev (ale i jiných podniků), např. v oblasti bytové výstavby, zásobování, veřejné dopravy, kultury apod., které mohou svou činností podstatně (a někdy i roz-

## V. KRÍŽ/MOŽNOSTI SPOLUPRÁCE REHABILITAČNÍHO ODDĚLENÍ NEMOCNIC S POLIKLINIKOU S OSTATNÍMI SLOŽKAMI ZAJIŠTJÍCÍMI REHABILITACI

hodně) zlepšit úděl zdravotně postižených občanů a spolupodílet se na jejich společenské integraci (= začlenění do normálního života společnosti).

### III. Spolupráce s dalšími institucemi

Přesto, že oficiální náplní práce rehabilitačních oddělení je léčebná rehabilitace, je nutno konstatovat, že návaznost na ostatní složky rehabilitace u nás nikdo v praxi nezajišťuje. Erudovaným zdravotníkům je jasné, že sebelepší zdravotní péče (zvláště při omezených možnostech u těžších postižení) nemůže sama zajistit zdravotně postiženým občanům šťastný život. Není proto divné, že se zdravotníci angažují i v oblastech, které nemají se zdravotnickou péčí téměř nic společného. Ostatně je to plně v intencích poslání zdravotnického pracovníka, od něhož socialistická společnost požaduje, aby byl současně i veřejným činitelem. A kde jinde by mohl pracovník v léčebné rehabilitaci lépe uplatnit a využít svých odborných znalostí a zkušeností než právě v tak politicky a sociálně citlivé oblasti, kterou je péče společnosti o zdravotně postižené občany.

Pokud nepřevzme řízení celého rehabilitačního procesu jiný (meziresortní) orgán, je na zdravotnických pracovnících v rehabilitaci, aby převzali funkci koordinátora (nebo alespoň poradce) i v oblasti mimomedicinské rehabilitace. Vždyť zdravotnickým pracovníkům není lhostejné, zda vyléčí a zrehabilitují pacienta do maximálně plnohodnotného společenského života nebo jen do psychicky ubohého (i když ekonomicky dobře zajištěného) života mezi čtyřmi stěnami domácnosti či zdravotnického nebo sociálního zařízení. Proto zařazujeme do potřebné, žádoucí nebo alespoň vhodné oblasti spolupráce rehabilitačních oddělení NsP již dříve zmíněné i následující oblasti.

V rámci dotažení rehabilitačního procesu je důležitá spolupráce

1. s místními pobočkami Svazu invalidů. Ty mají nejen přehled o invalidních občanech spádového území (bohužel převážně jen těch, kteří jsou členy Svazu invalidů), ale jsou i důležitou zpětnou vazbou informující společenské orgány o skutečném stavu zajištění péče společností o invalidní spoluobčany a o konkrétních individuálních i skupinových potřebách invalidů. Svaz invalidů se rozhodně podílí na informovanosti invalidních občanů o jejich právech a možnostech. Vydává cenné publikace zaměřené jak obecně (19), tak i speciálně pro jednotlivá postižení (zrakově postižení, sluchově postižení, postižení roztroušenou sklerózou apod.) či na konkrétní jednotlivé problémy invalidních spoluobčanů (např. architektonické bariéry, možnosti pracovního uplatnění ve výrobních družstvech Svazu invalidů, možnosti rekreace apod.). Vydává časopis Elán (+ pro neslyšící Gong), kde jsou nejaktuálnější informace o zajišťování potřeb invalidů včetně jejich výkladů i informace o vlastní činnosti Svazu invalidů a jeho jednotlivých poboček. Přesto, že jde o publikace určené invalidům, měly by být i základním zdrojem informovanosti pro všechny pracovníky na úseku rehabilitace.

Svaz invalidů organizuje místní besedy, místní i celostátní semináře a kurzy s teoretickou i praktickou náplní, kulturní a společenské akce, zajišťuje možnosti kondiční tělovýchovy (např. pronájem bazénů), spolupřádá některé tělovýchovné akce např. v oblasti kulturistiky a v branných sportech (automotorismu), zajišťuje i rekreační možnosti pro dospělé i mládež.

## V. KRÍŽ MOŽNOSTI SPOLUPRÁCE REHABILITAČNÍHO ODDĚLENÍ NEMOCNIC S POLIKLINIKOU S OSTATNÍMI SLOŽKAMI ZAJIŠTJÍCÍMI REHABILITACI

Ze všech institucí podílejících se na zabezpečování potřeb zdravotně postižených osob má zatím nejširší a nejučinnější poradenskou činnost včetně její praktické realizace. Vzorová je činnost Klubů (sdružení) rodičů a přátel postižených dětí, jejichž komplexní činnost (dobrovolná) je vzorem služeb, které by měly (při fungující návaznosti všech složek rehabilitace) poskytovat oficiální orgány.

Rehabilitační oddělení NsP by měla úzce spolupracovat s místní odbočkou Svazu invalidů, protože většinu kontaktů doporučených v II. a III. kapitole má dobře fungující místní organizace zajištěnu, nebo má alespoň o ní přehled. Rehabilitační oddělení by mělo být nejbližším spolupracovníkem místní organizace Svazu invalidů a kromě odborné pomoci i poradní činnosti by mělo zajišťovat nábor do Svazu invalidů a zveřejňovat všechny místní akce této organizace, protože mnohé z nich zasahují přímo i do oblasti léčebné rehabilitace, kde nahrazují činnosti, které zatím rehabilitační oddělení nezajišťuje (např. nácvik používání pohyblivých schodišť, kondiční plavání, taneční kurzy, rekreační turistika apod.).

V oblasti tělovýchovy by měla rehabilitační oddělení NsP také spolupracovat

2. se Svazem invalidních sportovců ČSTV, který má na celém území ČSSR cca 50 oddílů (eventuálně jednot) pro zdravotně postižené. Seznam místně nejbližších jednot, informovanost o jejich zaměření, náborová činnost i odborná zdravotnická pomoc by měly být náplní práce rehabilitačních oddělení. Vždyť pravidelně prováděná tělovýchovná činnost (léčebný sport) je oficiální součástí léčebné rehabilitace (1). Pomáhá nejen udržovat a zlepšovat fyzickou kondici zdravotně postižených, ale umožňuje jim i společenské vyžití stejně jako zdravým spoluobčanům.

V oblasti tělovýchovy existuje dosud mnohokolejnost. Svaz invalidních sportovců (dřívě Svaz tělesně a zrakově postižených sportovců) sdružuje tyto dvě skupiny postižených, neslyšící mají v ČSTV svůj samostatný svaz. Kromě toho ještě organizovaná

3. zvláštní tělesná výchova (Zvl. TV), a to jednak na školách, jednak při některých oddílech základní a rekreační tělesné výchovy (ZRTV) tělovýchovných jednot. Zde mohou pravidelně cvičit pod odborným vedením i osoby s interními nemocemi (např. kardiaci, astmatici, obézní aj.). Některá rehabilitační oddělení (ale i např. kardiologové a tělovýchovní lékaři) organizují rovněž pravidelnou kondiční tělovýchovu (např. pro osoby po infarktu myokardu — takzvané Koronární kluby, nebo pro astmatické děti a jiná onemocnění a to buď pod hlavičkou zdravotnických zařízení (kondiční rehabilitace), nebo tělovýchovných jednot (Zvl. TV). Kromě toho jsou pořádány zimní a především pak letní léčebné rekreační pobyty, které pořádají (někdy i společně) zdravotnická zařízení, ČSČK, Svaz invalidů, odborové, pionýrské a svazácké organizace, Balnea, Čedok, Sportturist a další). Táto různorodost není ukazatelem bohaté nabídky akcí pro zdravotně postižené, protože zatím jsou to akce ojedinělé a často jen místní, které jsou výsledkem iniciativy několika jedinců. Tím spíše je žádoucí, aby rehabilitační oddělení NsP měla přehled i o těchto místních možnostech dostupných pro jejich pacienty (třeba i bývalé nebo jen občasně).

4. Spolupráce s Československým červeným křížem může spo-

## V. KRÍŽ/MOŽNOSTI SPOLUPRÁCE REHABILITAČNÍHO ODDĚLENÍ NEMOCNIC S POLIKLINIKOU S OSTATNÍMI SLOŽKAMI ZAJIŠTJÍCÍMI REHABILITACI

čívát také v zajišťování dobrovolné pečovatelské služby pro ambulantní pacienty RO, na které se mohou podílet i

5. pionýrské a svazácké organizace. Aktivní podíl právě těch nejmladších je současně dobrou formou výchovy mládeže ke správnému vztahu k invalidním spoluobčanům. Mohou pomáhat jak jednotlivcům v jejich běžném životě, tak i při skupinových kulturních, společenských či sportovních akcích (např. fyzickou pomocí při překonávání architektonických bariér — vhodná spolupráce s organizacemi SSM v ČSLA).

6. Spolupráce s místními odborovými orgány (od OOR, OVOS až po ZV ROH) může být užitečná jak v průběhu léčebné rehabilitace, tak při návratu do povolání. Odborové orgány mohou v rámci péče o pracující i v rámci socialistické iniciativy věnovat zvláštní péči navracejícím se spolupracovníkům, pracovníkům se změněnou pracovní schopností. Jsou známé i případy, kdy členové BSP provedli technické úpravy bytu i pracoviště, vyrobili i některé individuální pomůcky pro tělesně postiženého spolupracovníka, nabídli a realizovali svoji technickou pomoc rehabilitačnímu oddělení, kdy okresní odborové svazy pracovníků služeb obyvatelstvu iniciativně zajistily donáškovou nákupní službu invalidním spoluobčanům, přednostní a rychlé opravy spotřebičů i automobilů, bezplatné servisní prohlídky, přednostní zavedení telefonu apod.

Mezinárodní rok invalidů 1981 byl ukázkou toho, co vše by se mohlo zlepšit v péči společnosti o invalidní spoluobčany hned, v nejbližší době i perspektivně. Významnou roli sehrály Komise pro Mezinárodní rok invalidů národních výborů zvláště tam, kde se jednání komisí zúčastňovaly všechny orgány, které mohou zdravotně postiženým občanům pomoci, kde komise požadovaly od svých členů konkrétní plány a kontrolovaly jejich plnění. V komisích se poprvé v historii rehabilitace v Československu sešli zástupci orgánů a organizací, které by se měly podílet na zajišťování rehabilitace a resocializace zdravotně postižených osob. Komise měly i podporu stranických orgánů, která rozhodujícím způsobem dokumentovala požadavky sociální i zdravotní politiky KSČ na tomto úseku.

7. Proto i další spolupráce rehabilitačních oddělení se stranickými orgány a s národními výbory je potřebná k tomu, abychom urychleně rozšiřovali konkrétně získané zkušenosti na jednotlivých úsecích péče společnosti o zdravotně postižené spoluobčany a abychom postupně realizovali i další potřeby a možnosti, které se při příležitosti Mezinárodního roku invalidů objevily.

Je třeba si uvědomit, že rehabilitace je celospolečenskou záležitostí, o jejíž úspěšnosti rozhoduje celá naše společnost — od nejvyšších řídicích orgánů až po řadového občana, který s postiženými spoluobčany přichází jen do náhodného styku.

Není to práce jednoduchá, vyžaduje velké množství speciálních znalostí i zkušeností a také schopnost rozšiřovat tyto poznatky přijatelnou formou veřejnosti. Pracovníci v léčebné rehabilitaci tyto zkušenosti mají. Mají důvěru občanů a mají i zpětné informace od pacientů, kteří se čas od času na rehabilitační pracoviště vrací. Známe-li personální situaci na pracovištích léčebné rehabilitace, víme, že není jednoduché klást na tyto pracovníky ještě řadu mimomedicinských úkolů, které byly naznačeny v tomto článku. Je to však v současné době jediná reálná cesta, jak dotáhnout to, co léčebná rehabilitace

## V. KRÍŽ MOŽNOSTI SPOLUPRÁCE REHABILITAČNÍHO ODDĚLENÍ NEMOCNIC S POLIKLINIKOU S OSTATNÍMI SLOŽKAMI ZAJIŠTJÍCÍMI REHABILITACI

začala, až do stádia maximálne možných výsledkú celého rehabilitačného procesu v jeho plné šíři.

### LITERATURA

1. Koncepcie fyziatrie a léčebné rehabilitace. Věstník MZ ČSR XXI, 1973, č. 33, s. 123 — 128.
2. Postup při navrhování a poskytování lézeňské péče. Věstník MZ ČSR XXVII, 1979, č. 15, s. 84 — 106.
3. KRÍŽ, V.: Současný stav a perspektivy léčebné rehabilitace v ČSR. *Prak. Lék.*, 57, 1977, č. 13, s. 478 — 481.
4. KRÍŽ, V.: Nejčastější chyby v ordinacích léčebné rehabilitace. *Prakt. Lék.*, 58, 1978, č. 10, s. 361 — 363.
5. KRÍŽ, V.: Rehabilitace po amputacích. *Zdrav. Noviny*, 28, 1979, č. 32, s. 3.
6. KRÍŽ, V.: K rehabilitaci hemiparetiků po náhlých příhodách mozkových. *Prakt. Lék.*, 60, 1980, č. 2, s. 41 — 44.
7. KRÍŽ, V.: Rehabilitace pórúrazových paraplegiků. *Čs. Neurol. Neurochir.*, 44, 1981, č. 8, s. 551 — 557.
8. KRÍŽ, V.: Více pozornosti rehabilitaci. *Zdrav. Noviny*, 30, 1981, č. 33, s. 1 — 3.
9. KRÍŽ, V.: Nejčastější chyby v rehabilitaci pacientů s postižením dolních končetin úrazem či operací. *Rozhl. Chir.*, 60, 1981, č. 8, s. 551 — 557.
10. LÁB, J.: Přehled vyšetřovacích metodik v rehabilitačním procesu. Sborník č. 45, V ýzk. ústav soc. zabezpečení Praha, 1971, 157 s.
11. Profesiografická metoda výběru prac. míst. Plán zaměstnanosti občanů se ZPS. Praha, MPSV ČSR 1975. 74 s.
12. Nové předpisy o sociálním zabezpečení. Praha, Práce 1975. 274 s.
13. Sociální zabezpečení pracujících. Praha, Práce 1976. 422 s.
14. Péče o zdraví pracovníků. Praha, Práce 1976. 294 s.
15. Základ odborných informací pro funkcionáře a pracovníky podílejících se na posuzování pracovní způsobilosti i na zajišťování rehabilitačního procesu u zdravotně postižených. Praha, MPSV ČSR 1979. 298 s.
16. Metodický návod pro posudkovou službu sociálního zabezpečení. Praha, MPSV 1979. 279 s.
17. Důchodové zabezpečení pracujících. Praha, Práce 1979. 167 s.
18. Nemocenské pojištění pracovníků. Praha, Práce 1980. 472 s.
19. Právní ochrana a sociální zabezpečení invalidních občanů v ČSSR. Praha, Svaz invalidů 1980. 73 s.

*Adresa autora:* MUDr. Vladimír Kríž, Rehabilitační ústav, 257 62 Kladruby

*В. Кржиж*

ВОЗМОЖНОСТИ СОТРУДНИЧЕСТВА ОТДЕЛЕНИЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНИЦ С ПОЛИКЛИНИКОЙ С ДРУГИМИ ЧАСТЯМИ, ЗАНИМАЮЩИМИСЯ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ

Резюме

Автор исходит из многих переговоров в Международном году инвалидов 1981, в которых в ЧССР принимали участие представители всех тех составных частей, которые имеют возможность подействовать на заботу общества о согражданах с поврежденным здоровьем.

Работники реабилитационного отделения больницы с поликлиникой являются первыми специалистами по реабилитации, с которыми встречаются больные. Кроме

## V. KRÍŽ/MOŽNOSTI SPOLUPRÁCE REHABILITAČNÍHO ODDĚLENÍ NEMOCNIC S POLIKLINIKOU S OSTATNÍMI SLOŽKAMI ZAJIŠTUJÍCÍMI REHABILITACI

обязанности обеспечить лечебную (медицинскую) реабилитацию, они имеют возможность участвовать и в других компонентах немедицинской реабилитации. Тем самым они могут решающим образом повлиять на непрерывность реабилитационного процесса, целью которого является скорая и оптимальная ресоциализация граждан с нерушенным здоровьем.

### V. Kríž

THE POSSIBILITIES OF COLLABORATION BETWEEN THE DEPARTMENTS OF REHABILITATION OF THE HOSPITALS AND THE OTHER BODIES PROVIDING REHABILITATION TREATMENT

### Summary

The great number of sessions held in the course of the International Year of the Disabled in 1981 in which in the Czechoslovak Socialist Republic representatives of all those bodies took part that can influence the care for the handicapped citizens, has initiated the author.

The staff of the Department for Rehabilitation of the hospital and the polyclinic are the first specialists for rehabilitation to have contact with the patients. Besides their duty to carry out medical rehabilitation they also have the possibility to share in other components other than medical rehabilitation. Thus the continuity of the rehabilitation process can be influenced in a decisive manner. The aim of this rehabilitation is an early and optimal resocialization of the disabled citizens.

### V. Kríž

MÖGLICHKEITEN DER ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN DEN REHABILITATIONSABTEILUNGEN DER KRANKENHÄUSER MIT POLIKLINIKEN UND DEN ÜBRIGEN, DIE REHABILITATIONSBEHANDLUNG BESORGEN-DEN SANITÄTSEINRICHTUNGEN

### Zusammenfassung

Der Verfasser stützt sich auf zahlreiche Beratungen, die im Internationalen Jahr der Behinderten (1981) stattfanden und an denen sich in der ČSSR Vertreter aller Einrichtungen, die die Möglichkeit haben, die Fürsorge der Gesellschaft für gesundheitlich geschädigte Mitbürger zu beeinflussen, beteiligt haben.

Die Mitarbeiter der Rehabilitationsabteilungen der Krankenhäuser mit Polikliniken sind die ersten Rehabilitationsfachleute, die mit den Patienten in Berührung kommen. Sie haben neben der Pflicht, die ärztliche Rehabilitationsbehandlung zu gewährleisten, auch die Möglichkeit, an den weiteren Maßnahmen der außermedizinischen Rehabilitation mitzuwirken. Dadurch können sie in entscheidendem Maße die Kontinuität des Rehabilitationsprozesses beeinflussen, der zu einer ehesten und optimalen Resozialisierung der behinderten Personen führen soll.

### V. Kríž

POSSIBILITÉS DE COLLABORATION DES SECTIONS DE RÉADAPTATION DES HÔPITAUX AVEC POLICLINIQUE AVEC LES AUTRES ÉLÉMENTS CHARGÉS DE RÉADAPTATION

### Résumé

L'auteur prend en considération les nombreux entretiens qui se sont déroulés au cours de l'Année internationale des invalides 1981 et auxquels participèrent les repré-



## V. KRÍŽ/MOŽNOSTI SPOLUPRÁCE REHABILITAČNÍHO ODDĚLENÍ NEMOCNIC S POLIKLINIKOU S OSTATNÍMI SLOŽKAMI ZAJIŠTUJÍCÍMI REHABILITACI

sentants tchécoslovaques de tous les éléments capables d'influencer la sollicitude de la société aux concitoyens affectés de maladies.

Les travailleurs de la section de réadaptation de l'hôpital avec policlinique se groupent des premiers spécialistes de la réadaptation qui prennent contact avec les malades. A part leur tâche qui consiste à assurer la réadaptation médicale, il peuvent prendre part à différents autres éléments de réadaptation non médicale. Ils ont aussi la possibilité d'influencer de façon décisive la continuité du processus de réadaptation, dont le but repose dans la nouvelle socialisation rapide et optimale des citoyens malades.

D. EICKE

### TIEFENPSYCHOLOGIE

Hlubinná psychologie

*Band. 1 — 4. Vydal Beltz Verlag, Weinheim — Basel 1982.*

*ISBN 3 — 407 — 83039 — 4, 3 — 401 — 1*

Kindlerovo nakladatelství vydalo v letech 1976 až 1981 patnáctidílnou encyklopedii o psychologii dvacátého století, která představuje souborné dílo o otázkách a vývoji psychologie a psychologických věd v našem století. Beltzovo nakladatelství přistoupilo v roce 1982 k publikaci licenčního vydání, které sa skládá ze čtyř svazků pojednávajících o některých speciálních tematických okruzích vývoje moderní psychologie.

První svazek tohoto čtyřdílného komplexu se zabývá Freudem, jeho dílem a jeho životem, následující druhý svazek pojednává o dalším vývoji psychoanalýzy, nových cestách tohoto směru a následovnicích Freuda. V třetím díle jsou zpracovány poznatky Kleinové, Hartmanna, Balinta, Eriksona Winnicotta, Reicha, Schultze — Henckeho, Hornové, Sullivana a Fromma. Poslední závěrečný svazek této čtyřdílné publikace věnuje pozornost individuální psychologii Adlerově a analytické psychologii Jungově. Další kapitoly pojednávají o příspěvku a životě následovníků individuální a analytické psychologie.

Prof. Eicke, který se ujal spracování licenčního vydání je lékařem, psychiatrem a neurologem na Univerzitě v Kasseli

a jeho základní pozornost platí psychosomatice, psychoterapii, sociální psychologii a sociální psychiatrii. Jednotlivé svazky Eickeho díla přinášejí informace v historickém sledě, dokumentované početnými obrazovými doklady a bohatou literaturou, zařazenou vždy na konci jednotlivých kapitol. Na vydání celého díla se podílelo mnoho autorů jednotlivých kapitol.

I když prakticky celé dílo věnuje pozornost především hoistorickému pohledu na vývoj jednotlivých směrů v psychologickém myšlení dvacátého století, je potřebné zdůraznit jeden aspekt, který z hlediska současnosti je velmi podstatný. Mnohé kapitoly se zabývají otázkami psychosomatické medicíny (Bastiaans, Rattner, Ziegler) ve vztahu k danému směru v psychologii a poukazují na některé aspekty, se kterými se setkáváme v moderně koncipovaném lékařském oboru psychosomatické medicíny, i když pochopitelně ne o všechny otázky této oblasti můžeme diskutovat. Podobně je tomu i s některými problémy psychoterapie; tato oblast taktéž tvoří jednu z terapeutické techniky a psychoterapeutické směry představují velmi rozšířené pole a ne zcela sjednocené, a i když cíl těchto snah je zřejmý — pomocí nejrůznějších léčebných

metod a technik zasáhnou do kruhu patologickeho procesu s cilem obnovit narusenou psychosocialni homeostasu casto provazejici predevsim chronicka onemocneni.

Eickeho ctyrdilna publikace, prinasejici dostatek informaci o vyvoji jednotlivych psychologickych smeru a skol je prehledem, který poukaze predevsim na rozmanitost jednotlivych nazoru z vyvojoveho hlediska a na snahy jednotlivych

psychologu hledat vysvetleni psychickych deju a moznosti terapeutickeho pouziti. Hledisko psychosomaticke mediciny, vyjadrené v nekterych kapitolach, doplňuje význam psychickych dejů v somaticke sfere mediciny a rozširuje tak moznosti psychologickych interpretaci z oblasti psychiatrie na oblast jinych lekarskych oboru.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

E. GRESSER

**AKUPUNKTUR — PHYSIOLOGIE UND IHRE THERAPEUTISCHE ANWENDUNG BEI ERKRANKUNGEN**

Akupunktúra — fyziológia a jej terapeutické použitie pri chorobách  
*Vydavateľstvo Haug Verlag — Heidelberg 1983 403 s., 58 obr., 9 tab.*  
ISBN 3 — 7760 — 0622 — 6

V roku 1983 vychádza druhý diel fyziológie akupunktúry autora Dr. med. Erwina Gressera, ktorý je venovaný jej použitiu pri ochoreniach. Na základe dlhoročných skúseností pri liečbe akupunktúrou a štúdia vyslovuje autor knihy názor, že liečebné opatrenia pri ochoreniach sa dajú aplikovať len za súčasných dobrých znalostí fyziológie akupunktúry. Druhým dielom sprístupňuje autor liečbu akupunktúrou a pomáha pri voľbe taktiky liečby pri jednotlivých ochoreniach. Kniha je rozdelená na 7 častí, dodatok a zoznam literatúry. V prvej časti autor cituje neurochemické podklady účinku akupunktúry a rozoberá otázky energetickej terapie pri jednotlivých ochoreniach, t.j. skupina očných ochorení, respiračného systému, ochorení kože, srdcovo-cievneho systému, zažívacieho traktu, ochorení reumatického genitálneho systému. V druhej časti sú graficky znázornené zvláštne fázy párových meridiánov (B-Ni, Gb-Le, MP-Ma, Dü-H, DE-KS, Di-Lu), ktoré sa považujú za tzv. poistný ventil kozmopatogénnej energie. V tretej časti opisuje autor elektronickú pulzografiu ako novú možnosť pulzovej diagnostiky na chronobiorytmickom

základe analýzy pulzových kriviek. Vo štvrtjej časti sú uvedené všeobecné pravidlá diaterapie podľa tradičnej východnej medicíny. Piata časť obsahuje návod na masážnu gymnastiku ako prevenciu katarov horných dýchacích ciest, ktorá sa využíva predovšetkým v Číne, podľa autora Dr. med. J. Karoffa. Šiesta časť obsahuje graficky znázornené body mimo-meridiánové na tvári, krku, horných a dolných končatinách. V siedmej časti knihy sú znázornené jednotlivé meridiány.

Spomenutá literatúra obsahuje 5 významných citácií od popredných odborníkov v oblasti akupunktúry.

Kniha je určená pre lekárov zaoberajúcich sa akupunktúrou, ale aj tých, čo chcú hlbšie preniknúť do myslenia východnej medicíny a poznať analýzu problémov narušenej rovnováhy biologických a bioenergetických pochodov chorého človeka, a zároveň koordinovať liečebný proces.

Kniha Dr. med. E. Gressera je hodnotným príspevkom pre rozšírenie vedomostí a obohatenie myšlienkových pochodov pochopením princípov akupunktúry a jej využitia v praxi.

*Dr. M. Bendíková, Bratislava*

**ZKUŠENOSTI S ŘEŠENÍM SOCIÁLNÍCH PROBLÉMŮ DĚTÍ S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU V ČESKÉ SOCIALISTICKÉ REPUBLICE**

Z. NOVOTNÝ

*Dětská léčebna chorob nervových. Čs. státní lázně, Teplice v Čechách*  
*Přednosta: MUDr. Zbyněk Novotný*

*Souhrn:* V práci jsou zhodnoceny třicetileté zkušenosti s léčením dětí s mozkovými obrnami. Je zhodnocen význam zavedené evidence defektních dětí i práce komisí pro koordinovanou péči. Zhodnoceny jsou léčebné postupy, zdůrazněn význam péče o řečový rozvoj. Velký význam se klade na co nejdřívější umožnění pedagogicko-výchovného procesu i pozdějšího adekvátního zařazení do školní výuky. Velký význam se připisuje neredukovanému vyučování. Probrána i otázka výběru povolání jak pro lehčeji, tak tíže postižené pacienty. Velký význam se klade na informovanost široké veřejnosti o problematice postižených osob.

*Klíčová slova:* Zkušenosti s řešením sociálních problémů — dětská mozková obrna — evidence defektních dětí — léčebné postupy — pedagogicko-výchovný proces — výběr povolání — informovanost veřejnosti.

Během posledních desetiletí došlo k nebývalému rozvoji léčebných postupů, které podstatně zlepšily vyhlídky dětí s mozkovou obrnou na zlepšení zdravotního stavu. Byla realizována i řada sociálních opatření, a tím se zlepšila i možnost pracovního a společenského uplatnění. Náš referát vychází z třicetiletých zkušeností z práce s cerebrálně postiženými dětmi i z opakovaných průzkumových akcí, písemného i osobního styku i setkání bývalých pacientů. Naší snahou bude ve zkratce zhodnotit vše, co může ovlivnit sociální prognózu člověka s dětskou mozkovou obrnou.

Včas stanovená diagnóza a okamžité zahájení rehabilitační péče přináší nejlepší výsledky. Bohužel, i když dnešní pediatr má již k dispozici různé metody pro sledování psychomotorického vývoje kojence (např. u nás schéma Vlachovo) setkáváme se stále ještě s případy, kdy rodiče upozorňují lékaře na neadekvátnost psychomotorického vývoje a přesto není dítěti, velmi často i rizikovému, věnována patřičná pozornost.

Usnesením vlády ČSR č. 91/1973 byl dán orgánům státní správy úkol zavést úplnou evidenci defektních dětí a mladistvých. Evidence byla realizována do konce března 1975. Křivánek uvádí, že k 31. 12. 1978 bylo evidováno u okresních národních výborů ČSR celkem 51 762 defektních dětí a mladistvých od jednoho do osmnácti let. Z toho značnou část tvoří děti s nervovými chorobami, z nich většinu pak s dětskou mozkovou obrnou. Lesný uvádí odhad asi dvaceti tisíc dětí s dětskou mozkovou obrnou ve věku

## Z. NOVOTNÝ/ZKUŠENOSTI S ŘEŠENÍM SOCIÁLNÍCH PROBLÉMŮ DĚTÍ S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU V ČESKÉ SOCIALISTICKÉ REPUBLICE

do 15 let v celé ČSSR. Přesnému vyčíslení počtu dětí s dětskou mozkovou obrnou brání nejednotný přístup v zařazování do jednotlivých skupin onemocnění. Protože evidence je jistě podkladem pro plánování rozvoje zařízení ve zdravotnictví, školství a sociálním zabezpečení, vyplývá z toho požadavek sjednotit základní diagnostické přístupy v komplexní péči o tyto děti.

Základem této péče mělo být zřízení komisí pro koordinovanou péči složených ze zástupců tří resortů, kde ministerstvo práce a sociálních věcí ČSR má být koordinátorem této činnosti. Komise odborných pracovníků složená z vedoucího lékaře sociálního zabezpečení, vedoucí sestry sociálního zabezpečení, okresního pediatra, dorostového lékaře a školního inspektora by měly sledovat a koordinovat péči o evidované děti. Stanovit dlouhodobý rehabilitační program i prognózu. Z našich dosavadních zkušeností však vyplývá, že aktivní práce tohoto orgánu, hlavně pak s rodiči postižených dětí je zatím vzácnou výjimkou a kvalita celé péče závisí ještě dnes velmi často na aktivitě samých rodičů.

Opětovně jsme se přesvědčili, že pro pozdější společenskou integraci nebyla hlavním činitelem zvolená metodika pohybové léčby. Podstatně důležitější se nám ukázalo soustředění pozornosti na hybnost horních končetin se zaměřením na jejich funkční využití. Mělo by to znamenat i určitou revizi našich dosavadních léčebných postupů, hlavně ve vyšším dětském věku, zaměřených často na reflexní stimulaci v polohách pro pracovní činnost nepoužitelných. Předpokladem ovšem je vyřešení otázky sociálních bariér se zajištěním příslušné techniky, což je další bolavá stránka našeho snažení.

Limitujícím faktorem při socializaci bývá často porucha řeči. Zvláště tam, kde těžší pohybové postižení vylučuje pozdější fyzickou práci, vystupuje požadavek rané a trvalé foniatrické a logopedické péče do popředí. Její zařazení do náplně práce denních stacionářů, léčebných zařízení, ústavů sociální péče, příslušných poraden i učebního plánu příslušných škol by mělo být pravidlem.

Nepříznivá je kombinace pohybové poruchy s epilepsií. Právě tito pacienti patří mezi ty, které se nám daří jen velmi obtížně společensky a pracovní zařadit: bohužel i tam, kde frekvence paroxysmů je poměrně řídká a dala by se jistě odborně vedenou a sledovanou protiepileptickou léčbou příznivě ovlivnit.

Neoddiskutovatelný význam pro pozdější společenskou integraci má školní výuka. Problém začíná často již v předškolním věku. I když dnes existují směrnice ministerstva školství pro přijímání lehce postižených dětí do mateřských škol, jsme stále svědky toho, že i přes náš návrh není do mateřské školy přijato z čistě alibistických důvodů dítě poměrně dobře upravené. Odpadá tak možnost působení kolektivu a odborné pedagogické přípravy, a tím i objektivního hodnocení a případně pozitivního ovlivnění školních schopností dítěte. Vstup takového dítěte, zvyklého pouze na rodinné prostředí a převážnou péči jedné osoby přímo do školní problematiky je pro ně těžkým a v řadě případů negativním zážitkem. U těžších případů bude nutno zřejmě počítat s vybudováním týdenních stacionářů.

Jednoznačně se ukazuje, že největší šance pro zařazování do pracovního procesu i společnosti mají absolventi s úplným základním školním vzděláním, případně ti, kteří mohou absolvovat středoškolské, případně vysokoškolské studium. Mělo by to být podnětem k rozšiřování těchto zařízení i pro tíže pohyblivé pacienty. U řady dětí jsme svědky předčasného a ne dosti objektivního zařazení na zvláštní školu, ačkoliv jde jen o určité opoždění psychomotorického vývoje, řešitelné výukou ve vyrovnávací třídě. Naopak včasné a zodpo-

## Z. NOVOTNÝ/ZKUŠENOSTI S ŘEŠENÍM SOCIÁLNÍCH PROBLÉMŮ DĚTÍ S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU V ČESKÉ SOCIALISTICKÉ REPUBLICE

vědné přeřazení na zvláštní školu se současnou možností diferenciací na typ A a B může být podstatně lepším podkladem pro pozdější pracovní zařazení než neúplné absolvování základní školy. Nedořešena se nám zdá ještě otázka výběru dětí pro pomocné školy i pozdější sociální integrace absolventů těchto škol.

Velkým pokrokem v řešení otázky výuky postižených dětí je jistě zřízení sítě pedagogicko-psychologických poraden, které dnes již běžně v terénu fungují a jejichž sítí prochází i většina našich dětí.

U řady dětí půjde velmi často o opakované ústavní pobyty v léčebných zařízeních. V současné době zavádění nové koncepce výchovně vzdělávací československé soustavy i zvýšených nároků na vzdělání vystupuje jako nedílná součást rehabilitační péče požadavek neredukovaného školního vyučování v těchto zařízeních. V naší léčebně se podařilo určitou organizací práce pracovníků nejrůznějších kategorií tuto otázku řešit a jsme ochotni s kýmkoliv se podělit o své zkušenosti.

Důležitá je organizovaná mimoškolní činnost. Co nejširší škála výchovných zaměstnání umožní nejen diagnostikovat schopnosti, ale také zaměřit zájem na budoucí pracovní zařazení. Máme doklady o tom, že práce v některých zájmových kroužcích a zapojení do různých činností v naší léčebně byla podkladem nejen pro pozdější výběr zaměstnání, ale později i výrazně ovlivnila aktivitu v různých společenských organizacích jako Socialistickém svazu mládeže, Svazu invalidů, ČSTV apod.

Vlastní výběr povolání by měl být proveden v podstatě dříve než u dítěte zdravého. Celá rehabilitační péče včetně školní výuky by měla být pak orientována tímto směrem. Zatím je takový postup úplnou výjimkou. Otázka povolání se velmi často řeší až těsně před ukončením školní docházky jednorázovým jednáním příslušné okresní posudkové komise sociálního zabezpečení bez jakýchkoliv větších podkladů. Jistě je to i tím, že okruh povolání pro postižené osoby je velmi zúžen. Přitom však sami vidíme, že řada z našich bývalých pacientů velmi úspěšně pracuje v profesích vyčleněných pouze pro zdravé osoby. Řada velmi dobře upravených má při výběru povolání problémy jenom proto, že v jejich zdravotním záznamu figuruje diagnóza dětské mozkové obrny.

Jistě se nevyhneme tomu, aby pro některé těžší případy postižení byla zřizována internátní střediska, kde by byli na podkladě principů moderní výuky a současných poznatků a požadavků technické revoluce vychováváni pracovníci v řadě progresivních oborů. Dosavadní způsob výuky v některých učebních oborech neodpovídá již současným požadavkům na toto povolání.

Žádný z našich bývalých pacientů neměl upravené pracoviště v běžném provozu, i když by zde jistě byly velké možnosti, zvláště při současném nedostatku pracovních sil. Výjimku tvoří některá nově vznikající pracoviště družstev invalidů, bohužel pro mnohé postižené omezeně dosažitelné. I v normálním provozu vykonávají zdravé osoby velmi jednoduché pracovní úkony, které by mohl vykonávat i mentálně postižený jedinec.

I přes všechny pokroky v léčení i možnosti sociální integrace nám jistě zůstane řada případů prognosticky beznadějných. Naše pozornost je zatím většinou soustředěna na postižené dítě a neřeší další důležitý článek — rodinu dítěte. Tak jako budeme žádat na rodině prognosticky příznivého dítěte spolupráci při řešení jeho problémů,

## Z. NOVOTNÝ/ZKUŠENOSTI S ŘEŠENÍM SOCIÁLNÍCH PROBLÉMŮ DĚTÍ S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU V ČESKÉ SOCIALISTICKÉ REPUBLICE

má právo na pomoc i rodina perspektivně společensky nezačlenitelného dítěte. Není rozhodně snadné přesvědčit takovou rodinu o řešení situace formou ústavního umístění, ale pak nastává ještě podstatně těžší úkol toto umístění realizovat. Snad výše uvedená evidence defektních dětí bude podkladem pro vybudování nejen dostatečné kapacity těchto zařízení, ale i jejich zajištění po stránce technické a personální.

Pro společenskou integraci je nesmírně důležitá informovanost široké veřejnosti o problematice postižených osob. Začíná výukou a výchovou již od mateřské školy a končí výchovou dospělých. I zde jsme ještě mnohému dlužní. Musíme si všichni uvědomit, že nejen ryze odborná práce, ale i veřejná angažovanost, práce s tiskem, rozhlasem a televizí i s nejrůznějšími orgány Národní fronty jsou účinným prostředkem k odstranění řady problémů a k realizaci našich, domníváme se, oprávněných požadavků. Naše socialistické zřízení dává k tomu všechny předpoklady. Je ovšem na nás, abychom jak svou odbornou práci, tak i touto veřejnou angažovaností v organizaci péče o postižené mozkovou obrnou přispěli k realizaci toho, o čem pojednává náš referát.

*Adresa autora:* Dr. Z. N., Dětská léčebna chorob nervových, Československé lázně, Teplice v Čechách

### 3. Новотный

ОПЫТ РЕШЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В ЧЕШСКОЙ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

### Резюме

В работе обсуждается тридцатилетний опыт лечения детей с церебральным параличом. Оцениваются значения введенного учета дефективных детей и работы комиссий согласованной заботы. Обсуждаются и терапевтические методы, подчеркивается значение заботы о развитии речи. Большое значение придается как можно скорейшему обеспечению педагого-воспитательного процесса и последующему зачислению в соответствующее школьное обучение. Подчеркивается также нередуцированное обучение. Рассматривается вопрос выбора профессии как для менее пострадавших, так и для сильно пострадавших больных. Анализируется положение в деле заботы о важных в прогностическом отношении случаях. Большое значение придается осведомленности общества о проблематике пострадавших.

### Z. Novotný

EXPERIENCE WITH THE SOLUTION OF SOCIAL PROBLEMS OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY IN THE CZECH SOCIALIST REPUBLIC

### Summary

The paper evaluates the experience of thirty years with the treatment of children with cerebral palsy. The significance of a kept evidence of defective children and the work of the commission for coordinated care is being emphasized. The therapeutical approaches are evaluated, the importance of the care for speech development is stressed. The great importance of the early introduction of the teaching process and consequently adequate integration into classes of school is being considered. Great stress

**Z. NOVOTNÝ/ZKUŠENOSTI S ŘEŠENÍM SOCIÁLNÍCH PROBLÉMŮ DĚTÍ S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU V ČESKÉ SOCIALISTICKÉ REPUBLICE**

should be laid on unreduced teaching. The questions of the choice of occupation for milder, but also for more sever cases are being discussed. Also the care for prognostically difficult cases is being evaluated. The knowledge of the public about the problems of these affected subjects is important and should be stressed.

*Z. Novotný*

ERFAHRUNGEN MIT DER LÖSUNG SOZIALER PROBLEME VON KINDERN MIT ZEREBRALER KINDERLÄHMUNG IN DER TSCHECHISCHEN SOZIALISTISCHEN REPUBLIK

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

In der Studie werden dreißigjährige Erfahrungen mit der Behandlung von Kindern mit zerebraler Kinderlähmung gewertet. Hervorgehoben wird die Bedeutung der eingeführten Erfassung aller defekten Kinder sowie die Arbeit der Kommissionen für koordinierte Fürsorge. Der Verfasser gibt eine Einschätzung der Behandlungsmaßnahmen, herausgestrichen wird die Bedeutung der Förderung der Sprachentwicklung. Stark betont wird die Bedeutung der möglichst frühen Einordnung in den pädagogischen Erziehungsprozeß und der späteren adäquaten Einordnung in den Schulunterricht. Von großer Wichtigkeit ist auch ein Unterricht ohne Lehrstoffreduktion. Der Verfasser behandelt auch die Frage der Berufswahl sowohl für minder, als auch für schwerer Behinderte Patienten. Auch die Situation im Bereich der Fürsorge für prognostisch ernste Fälle wird gewertet. Große Bedeutung wird der Informiertheit der breiten Öffentlichkeit über die Problematik der Behinderten zugeschrieben.

*Z. Novotný*

EXPÉRIENCES OBTENUES AVEC LA SOLUTION DES PROBLÈMES SOCIAUX DES ENFANTS AFFECTÉS DE MÉNINGITE CÉRÉBRALE INFANTILE EN ČSR

**R é s u m é**

Dans son travail l'auteur fait l'appréciation des expériences de trois décennies avec la thérapie des enfants affectés de méningites cérébrales infantiles. L'importance de l'enregistrement des enfants affectés est mise en évidence ainsi que les travaux des commissions pour la sollicitude coordonnée. Sont évaluées les méthodes thérapeutiques puis soulignée l'importance de la sollicitude portée au développement et la perfectibilité de la parole. Une importance primordiale est portée à la possibilité la plus rapide de la méthode d'enseignement éducatif et à l'incorporation ultérieure et adéquate dans l'enseignement scolaire. Une grande importance est portée à l'enseignement sans restriction. La question de la sélection professionnelle y est aussi examinée, tant pour les patients gravement affectés que pour ceux légèrement affectés. Evalué aussi l'état de la sollicitude des cas graves en pronostic. Un rôle considérable est porté sur les informations fournies au grand public sur la problématique des personnes affectées.

P. G. HERMAN

**IATROGENIC THORACIC COMPLICATIONS**

Iatrogénne torakálne komplikácie

Vydal Springer Verlag New York — Heidelberg — Berlin 1983

ISBN 3 — 540 — 90729 — 7

V edícii iatrogénnych komplikácií vychádza ako nový zväzok monografia venujúca pozornosť problematike hrudníkových komplikácií, ktorú so 17 spolupracovníkmi pripravil do tlače profesor Herman z Harvadskej lekárskej fakulty v Bostone. Cieľom tejto publikácie je poukázať na podmienené iatrogénne komplikácie, ktoré vznikajú pri použití diagnostických a terapeutických metód, a týchto komplikácií v širokej medicínskej praxi nie je málo, pričom môže ísť o banálne komplikácie, ale aj komplikácie ohrozujúce život.

Vcelku v 12 kapitolách autori tejto monografie venujú pozornosť iatrogénnym torakálnym komplikáciám, podmienenými liečivami, nozokomiálnym a iatrogénnym infekciám hrudníka, problematike traumatických komplikácií pri endotrachiálnej intubácii a kardiopulmonálnej resuscitácii.

Ďalej sú zaradené kapitoly o torakálnych komplikáciách pri intenzívnej starostlivosti o dýchanie, o barotraumách, otázkach hrudníkových komplikácií u detí v intenzívnej starostlivosti prostredníctvom rádiografického vyšetrenia. Zaují-

mavú kapitolu predstavuje kapitola o zmeňaných v hrudníku pri rádioterapii. Ďalšie kapitoly sa zaoberajú iatrogénnymi poruchami azofágu, komplikáciami angiografie v hrudníku, problematikou rádiologických manifestácií pri komplikáciách pri použití pacemakerov. Záverečná kapitola rieši otázky rádiológie a komplikácie pri náhrade srdcových chlopní. Vecný register ukončuje túto reprezentačnú moderne koncipovanú publikáciu s aktuálnou tematikou, pričom jednotlivé kapitoly sú doplnené obrazovou dokumentáciou, grafmi, niektorými tabuľkami a prehľadom literárnych citácií.

Monografia, ktorú zostavil profesor Herman, je veľmi potrebná, pretože s explóziou diagnostických a terapeutických metód stúpa aj percento komplikácií, z ktorých určitá časť má bezpochyby iatrogénny pôvod. Kniha sa iste stane dobrým informačným zdrojom nie iba pre röntgenológov, ktorým je v prvom rade určená, ale aj pre všetkých ostatných, ktorí sa zaoberajú patológiou orgánov hrudníkového priestoru.

Dr. M. Palát, Bratislava



V. HORANSKÝ, J. ČERNAY  
**DISPENZÁRNA STAROSTLIVOSŤ V PEDIATRII**

*Vydalo vydavateľstvo Osveta, Martin 1983*

Poprední odborníci slovenskej pediatrie pripravili príručku o dispenzárnej starostlivosti v pediatrii. Určená je predovšetkým obvodným detským lekárom, detským lekárom odborných ambulancií, dorastovým lekárom, obvodným detským a sociálnym sestram.

Kniha je rozdelená na všeobecnú a špeciálnu časť.

Všeobecná časť sa zaoberá dispenzárnymi metódami práce, organizáciou starostlivosti o chronicky choré dieťa, zdravotníckou dokumentáciou, problematikou telesnej výchovy, klimatickou, rehabilitačnou a kúpeľnou liečbou, výberom povolania chronicky chorého dieťaťa a náplňou práce obvodnej a sociálnej sestry v danej problematike.

V špeciálnej časti sa konkrétne rozoberajú úlohy obvodného detského lekára pri zabezpečovaní starostlivosti o chronicky choré dieťa v 20 dispenzárných skupinách detských chorôb a rizikových stavov.

Publikácia zdôrazňuje koordinovaný postup všetkých zainteresovaných rezortov a zložiek spoločnosti na dispenzárnej starostlivosti.

Kapitoly o dispenzárnej starostlivosti o chorých podľa skupín sú ukončené zoznamom použitej literatúry.

Kniha má čiernobiele schematické obrázky, ktoré sú veľmi zrozumiteľné. V jednotlivých kapitolách sú použité tabuľky.

Príručka je zaujímavá aj pre zdravotníckych pracovníkov mimo pediatrie. Zaoberá sa aj rehabilitáciou pri tých ochoreniach, kde je rehabilitačný program nepostrádateľnou zložkou liečby.

Kniha vyšla v edícii pre postgraduálne štúdium lekárov a je vhodným študijným materiálom pre všetkých, ktorí sa starajú o chronicky choré dieťa.

*Dr. P. Elan, Bratislava*

J. STOERMER  
**HERZ UND KREISLAUF**

Srdce a obeh

*Vydalo vydavateľstvo Springer Verlag Berlin — Heidelberg — New York 1982*

*ISBN 3 — 540 — 11015 — 1*

V edícii ďalšieho vzdelávania v oblasti pediatrie, ktorú vedie H. Ewerkech, vychádza vo vydavateľstve Springer Verlag v roku 1982 malá príručka detskej kardiológie, ktorú pripravil do tlače v spolupráci s ďalšími 13 odborníkmi profesor Stoemer z Detskej essenskej univerzity. Príručka má vcelku 11 kapitol, v ktorých sa hovorí o genetickom poradenstve a vrodených chybách srdca, o terminologických a nomenklatúrnych ťažkostiach pri defi-

novaní vrodených chýb srdca. Ďalšie kapitoly rozvzdávajú otázky špeciálnej kardiologickej diagnostiky v dojčenskom a detskom veku, otázky echokardiografie v pediatrii, problematiku elektrokardiografie Hisovho zväzku a intrakardiálnej elektrostimulácie.

V klinických kapitolách sa hovorí o hypertónii v detskom veku, o otázkach kardiitídy, problematike bakteriálnej endokardiitídy u detí s kongenitálnymi chybami,

veľmi zaujímavé otázky paliatívnej a konjugujúcej liečby defektov komorového septa. V záverečnej kapitole sa venuje pozornosť vývojovým tendenciám chirurgickej terapie transpozície veľkých artérií.

Jednotlivé príspevky sú doplnené početnými grafmi, niektorými tabuľkami a originálnymi záznamami a prehľadom literatúry na záver každej kapitoly.

Knižka predstavuje veľmi stručne koncipovaný prehľad informácií predovšetkým pre pediatrov, ktorí sa vo svojej praxi stretávajú s otázkami detskej kardiopatie. Svojím systematickým spracovaním prináša nové poznatky.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

ROSIVAL, L. — SZOKOLAY, A.  
**CUDZORODÉ LÁTKY V POŽIVATINÁCH**  
*2. prepracované a doplnené vydanie*  
*Vydavateľstvo Osveta, Martin 1983.*

Monografia je druhým doplneným a prepracovaným vydaním diela, ktorého prvé vydanie sa objavilo roku 1969. Terajšie vydanie vyšlo ako 79 zväzok zbierky v edícii pre postgraduálne štúdium lekárov. Dielo vyšlo pri príležitosti 10. výročia Programu Spojených národov pre prostredie (UNEP) a je jednou z foriem medzinárodného programu chemickej bezpečnosti, ktorý sa začal uskutočňovať od roku 1979.

Dielo je výsledkom dlhoročnej multidisciplinárnej spolupráce významných odborníkov v oblasti biomedicínskych a technických vied. Na terajšom vydaní spolupracovalo 12 autorov, lekárov hygienikov, toxikológov, prírodovedcov, chemikov a fyzikov. Dielo prináša pôvodné vedecké poznatky autorov a najnovšie údaje zo svetovej literatúry o otázkach cudzorodých látok v požívatinách, ktoré môžu mať vplyv na zdravie človeka.

V siedmich kapitolách sú zahrnuté všetky skupiny cudzorodých látok, ich fyzikálno-chemické vlastnosti, použitie v poľnohospodárstve a potravinárstve, hygienicko-toxikologické vlastnosti, preventívne opatrenia, legislatívne úpravy a opatrenia platné v ČSSR a ich konfrontácie s obdobnými v zahraničí.

V prvej, úvodnej kapitole sú uvedené základné pramene, z ktorých práca vychádza, a hlavné ciele, ktorým má dielo slúžiť.

Druhá kapitola sa zaoberá zásadami delenia a systematikou cudzorodých látok, ktoré sa môžu požívať dostáť do ľudského organizmu.

Tretia kapitola sa zaoberá ekologický-

mi vzťahmi chemických látok a zdravím človeka.

Štvrtá kapitola sa zaoberá posudzovaním biologických účinkov cudzorodých látok, ich toxickým, karcinogénnym, teratogénnym a mutagénnym účinkom, kritériami pre určovanie prípustných hladín cudzorodých látok v požívatinách a podkladmi pre preventívne opatrenia.

Piata kapitola patrí svojím obsahom aj rozsahom k hlavným kapitolám diela. Podrobne rozoberá kontaminujúce cudzorodé látky, a to všetky druhy pesticídov, ďalej látky kontaminujúce požívatiny pri chemizácii živočíšnej výroby, kontaminujúce karcinogénne látky, plastické cudzorodé látky v požívatinách, toxikológiu ožiarených požívanín a ostatné cudzorodé látky v požívatinách, najmä po kontaminácii toxickými prvkami, predovšetkým kovmi.

Ďalšou rozsiahlou kapitolou je šiesta kapitola, v ktorej sa podrobne hovorí o aditívnych cudzorodých látkach, ako sú látky na úpravu vzhľadu požívatín, ďalej látky na úpravu konzistencie požívatín, látky na úpravu arómy, chuti, ďalej látky ovplyvňujúce biologickú hodnotu požívatín, látky na predĺženie skladovateľnosti potravín a pomocné technologické látky v potravinárstve.

Siedma, posledná kapitola je venovaná endogénnym cudzorodým látkam v požívatinách, ako sú produkty oxidácie tukov, produkty neenzymatického hnednutia požívatín, nitroamíny, biogénne amíny, horké látky a látky vznikajúce interakciou medzi potravinami a exogénnou cudzorodou látkou.

Ako z načrtnutého obsahu vyplýva, die-  
lo je určené lekárom, predovšetkým hy-  
gienikom a toxikológom, ale aj všetkým  
pracovníkom nelekárom, najmä v oblasti  
poľnohospodárstva a potravinárstva, ktorí  
sa akýmkoľvek spôsobom stretávajú s prob-  
lematikou cudzorodých látok v požívati-

nách. Práca obsahuje súhrny v ruštine,  
nemčine a angličtine a v týchto svetových  
jazykoch je uvedený aj obsah diela, čím  
je daná určitá možnosť, aby po ňom siahli  
aj zahraniční zaujímavci.

*Dr. D. Kolesár, Bratislava*

J. PFEIFFER, J. VOTAVA  
**REHABILITACE S VYUŽITÍM TECHNIKY**  
*Vydalo Avicenum, Praha 1983*

Na knižnom trhu sa ukázala vzácna, je-  
dinečná publikácia zdravotníckeho nakla-  
dateľstva z oblasti rehabilitácie a využí-  
tia techniky od odborníkov známych v  
tomto odbore: doc. MUDr. Pfeiffera, CSc.  
a MUDr. Votavu. Autori poukazujú na to,  
ako vývoj techniky zdokonalil a zlepšil  
viaceré prvky v rehabilitácii, a tým prís-  
pel aj k resocializácii handicapovaných.

Celá publikácia je rozdelená na 4 okru-  
hy: úvod, vyšetrovacie metódy, liečebné  
metódy v rehabilitácii, kompenzačné me-  
tódy. V úvode Pfeiffer detailne vysvetľuje  
pojmy rehabilitácie, v skratke jej vývoj  
a postavenie v lekárstve a v spoločnosti.  
Poukazuje však na nedostatky v koordinácii  
rehabilitácie od najvyššej úrovne,  
ako aj na separatizmus liečebnej rehabilita-  
cie od pracovnej, sociálnej a pedago-  
gickej. Informuje však aj o ďalších dôle-  
žitých pojmoch, ako sú motivácia, eval-  
vácia (testing) a kompenzácia, ktoré vlast-  
ne tvoria celý obsah rehabilitácie. Taktiež  
zdôrazňuje význam nadväznosti jednotli-  
vých zložiek rehabilitácie (vrátane kúpeľ-  
nej liečby), lebo v opačnom prípade sa  
vyvinie negatívna motivácia.

Autor požaduje zachovanie metodolo-  
gických postupov pri testovaní, štandar-  
dizáciu dokumentácie rehabilitačných vy-  
šetrení, aby sa mohli porovnávať výsled-  
ky z rôznych pracovísk.

Ďalšia kapitola je venovaná komplexne  
vyšetrovacím metódam v rehabilitácii, a  
to elektromyografii, ergometrii, spiro-  
metrii a dosiaľ v literatúre neuviedenej  
biomechanike, resp. kinematike a antro-  
pometrii, a to aj ďalším známym testom:  
svalovému, artrotestu, dynamometrii, ale  
aj sociálnemu a psychologickému vyšetreniu.

Je azda na škodu, že nie je uvedený  
formulár artrotestu s udaním normálnej

pohyblivosti, ako aj formuláre k testova-  
niu chrčtice, (vertebrogénne syndrómy,  
spondylitis ankylosans). Tieto testy tiež  
nie sú doteraz jednotné.

Tretia kapitola prináša dokonalý pre-  
hľad o liečebných metódach v rehabilita-  
cii. Analyzuje jednotlivé druhy liečebnej  
telesnej výchovy podľa náročnosti, mies-  
ta, skupiny ochorenia. Zmieňuje sa o cvi-  
čebnom prostredí. Bolo by azda účelné  
uviesť aspoň rámcovo štandardné vyba-  
venie telocvične skupinovej aj individuál-  
nej, rozmery boxov telocvične, bazénov  
pre hydrokineziterapiu (cm<sup>3</sup>), ale aj nor-  
mu individuálne cvičiacich pacientov na  
jedného fyzioterapeuta [z dôvodu pláno-  
vania pracovníkov]. Niečo obdobné, ako  
prináša publikácia Klotzbucher — Pres-  
ber: Rehabilitations einrichtungen ...

Zdôrazňuje sa význam ergoterapie; tak-  
tiež by bolo účelné informovať o vyba-  
vení ergoterapie patričným zariadením.  
Doteraz si oddelenia takéto prostriedky  
zhotovovali sami. Inštruktívne sú pokyny  
pre ergoterapiu, je to vlastne akýsi re-  
ceptár. Len pomerne málo je ilustrácií  
k tejto téme. Stať o termoplastických  
dlahách a ich príprave sa stane oboha-  
tením práce na oddeleniach.

Na ďalších stránkach sú opísané bežné  
fyziatrické procedúry, ktoré sa podávajú  
na rehabilitačných oddeleniach, ich indi-  
kácie a kontraindikácie. Súčasne nás o-  
boznamujú s novou terapiou magnetickým  
poľom. Samostatná kapitola je venovaná  
u nás dosť neznámej problematike elektro-  
stimulátorov, účinkom elektrickej stimu-  
lácie a jej používaniu, ako aj novinke  
biofeedback, jeho technike a neurofyzio-  
logickým podkladom. Záver kapitoly tvo-  
rú akupunktúra, psychoterapia s behavio-  
rálnou liečbou.

Detailne sú rozpracované kompenzačné

metódy v rehabilitácii, ich rozdelenie, nácvik, ale aj informácie, ako si ich postihnutý môže obstarávať.

Autori nezabudli poukázať na mnohé architektonické bariéry, ktoré znemožňujú postihnutým zúčastniť sa rozmanitých foriem spoločenského života, alebo vyžadujú pomoc ďalšej osoby.

Azda by sa mala uviesť ako bariéra aj výška schodov vo vlaku alebo v inom prostriedku hromadnej dopravy (nemá byť vyššia ako 20 cm), ako aj výška chodníkov (nemá prevyšovať 7 cm). Napokon aj rozmery nábytku pri funkčnom deficite dolných končatín (výška stoličky, posteľ — aspoň 60 cm). Problémom bytového zariadenia postihnutých sa zaoberala aj katedra architektonickej tvorby SVŠT v Bratislave.

Publikácia Pfeiffera a Votavu je jedinečnou v našej rehabilitačnej literatúre. Je to rozbor rehabilitačných prostriedkov, zameraný hlavne na ergoterapiu, kompenzačné prostriedky, ale aj na iné prvky, ktoré doteraz nie sú dostatočne používané. Rozoberá taktiku a stratégiu rehabilitácie.

Knihu možno odporučiť nielen pracovníkom z odboru rehabilitácie, ale aj posudkovým lekárom, sociálnym pracovníkom, psychológom, architektom, projektantom zdravotníckych zariadení a pracovníkom Chirany. Iste zasiahne do programu odborného školenia na rehabilitačných pracoviskách.

*Dr. P. Škodáček, Piešťany*

**J. HALMOŠ, J. KUFNER**  
**TRAUMATOLÓGIA ČEĽUSTÍ A TVÁRE**

*Vydalo Vydavateľstva Osveta, Martin 1983*

Traumatológia čeľustí a tváre vyšla v krátkom časovom intervale od vydania diela zaoberajúceho sa rovnakou problematikou, ktorým bola Traumatológia maxilo-faciálnej kostry Halmoš 1977. Hoci ide o toho istého autora, je potešiteľné, že nejde o prepracované vydanie, ale o celkom novú publikáciu tak obsahovo, ako aj koncepcne. Pri porovnaní zistíme, aké obrovské pokroky urobila stomatologická chirurgia v posledných rokoch u nás aj na celom svete, a to hlavne v preventívnom zameraní, ale aj na úseku diagnostiky a terapie.

Autori Halmoš z I. stomatologickej kliniky LFUK v Bratislave a Kufner z II. stomatologickej kliniky LFUK v Prahe podávajú v knihe ucelený obraz komplexnej starostlivosti o pacienta s poranením čeľustí a tváre podľa najnovších poznatkov v stomatologickíi a podľa vlastných dlhoročných praktických skúseností. Kniha má aj vysokú pedagogickú hodnotu, hlavne čo sa týka prehľadnosti, jednoznačnosti terminológie a bohatosti obrazovej dokumentácie.

V prvých desiatich kapitolách autori rozoberajú príčiny a frekvenciu úrazov tváre a čeľustí, opisujú postup pri vyšetrení pacientov, zásady poskytovania pr-

vej pomoci a všeobecné zásady terapie zlomenín a ošetrenia mäkkých tkanív tváre. Zdôrazňujú nevyhnutnosť hodnotenia úrazov čeľustí a tváre nie ako lokálnej záležitosti, ale ako vážne poškodenie celého organizmu, a to v dôsledku potenciálneho ohrozenia vitálnych funkcií aj pri relatívne ľahkom poranení.

V druhej časti autori preberajú diagnostiku a terapiu jednotlivých zlomenín čeľustí a poranení mäkkých častí tváre so zameraním sa na v súčasnosti používané moderné terapeutické a diagnostické postupy. Obsolentné metodiky sú spomenuté len okrajovo. Autori venujú pozornosť aj pooperačnej starostlivosti, výžive a doliečovaniu pacientov. Je to dôležitá časť v rámci komplexnej starostlivosti o pacienta, pretože liečba operatívnym výkonom nekončí a výsledný efekt a trvanie liečenia značne ovplyvňuje práve úroveň pooperačnej starostlivosti.

Pozornosť sa venuje aj polytraumatizmom, kde hlavne pri dopravných a pracovných úrazoch býva ťažko poranená oblasť tváre. Stomatológ je rovnocenným členom lekárskeho tímu, ktorý ošetruje zraneného, a tak môže nielen prispieť k bezprostrednej záchrane života, ale už od začiatku liečby predchádzať zby-

točným pouhrazovým deformáciám, spôsobovaným nedostatočným alebo nesprávnym primárnym ošetrením.

Kniha je pre svoju vysokú didaktickú a odbornú úroveň, bohatú ilustrovanosť a

poznatky z praxe vhodná nielen pre poslucháčov lekárskej fakulty, ale aj pre postgraduálne štúdium lekárov-stomatológov.

*Dr. E. Laca, Banská Bystrica*

## **SPRAVY Z ODBORNÝCH SPOLOCNOSTI**

### **ZÁVĚRY EXPERTŮ WHO K UPLATNĚNÍ BALNEOTERAPIE JAKO SOUČÁSTI LÉČEBNĚ PREVENTIVNÍ PÉČE**

Ve dnech 15. — 17. června 1983 bylo v italském lázeňském městě Abano-Montegrotto uskutočněno na popud FITEC pracovní zasedání dočasných poradců, které organizovala Evropská kancelář WHO v Kodani za vedení ředitele MUDr. Leo A. Kapria a vedoucí pracovnice pro zdravotní péči o starší populaci MUDr. H. Heřmanové.

Zasedání se zúčastnilo 16 dočasných expertů WHO z deseti zemí (Anglie, Bulharska, Československa, Finska, Francie, Itálie, Jugoslávie, Maďarska, Rumunsko a Švýcarsko).

Zastoupení byli veřejní zdravotničtí pracovníci, ředitelé výzkumných ústavů, epidemiologové a kliničtí lékaři z oboru kardiologie, revmatologie a lékařské farmakologie. Základním motivem pro jednání pracovní skupiny byl program WHO, vyjádřený heslem Zdraví pro všechny do roku 2000, který si klade za cíl prodlužovat lidský věk, zlepšovat zdraví a dosažení schopnosti vést zdravý život. Program je zaměřen na všechny populační skupiny, které do té doby mají vést uspokojivý život po stránce ekonomické i sociální.

Je známo již po staletí, že některá místa přispívají ke zlepšení a zachování zdraví tím, že poskytují příznivé klimatické podmínky a přírodní léčivé zdroje. V mnoha zemích se balneologie vyvinula ve speciální odvětví medicíny s multifaktoriálním obsahem a má své vědecké orgány a výzkumné ústavy. WHO uznala tento rozvoj, a proto svolala pracovní setkání skupiny expertů pro hodnocení přínosu lázeňské léčby ve zdravotní péči o staré lidi. Účastníci jednání se shodli již v počátku jednání na tom, že úvaha o úloze balneoterapie v prevenci invalidity musí mít na paměti možný prospěch i pro ostatní věkové skupiny, nejen pro starší populaci. Za výchozí bod diskuse zvolili dva základní dokumenty: — Dokument Mezinárodního výboru WHO, které se konalo v r. 1979; — Doporučení formulované na zasedání OSN o stáří v r. 1982, které obsahuje důležitou otázku možné prevence nebo alespoň oddálení negativních funkčních důsledků stárnutí.

Úvodem pracovního jednání přednesl prof. MUDr. B. Paccagnello, ředitel Hygienického ústavu university v Padově, projev o historickém přehledu využití přírodních léčivých zdrojů v Itálii.

Po dalších přednáškách dr. G. Ebrarda (Francie), presidenta FITEC na téma Vědecké základy lázeňské léčby a doc. MUDr. J. Bandy, CSc. (ČSSR), ředitele VÚB Mariánské Lázně a předsedy universitní komise FITEC O úloze lázeňství v systému léčebné péče

o starší populaci a po následující diskusi se účastníci shodli na přijetí základní téze, že balneoterapie představuje využití přírodních léčivých zdrojů v místě jejich výskytu, doplněné o další metody fyzikální medicíny (zahrnující elektroterapii, fototerapii, reflexní terapii, termoterapii a všechny formy kinesioterapie). Spojení těchto léčebných prostředků s dietetikou a dostupnými formami zdravotní výchovy je třeba využít k léčebným, preventivním a rehabilitačním programům ke zlepšení kvality života jedince.

Sociální a ekonomické aspekty lázeňské péče, přednesené dr. I. Fluckem (Maďarsko), přinesly doplnění základních medicínských poznatků.

Další přednášky prof. dr. D. Dorossieva (Bulharsko), prof. dr. Duchene-Marullaze (Francie) a prof. dr. D. Michajloviče (Jugoslávie), zaměřené na problematiku lázeňského léčení pacientů s kardiovaskulárním onemocněním, přispěly svými přesvědčivými, vědecky podloženými výsledky k dalšímu jednání o lázeňské péči o starší populaci. Přednáška prof. dr. V. R. Otta (Švýcarsko), zaměřená na lázeňské léčení onemocnění pohybového aparátu, byla velkým přínosem k projednávání tematicke. Přednáška dr. O. S. Luurily (Finsko) připomněla úskalí při využívání sauny u starších lidí.

Poslední dvě přednášky doc. Bendy (ČSSR) o dietetice a výživě starších lidí a prof. Messiny (Itálie) o použití minerálních vod při léčbě starých lidí prohloubily závěr diskuse.

Pro své závěry měli účastníci ještě k dispozici písemný materiál prof. V. T. Olifenka (SSSR) k běžným problémům hydro- a balneoterapie. V závěru jednání byly formulovány Závěry dalšího směru studia a rozvoje balneologie v léčebně preventivní péči. Tyto závěry jsou v souladu s dodatečně doručenými přednáškami prof. H. Jordana (NDR), který se jednání nezúčastnil pro nemoc. Lázeňská léčba pod geriatrickým aspektem a prof. L. von Manger — Königa O úloze balneoterapie u starší populace. Prof. L. von Manger — König se aktivně zúčastnil příprav tohoto jednání, ale bohužel deset dnů před zahájením náhle zemřel.

Závěry zasedání pracovní skupiny expertů WHO k otázkám balneoterapie

1. Balneoterapie hraje důležitou roli v zachování zdraví a také v prevenci invalidity. Dietetika je její neoddelitelnou součástí. Výživa by měla co nejvíce, pokud to zdravotní stav dovolí, odpovídat fyziologickým potřebám zdravého jedince dané věkové skupiny.

2. Je nezbytné zdůraznit nejen medicínskou, ale také sociální úlohu balneoterapie v celkovém systému zdravotní péče.

3. Další vyhodnocení a studium procesů, které balneoterapie zahrnuje, se ukazuje potřebným.

4. Balneologie je disciplína, která má mnoho složek a jejich vzájemné působení je nezbytné pro plné uplatnění balneoterapie jako léčebného procesu.

5. Pro balneoterapii je charakteristický multidisciplinární přístup, a proto by bylo vhodné ji pro další studium zařadit do některých už existujících programů WHO, např. primární léčebné péče, zdravotní péče o starší populaci, prevence invalidity a rehabilitace.

6. Při uvádění pozitivních výsledků lázeňského léčení starší populace je neméně důležité specifikovat kontraindikace.

7. Je nezbytné rozšířit vědeckou základnu balneoterapie. K dosažení tohoto cíle by měly být použity metody empirické, experimentální, medicínské a epidemiologické.

8. Musí být nalezeny cesty, jak rozšiřovat vědecké informace z oblasti balneologie na úrovní národní a mezinárodní.

9. Je třeba nalézt způsob využití balneoterapie jako doplňující léčebné metody ke zlepšení zdraví nejen ve stáří, ale ve všech věkových skupinách.

10. Po informování pracovní skupiny o činnosti, která probíhala v rámci FITEC v souvislosti s přípravou slovníku, definic a termínů, se ukázala potřeba sestavit mezinárodní terminologický slovník.

11. Specifický obsah balneologie jako vědního oboru stále vyžaduje dalšího studia.

12. Zdá se nezbytné sjednotit indikace a kontraindikace efektivní využití balneoterapie jako prostředku k zamezení invalidity ve stáří.

13. Je důležité studovat faktory, které motivují staré lidi, aby dali přednost využití přírodních léčivých zdrojů v podobě balneoterapie aniž předtím naváží kontakt s běžnými lékařskými službami ve své zemi jako s první instancí.

14. Je třeba zvážit využití balneoterapie jako doplňující nebo alternativní léčby k terapii lékové s cílem možného snížení vedlejších účinků předepsaných léků u starých lidí.

15. V mnoha zemích se v poslední době rozšířilo používání sauny, a proto je nezbytné zdůraznit těm, kteří nejsou obeznámeni se zásadami saunování, že to může mít i škodlivé účinky, zvláště na staré lidi.

16. Vyskytly se dva problémy, které vyžadují zavedení do běžné praxe: 1. vztah mezi fyziologií stárnutí a funkční odpovědí ve starším věku; 2. problém několikanásobné patologie, který je často projevem stáří a může nebo nemusí změnit funkční schopnost starých lidí.

17. Měly by se studovat nové metody chirurgických zákroků a jejich možného vztahu k balneoterapii: např. aplikace umělých kloubů při chirurgické léčbě a použití pacemakerů v kardiologii.

#### Doporučuje se

1. Zařadit balneoterapii jako specifickou součást do jednoho nebo více už existujících programů WHO.

2. Studovat využití balneoterapie ve vztahu k specifickým věkovým skupinám.

3. Vyvinout informační systém pro uživatele balneoterapie se zaměřením na přednosti a nedostatky různých balneologických metod.

4. Vyvinout síť informačních center, která by shromažďovala, třídila a rozšiřovala vědecké informace o výhodách a nevýhodách balneoterapie. Zajištění této činnosti svěžit Mezinárodní asociaci balneologie a klimatologie (FITEC) a národním institucím, kde to bude možné.

5. Podporovat výzkum a rozšíření základny znalostí oboru, zvláště příznivých účinků balneoterapie na degenerativní onemocnění, a zahrnout do studie finanční vyhodnocení balneoterapie ve srovnání s jinými terapeutickými metodami.

6. Sjednotit požadavky na vzdělání jak u lékařského, tak středního a pomocného zdravotnického personálu, pracujícího v lázeňství.

7. Přizpůsobit dnešní metody k hodnocení funkční kapacity starší populace před lázeňským léčením a po něm.

*Adresa autora:* MUDr. Jaroslav Benda, CSc., Mariánské Lázně

#### ZPRÁVA O I. CELOSTÁTNÍ KONFERENCI O REHABILITACI DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY

Ve dnech 29. — 30. listopadu 1983 se konala v Bratislavě v hezkém prostředí Domu rekreace ROH I. celostátní konference o rehabilitaci dětské mozkové obrny. Konferenci organizovala Komise dětské mozkové obrny při Slovenské rehabilitační společnosti společně se Sekcí dětské mozkové obrny při České rehabilitační společnosti. Této konferenci předcházely v minulých letech národní konference o DMO [Sekce DMO při České rehabilitační společnosti uspořádala od roku 1970 celkem 13 konferencí, Komise DMO při Slovenské rehabilitační společnosti zorganizovala v posledních letech čtyři celoslovenské semináře o DMO]. Na národních konferencích byli sice

vždy zastoupeni i pracovníci druhé republiky, letošní konference však byla první oficiální celostátní akcí.

Na konferenci se sešli pracovníci různých profesí zabývající se péčí o děti s DMO; lékaři různých oborů: rehabilitační lékaři, neurologové, pediatři, porodníci, neonatologové atd., rehabilitační instruktorky, psychologové, logopedi, speciální pedagogové, sociální pracovníci, zástupci ministerstev, zástupci Svazu invalidů atd.

Odborný program konference zahájil Z. Novotný z Teplic úvodním referátem o stavu problematiky DMO, další program byl rozdělen do čtyř částí: I. Prevence výskytu DMO. 2. Organizace péče o DMO. 3. Screening a terapie. 4. Varia.

V první části programu, týkající se prevence výskytu DMO, referovali přední odborníci v neonatologii a porodnictví: Z. Štembera z Prahy přednesl bohatě dokumentovanou přednášku o možnostech perinatálního screeningu rizikové gravidity a prevenci perinatální morbidity, A. Pontuch z Bratislavy referoval o možnostech prevence DMO z hlediska porodníka, V. Melichar z Prahy mluvil o stavu současné neonatologie. Bratislavští autoři R. Kováč, J. Štencl, A. Danková referovali o možnostech výpočtové techniky v prevenci DMO. M. Kučerová z Prahy promluvila o možných genetických faktorech při perinatálním postižení. J. Štefániková z Bratislavy uvedla pozitivní výsledky diferencované perinatální péče v prevenci DMO, podobné dobré zkušenosti mají i pražští autoři (M. Zapadlo, J. Pětová, Z. Dubská, H. Eisnerová, J. Kobilková, A. Rubín). M. Huttiová z Bratislavy referovala o výskytu DMO u donošených hypotrofických dětí. J. Pětová má dobré zkušenosti s použitím pyritinolu u rizikových dětí, u nichž tento lék zlepšuje utilizaci glukózy a kyslíku v mozku a je vhodným doplňkem preventivní perinatální péče. Brněnský kolektiv (H. Steinerová, M. Lukešová, D. Novotná, M. Černý, E. Žarošská) promluvili o etiopatogenetických vztazích neuroinfekcí dětského věku k DMO. M. Králík z Košic referoval o vlivu edému mozku na invalidizaci dítěte. První tematický okruh zakončil referát M. Blechové a Z. Balážové z Kováčové o etiologických faktorech u DMO na Slovensku.

Druhou část programu, věnovanou organizaci péče o DMO, zahájil Z. Novotný z Teplic referátem o koordinované péči pro děti s DMO z různých hledisk a zhodnotil klady i nedostatky současného stavu. Potom následovala přednáška M. Paláta a T. Kuřkové z Bratislavy o rehabilitačním programu pro děti s DMO v poliklinické péči, v níž autoři zdůraznili důležitost motivace, nutnost aktivní účasti rodičů, zhodnotili možnosti používání jednotlivých hlavních léčebných metodik. E. Wolfová z Ostravy mluvila o zajištění léčebné rehabilitace pro děti s DMO v terénu, zmínila se mj. o potřebě zajistit kvalitní školení rehabilitačních instruktorek a o problematice společenského využití postižených dětí. Bratislavští autoři J. Benko, J. Szabová, P. Vajda referovali o některých příčinách pozdní zachytnosti dětí s DMO a o možnostech zlepšit zachytnost. M. Galanda z Bratislavy rozebral možnosti stereotaktické neurochirurgické léčby u DMO. Od destruktivních výkonů se přechází k implantaci stimulačních elektrod. Zdůraznil nutnost komplexní předoperační a pooperační péče. Autoři z Luže — Košumberku V. Stará, L. Pekařová, J. Románek referovali o organizování rehabilitační péče podle věkových skupin. Uvedli výhody diferencovaného přístupu k dětem podle tří věkových skupin (předškolní, první školní třídy, vyšší třídy). N. Brázdilová a J. Kraus z Prahy promluvili o dobrých zkušenostech s včasným zachytem pohybově postižených dětí v rámci denního rehabilitačního sanatoria. Z. Cupková z Prahy informovala o formách práce Svazu invalidů v oblasti tělesně postižených dětí, sdělila zkušenosti z činnosti komisí rodičů a přátel tělesně postižených dětí, o vytváření podmínek pro zájmovou a sportovní činnost zdravotně postižených dětí atd. Košičtí autoři M. Predmerský, O. Gohnová referovali o významu ústavů sociální péče v komplexní péči o děti s DMO. J. Brázdil z federálního ministerstva práce a sociálních věcí informoval o opatřeních v komplexní koordinované péči o invalidy. Následovala přednáška J. Šimůnka o ústavní péči o tělesně postiženou mládež v Liberci. E. Kollárová z Bratislavy mluvila o možnostech zařazování dětí s DMO do různých typů škol a o péči o DMO v resortu školství. T. Kislingová z Brna zdůraznila ve svém referátu nutnost logopedické péče u velkého procenta dětí s DMO. Druhá část programu byla zakončena promítnutím filmu Komplexní péče o rehabilitace svěřenců s DMO v ÚSP pro tělesně postiženou mládež Brno autorů S. Floriána a J. Vyskočila.



Na programu druhého dne konference dopoledne byl screening a terapie. Tematiku zahájila podrobně dokumentovaná přednáška V. Vlacha z Prahy, který referoval o možnostech screeningu a o neurologickém vyšetření novorozenců a kojenců. V dalším referátu přednesl J. Benko z Bratislavy své desetileté zkušenosti s používáním screeningu při vyhledávání psychomotorických poruch, zhodnotil výhody krátkého rutinního screeningového vyšetření. Autoři z Košic I. Frič, Š. Židek, M. Zborovjan, J. Ród referovali o výhodách ultrasonografie CNS jako screeningové metody DMO. Metoda je vhodná k diagnostice hydrocefalu, intraventrikulárního krvácení, ke zjišťování velikosti mozkových komor atd. J. Zezuláková, T. Malá, K. Maličský z Prahy informovali o systému včasného zachytu a rehabilitace ohrožených novorozenců v populaci Prahy 4. Z. Skeřková z Prahy referovala o rehabilitačních technikách u dětí s DMO, zdůraznila nutnost individuální volby techniky pro jednotlivé děti. M. Klemová z Prahy vysvětlila výhody používání metodiky reflexní lokomoce podle dr. Vojty v léčbě DMO. J. Filípková informovala o možnostech použití prvků jógy u dětí s DMO. M. Kuhajdová z Bratislavy referovala o možnostech rehabilitace DMO v nejmladší věkové skupině. Program pokračoval dvěma přednáškami pražských autorů J. Krause a N. Brázdilové o diparetické formě DMO a o vývoji syndromu centrální koordinační poruchy. Zdůrazněna nutnost časté rehabilitace (několikrát denně) u malých dětí v domácím prostředí. F. Kábele detailně rozebral zásady přípravných mluvních a poznávacích cvičení u dětí s DMO, zvláště zásadu vývojovosti, rytmizace, kolektivnosti atd. V. Stará a R. Lázníček z Luže — Košumberku zhodnotili dobré výsledky léčby reflexními plazením u školních dětí. Tematický okruh zakončil referát autorů ze Železnice (A. Stehlík, A. Tománková, M. Nachtmann) o včasnosti diagnózy DMO u dětí léčených v posledních šesti letech v Železnici. Konstatovali, že v posledních letech dochází k postupnému přesunu diagnostiky do nižších věkových skupin.

Do závěrečné skupiny přednášek byly zařazeny referáty s různou tematikou. M. Galanda, P. Elan, O. Zoltán informovali o rozsáhlé makrostudii o DMO na Slovensku, provedené pomocí dotazníků, jejichž údaje byly zpracovány na počítači. Pražští autoři J. Süssová, J. Seidl, J. Faber promluvili o hemiparetické formě DMO. A. Tománková, J. Fárová, A. Stehlík ze Železnice sdělili své dobré zkušenosti s používáním přenosného neuromuskulárního stimulatoru u některých dětí s DMO. Metoda je dobrým doplňkem základních technik léčebné rehabilitace u dětí s DMO. O. Čapková z Prahy zhodnotila efekty chirurgických zákroků na dolních končetinách u DMO. Autorský kolektiv z Bratislavy (M. Brozhanová, E. Čajková, J. Benko) rozebrali možnosti rehabilitace dětí s obstrukčním hydrocefalem a myelodysplazií v kojeneckém věku. V. Huspeka z Teplic informoval o mimoškolní a zájmové činnosti dětí po dobu léčby v lázních a o problematice volby povolání u osob s DMO. V. Wohlandová z Bratislavy referovala o doléčovací akci, spojené se školou v přírodě u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí. Program byl zakončen promítnutím filmu M. Zemánkové z Ostravy I my můžeme o letním táboře tělesně postižených dětí. Po každém tematickém okruhu přednášek byla velmi bohatá diskuse.

Na základě celého průběhu I. celostátní konference o DMO byl vypracován závěr:

Účastníci se shodují v tom, že je nutno do budoucna dále zlepšit péči o děti s DMO v těchto směrech:

1. Zajistit co nejlepší informovanost pracovníků zabývajících se léčbou dětí s DMO. Znamená to lepší informovanost pediátrů v otázce screeningových metod, lepší informovanost a lepší možnosti školení rehabilitačních lékařů a rehabilitačních instruktorů, lepší možnosti seznámení se s novější literaturou.
2. Zajistit stupňovitost péče o děti s DMO (ambulantní poliklinická péče na pediatrických, neurologických a rehabilitačních odděleních, denní rehabilitační sanatoria, spolupráce s rodinou dítěte, ústavní péče, lázeňská léčba).
3. Snažit se sjednotit zásady optimálních metodických přístupů podle typu poruchy a podle věkových skupin dětí.
4. Zlepšení protetické péče.
5. Zajistit komplexní léčebnou péči o pacienty s DMO v dorostovém věku na stejné úrovni jako u mladších pacientů.

*Dr. Alois Stehlík, Železnice*

SPRAVY Z USTAVOV  
PRE ĎALSIE VZDELÁVANIE SZP

Ve dňoch 7. 11. — 10. 11. a 21. 11. — 24. 11. 1983 se v Ústavu pro ďalší vzdelávaní stredných zdravotníckých pracovníků v Brně uskutečnily závěrečné zkoušky pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova.

Studium ukončilo a specializaci v uvedeném úseku získalo 37 rehabilitačních pracovníků.

Balcárková Soňa	FNSP Praha
Bicková Danuše	Jedličkův ústav Liberec
Bílková Dagmar	Ministerstvo vnitra Praha
Bolehovská Lenka	KÚNZ Plzeň
Botková Jitka	OÚNZ Karviná
Burianová Jiřina	PÚNZ Brno — venkov
Čermáková Marie	OÚNZ Praha 2
Dušková Helena	KÚNZ Ústí nad Labem
Halamová Irena	OÚNZ Žďár nad Sázavou
Havlíková Andrea	Městský ústav sociálních služeb Brno
Horáková Jaroslava	OÚNZ Pelhřimov
Hrušková Zita	KÚNZ Plzeň
Ištvánová Anna	FN Motol Praha 5
Juřenová Maří Magdaléna	OÚNZ Prostějov
Kalužíková Vlasta	OÚNZ Břeclav
Kapustová Helena	OÚNZ Gottwaldov
Křestan Jiří	Čsl. st. lázně Poděbrady
Laštůvková Olga	OÚNZ Frýdek Místek
Levá Helena	OÚNZ Písek
Liškutinová Zdena	MÚNZ Brno
Malátová Stanislava	OVS Písek
Marková Naděžda	KÚNZ Plzeň
Müllerová Stanislava	OÚNZ Beroun
Novotná Jarmila	OÚNZ Pardubice
Ondrůšková Oldřiška	OÚNZ Uherské Hradiště
Peterková Zuzana	OÚNZ České Budějovice
Rajzlová Helena	OÚNZ Cheb
Rančáková Zdeňka	OÚNZ Semily
Rusková Olga	OÚNZ Teplice
Voráčková Jiřina	OÚNZ Praha 1
Semelová Božena	OÚNZ Hodonín
Spurná Ivanka	OÚNZ Olomouc
Suchá Ivana	OÚNZ Pelhřimov
Štěpánová Jana	OÚNZ Praha 9
Štroblová Marie	KÚNZ Plzeň
Trenzová Hana	MÚNZ Brno
Víznerová Jarmila	OÚNZ Kroměříž

*B. Chlubnová, Brno*

---

# aktuality aktuality

---

Najväčší problém v oblasti rizikových faktorov predstavuje hypertenzia. Osoby s krvným tlakom (180 — 200 mmHg) majú najčastejšie riziko komplikácií. Avšak ich častota prepočítaná na počet obyvateľstva je nízka, pretože tieto extrémne hodnoty tlaku sú zriedkavejšie. Oproti tomu pacienti zo stredne vysokým krvným tlakom majú nižšie riziká, ale tieto riziká sú častejšie. Z hľadiska epidemiológie má teda malý význam zamerať sa na skupinu s vysokým krvným tlakom, ale skôr je potrebné sa zamerať na skupinu s relatívne nízkym rizikom a s relatívne zvýšeným krvným tlakom.

(Olliver, M. F.: Lancet, 1983/2 8340, s. 37 — 38).

---

*Je známa skutočnosť, že dlhodobé podávanie betablokátorov u pacientov s akútnym infarktom myokardu znižuje celkovú mortalitu, ďalej častota následného úmrtia a počet reinfarktov. Jednotlivé štúdie však ponechávajú celý rad problémov:*

1. *Majú všetci pacienti, ktorí prežili infarkt myokardu, dostávať betablokátory? Štúdie preukázali, že prakticky všetci pacienti by mali dostať betablokátory, samozrejme, s výnimkou kontraindikácií.*
2. *Ktorí pacienti by mali byť vylúčení z podávania betablokátorov ako prostriedkov sekundárnej prevencie? Sú to iba tí pacienti, kde sú kontraindikácie — srdcová insuficiencia refrakterná na terapiu, bronchiálna astma, perzistujúca hypotenzia.*
3. *Ktorý betablokátor by mal byť ordinovaný? Každý betablokátor bez ohľadu na to, či je kardioselektívny, alebo má stabilizujúci účinok na membrány, je vhodný, s výnimkou spomenutých kontraindikácií by mal byť indikovaný betablokátor s výraznou intrinsitárnou sympatomimetickou aktivitou.*
4. *V akom intervale po infarkte má byť započatá terapia betablokátormi? Odporúča sa interval medzi 5. dňom až 4. týždňom. 4 mesiace po infarkte je účinné podávať betablokátory ďalej.*
5. *Ako dlho má trvať podávanie betablokátorov, ak u pacienta je prítomná angína pectoris a hypertenzívna choroba? Odporúča sa dlhodobé podávanie betablokátorov, najmenej v čase dvoch rokov. Sú správy, že po dvoch až troch rokoch sústavného podávania betablokátorov sa ich účinok znižuje.*

(Turi, Z. G.: E. Braunwald: JAMA 249, 1983, 18, s. 2512 — 1516).

---

# aktuality aktuality

Sledoval sa výskyt IM pri autopsii a zistilo sa, že každý druhý akútny infarkt myokardu je diagnostikovaný až pri pitve. Autori vysvetľujú túto skutočnosť tým, že až 27 % pacientov má atypické ťažkosti (epigastrické, synkopy, tachyarytmie, pľúcny edém, slabosť) a okrem toho u 17 % prípadov boli v popredí iné symptómy (NCMP, afázia, kóma a podobne). Ako ďalšiu príčinu uvádzajú autori, že IM pri typických ťažkostiach prebieha aj pri normálnych hladinách enzýmov (falošne negatívne výsledky — špatný termín odobratia krvi, neskorý príchod do nemocnice). Určitý faktor predstavuje aj nedostatočný výcvik lekárov. Autori navrhujú tieto opatrenia:

1. Cieľená organizácia laboratórnych vyšetrení a EKG
2. Lekári by mali častejšie myslieť na možnosť akútneho IM
3. Návrat k zásade robiť sekcie u každého pacienta

(E. J. Larling a spol.: JAMA 250, 1983, str. 1177 — 1181).

*Už dlhší čas je známy tzv. bradavkový syndróm bicyklistov. Tento syndróm spočíva v tom, že pri dlhodobej jazde na bicykli dochádza k poškodeniu prsných bradaviek následkom zmien teploty a potu. Bradavka sa stáva veľmi citlivá na tlak a zmenu teploty. Tento syndróm sa objavuje aj u tých, ktorí pestujú jogging, keď prejdú na jazdu na bicykli. Autor odporúča prevenciu tohto syndrómu použitím špeciálnych vetroviiek na bicykel. Tieto vetrovky sú na prednej strane nepriepustné pre vietor a na zadnej strane majú dierky. Skúsení bicyklisti vyriešili tento problém už dávno tak, že si vkladali na hrudník pod košeľu novinový papier.*

(Powell, B.: JAMA 249, 1983, 18, s. 2457).

V mnohých športových disciplínach majú športovci s vysokým rastom určité výhody, ako sa zistilo na základe vyšetrení účastníkov Olympijských hier v Montreale v roku 1976, keď sa vyšetrovali v 8 športových disciplínach ženy medzi 18 až 24 rokom. Zo 186 športovkýň, ktoré získali medaily, bolo 177 vyšších ako 162 cm. Iba 9 žien bolo nižších a išlo vždy o kormidel-

níčky. Autor si kladie otázku, či nie je narušené základné olympijské pravidlo, ktoré hovorí, že „pri Olympijských hrách sa zhromažďujú amatérsky športovci všetkých národov pri férovom zápelení za rovnakých podmienok“. Nemajú vyšší športovci oproti nižším výhodu?

(T. Khosla: Brit. med. J. 287, 1983, str. 736 — 738).