

Rehabilitácia

CASOPIS PRE OTÁZKY LIEČBNEJ A PRACOVNÍJ REHABILITÁCIE

2

OBSAH

EDITORIAL

- M. Palát*: 25 rokov Katedry rehabilitačných pracovníkov — 25 rokov Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov 65

PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

- M. Palát*: Rehabilitácia a vnútorné lekárstvo 67
S. Litomerický: Rehabilitácia v geriatrickej ako spoločensky významný program 75
A. Sedláková, M. Palát, J. Štencl, P. Bazovský: Psychologické aspekty rehabilitácie onkologických pacientov 81

METODICKÉ PRÍSPEVKY

- J. Mrůzek, M. Malý*: Léčebná rehabilitace amputovaných 87
J. Vojštašák: Držanie tela detí materských a základných škôl 99

KAZUISTIKA

- T. Kutková*: Detská mozgová obrna — rehabilitačný program 103
A. Boháčková, L. Spiššák: Liečebný postup pri ťažkej myopatickej forme arthrogryposis multiplex congenita 109

- HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ 113

- RECENZIE KNÍH 115

- SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP 125



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

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

Re **habilitácia**

Časopis pre otázky liečebnej a pracovnej rehabilitácie

VYDÁVA:

Ústav pre ďalšie vzdelávanie stredných 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 Bendiková, Vlasta Bortlíková, prof. MUDr. Zdeněk Fejfar, DrSc., Božena Chlubnová, MUDr. Tomáš Kaiser, MUDr. Vladimír Kříž, doc. MUDr. Štefan Litomerický, CSc., MUDr. Zbyněk Novotný, MUDr. RNDr. Miroslav Palát, CSc. (predseda redakčného kruhu), prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc., Jana Raupachová, MUDr. Vladimír Raušer, CSc., MUDr. Jaromír Stříbrný, MUDr. Miroslav Tauchman, MUDr. Marie Večeřová.

GRAFICKÁ ÚPRAVA:

Melánia Gajdošová

REDAKCIA:

Kramáre, Limbova ul. 5, 833 05 Bratislava

TLAČ:

Nitrianske tlačiarne, n. p., ul. R. Jašíka 18, 949 50 Nitra

Vychádza štyrikrát ročne, cena jedného čísla Kčs 6,—

Rozširuje Poštová novinová služba. Objednávky na predplatné i do zahraničia prijíma PNS — Ústredná expedícia a dovoz tlače, Gottwaldovo nám. č. 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: 13. 6. 1985

Číslo vyšlo v júni 1985

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK XVIII/1985

ČÍSLO 2.



25 ROKOV KATEDRY REHABILITAČNÝCH PRACOVNÍKOV — 25 ROKOV ÚSTAVU PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE STREDNÝCH ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV

Roku 1985 oslavuje Ústav pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave 25. výročie svojej existencie. Toto výročie neznamena iba dôvod pre slávnostné zhodnotenie činnosti, ale je tiež určitou bilanciou cesty, ktorú nastúpilo vtedajšie Stredisko pre ďalšie vzdelávanie SZP a ktorú v súčasnosti reprezentuje dobre štrukturovaný systém jednotlivých katedier a kabinetov, určujúcich smer ďalšieho prenosu odborných informácií pre širokú oblasť všetkých kategórií stredných zdravotníckych pracovníkov.

Význam Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave v systéme zdravotníckeho školstva zhodnotia iste iní a povolanejší, význam jeho jednotlivých pedagogických útvarov nájde svoje vyjadrenie predovšetkým v oblasti hodnotenia jednotlivých kategórií stredných zdravotníckych pracovníkov.

Subkatedra a neskoršie Katedra rehabilitačných pracovníkov započala svoju existenciu hneď pri zriadení Strediska Povereníctva zdravotníctva pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov pred 25 rokmi. Malý pedagogický útvar s ostatnými katedrami a subkatedrami začal svoju prácu organizovaním školiacich akcií, predovšetkým kurzov, neskoršie školiacich miest a zameral svoju pozornosť primárne na doškolovanie v oblasti liečebnej telesnej výchovy, eventuálne liečby prácou, pričom nadväzoval na informačný „pool“, daný ukončením štúdia na strednej zdravotníckej škole — odbor rehabilitačný pracovník. Toto štúdium, vtedy nastavbové, vytváralo dobré podmienky pre racionálne a účelné doškolovanie rehabilitačných pracovníkov — úloha vcelku nová, pretože predpokladala určitú špecializáciu a nemala nahradzovať vyšší stupeň maturity.

Prvé roky existencie Subkatedry rehabilitačných pracovníkov, ako je tomu už tradične v histórii vývoja rôznych disciplín, boli charakterizované ideovým kvasením a pracovným nadšením. Chceli sme veľa a rýchle. V týchto rokoch

boli tiež formulované základné otázky doškolovania a ďalšieho vzdelávania rehabilitačných pracovníkov, pričom kritériá predstavovali jednak uvedenie odborných informácií prednášaných v jednotlivých školiaciach akciách na vysokú úroveň a jednak splnenie požiadaviek terénu, pretože v tomto období sa začala rozvíjať sieť rehabilitačných zariadení v rámci Ústavov národného zdravia. Splniť obe požiadavky nebola ľahká úloha, predstavovala však, ako to ukázal ďalší vývoj v tejto oblasti, základnú štruktúru pre prenos informácií v oblasti liečebnej a pracovnej rehabilitácie. Jednotlivé školiace akcie, kurzy a školiace miesta a systém atestácií, umožňujúcich vybraným rehabilitačným pracovníkom užšie zameranú špecializáciu, je dnes historickou skutočnosťou, bez ktorej si nevieme predstaviť súčasný stav a ďalší vývoj.

Kvalitatívnym zlepšením práce Katedry rehabilitačných pracovníkov bolo založenie vlastného časopisu — dnešnej Rehabilitácie. Rehabilitácia, ktorá mala svojho predchodcu — cyklostylovaný, nepravidelne vychádzajúci časopis s rovnakým menom, vychádza v tomto roku v 18. ročníku. Dnes sú čísla tohto cyklostylovaného časopisu historickou raritou, ale rehabilitační pracovníci si ich uchovávajú tak ako moderne polygraficky vybavené čísla súčasnej Rehabilitácie. A mnohí radi spomínajú na tie časy, charakterizované nadšením, túžbou po nových poznatkoch a pocitom príslušnosti k rodine tých, ktorí robia „Rehabilitáciu“.

25. výročie existencie Katedry rehabilitačných pracovníkov Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave je iba zastavením na ďalšej ceste v oblasti prenosu odborných informácií v liečebnej a pracovnej rehabilitácii pre rehabilitačných pracovníkov. Aj keď sa v súčasnosti zmenila a mení štruktúra základného vzdelania rehabilitačných pracovníkov, a tým dochádza aj k určitej modifikácii doškolovania tejto kategórie stredných zdravotníckych pracovníkov, čo má za logický následok zmenu foriem doškolovania a organizovania pomaturitného špecializačného štúdia, nemení to nič na zdravotnícko-spoločenskej funkcii rehabilitačných pracovníkov. Sú kategóriou, ktorá v súčasnosti plní závažné úlohy v systéme zdravotníckych služieb a ktorá kvalitatívne pretvára svoje profesionálne zameranie.

Vývojová cesta Katedry rehabilitačných pracovníkov v rámci Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov ukazuje na rozvoj rehabilitácie ako medicínskeho odboru a je potrebné konštatovať, že aj katedra prispela aktívne k tomuto rozvoju, ako ho vidíme dnes. Každý vývoj je možný len za určitých podmienok. A tieto podmienky vytvoril Ústav pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov — vytvoril tvorivé prostredie, kde mohli kryštalizovať jednotlivé myšlienky a programy, ktoré charakterizujú dvadsaťpäťročnú cestu vývoja Katedry rehabilitačných pracovníkov.

Dvadsaťpäťročné výročie existencie Katedry rehabilitačných pracovníkov Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov je zastavením, ktoré poukazuje predovšetkým na výsledky doterajšej cesty, zastavením, ktoré určitým spôsobom bilancuje a slúži na formulovanie ďalších úloh.

Kontinuita práce Katedry rehabilitačných pracovníkov v systéme prenosu odborných informácií v rámci doškolovania rehabilitačných pracovníkov je dôkazom, že vývoj a dvadsaťpäťročná cesta boli správne a že zanechali stopu v histórii doškolovania rehabilitačných pracovníkov.

MUDr. et RNDr. Miroslav Palát, CSc.,
vedúci Katedry rehabilitačných pracovníkov
Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP v Bratislave

**PŮVODNÉ VEDECKÉ
A ODBORNÉ PRÁCE****REHABILITÁCIA A VNÚTORNÉ LEKÁRSTVO**

M. PALÁT

*Fyziatricko-rehabilitačné oddelenie, nemocnica ak. L. Déreera, Bratislava
Vedúci: MUDr. et RNDr. M. Palát, CSc.*

Súhrn: Práca sa zaberá vzťahmi medzi rehabilitáciou a vnútorným lekárstvom a jeho jednotlivými odbormi. Rehabilitácia so svojim metodickým vybavením našla uplatnenie predovšetkým v oblasti kardiológie a v oblasti pneumológie. Základným opatrením vo vnútornom lekárstve je komplexný rehabilitačný program, ktorý pozostáva z jednotlivých rehabilitačných metódik a techník. Hovorí sa ďalej o ekosystéme človeka, to znamená o komplexe človeka a jeho životného prostredia. Rozoberajú sa vzájomné vzťahy medzi človekom a jeho ekosystémom na modele rizikových faktorov. Výsledkom dobrej rehabilitačnej starostlivosti v oblasti vnútorných ochorení je zabezpečenie určitej kvality života.

Kľúčové slová: Rehabilitácia — vnútorné lekárstvo — kardiológia — pneumológia — rehabilitačný program — rehabilitačné metódy — rehabilitačné techniky — ekosystém človeka — rizikové faktory.

Rehabilitácia ako súbor opatrení, ktoré slúžia na obnovenie fyzickej a pracovnej samostatnosti pri rôznych telesných a mentálnych poškodeniach, úrazoch, stavoch po operáciách a pri rôznych chronických ochoreniach, sa pomerne neskoro dostala do oblasti vnútorného lekárstva. Klasickými odbormi, kde rehabilitácia zapustila svoje korene, boli chirurgické odbory, predovšetkým ortopédia a neskoršie traumatológia. Rehabilitácia zapustila svoje korene aj v oblasti neurológie. Vnútorné lekárstvo, vrátane pediatrie, sa začalo zaujímať o rehabilitačné metódy iba v posledných dvadsiatich rokoch. Tento vývoj, ktorý charakterizuje cestu modernej rehabilitácie, je typický a realizoval sa v každej krajine, ktorá prijala rehabilitáciu ako jednu z možných ciest úpravy funkcií, poškodených patologickým procesom.

Vnútorné lekárstvo je však oblasťou medicíny značne rozsiahlou, charakterizovanou v súčasnosti atomizáciou na jednotlivé pododborníky, predstavujúce skôr záujmovú sféru odborníkov o určité systémy a ich poruchy, než synoptický pohľad na celok, akým vnútorného lekárstvo v princípe je. Tento vývoj členenia oblasti vnútorného lekárstva na jednotlivé pododborníky našiel odraz aj vo vzťahu rehabilitácie k tomuto odboru. Ani dnes vnútorné lekárstvo ako celok ešte nepredstavuje záujmovú sféru modernej rehabilitačnej starostlivosti, ale jednotlivé pododborníky tejto disciplíny zaradili organicky rehabilitáciu a jej metódy do arzenálu ich liečebno-preventívnych možností. Klasickým príkladom je moderná kardiológia, oblasť, ktorá vyšla z vnútorného lekárstva a ktorá

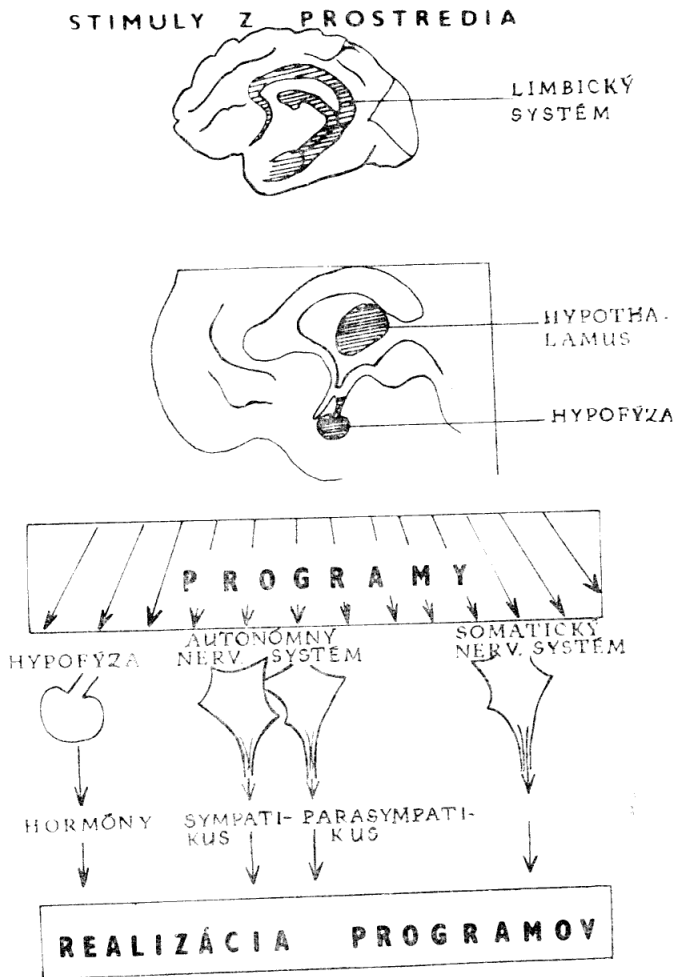
predstavuje v súčasnosti samostatný medicínsky odbor, aj keď v našich podmienkach skôr na úrovni lekárskej špecializácie a nie všeobecne na úrovni klinických základní.

Kardiológia prijala rehabilitáciu a jej metódy v súčasnosti predstavujú program, bez ktorého sa kardiológia nemôže zaobísť, predovšetkým pri chorobách masového výskytu, ako sú ischemická choroba srdca a hypertenzívna choroba. Model implantácie rehabilitácie do štruktúry modernej kardiológie je príkladom, ako novovzniknutý odbor prijal moderný vývoj prechodu od morfológického myslenia k mysleniu funkčnému. Rehabilitácia ako odbor s funkčným prístupom riešenia jednotlivých otázok súčasného lekárstva ukázala práve na príklade modernej kardiológie celé spektrum možností v dlhodobej starostlivosti o pacientov, predovšetkým s chronickým ochorením.

Predmetom rehabilitačných programov vo vnútornej lekárske sú predovšetkým ochorenia chronického charakteru. Aj keď v súčasnosti u niektorých akútnych chorôb rehabilitačné programy používame, predstavujú skôr výnimku ako pravidlo.

Je pravdou, že reedukácia funkcie dýchania po akútnej pneumónii predstavuje v súčasnosti metódu voľby a taktiež reumatická horúčka vyžaduje vo svojom priebehu aplikáciu niektorých rehabilitačných procedúr. Väčšinou však indikačné spektrum rehabilitačných metód a programov predstavujú choroby chronické. V súčasnosti možno povedať, že rehabilitačné programy sú súčasťou komplexnej liečebno-preventívnej činnosti pri chronických chorobách dýchadiel, pri chronických chorobách kardiovaskulárneho ústrojenstva, pričom akútny infarkt myokardu, aj keď predstavuje akútnu príhodu, je súčasťou dlhodobe sa vyvíjajúcej ischemickej choroby srdca a je iba jednou fázou vývoja koronárnej choroby srdca. Okrem týchto skupín chorôb internej medicíny predmetom záujmu rehabilitácie sú aj niektoré ochorenia obličiek, choroby reumatického kruhu, poruchy metabolizmu a látkovej výmeny a niektoré krvné ochorenia. Ostatné interné choroby si nevytvorili zatiaľ dostatok možností využitia niektorých rehabilitačných metód v rámci konkrétnej liečebno-preventívnej starostlivosti.

V tejto súvislosti je potrebné vysloviť zásadné stanovisko k otázkam rehabilitačných programov, predstavujúcich komplexný prístup pre danú indikáciu, a k otázkam rehabilitačných metód či techník, predstavujúcich parciálne opatrenia v komplexe terapie. Rehabilitačné programy, tak ako ich používame v súčasnej rehabilitácii, predstavujú súbor jednotlivých procedúr, metód a techník spojených indikačným rozhodnutím, slúžiacich nielen na obnovenie poškodennej funkcie, ale aj na úpravu narušenej fyziologickej a psychosociálnej homeostázy. Rehabilitačné metódy a techniky sú iba čiastkové opatrenia, zamerané v prvom rade na poškodenú funkciu a jej úpravu. Neriešia teda otázky narušenia ďalších, predovšetkým regulačných funkcií. Toto je určité špecifikum práve v oblasti vnútornej lekárske. Pri ochorení vnútorných orgánov obvykle nejde iba o narušenie jednej funkcie, lebo logickým následkom narušenia jednej funkcie je narušenie určitého alebo určitých systémov. Aj keď napríklad ide o akútny infarkt myokardu, teda poruchy myokardu následkom koronárnej príhody, nie je porušený iba srdcový sval, teda určitý orgán, ale je narušený celý systém — srdcový sval, koronárna cirkulácia, metabolizmus myokardu, riadenie srdcovej činnosti. Ale toto narušenie určitého systému sa za určitých okolností stáva systémovým narušením, to znamená, že porucha jedného určitého systému nachádza odozvu v ostatných systémoch, to



Obr. 1.

znamená, že aj tieto ostatné systémy vykazujú určité narušenie funkcií. Medzi jednotlivými systémami organizmu existuje dialektický vzťah, vzájomná relácia, reprezentovaná napríklad spätnými väzbami, a aj určitá koordinácia. Tento vzťah a túto koordináciu zabezpečujú regulačné okruhy, a tieto sa prezentujú na rôznych rovinách od centrálného nervového systému a jeho subsystémov — kôry mozgovej, limbického systému, hypotalamu a hypofýzy — až po výkonné systémy jednotlivých orgánov, napríklad kardiovaskulárneho ústrojenstva.

Tieto skutočnosti sú teoretickým predpokladom špecifického prístupu v oblasti rehabilitácie u vnútorných chorôb. Dá sa povedať, že aj v iných medicínskych odboroch ide o podobnú situáciu, napríklad v neurológii.

V oblasti chirurgických odborov vystačíme za určitých okolností s použitím jednotlivých rehabilitačných metodík, techník a fyziatrických procedúr, pretože sú ciele, zamerané na obnovu funkcie poškodenej základným patologickým procesom, teda úrazom alebo operáciou. V oblasti vnútorného lekárstva a niektorých ďalších odborov však s týmto stanoviskom nevystačíme. Pravda, aj v chirurgických odboroch sa pristupuje v súčasnosti k formovaniu komplexných rehabilitačných programov, ale tieto opatrenia majú svoju motiváciu — napríklad u starých osôb, keď okrem úrazu sa objavujú aj involučné zmeny a terén, na ktorom sa má potom realizovať určitá rehabilitačná metodika alebo použiť určitá reedukačná technika, je zmenený, úraz síce vytvoril situáciu pre indikáciu rehabilitácie, involučný proces starnúceho a starého organizmu vytvára však situáciu s narušenými regulačnými dejmi, ktoré sa v konečnom dôsledku prejavujú ako narušenie homeostázy fyziologických a psychosociálnych funkcií, ktoré majú iba nepriamy vzťah k základnému patologickému procesu.

Vo vnútornom lekárstve je teda základným opatrením komplexný rehabilitačný program, aj keď v širokej praxi sa stále venuje pozornosť jednotlivým rehabilitačným metodikám a technikám, vrátane fyziatrických procedúr. Vychádzajúc zo skúseností vieme, že jednotlivé metodiky, špeciálne techniky a ostatné procedúry predstavujú v súčasnosti veľmi dobré inštrumentárium súčasnej rehabilitácie. Tieto prostriedky sú za určitých okolností nenahradiiteľné pre širokú rehabilitačnú prax. Napriek tomu však základnou a zásadnou požiadavkou pre rehabilitáciu v oblasti vnútorného lekárstva zostáva komplexný rehabilitačný program. Od čias Virchowa, ktorý formuloval celulárnu a orgánovú patológiu, od čias Pavlova, ktorý zdôraznil pohľad na človeka ako celok, a čias Wienera, ktorý tento systém skompletizoval do podoby modernej kybernetiky, myslenie postúpilo ďalej. V súčasnosti hovoríme o ekosystémoch, teda o systémoch človeka a jeho životného prostredia ako o jednom celku. Ekosystém človeka je dôležitý tak v zdraví, ako aj v chorobe. Teória rizikových faktorov a rizikových indikátorov, tak ako sa s nimi zoznamujeme v modernej patológii, a ich vplyv na človeka potvrdzujú predstavy o ekosystéme človeka. Medzi človekom a jeho ekosystémom existuje vzájomný vzťah. Človek ovplyvňuje svoj ekosystém a ekosystém vytvára akési vehiculum pre jednotlivé fyziologické a psychosociálne funkcie človeka. Ak hovoríme o narušení homeostázy fyziologických a psychosociálnych funkcií pri určitých, predovšetkým chronických ochoreniach, napríklad vo vnútornom lekárstve, potom musíme v rámci liečebno-preventívnych a rehabilitačných opatrení používať také opatrenia, ktoré, ako sme spomenuli, okrem reedukácie poškodenej funkcie zasiahnu aj do oblasti narušenej fyziologickej a psychosociálnej homeostázy. Musíme teda použiť logickú konzekvenciu a zamerať rehabilitačné programy aj do tejto sféry — teda na ekosystém človeka, to je napríklad na elimináciu rizikových faktorov a vylúčenie rizikových indikátorov v ekosystéme človeka — a toto je praktickou náplňou sekundárnej prevencie. Musíme logicky zasiahnuť aj do oblasti narušených fyziologických funkcií, predovšetkým do oblasti regulácií, a musíme konzekventne postihnúť aj oblasť psychosociálnych funkcií. Preto tak zdôrazňujeme v súčasnej rehabilitácii pri niektorých vnútorných ochoreniach jej psychosociálne aspekty.

Jednotlivé metodiky, techniky a jednotlivé fyziatrické procedúry sú iba časťou celku. Predstavujú nekompletné programy, najmä v oblasti vnútorných chorôb, kde iste majú svoje miesto, svoje indikácie a aj svoje efekty. Napriek

tomu zostávajú neúplným prístupom k riešeniu účasti rehabilitácie pri niektorých vnútorných chorobách. Pohybová aktivita a pohybové programy ako prototyp moderného rehabilitačného programu u pacientov po infarkte myokardu sú iste dôležitým opatrením v rámci rehabilitácie u týchto chorých, sú však opatrením parciálnym, ktoré zabezpečí napríklad úpravu výkonnosti a jej zvýšenie, ako ukazujú početné práce. Ich vplyv na metabolické rizikové faktory je otáznny, ich vplyv na zníženie mortality žiadny, ich vplyv na zníženie morbidity sa nedá preukázať. Prispievajú k zvýšeniu kvality života postihnutého jedinca s infarktom myokardu, aj tu však sú iba časťou celku. Niektoré práce z oblasti rehabilitácie týchto pacientov ukazujú, že pre kvalitu života pacienta s infarktom myokardu má väčší význam úprava narušenej psychosociálnej rovnováhy, teda opatrenia psychosociálneho okruhu, ako opatrenia v oblasti zvyšovania fyzickej aktivity takého pacienta.

V oblasti vnútorných chorôb majú jednotlivé rehabilitačné opatrenia svoje špecifické ciele. Okrem základného zamerania na úpravu narušenej funkcie, resp. funkcií, musia určitým spôsobom zasiahnuť do úpravy regulačných funkcií a taktiež prispieť k úprave narušenej psychosociálnej rovnováhy. Musia byť teda komplexné. Ďalším cieľom rehabilitácie v oblasti vnútorných ochorení je zabezpečiť určitú kvalitu života, teda pocit fyzického a psychického zdravia a pocit pevných sociálnych väzieb, vrátane sociálno-ekonomického zabezpečenia. Formulovanie týchto cieľov je iste platné aj pre ostatné medicínske odbory, v oblasti vnútorného lekárstva je však vyhraneným faktorom už z toho dôvodu, že predmetom rehabilitačných opatrení v oblasti vnútorného lekárstva sú predovšetkým chronické ochorenia. Každý medicínsky odbor má svoje špecifiká a jednotlivé rehabilitačné programy pri realizácii musia prihliadať k týmto špecifikám. Je tomu tak aj v oblasti vnútorného lekárstva.

LITERATÚRA

1. J. V. BASMAJIAN, R. L. KIRBY: Medical Rehabilitation. Baltimore — London, Williams and Wilkins 1984.
2. BRÜGGEMANN, W.: Kneipp-Therapie. Berlin — Heidelberg — New York, Springer Verlag 1980.
3. GROSS, R., SCHÖLMERICH, P.: Lehrbuch der Medizin. Stuttgart — New York, F. K. Schattauer 1976.
4. NICHOLS, P. J. R.: Rehabilitation Medicine. London — Boston, Butterworths 1976.
5. PALÁT, M.: Vyšetrovacie metódy vnútorných systémov. Martin, Osveta 1977.
6. PALÁT, M.: Vnútorné choroby. Martin, Osveta 1978.
7. PALÁT, M.: Základy kardiológie. Martin, Osveta, 1980.
8. PALÁT, M.: Dýchacia gymnastika. 4. dopl. vyd. Martin, Osveta 1982.
9. POLLOCK, M. L., SCHMIDT, D. H.: Heart Disease and Rehabilitation. Boston, Houghton Mifflin Professional Publishers 1979.
10. WILSON, P. K., FARDY, P. S., FROELICHER, V. F.: Cardiac Rehabilitation, Adult Fitness and Exercise Testing. Philadelphia, Lea and Febiger 1981.

Adresa autora: M. P., Fyziatrisko-rehabilitačné oddelenie, nemocnica akad. L. Déreera, Limbová 5, 833 05 Bratislava

M. Palát

РЕАБИЛИТАЦИЯ И ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА

Резюме

В работе рассматриваются отношения между реабилитацией и внутренней медициной и ее отдельными дисциплинами. Реабилитация с ее методическим оснащением нашла применение прежде всего в области кардиологии и в области пневмологии. Основным мероприятием во внутренней медицине является комплексная реабилитационная программа, состоящая из отдельных реабилитационных методик и техник. В дальнейшем говорится об экосистеме человека; это значит — комплексе человека и его окружающей среды. Обсуждаются взаимоотношения между человеком и его экосистемой на модели факторов риска. Результатом хорошей реабилитационной работы в области внутренних заболеваний является обеспечение определенной качества жизни.

M. Palát

REHABILITATION AND INTERNAL MEDICINE

Summary

The paper is devoted to the relations between rehabilitation and internal medicine and its individual disciplines. Rehabilitation with its methodic equipment is applied particularly in the field of cardiology and pneumology. Basic measures in internal medicine are complex rehabilitation programmes consisting of rehabilitation methods and techniques. We also speak of an ecosystem of man; this means of the human complex and its living environment. Human relations and ecosystem are discussed on the model of risk factors. The result of good rehabilitation care in the field of internal medicine is the maintenance of a certain quality of life.

M. Palát

REHABILITATIONSBEHANDLUNG UND INTERNE MEDIZIN

Zusammenfassung

Die Studie handelt von der Wechselbeziehung zwischen der Rehabilitationsbehandlung und der internen Medizin mit ihren Spezialgebieten. Die Rehabilitation kam aufgrund ihrer methodischen Ausstattung vor allem im Bereich der Kardiologie sowie der Pneumologie zur Geltung. Eine grundlegende Maßnahme innerhalb der internen Medizin ist ein komplexes Rehabilitationsprogramm, bestehend aus verschiedenen Rehabilitationsmethodiken und -techniken. Zur Sprache kommt ferner das Ökosystem des Menschen, d.h. der Komplex Mensch und Umwelt. Diskutiert werden die Wechselbeziehungen zwischen dem Menschen und seinem Ökosystem aufgrund des Modells der Risikofaktoren. Ergebnis einer guten Rehabilitationsbetreuung im Bereich interner Erkrankungen ist die Gewährleistung einer gewissen Lebensqualität.

M. Palát

LA RÉADAPTATION ET LA MÉDECINE INTERNE

Résumé

Le travail traite les rapports entre la réadaptation et la médecine interne et ses différentes spécialisations. Par son équipement méthodique, la réadaptation a trouvé

son application, tout d'abord, dans le domaine de la cardiologie et de la pneumologie. Dans la médecine interne la mesure générale repose dans le programme de la réadaptation complexe comportant différentes méthodes et techniques de réadaptation. On parle plus loin de l'écosystème de l'homme; cela signifie — du complexe de l'homme et de son milieu de vie. On discute les relations mutuelles entre l'homme et son écosystème sur un modèle des facteurs de risques. Le résultat d'une bonne sollicitude rééducative dans le domaine des maladies internes est la garantie d'une certaine qualité de vie.

M. B. CARPENTER, J. SUTIN

HUMAN NEUROANATOMY

Neuroanatomie člověka. 8. vyd.

Williams and Wilkins Baltimore, London 1983

ISBN 0 — 683 — 01461 — 7

V osmém vydání vychází dnes už klasické dílo věnované otázkám neuroanatomie od prof. Carpentera z Anatomického ústavu v Besthedě a prof. Sutina z Anatomického ústavu lékařské fakulty univerzity v Atlantě.

Prvé vydání této monografie vyšlo v roce 1943 (Strong and Elwyn's Human Neuroanatomy) a v průběhu čtyřiceti let našlo toto populární dílo mnoho vydání a reedici. Poslední vydání je osmé, je přepracované v jednotlivých kapitolách a nově ilustrované.

Kniha má celkem dvacet kapitol. Po úvodním slově k prvému a k poslednímu, to je osmému vydání, věnují autoři pozornost jednotlivým otázkám anatomie centrálního a periferního nervového systému — meningům a cerebrospinální tekutině, velké anatomii mozku, vývoji a histogenezi nervového systému, neuronu jako základní jednotce stavby a funkce mozku, neurologii, receptorům a efektorům. V dalších kapitolách se zabývají otázkami segmentální a periferní inervaci, autonomním vegetativním systémem, míchou a jejími strukturami, otázkami míšních drah. Potom v dalších kapitolách popisují základní části mozku — prodlouženou míchu, pons, mesencefalon, mozeček, diencefalon, hypotalamus, corpus striatum, hippocampus a amygdala a mozkovou kůru. Závěrečná kapitola má za cíl seznámit s krevním zásobením centrálního nervo-

vého systému. Přehled literatury (obsahuje celkem 2802 citací) a rejstřík ukončují tuto přehledně napsanou, bohatě dokumentovanou a ilustrovanou a pedagogicky dobře členěnou monografii, ke které je připojen atlas mozku a mozkového kmene, jenž vychází také jako samostatný separát.

Předností Carpenterovy a Sutiny monografie o neuroanatomii člověka je bezesporu její přehlednost. I když nemáme k dispozici její předcházející vydání, jsme přesvědčeni o tom, že právě přehledné rozdělení látky a zpracování jednotlivých kapitol v tematické celky přineslo této knize tak velké rozšíření, charakterizované sedmi předchozími vydáními a opakovanými reedicemi těchto jednotlivých vydání.

Čtyřicet let, která uplynula od prvního vydání původní Neuroanatomie A. Elwyna a O. S. Stronga, jsou dobrým důkazem životnosti této pozoruhodné monografie. Osmé vydání, o kterém autoři Carpenter a Sutin píší, že je nově přepracované ve všech kapitolách a ilustračně inovované, poukazuje na to, jakým způsobem je charakterizován rychlý rozvoj vědy o nervovém systému a jak je nutné přistupovat k volbě a výběru informací (literární citace jsou jak z konce minulého století, tak z let 1980 a 1981).

Rozvoj vědy platí i pro otázky centrálního nervového systému. Důkazem je po-

slední vydání Carpenterovy a Sutinovy monografie, která vedle anatomických struktur zdůrazňuje i funkční hlediska a příslušný klinický pendant. Proto zde najdou dobré informace nejen anatomové, neurologové, fyziologové a ostatní kliničtí pracovníci, ale monografie je účelná i pro ty obory moderního lékařství, kde znalosti neuroanatomie a klinické změny při poruchách jednotlivých nervových struktur jsou potřebné pro vlastní postoj odborníka. Můžeme prohlásit, že jednotlivé o-

tázky centrálního a periferního nervového systému v monografii Carpentera a Suti- na přinášejí syntetický pohled na danou problematiku.

Kniha je polygraficky dobře vybavená, má mnoho ilustrační dokumentace, což je potřebné. Některé ilustrace jsou vícebarevné, a to zvýrazňuje jejich dokumentační hodnotu. Přejeme si, aby bylo stále více podobných publikací.

Dr. M. Palát, Bratislava

W. J. DARBY, H. P. BROQUIST, R. E. OLSON
ANNUAL REVIEW OF NUTRITION. Vol. 4 1984

Roční přehled výživy. Svazek 4, 1984

Armond Rewiervs Inc: Palo Alto

ISBN 0 — 8243 — 2804 — 3

Roční přehledy nakladatelství Annual Reviews Inc. v Palo Alto jsou věnovány tematickým okruhům a přinášejí každý rok práce zabývající se aktuálními a závažnými problémy z nejrůznějších oblastí moderního lékařství.

Jako 4. svazek vychází v roce 1984 publikace, která obsahuje práce z nejrůznějších oblastí současné výživy. Jsou to práce o bílkovinách, peptidech a aminokyselinách, práce o vitamínech, anorganických výživných látkách a lipidech. Další soubor prací jsou práce z oblasti klinické výživy, práce o otázkách mateřské výživy, o energetickém, metabolismu, o toxikologii a farmakologii ve vztahu k výživě. Další práce pojednávají o porovnávací výživě a o otázkách diety, výživy a metabolické regulace. Autorský a věcný rejstřík ukončují tuto relativně rozsáhlou a obsahově zajímavou publikaci. Každá práce, jak je zvykem, je doplněná potřebnou ilustrační či tabulkovou dokumentací a ob-

sahuje vždy na závěr přehled další odborné literatury k dané tematicce.

I když prakticky všechny práce uveřejněné v tomto sborníku mají velký význam pro odborníky z dietologie či ty, kteří se zabývají vůbec otázkami výživy, potrawy a jejího složení, je zde několik prací klinicky zaměřených, které mají širší dopad. Je to především práce o klaciu a osteoporose a dále práce o otázkách proteinové a energetické výživy v období laktace. Obě řeší vysoce aktuální problematiku a přispívají ke komplexnějšímu pohledu na některé otázky současné medicíny.

Annual Review of Nutrition se zařazuje svým obsahem i svou koncepcí mezi ostatní Roční přehledy, protože je vysoce aktuální, řeší moderní problematiku a přináší vědecké a odborné informace „up to date“.

Dr. M. Palát, Bratislava

REHABILITÁCIA V GERIATRII AKO SPOLOČENSKY VÝZNAMNÝ PROGRAM

Š. LITOMERICKÝ

*Fyziatrisko-rehabilitačné oddelenie Ústavu pneumofyziológie a geriatrickej v Bratislave
Riadiťel: MUDr. V. Malík, CSc.*

Súhrn: Starostlivosť o starých ľudí patrí u nás medzi celospoločensky významné zdravotnícke programy. Aj ČSSR patrí medzi krajiny, kde starnutie populácie už značne pokročilo. Starší ľudia sú dnes častejšie hospitalizovaní aj rehabilitovaní. V práci sa poukazuje na hlavné zásady rehabilitácie starších ľudí, na potrebu evaluácie pred rehabilitáciou. Nastoluje sa otázka koho, kedy a kde rehabilitovať. Autor prezentuje svoje názory zo skúsenosti s rehabilitáciou gerontov a konfrontuje ich so súčasnými poznatkami. Zdôrazňuje význam rehabilitácie pre udržanie samostatnosti staršieho človeka až do vysokého veku. Týmto rehabilitácia prispieva ku skvalitňovaniu starostlivosti o starších ľudí a zaraďuje sa do celospoločensky významného programu.

Kľúčové slová: Starnutie — rehabilitácia — evaluácia — liečebná telesná výchova — ergoterapia.

Starnutie a staroba neustále zaujíma celý svet. Jedným z hlavných dôvodov je stúpanie počtu starších ľudí. Aj u nás sa dlhodobe zvyšuje podiel obyvateľstva vyšších vekových vrstiev. Roku 1900 bolo na území dnešnej ČSSR 7,6 % osôb vo veku nad 60 rokov, v roku 1950 11,7 % a v roku 1980 už 15,7 %. Teda za posledných 80 rokov sa počet poprodukčného veku zdvojnásobil. Zvlášť rýchlym tempom narastajú vrstvy vekových skupín (tab. 1.) (1).

Naša spoločnosť s týmto vývojom počíta a starostlivosť o starých ľudí sa stala celospoločensky významným programom. Starší človek sa oproti minulosti častejšie dostáva do nemocnice na hospitalizáciu aj na rehabilitáciu.

Rehabilitácia starších pacientov má svoje zvláštnosti. U starších dominuje problematika chronických chorôb, disability, odkázanosti na pomoc inej osoby a osamelosti. Tieto okolnosti sú dané biologickým a sociálnym charakterom starnutia. Z pohľadu klasickej koncepcie prevencie (4) má rehabilitácia hlavné uplatnenie na úrovni sekundárnej a terciárnej prevencie. V rehabilitácii geriatrických pacientov vystupuje do popredia vzťah zdravia, resp. choroby a odkázanosti na pomoc druhej osoby. Odkázanosť z dôvodov zdravotných spája sa s poruchou zdravia. Hlavné úsilie sa kladie na prevenciu vzniku choroby, čiže rozhodujúca je včasná a presná diagnóza choroby a jej iniciálna liečba v štádiu, keď je liečba prístupná. Nepoznaná a nekontrolovaná choroba vedie k poruchám a k disability a vzniká odkázanosť fyzická a ekonomická. V tomto vzťahu hrá rehabilitácia významnú a nezastupiteľnú úlohu, lebo jej včasné a adekvátne použitie zabráni prechodu do poruchy, disability a odkázanosti.

Š. LITOMERICKÝ / REHABILITÁCIA V GERIATRII AKO SPOLOČENSKY VÝZNAMNÝ PROGRAM

Rehabilitácia v geriatrickej medicíne musí oproti rehabilitácii v dospelosti viac počítať so sociálnym faktorom. Starnutie je aj sociálnym problémom. Odchodom do dôchodku sa zužujú sociálne kontakty, strata partnera a priateľov vedie k osamelosti. Psychologicky odlišné postavenie starca, sklon k rezignácii nemôže v geriatrickej rehabilitácii zostať nepovšimnutým javom. Je dostatočne známe, že vysoká chorobnosť v geriatrickej medicíne je vo veľkej miere podmienená sociálne a psychosomaticky. V rehabilitácii staršieho človeka sa bude väčší dôraz klásť na sociálnu a psychosociálnu stránku rehabilitácie, ktoré sú často podmienkou úspešného programu. Sociálna gerontológia ponúka mnohé námety pre resociálizáciu a reintegráciu osôb vyššieho veku (3).

Tab. 1. Vývoj vekového zloženia obyvateľstva ČSSR v rokoch 1900 — 1980 v percentách.

Veková skupina	1900	1950	1980
Celkom	100,0	100,0	100,0
0 — 14	34,3	25,4	24,3
15 — 59	57,1	63,0	60,0
60 — 74	7,1	9,4	11,5
75 a viac	1,5	2,3	4,2

K některým problémům obyvatelstva v produktivním věku a jeho vývoji roku 2000. Federální statistický úřad Praha 1983, 59 s.

Hlavné zásady rehabilitácie v geriatrickej medicíne sú: včasná a presná diagnóza, prevencia odkázanosti, rozvoj funkčnej zdatnosti, udržanie dôstojnosti.

Podmienkou včas a správne aplikovaných metód rehabilitácie je včasná a úplná diagnóza choroby, ako aj funkčnej poruchy. Prevenciu disability a odkázanosti podmieňuje včasné poznanie problému a účinná iniciálna liečba. Napriek tejto zásade je dôležité zdôrazniť, že rehabilitačný proces v geriatrickej medicíne sa nemá oneskorovať iba preto, že kompletizácia diagnózy bude trvať dlhšie. Rehabilitácia neznesie odklad! V geriatrickej rehabilitácii sa musí stavať na zachovalých funkciách a tieto treba ďalej rozvíjať s maximálnym využitím kompenzačných mechanizmov. Pri sústredení sa na reedukáciu porušenej funkcie sa nemajú zanedbávať zvyšujúce normálne funkcie, ktoré sa vo vyššom veku veľmi rýchlo redukujú pri inaktivite. Udržanie dôstojnosti pacienta vyššieho veku za každej situácie, a to u ošetrovateľského personálu, medzi pacientmi, ale aj u rodinných členov, je podmienkou realizácie vynaloženého úsilia. Neustále treba pri každej príležitosti vzbudzovať sebadôveru, istotu, vieru vo vlastné sily a schopnosti. V rehabilitácii treba vyzdvihnúť aj sebmenejší úspech, čo je dôležitým prvkom ďalšej motivácie (5).

Princípy rehabilitácie sú všeobecne platné aj v geriatrickej medicíne, aj keď sú veľké rozdiely interindividuálne vo výbere metód a techniky. V geriatrickej rehabilitácii tiež platí staré príslovie, že je „tisíce spôsobov dobrej výchovy dieťaťa“.

Š. LITOMERICKÝ / REHABILITÁCIA V GERIATRII AKO SPOLOČENSKY VÝZNAMNÝ PROGRAM

Evaluácia v geriatrickej rehabilitácii spočíva na podrobnom vyšetrení rozsahu pohyblivosti, svalovej sily, rozsahu všedných činností, funkcie zmyslov a vnímania duševného stavu, sociálnej situácie.

Chorý v dospelom veku prichádza na rehabilitáciu kvôli jednej chorobe. U staršieho človeka ide o polimorbiditu a je potrebné stanoviť prioritu v rehabilitácii po dôkladnej evaluácii (2). Program kladie na staršieho pacienta určité fyzické požiadavky. Napríklad výcvik chôdze u starca musí rešpektovať postupné zvyšovanie intenzity výcviku, pretože je horšie adaptovaný na fyzickú aktivitu dlhým ležaním. Liečebná telesná výchova je limitovaná aj stavom srdca a pľúc a je známe, že mnohé poruchy sú následkom toho, že vitálne dôležité orgány majú cievy postihnuté arteriosklerózou. Lokalizáciou geriatrickej patológie, často v latentnej forme, sú systémy nervový, svalový a kostrový. Od ich stavu závisí efekt rehabilitácie. Mimoriadne dôležitou oblasťou vo vyššom veku je testovanie rozsahu všedných činností, ktoré sú podmienkou samostatnosti starca, a evaluácia senzória a vnímania. Poruchy hmatu, vnímania tepla a chladu, propiocepcia, stereognózia veľkou mierou ovplyvňujú stavbu rehabilitačného programu. Poruchy sluchu a zraku sú vážnymi bariérami úspešnej rehabilitácie a ich výskyt sa vekom zvyšuje. Orientačné psychologické vyšetrenie si má osvojiť každý rehabilitačný lekár a rehabilitačný pracovník, lebo tým získa prehľad o mentálnom stave chorého, stavy zmätenosti u starých sú totiž známe. Keď pacient nie je schopný zodpovedať na jednoduché otázky a zapamätať si jednoduché inštrukcie z jedného dňa na druhý, prognóza rehabilitácie bude zlá (5).

Rehabilitácia vo vyššom veku je komplexným procesom a tímovou prácou rôzne orientovaných pracovníkov. Ako príklad sa uvádza rehabilitácia staršieho diabetika, ktorý trpí arteriosklerózou, ischemickou chorobou srdca (limitujúci faktor), cievnou mozgovou príhodou (hemiplégia, poruchy reči), poruchami zraku (korekcia, nebezpečie úrazu), ischemickou chorobou dolných končatín (gangréna, amputácia, protéza), nefropatiou a pod. Neprekvapí potom, že na rehabilitácii staršieho diabetika sa musí zúčastniť tím pracovníkov rôzneho zamerania.

Liečebná telesná výchova a ergoterapia v geriatrickej rehabilitácii sa zameriava na posilovanie oslabených svalov, udržanie a zlepšenie hybnosti, výcvik koordinácie, výcvik chôdze.

Medzi hlavné zložky rehabilitácie v geriatrickej rehabilitácii patrí liečebná telesná výchova ako najdôležitejší faktor aktivácie chorého srdca. Ergoterapia aktivuje chorého a upevňuje jeho sebadôveru. Druh činnosti sa volí podľa fyzickej a psychickej schopnosti a funkčnej poruchy. Práca má byť pestrá, dostatočne náročná a má mať úžitkovú hodnotu. Ergoterapia plní aj úlohu nácviku všedných činností, ktoré sú u staršieho človeka obzvlášť dôležité. Dosiahnutie toho, aby sa starší človek sám najedol, vyzliekol, umyl, samostatne použil záchod a pod., vyžaduje mnoho trpezlivosti od celého ošetrovateľského personálu. Je pohodlnejšie urobiť všetko za chorého, čím ho však odsudzujeme k nečinnosti (4).

V súčasnosti sa diskutuje o probléme koho, kedy a kde rehabilitovať. Tieto aktuálne otázky sa dotýkajú spresnenia indikácií k rehabilitácii, ktoré v sú-

Š. LITOMERICKÝ / REHABILITÁCIA V GERIATRII AKO SPOLOČENSKY VÝZNAMNÝ PROGRAM

časnosti nepoznáme, a preto ich s indikáciami dospelých chorých osôb, čo nie je veľmi správne, stotožňujeme. V indikáciách sa musí zohľadniť väčšmi než doteraz biologický, psychologický a sociálny faktor starnutia, čím sa vlastne odlišuje chorý človek vyššieho veku od dospelého rovnako chorého. Pri uplatňovaní týchto zásad v geriatrickej rehabilitácii dostaneme odpoveď nielen na otázku koho, ale aj na otázku kedy má zmysel rehabilitovať, aké metódy treba voliť a dokedy možno očakávať efekt. Medzi staršími osobami je časť chorých, u ktorých je prospešnejšie zabezpečiť dobrú ošetrovateľskú starostlivosť než odborne vedenú a prácnu rehabilitáciu, ktorá nemá žiadne vyhliadky na úspech.

Výhody rehabilitácie doma sú: emocionálna podpora, pohodlie pre chorého aj rodinu, neustály styk so známym lekárom, menšie náklady na rehabilitáciu, dobré výsledky.

Nevýhody rehabilitácie doma sú: menšia stimulácia motivácie, nevhodný zásah rodiny, snaha modifikovať ordinovaný režim, nemožnosť využitia špeciálneho zariadenia a pod.

Dôležitú úlohu v geriatrickej rehabilitácii hrá prostredie. Osvojili sme si zásadu, že optimálnym prostredím pre život staršieho človeka je jeho byt, domov a rodina, kde doteraz žil. Potvrdilo sa, že ak starší človek žije tam, kde si to želá, je šťastný, dlhšie si zachováva zdravie a samostatnosť. Starší človek sa zle adaptuje na zmeny. Predbežné štúdie ukazujú prednosti rehabilitácie doma, ktorá má také isté dobré výsledky, alebo dokonca ešte lepšie, ako rehabilitácia na špeciálnych pracoviskách. Poukazujú však aj na nevýhody rehabilitácie doma, ktoré sa musia tiež zobrať do úvahy. Riešenie tejto závažnej problematiky vyžaduje ďalšie štúdie. Aj u nás sa referuje o dobrých výsledkoch rehabilitácie doma, aj keď ide o počiatočné pokusy v niektorých oblastiach.

Rehabilitácia v geriatrickej nastoľuje celý rad problémov organizačného aj odborného charakteru. Napriek týmto problémom sa jednoznačne zastáva stanovisko, že je potrebné staršieho chorého pacienta čím skôr aktivovať a že sa má nechať ležať v posteli len na nevyhnutný čas. Ak vzniknú svalové kontraktúry, preležaniny, inkontinencia a imobilizačný syndróm, hospitalizácia, ošetrovanie a starostlivosť rodiny sú podstatne náročnejšie. Okrem toho to vedie k rozvratu morálky pacienta a jeho okolia. Takýto pacient vyžaduje nákladné spoločenské úsilie a včas použitá rehabilitácia v mnohých prípadoch môže vzniku tohto stavu zabrániť. Zachovanie samostatnosti starého chorého človeka čo najdlhšie je prínosom rehabilitácie pre spoločenský významný program, akým je geriatrická!

LITERATÚRA

1. K některým problémům obyvatelstva v produktivním věku a jeho vývoj do roku 2000. Federální statistický úřad, Praha 1983, 59 s.
2. LITOMERICKÝ, Š.: Evaluácia v rehabilitácii gerontov. In: Aktuálne problémy gerontológie a geriatrickej. Bratislava, Západoslovenský krajský ústav národného zdravia 1980, 164 s.
3. PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H.: Gerontologie. Praha, Avicenum 1981, 298 s.

Š. LITOMERICKÝ / REHABILITÁCIA V GERIATRII AKO SPOLOČENSKY VÝZNAMNÝ PROGRAM

4. Rehabilitation in long — term and geriatric cars. World Health Organisation, Copenhagen 1974, 45 s.
5. WOLCOTT, L. E.: Rehabilitation and the Afed. In: W. Reichel: Clinical Aspects of Aging. The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1978, 528 s.

Adresa autora: Š. L., Fyziatrisko-rehabilitačné oddelenie Ústavu pneumoftizeológie a geriatricie, Bratislava — Podunajské Biskupice

III. Литомерицкий РЕАБИЛИТАЦИЯ В ГЕРИАТРИИ КАК ОБЩЕСТВЕННО ВАЖНАЯ ПРОГРАММА

Резюме

Забота о старых людях относится у нас к важным в общественном отношении программам здравоохранения. ЧССР тоже принадлежит к странам, где старение народонаселения уже существенно продвинулось. Пожилые люди в настоящее время чаще госпитализируются и реабилитируются. В работе указано на главные принципы реабилитации пожилых больных, на необходимость эвалуации перед реабилитацией, выдвигается вопрос о том, кого, когда и где следует реабилитировать. Автор предлагает свое мнение, вытекающее из опыта с реабилитацией геронтов и сопоставляет его с современными данными. Он подчеркивает большое значение реабилитации для сохранения самостоятельности пожилого человека до преклонного возраста. Тем самым реабилитация в большой мере способствует улучшению заботливости о пожилых людях и представляет собой важную программу общественного значения.

Š. Litomerický REHABILITATION IN GERIATRICS AS A SOCIALLY SIGNIFICANT PROGRAMME

Summary

The care for old people is in our country a socially important health programme. The ČSSR is also one of the countries where the aging of the population has considerably progressed. Today elderly people come more frequently for hospitalization and rehabilitation. The paper mentions the main principles of rehabilitation in elderly patients, the necessity for evaluation before rehabilitation, and the question arises as to whom, where and when to apply rehabilitation. The author presents his ideas from his experience with the rehabilitation of elderly and old patients, confronting todate knowledge. Stressed is the great significance of rehabilitation for the maintenance of independence of an old person up to a high age. Rehabilitation thus contributes considerably to a better quality of care for the old and is part of a significant all-social programme.

Š. Litomerický REHABILITATIONSTHERAPIE IN DER GERIATRIE ALS EIN GESELLSCHAFTLICH BEDEUTSAMES PROGRAMM

Zusammenfassung

Die gesundheitliche Betreuung beharrter Menschen zählt bei uns zu den gesamtgesellschaftlich bedeutsamen Programmen des Gesundheitswesens. Auch die ČSSR gehört zu jenen Ländern, in denen das Altern der Population schon weit fortgeschritten ist. Gegenwärtig kommen ältere Menschen häufiger zwecks Hospitalisierung und Rehabilitationsbehandlung in die Einrichtungen des Gesundheitswesens. Im Beitrag wird auf die wichtigsten Prinzipien der Rehabilitationsbehandlung von älteren Pa-

S. LITOMERICKÝ / REHABILITÁCIA V GERIATRII AKO SPOLOČENSKÝ VÝZNAMNÝ PROGRAM

tienten hingewiesen, auf die Notwendigkeit der Evaluation vor der Rehabilitationsbehandlung. Es muß bedacht werden, wer, wann und wo rehabilitiert werden soll. Der Verfasser präsentiert seine Ansichten aufgrund seiner Erfahrungen mit der Rehabilitationsbehandlung von Geronten und konfrontiert sie mit den heute geltenden Erkenntnissen. Er unterstreicht die große Bedeutung der Rehabilitation für die Aufrechterhaltung der Selbständigkeit bejahrter Menschen bis ins hohe Alter. Damit trägt die Rehabilitationsbehandlung wesentlich zur Verbesserung der Betreuung älterer Menschen bei und wird dadurch zu einem Bestandteil eines gesamtgesellschaftlich bedeutsamen Programms.

Š. Litomerický

LA RÉADAPTATION DANS LA GÉRIATRIE COMME PROGRAMME SOCIAL IMPORTANT

Résumé

La sollicitude vouée aux vieillards fait partie chez nous des programmes importants de la santé de la société entière. La Tchécoslovaquie se range parmi les pays où le vieillissement de la population a progressé de façon marquée. Les personnes âgées ont plus souvent recours à l'hospitalisation et la réadaptation. L'article traite les principes généraux de la réadaptation des personnes âgées malades, le besoin de l'évaluation avant la réadaptation et on se pose la question qui, quand et où réadapter. L'auteur présente ses opinions basées sur les expériences de la réadaptation avec les vieillards et les compare avec les connaissances actuelles. Il souligne la grande importance de la réadaptation dans le but d'assurer l'indépendance de la personne âgée jusqu'à l'âge avancé. La réadaptation contribue aussi en grande mesure à la sollicitude qualifiée des personnes âgées et fait partie du programme important de la société entière.

W. H. PERKINS

LANGUAGE HANDICAPS IN CHILDREN

Rečový handicap u detí

Vydalo vydavateľstvo Thieme — Stratton Inc., New York a Georg Thieme Verlag Stuttgart — New York, 1984

ISBN 3 — 13 — 644201 — 6

Ako šiesty zväzok edičného radu Súčasná terapia porúch komunikácie vchádza v roku 1984 monografia o otázkach porúch reči u detí. Kniha veľkého rozsahu sa skladá z 3 častí. V prvej sa hovorí o postupoch, ktoré facilitujú vývoj reči. V druhej o facilitáčnych metódach vývoja reči a tretia časť prináša rad kapítol, ktoré venujú pozornosť úprave rečového handicapu za špeciálnych podmienok.

Podobne ako minulé zväzky tohto edičného radu aj šiesty zväzok prináša v jednotlivých kapitolách opis metódík používaných pri jednotlivých poruchách reči.

Jednotlivé kapitoly spracovali celkom dvadsiati autori z najrôznejších centier.

Monografia je vynikajúcou metodickou príručkou, je napísaná na základe skúseností autorov jednotlivých metód. Každý, kto sa zaoberá otázkami porúch reči a otázkami rehabilitácie týchto porúch pomocou špeciálnych metód, nájde tu veľa pozoruhodného, aj keď publikácia je určená predovšetkým pre oblasť hovoriacu anglicky. Napriek tomu všeobecné princípy sú adaptovateľné a použiteľné aj v iných jazykoch. Knihu odporúčam.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY REHABILITÁCIE ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV

A. SEDLÁKOVÁ, M. PALÁT, J. ŠTENCL, P. BAZOVSKÝ

Katedra rehabilitačných pracovníkov Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP, Bratislava
Vedúci: MUDr. et RNDr. M. Palát, CSc.
Gynekologicko-pôrodná klinika Inštitútu pre doškoľovanie lekárov a farmaceutov,
Bratislava
Prednosta: doc. MUDr. J. Štencl, CSc.

Súhrn: V práci sa hovorí o výsledkoch získaných psychologickou exploračiou 22 pacientiek s onkologickým ochorením (Carcinom mammae), u ktorých sa vykonala amputácia prsníka. Štúdia poukazuje na význam psychologického vyšetrenia a hodnotí výsledky získané týmto vyšetrením. Zistené poznatky poukazujú, že popri klinickej a chirurgickej liečbe je zaradenie psychologických metód v rámci rehabilitačných programov nevyhnutnou súčasťou komplexnej liečebno-rehabilitačnej starostlivosti o týchto chorých.

Kľúčové slová: Psychologická explorácia — amputácia prsníka — klinická liečba — psychologické metódy — komplexná starostlivosť.

V posledných rokoch sa čoraz viac pozornosti venuje možnostiam rehabilitácie onkologických pacientov. Jednak preto, že počet výskytu onkologických ochorení má stúpajúcu tendenciu, a ďalej preto, že komplexná starostlivosť o týchto pacientov nutne vyžaduje zložku modernej rehabilitácie.

Rehabilitácia ako súbor opatrení, ktoré vedú k obnoveniu fyzickej a pracovnej samostatnosti a ktorej základným cieľom je zabezpečenie určitej kvality života, má v oblasti onkologických pacientov modifikované prístupy. Základný aspekt rehabilitačnej starostlivosti sa presúva na oblasť úpravy psychických a psychologických funkcií, aj keď oblasť fyziologických funkcií, ktoré sú taktiež narušené základným patologickým procesom, zostáva stále v pozornosti rehabilitácie.

V mnohých prácach sa často vyzdvihuje dôležitosť psychologických faktorov, objavujúcich sa počas priebehu, ako aj liečby onkologických ochorení. Mnohí dokonca predpokladajú účasť psychologických faktorov už aj pri vzniku týchto ochorení. Dôkazy pre toto tvrdenie však nie sú dostatočné, chýbajú aj širšie štúdie presne a objektívne podložené. Za jeden z veľmi nepriaznivých momentov pre začatie a priebeh ochorenia sa považujú stresové udalosti, s ktorými sa musí človek dlho duševne vyrovnávať (1). Iní zase pokladajú za veľmi škodlivé tie stresové situácie, ktoré vyvolávajú emocionálne odpovede (reakcie) takého druhu, ako je anxieta a depresia (2). König (1973) hovorí o pôsobení dlhotrvajúcej depresie na vznik biochemických zmien v organizme a v štruktúre bunky, ktoré môžu viesť až k malignite (3). Schmale

a Iker [1975] hovoria o „afekte beznádejnosti“, ktorý je vyjadrený pocitom katastrofy, neúspechu a vždy predchádza vzniku nádorového ochorenia [3]. Mnohí autori zdôrazňujú, aby popri mnohofaktorových klinických príznakoch boli aj psychologické faktory primerane zohľadnené a brané do úvahy u praktických lekárov.

Materiál a metodika

V našej štúdií podávame prvé výsledky zistené z psychologickkej explorácie onkologických pacientiek, ktorá bola predbežne urobená v rámci širšie koncipovaného výskumu. Naš súbor tvorí 22 pacientiek, ktoré boli v roku 1984 hospitalizované na Gynekologicko-pôrodníckej klinike NsP akad. L. Dérera v Bratislave s diagnózou carcinom mammae a u ktorých bola vykonaná ablácia prsníka. Počas hospitalizácie boli psychologicky vyšetrené. Cieľom tohto vyšetrenia bolo zistenie aktuálneho psychického stavu a emocionálneho prežívania pacientiek. Zisťoval sa tiež ich postoj k ochoreniu a chirurgickému zákroku. Za tým účelom sa s pacientkami urobilo podrobné interview, zamerané na psychosociálne problémy predchádzajúceho života, ako aj terajšej situácie, a dostali dotazníky na zistenie depresivity (ZUNG), úzkosti (KSAT) a neuroticizmu (N5).

Výsledky a diskusia

Základné dáta nášho súboru sú uvedené v tabuľke 1. Priemerný vek pacientiek bol 48,5 rokov. 36 % pacientiek malo základné vzdelanie, 46 % stredoškolské a 18 % vysokoškolské. 86 % pacientiek bolo vydatých a 14 % slobodných. Závažné pracovné streisy (nadmerné množstvo práce, časová tieseň, zlé pracovné podmienky, konfliktné situácie s nadriadeným aj spolupracovníkmi) sa vyskytovali u 46 % pacientiek. Závažné rodinné streisy (konflikty s partnerom, rozvod, alkoholizmus muža, ťažké ochorenie v rodine, vyžadujúce dlhodobú starostlivosť atď.) sa vyskytli u 68 % pacientiek. Len dve pacientky neuviedli žiadnu psychickú záťaž v rodinnom a pracovnom prostredí. U 40 % pacientiek bolo zistené zvýšené skóre depresie. Avšak nie je isté, či výskyt depresívnej symptomatológie bol už aj pred ochorením, alebo je následkom terajšieho ochorenia. U 55 % súboru sa zachytil výskyt anxiety a skóre neuroticizmu sa zistilo až u 91 % súboru. Predpokladáme, že skóre neuroticizmu bolo zvýšené už aj pred ochorením a v chorobe sa zvýraznilo. Z explorácie zisťujeme emociálnu labilitu (plačlivosť, obavy, neistotu, striedanie nálad) u 68 % pacientiek. Postoj k ochoreniu a prežívanie hospitalizácie je veľmi individuálne podmienený, čo potvrdzuje literárne údaje o predmorbidnej štruktúre osobnosti, ktorá má základný význam pri zvládnutí ochorenia (Skvorcov). Treba podotknúť, že naše sledovania pochádzajú z prvej fázy ochorenia, keď mnohé pacientky síce tušia závažnosť svojho ochorenia, ale prebúda sa u nich nádej, že operáciou bolo ochorenie zvládnuté. V tejto fáze sa diferencujú dve skupiny pacientiek. V prvej vidíme úsilie až vnútorný boj o aktuálne vyrovnanie sa s daným stavom, prijatie ochorenia, určitú nádej perspektívy, a tým aj ochotu na liečbe spolupracovať. Kým u druhej skupiny pacientiek pretrváva psychická dezorganizácia v zmysle poruchovej adaptácie. Zrejme aj toto „ťažšie a ľahšie“ adaptovanie sa na túto náročnú životnú situáciu závisí od premorbidnej štruktúry osobnosti. Predo-

A. SEDLÁKOVÁ, M. PALÁT, J. STENCL, P. BAZOVSKÝ / PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY REHABILITÁCIE ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV

Tab. 1.

Por. č	Meno	Vek	Vzdelanie	Stav	Počet detí	Pracovný stres	Rodinný stres	Diagnóza CA mammae	Operácia Ablatio m.
1.	K. P.	34	SŠ	V	0	Áno	Áno	l.sin.	l.sin.
2.	J. T.	52	SŠ	V	2	Nie	Áno	l.sin.	l.sin.
3.	V. S.	38	VŠ	S	0	Áno	Áno	l.dx.	l.dx.
4.	M. L.	64	VŠ	V	3	Áno	Áno	l.sin.	l.sin.
5.	M. R.	48	Z	V	3	Nie	Nie	l.sin.	l.sin.
6.	A. K.	30	SŠ	V	2	Nie	Áno	l.sin.	l.sin.
7.	M. K.	53	Z	V	2	Nie	Áno	l.sin.	l.sin.
8.	K. S.	73	Z	V	3	Nie	Áno	l.dx.	l.dx.
9.	V. K.	45	SŠ	V	2	Nie	Áno	l.sin.	l.sin.
10.	R. P.	55	Z	V	1	Nie	Áno	l.dx.	l.dx.
11.	E. M.	46	SŠ	V	2	Áno	Nie	l.dx.	l.dx.
12.	S. P.	18	SŠ	S	0	Nie	Nie	l.sin.	l.sin.
13.	E. N.	43	Z	V	2	Nie	Áno	l.dx.	l.dx.
14.	E. K.	45	VŠ	S	0	Áno	Áno	l.dx.	l.dx.
15.	M. K.	52	SŠ	V	1	Áno	Nie	l.sin.	l.sin.
16.	I. H.	56	SŠ	V	3	Nie	Áno	l.sin.	l.sin.
17.	A. S.	46	Z	V	1	Áno	Nie	l.dx.	l.dx.
18.	I. R.	49	SŠ	V	2	Áno	Nie	l.dx.	l.dx.
19.	J. P.	46	Z	V	3	Nie	Áno	l.sin.	l.sin.
20.	M. Š.	77	Z	V	2	Nie	Áno	l.sin.	l.sin.
21.	B. P.	70	SŠ	V	2	Áno	Áno	l.sin.	l.sin.
22.	J. Š.	29	VŠ	V	2	Áno	Nie	l.dx.	l.dx.

Vzdelanie: Z — základné
SŠ — stredoškolské
VŠ — vysokoškolské

Stav: V — vydatá
S — siobodná

všetkým u tejto druhej skupiny považujeme za bezpodmienečne potrebnú psychologickú intervenciu, zameranú na ovplyvnenie psychického prežívania choroby, aby sa tak adaptácia na ňu vyvíjala žiadúcim smerom. Prítom te-

rapeut musí mať jasnú predstavu o osobnosti pacienta, ktorá zahrňuje jeho schopnosti, temperament, charakter, očakávania, životný cieľ a hodnoty. Len na základe dobrého poznania týchto parametrov osobnosti môže byť psychologická intervencia účinná.

V tejto práci sa nezaobráame špecifickými problémami súčasnej komplexnej rehabilitačnej starostlivosti. Zamerali sme sa iba na niektoré otázky moderného psychologického prístupu k pacientkám s onkologickým ochorením, kde carcinom mammae predstavoval faktor homogenity u našej skupiny vyšetrovaných žien. Skúsenosti ukazujú, že popri klinickej a chirurgickej liečbe je zaradenie psychologických metód v rámci rehabilitačných programov nevyhnutnou súčasťou komplexnej liečebno-rehabilitačnej starostlivosti o týchto chorých.

Z á v e r

Psychologické aspekty rehabilitácie onkologických pacientov sú závažným faktorom v komplexnom rehabilitačnom programe. Aktuálny psychický stav a emocionálne prežívanie procesu diagnostiky a chirurgickej terapie u pacientiek s onkologickým ochorením (v sledovanej skupine išlo o pacientky s rakovinou prsníka) predstavujú faktor, ktorý môže negatívne ovplyvniť ďalší priebeh onkologickej choroby v zmysle zvyšovania neurotických tendencií a psychickej dezorganizácie. Zistené poznatky poukazujú, že je nevyhnutné zaradiť psychologické metódy do rámca komplexných liečebno-rehabilitačných programov, aby sa tak účelne zasiahlo do ďalšieho priebehu života týchto pacientiek. Práca má charakter predbežnej správy.

LITERATÚRA

1. HURST, M. W., JENKINS, C. D., ROSE, R. M.: The Relation of Psychological Stress to Onset of Medical Illness. Annual Review of Medicine Vol. 27, 1976, 301 — 312.
2. ROSENWALD, G. C.: The Assessment of Anxiety in Psychological Experimentation. J. Abnorm. Soc. Psychol., 62, 1961, 666 — 673.
3. ROŽNOV, V. E.: Rukovodstvo po psihoterapii. Taškent, Medicina 1979, 560 s.

Adresa autora: A. S., Katedra rehabilitačných pracovníkov, Ústav pre ďalšie vzdelávanie SZP, Limbová 12, Bratislava

A. Седлакова, М. Палат, Й. Штенцл, П. Базовский
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Р е з ю м е

В работе описываются результаты, полученные психологическим исследованием 22 больных с онкологическим заболеванием (Сarcinom mammae), у которых была проведена ампутация груди. Статья указывает на значение психологического обследования и обсуждает результаты, полученные последним. Полученные данные показали, что наряду с клиническим и хирургическим лечением включение психологических методов в реабилитационные программы является неизбежной составной частью комплексного лечебно-реабилитационного обслуживания этих больных.

**A. SEDLÁKOVÁ, M. PALÁT, J. ŠTENCL, P. BAZOVSKÝ / PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY
REHABILITÁCIE ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV**

A. Sedláková, M. Palát, J. Štencl, P. Bazovský
PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF REHABILITATION IN ONCOLOGICAL
PATIENTS

S u m m a r y

The paper is presenting results gained by psychological exploration in 22 women patients with oncological diseases [mamma carcinom]. Amputations of the breast had been carried out. The study shows the significance of psychological examination and evaluates results gained by examination. Knowledge thus gained indicates that next to clinical and surgical therapy the introduction programmes are an inevitable part of the complex therapeutical rehabilitation care for these patients.

A. Sedláková, M. Palát, J. Štencl, P. Bazovský
PSYCHOLOGISCHE ASPEKTE DER REHABILITATIONSBEHANDLUNG
VON ONKOLOGIEPATIENTEN

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

In diesem Beitrag werden vermittels psychologischer Exploration von 22 Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen (Carcinom mammae), bei denen eine Brustamputation vorgenommen wurde, gewonnene Erkenntnisse dargelegt. Es wird auf die bei solchen Untersuchungen gewonnenen Ergebnisse werden einer Wertung unterzogen. Sie führen zum Schluß, daß neben der klinischen und chirurgischen Behandlung auch die Anwendung psychologischer Methoden im Rahmen der Rehabilitationsprogramme einen notwendigen Bestandteil der komplexen Therapie- und Rehabilitationsbetreuung dieser Patienten bildet.

A. Sedláková, M. Palát, J. Štencl, P. Bazovský
LES ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DE LA RÉADAPTATION DES
PATIENTS CANCÉREUX

R é s u m é

L'article traite les résultats obtenus par l'exploration psychologique de 22 malades cancéreux (Carcinom mammae) avec l'amputation du sein. Les études soulignent l'importance de l'exploration psychologique et évaluent les résultats obtenus par cette exploration. Les expériences acquises démontrent qu'à côté des thérapies clinique et chirurgicale, l'incorporation des méthodes psychologiques dans le cadre des programmes de réadaptation est une partie inévitable de la réadaptation médicale complexe vouée à ces malades.

R. GEORGE, R. OKUN, A. K. CHO

ANNUAL REVIEW OF PHARMACOLOGY AND TOXICOLOGY

Ročný prehľad farmakológie a toxikológie

Vydalo Annual Review Inc., Palo Alto, California 1984, Vol. 24,
ISBN 0 — 8243 — 0424

24. zväzok periodického odborného die-
la, ktoré vyšlo v roku 1984, spracovalo
35 významných autorov — odborníkov z
19 popredných univerzitných, vedecko-
výskumných a klinických pracovísk. V
rámci 13 kapitol publikovali títo autori
celkovo 20 odborných prác, ktoré sú ob-
sahovo zamerané na najnovšie poznatky
a výsledky vedeckovýskumnej problema-
tiky z experimentálnej aj klinickej farma-
kológie a toxikológie. Osobitná pozornosť
sa venovala skúmaniu mechanizmov účin-
kov liekov a iných chemických látok.

Zaujímavá je hneď úvodná kapitola,
ktorú spracoval Uvnäs B. pod názvom Od
fyziológa k farmakológovi — povýšenie
alebo degradácia? Z jednotlivých kapitol
chceme čitateľa upozorniť v prvom rade
na tie, v ktorých sú výsledky štúdia me-
chanizmov účinku liečiv a chemikálií, na-
príklad účinku liečiv na tekutý stav bun-
kovej membrány (Goldstein, D. B.), me-
chanizmus teratogenézy (Beckman, D. A.,
Brent, R. L.), intoxikácia kyanidom a me-
chanizmus jeho antagonizmu (Way, J. L.)
a mechanizmus účinku vanádia (Nechay,
B. R.).

Ďalšími veľmi cennými kapitolami sú
tie, ktoré sa týkajú problematiky farma-
kokinetiky liečiv, ich absorpcie, biotrans-
formácie a eliminácie, resp. exkrécie, na-
príklad v skupine neuroleptík (Calimlim,
L. R. a Hershey, L.) a insekticídov (Kül-
karni, A. P. a Hodgson, E.). Z klinického
aspektu veľmi dôležitou kapitolou je che-
moterapia nádorov, imunofarmakológia a
problematika imunostimulácie, resp. bio-
logických a syntetických modulátorov
imunity (interferón, levamizol, metizopri-
nol), ktorú v tomto zväzku publikoval Fu-
denberg, H. H. a Whitten, H. D.

Obdobne ako v predchádzajúcom 23.
zväzku Prehľadov aj tu je zaradená ka-
pitola zameraná na otázky kardiovasku-
lárnej farmakológie. Sú v nej obsiahnuté
tri teoreticky aj klinicky veľmi dôležité
práce: antiarytmiká (Hondegheem, E. M.
a Katzung, B. G.), pozitívne inotrópne lát-

ky (Farah, A. E. a spoluprac.) a antiadre-
nergne antihypertenzíva a ich účinnok na
funkciu obličiek (Bernstein, K. N. a O'
Connor, D. T.). Patria sem napríklad
u nás používané liečivá ako klonidín,
alfa-metyldopa a prazosín. Jedna kapito-
la, resp. dve práce v recenzovanom zväz-
ku sa zaoberajú aj funkciou hladkého
svalstva (Furchogott, R. F.). Dve rozsiah-
le kapitoly sú venované neurofarmakoló-
gii a neurochémii. Sú tu publikované bio-
chemické štúdie, týkajúce sa niektorých
enzýmov mozgu a receptorových systémov
(Mandell, A. J.) aj muskarínových recep-
torov (McKinney, M. a Richleson, E.). Ak-
tuálnu kapitolu tvorí stať pod názvom
Reprodukcia a fertilita. Sú tu publikova-
né výsledky štúdia gossypolu, látky feno-
lickej štruktúry, ktorá má antifertilitný
účinnok (Qian, S. Z. a Wang, Z. G.). Za
touto kapitolou nasleduje tradičný a ve-
ľmi účelný prehľad Prehľadov (Way, E.).
Autor tu upozorňuje na početné, relatív-
ne nové farmakologické časopisy a ana-
lyzuje problematiku vedeckých informácií
z aspektu „dnes a zajtra“ (Information to-
day and tomorrow).

Všetky publikované práce v spomenu-
tých 13 kapitolách sú doplnené výberom
značného počtu citovanej odbornej časo-
piseckej literatúry, prevažne z posledných
5 až 8 rokov. Celkovo je v tomto zväzku
citovaných vyše 3000 odborných prác. Tak
ako predchádzajúce zväzky aj 24. zväzok
obsahuje v záverečnej časti sled indexov:
predmetový, kumulatívny autorský index
zväzkov 20. až 24. a kumulatívny index
názvov jednotlivých kapitol vo zväzkoch
20. až 24., ktorého význam osobitne vy-
zdvihujeme.

24. zväzok Ročných prehľadov opäť pri-
náša nové výsledky vedeckovýskumných
prác v oblasti experimentálnej a klinickej
farmakológie a toxikológie. Je to cenný
prínos autorov, ktorí dávajú tieto nové
poznatky k dispozícii pre ďalší výskum
v teórii aj klinickej praxi.

Dr. Š. Kišoň, Bratislava

METODICKÉ PRÍSPEVKY**LÉČEBNÁ REHABILITACE AMPUTOVANÝCH**

J. MRŮZEK, J. MALÝ

*Rehabilitační ústav Hrabyně**Reditel: MUDr. J. Stříbrný**Detailované pracoviště Chuchelná**Primár: MUDr. J. Mrůzek*

Souhrn: Významnou složkou činnosti celého kolektivu RÚ Chuchelná je komplexná péče o amputované. Mnoholeté zkušenosti vyvěrající z celkového počtu 1797 amputovaných, kteří absolvovali od roku 1978 do 1984 nácvik chůze, vedou ke kritickému postoji vůči řadě amputačních pahýlů, které jsou nevhodné pro protézování. V práci je rovněž diskutována úroveň protetických pomůcek s řadou nedostatků, které školu chůze ztěžují nebo dokonce znemožňují.

Ze statistiky vyplývá neobyčejně vysoký počet gerontů ve vztahu k amputovaným v produktivním věku, vztah cévních onemocnění k amputacím v různých věkových skupinách a další údaje, které nepříznivě ovlivňují protézování a chůzi na protéze.

V metodickém postupu je zdůrazněna kontinuita rehabilitace pohybové, mentální a sociální s nutností maximální aktivní spolupráce rehabilitanta při všech léčebných a rehabilitačních úkonech. V závěru práce se hovoří o čtyřech pilířích, které jsou výlučnou podmínkou pro správnou chůzi na protéze: psychická zdatnost rehabilitanta, suficience kardiovaskulární, dobře zhojený i formovaný pahýl a vyhovující protéza.

Klíčová slova: Amputovaný pacient — komplexní péče — protézování — amputovaný starý pacient — rehabilitace pohybová — rehabilitace mentální — rehabilitace sociální — aktivní spolupráce pacienta — nácvik chůze na protéze.

Z povrchního pohledu se jeví nácvik ztracených funkcí amputovaných jako poměrně jednoduchý rehabilitační proces, jehož zdárným vyvrcholením je bezpečná a plynulá chůze na protéze anebo při náhradách horních končetin a jejich částí taková funkčnost, která zaručuje základní pohybové prvky pro nezbytnou orientaci ve všedním životě. V monografiích poválečných let je také sledován především funkční projev pohybového řetězce bez zřetele k psychickému dopadu tělesného poškození.

S nástupem civilizačních chorob, se soustavným prodlužováním fyzického věku bez přiměřené psychické kompenzace, se stává rehabilitace amputovaných stále složitějším procesem. Množí se úvahy o přípustné míře kardiovaskulární dekompenzace ve

vztahu k zátěži, o formě a vlastnostech protézy, kladou se požadavky na chirurgické opracování amputačních pahýlů a jejich včasné a účelné ošetřování po operaci. Je zdůrazňována psychologická, sociální a společenská rehabilitace, takže reedukace amputovaného přesahuje daleko hranice jednoho oboru. Zdá se, že si přitom dělají nejmenší starosti operatéri, i když musíme připustit, že některé amputace mají ráz urgentních chirurgických výkonů. Gangrenózní končetina je operací z vitální indikace. Avšak je opravdu nutné vyčkávat do projevu celkové intoxikace organismu tam, kde voláme po odpovědném rehabilitačním postupu už před operací?

Dále: stav amputovaných pahýlů neodpovídá často nejzákladnějším postulátům časného pooperačního nácivku, když musíme v řadě případů po dlouhé týdny léčit ranné dehiscence, hnisavé píštěle, aniž bychom mohli jakkoliv urychlit léčebný postup, završený zdárným protézováním. To platilo a občas ještě platí hlavně pro amputované ze Severomoravského kraje, které přejímáme přímo z nemocničního lůžka. Avšak nemůžeme být spokojeni s protézováním pacientů z jiných krajů, když se jim stává protéza nesnesitelnou přítěží pro disproporce lůžka a deformovaného pahýlu. Často není splněn základní požadavek dobře modelovaného vrcholu pohýlu: ten má být tvořen vydatným muskulokutánním krytem. Jen takový je zárukou odolnosti v lůžku protézy. Fragilní jizevnatá tkáň podléhá snadno strážním tahům a praská ve špatné se hojících bolestivých trhlínách.

Amputační pahýl je mnohem více než pouhá anatomická ztráta. Jde tu také o zrátu propriocepce, útlum aferentace a vyřazení receptorů, které se účastní na posturální funkci. S tím vědomím by měl přistupovat k operaci chirurg a vymodelovat pahýl, který zaručuje dostatek aferentních signálů s dostatečným svalovým napětím. Konzultace chirurga s rehabilitačním lékařem a protetikem jsou zatím výjimkou. V Severomoravském kraji byla tato otázka ventilována metodickým listem krajského chirurga s rozpracováním indikace a metodiky výkonu. Je ovšem někdy v samé podstatě choroby, že ani pečlivý operační výkon nezabrání průvodním trofickým škodám, jak se stává zejména u pokročilého diabetu. Přidružíme-li k těmto komplikacím narušenou psychiku gerontů s jejich křečovitou touhou po pevné opoře při psychické dekompenzaci a kardiovaskulární insuficienci, pak je dlužno přiznat, že nácvik chůze amputovaných je neobyčejně obtížnou součástí práce celého našeho kolektivu.

Zajímavé srovnání nosologických příčin amputací v roce 1953, kdy prof. V. Novák uvádí jako nejčastější příčinu úraz — 29 %, zhoubné nádory — 23 %, cévní choroby — 19 %, infekce — 17 %, vrozené vady — 12 %. O pouhých 30 let se vyskytují v našem materiálu tyto vztahy: traumatická amputace 25,14 %, nádorová onemocnění 2,57 %, infekční, trofické škody 1,49 % a cévní onemocnění 70,8 %! I když bereme v úvahu jistou specifčnost našeho pracoviště, se zaměřením na zvláště komplikované poamputační následky, překvapuje naprostá převaha cévních chorob.

O včasné léčebné rehabilitaci amputovaných byla zmínka v předchozích sděleních našeho pracoviště, avšak — vzhledem k závažnosti — si dovolujeme znovu připomenout hlavní zásady rehabilitační terapie v předoperační a včasné pooperační fázi:

- v předoperačním údobí zařadit přiměřenou svalovou práci celého těla i postižené končetiny,
- zabezpečit po operaci soustavné polohování těla jako prevenci dekubitů a kontraktur se zdůrazněním extenčních pohybů ve všech kloubech končetin. Sed dovolit pouze u stolu a při tělesné potřebě,
- pamatovat na dýchací gymnastiku během celého nemocničního pobytu zejména u starších pacientů jako nezbytnou součást prevence plicních a oběhových komplikací,
- po operaci zavést správné bandážování pahýlu s jeho formováním do tvaru kolového kuzele,

- včasný nácvič úkonů všedních činností,
- posilování svalstva horních končetin, trupu, zachovalé dolní končetiny a hlavně svalstva břicha,
- nácvič rovnováhy, posilování aferentace a soustavné zajišťování svalové rovnováhy mezi fázickým a posturálním systémem.

Některé z těchto úkonů se vymykají z rámce běžného ošetřovatelství, jen vědět se o nich musí. Tu je na místě kvalifikovaná spolupráce rehabilitačního lékaře a personálu operačního oddělení. Máme zkušenosti, že lékaři a zdrav. sestry operačních jednotek jsou vděční za každý pokyn, který jejich práci zkvalitňuje a ulehčuje.

Při zachování principů předoperační rehabilitační léčby není mobilizace pacienta na berlích obtížným úkolem. U pacientů staršího a pokročilého věku však opomíjaná předoperační příprava obyčejně vyústí v celkové snížení svalové síly, ve flekční a abdukční kontraktury, svalové atrofie s rozvinutým dolním zkříženým syndromem. Výjimkou není ani imobilizační syndrom s metabolickými a psychickými poruchami. Jednou z příčin je podcenění časového faktoru ve výstavbě celého rehabilitačního programu. Polymorbidita starého člověka si vyžaduje specifickou terapii. V rámci léčebné rehabilitace se zdárně rozvíjí i geriatrická rehabilitace, která určuje pravidla a zaměření léčebných procedur amputovaných gerontů. Opakovaně zdůrazňujeme, že věk není určujícím momentem pro konečné rozhodování o aplikaci protézy. Pokročilý věk má však svou individuální specifickou psychosomatickou dynamiku, která dokáže občas překlenout pohybovou insuficienci pozitivní emoční složkou. To však neznamená, že můžeme protézovat každého amputovaného pacienta staršího a pokročilého věku. Tím bychom jej mnohdy jen poškodili, tím spíše, že s přibývajícím věkem se zužuje hranice mezi kompenzací a dekompenzací životních funkcí na nebezpečně úzké pásmo.

Kdo pracuje s amputovanými geronty, ten si vytvoří časem kritéria pro vhodnost toho či onoho postupu. Méně se však bere v úvahu stanovisko pacienta. Jsou autoři, kteří respektují především výkonnost kardiovaskulárního systému, odvolávají se na práci V. T. Unmana Human Locomotion, kde se uvádí energetická spotřeba při chůzi v procentech. Zdravý jedinec 100 %, amputovaný v bérce s protézou 150 %, amputovaný ve stehně s protézou 200 %, oboustranně amputovaný s protézami 400 %, chůze na podpažních berlích švihem 250 %.

V našem ústavu přijímáme pacienty pouze za předpokladu, že budou schopni protézování a pak i užívání protézy. K tomu vyžadujeme vyjádření ošetřujícího lékaře (většinou chirurga) o:

1. schopnosti pacienta k oprotézování pokud se týká pahýlu,
2. schopnosti funkční zátěže pacienta po stránce syst. kardiopulmonálního alespoň 50 W (vid. lit. 6), t. j. asi chůze rychlostí 5 km/h u zdravého člověka,
3. schopnosti ujít o berlích (franc. holích) a zachované končetině nejméně 30 m bez klaudikací,
4. schopnosti pacienta zvládnout rehabilitaci po stránce psychické.

Nečiníme si totiž ani zdaleka iluze, že o návrhu na přijetí do rehabilitačního ústavu rozhodují ideální úmysly ošetřujícího lékaře k zajištění nejvyšších potřeb pacienta. Mnohdy jsou falešné promisy a sliby ošetřujících lékařů („... my vás pošleme do Kladrub, Chuchelné a pod., a tam vás naučí chodit“

— i když pro to nejsou u amputovaného předpoklady) nejen ke škodě pacienta — zejména po stránce psychické, ale i ke škodě společnosti, pokud bychom měli vyhodnotit zbytečně vynaložené náklady z hlediska finančního, materiálového, ale zejména zbytečně vynaloženou kvalifikovanou práci. S tím by se však měl vyrovnat již amputující, ev. ošetřující odborník, aniž by vzbuzoval u nemohoucího pacienta marné naděje, a tím evokoval většinou zbytečné intervence a někdy i stížnosti. Zarážející je někdy nezáměr amputujícího o stav cirkulace na sice zachované, ale rovněž ohrožené končetině, a úplně šokující je postoj řady amputovaných — kuřáků, kteří své neblahé vášně nejsou schopni zanechat ani přes zvýšenou individuální zdravotnickou práci, a tím riskují brzkou amputací dosud zachované končetiny a perspektivu možnosti pohybu jen s pomocí invalidního vozíku.

Pro posouzení kardiovaskulárního systému pacientů s hraniční indikací se v ústavu opíráme o základní parametry. Sledujeme tepovou frekvenci, krevní tlak a EKG. Je nutno připomenout, že klidový záznam EKG zachytí pouze 10 % patologických změn. Ergometrické zátěžové vyšetření zaznamená už 50 % změn na myokardu a při monitorování podle Holtera se ozřejmí až 85 % odchylek od normy. Vycházejíce z těchto poznatků jsme zavedli na našem pracovišti radioelektrokardiografické sledování vybraných pacientů, kdy hodnotíme kardiální odpověď u některých rehabilitačních procedur. Telemetrie nás včas informuje u ohrožených rehabilitantů o zvýšené náročnosti na oběhový systém. Zjistili jsme, že nácvik soběstačnosti, dříve považovaný za energetický nenáročný, představuje u některých gerontů limitující zátěž pro tuto specifickou činnost. V poslední době zkoušíme testování na rumpálovém ergometru.

Je obecně platným pravidlem, že protetik posuzuje pahýl anatomicky a funkčně a navrhne typ protézy. Pokud jedná v úzké spolupráci s rehabilitačním lékařem, který výjimečně přivzve chirurga, pak je opodstatněna naděje na správně zvolený typ a materiál. Část protetické činnosti přejímá pohříchu Ergon, n. p. a některá jiná zařízení, kde je protetika zanedbávanou přidruženou výrobou. Výslednicí jsou těžké kožené protézy v kombinaci s dřevem a kovovou výztuží, čímž enormně stoupá hmotnost protézy. Celkový stav výroby, distribuce i lhůty dodávek byly oprávněně kritizovány na IX. celostátním sjezdu invalidů v Praze v listopadu 1984. Máme k dispozici hmotnostní průměr 38 protéz bérceových a stehenních ve vztahu k věku amputovaných: hmotnostní průměr protéz stoupá s věkem rehabilitantů a v 7. a 8. deceniu obnáší u stehenních protéz 4,20 kg! V této věkové kategorii je celolaminátová stehenní protéza, vážící v průměru 2,40 kg, výjimkou. Názor, že je pro geronta nevhodnější protézou ušňové lůžko v kombinaci s kovem a dřevem, je dávno překonán. Stálým používáním i retrakcí pahýlu se zvětšuje prostor mezi lůžkem a pahýlem, vytváří se protézová pseudoarthrosa se všemi průvodními příznaky: viklavost protézy zvyšuje neúměrně energetickou náročnost, je také neúměrně zatěžována zdravá končetina, narušuje se krokový rytmus. Takováto protéza plní nakonec pouze statickou či kosmetickou úlohu. Další úprava protézy závěsnou nabdází s kladkovým řemenem tento stav ještě zhorší a oddálí či dokonce zastaví proces resocializace. Požadavky na funkci protézy jsou přitom poměrně jednoduché: protetická náhrada musí být lehká, stabilní, vzhledná, jednoduchá na obsluhu, s možností výměny polotovarových dílců. V podstatě vůbec nezáleží na tom, kde byla protéza vyrobena: setkali jsme se s prvotřídními výrobky z našich pracovišť stejně jako s nevyhovujícími zmetky slavných zahraničních firem. Avšak je smutnou skutečností, že vysoké procento nevhodných a neúnosných protéz pochází z pracovišť celého našeho spádového území. Stává se, že nejsme

schopni paralyzovat zklamání a beznaději oboustranně amputovaných ve stehně, kteří jsou vedeni k pokusům o chůzi na 10 — 11 kg těžkých protézách. Pohyb na vozíku je pro ně za těchto okolností vysvobozením a jsme přesvědčeni, že pomůcky odloží doma do kouta s opodstatněným rozhořčením, že jsme je nenaučili nejzákladnějším prvkům chůze.

V objektivním hodnocení celého stavu počítáme s narušenou psychikou rehabilitantů pokročilého věku. Protože jde zpravidla o stehenní pahýly, potýkáme se jednak s hmotností protézy, jednak s jejich nevhodným typem. Podle zvyklostí a údajně i možností některých KPO jsme často nuceni učit rehabilitanty chůzi na pylonu, který se tím stává první a poslední náhradou vůbec. Nikdy se nám totiž nepodařilo převést tyto pacienty na další celolaminátovou protézu s mobilním kolenem pro zafixovaný stereotyp chůze na pevné kovové tyči. Rigidní pylony mají navíc nepřekonatelnou nevýhodu neskladnosti při přenosu do automobilu, autobusu, vlaku. Mnozí geronti se nedostanou ani přes iniciální fázi nácviku. Nedovedou totiž mentálně zakódovat protézu jako součást těla, na protéze nechodí, ale nosí ji na pahýlu jako cizí těleso. Nezavrhujeme zcela použití pylonů, ale za indikované je považujeme pouze u gerontů ke krátké chůzi, při samoobsluze a u pacientů s krátkým stehenním pahýlem.

Protézy horních končetin zasluhují zvláštního komentáře. Není spolehlivě vyřešena násuvná část na krátké pažní pahýly, tedy epoleta, která vytváří pokaždé podmínku pro vznik pseudoarthrosy. Za těch okolností není splněn ani požadavek kosmetické náhrady ztracené končetiny. Daleko lepší zkušenosti máme s kontaktními bioelektrickými protézami předloktí, kde jsme dokázali nacvičit spolehlivý úchop drobných i větších předmětů a základní manipulaci s nimi. Významné je zejména „přecvičování“ funkcí dominantní končetiny na zachovanou končetinu nedominantní. Mnohočetné amputace pak vyžadují individuální vyhodnocení funkčních možností a posouzení reálných možností protetického vybavení.

Statistické údaje

V letech 1978 — 1984 bylo přijato na detašované pracoviště v Chuchelné 6549 pacientů, z toho pak 1797 amputovaných, tj. 27,44 %. Poměr mužů a žen 4:1 je v lehkém nesouladu s jinými statistikami, které udávají korelaci 5:1. Větší výskyt žen v našem zařízení svědčí pro výběrovou kumulaci (tab. 2). Tab. 3 představuje počet amputovaných mužů a žen pro cévní choroby. Vzájemný poměr odpovídá pracovní a společen-

Tab. 1.

Celkový počet přijatých pacientů v letech 1978 — 1984 = 6549

Celkový počet amputovaných = 1797

Amputace		%
Muži	1451	80,75
Ženy	346	19,25

Tab. 2. Příčiny amputací v letech 1978 — 1984.

	Počet	%
úraz	454	25,26
nádorová onemocnění	45	2,50
zánět, popáleniny, omrzliny	33	1,84
cévní choroby	1265	70,40

Tab. 3. Amputace pro cévní choroby v letech 1978 — 1984.

	Počet	%
Muži	1000	79,05
Ženy	265	20,95
Spolu	1265	100 %

Tab. 5. Amputace pro cévní choroby ve věkových skupinách v letech 1978 — 1984.

Věk	Počet
do 44 roků	8
do 59 roků	379
do 74 roků	662
do 89 roků	156
nad 90 roků	0
	818
Celkem	1265

Tab. 4. Počet amputovaných ve věkových skupinách nad 60 roků v letech 1978 — 1984.

Věk	Počet	%
60 — 64	203	24,82
65 — 69	290	35,45
70 — 74	176	21,52
75 — 89	149	18,21

Celkem 818 z 1265 pacientů = 64,72 %

Tab. 6. ICHS u amputovaných pacientů pro cévní choroby v letech 1978 — 1984.

Věk	Počet	Z počtu	%
do 44 roků	29	68	42,7
do 59 roků	172	379	45,4
do 74 roků	526	656	80,2
do 89 roků	156	162	96,3

Tab. 7. % protézovaných pacientů Severomoravského kraje v letech 1978 — 1984.

Rok	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
%	45,8	53,8	60,3	69,3	68,1	72,8	62,0

ské expozici obou pohlaví se všemi škodlivými návyky, z nichž je kouření nejběžnější noxou. Na tab. 4 jsme zachytili počet amputovaných vyšších věkových skupin. Ze souboru vysvítá vysoký podíl amputovaných nad 70 let. Tab. 5 představuje vztah cévních onemocnění k amputacím v různých věkových skupinách. S přibývajícím věkem roste počet amputací ve strmé křivce. Sledovali jsme výskyt ischemické choroby srdeční a její koincidenci s periferními cévními změnami. Na tab. 6 je dobře patrná vzájemná závislost obou onemocnění na věku amputovaných. V pozdním stáří jsme diagnostikovali přítomnost ICHS téměř bez výjimky. Tab. 7 informuje o počtu pacientů protézovaných během ústavního pobytu v procentech. Jde výlučně o výběr amputovaných ze Severomoravského kraje, kde jsme hodnotili s protetikem reálné možnosti návratu chůze na protéze. Z nekolikaletých zkušeností je patrné, že více než 30 % amputovaných nebylo schopno protézování. Někteří se s holou skutečností smířili, jiní nebyli spokojeni ani po opakovaném vysvětlování. Mnozí pacienti nejsou vůbec do ústavu přijímáni, pokud nesplňují kritéria přijetí, jak uvedeno výše.

Tab. 8. Počet amputací horních končetin v letech 1978 — 1984.

V paži a ramenním kloubu	32	
V předloktí	26	
Celkem	58	
	muži	ženy
	42 = 72,4 %	16 = 27,6 %

Pro úplnost uvádíme četnost amputovaných na horních končetinách. Celkem 58 takto postižených je mizivým počtem ve srovnání s amputovanými na dolních končetinách. Je jisté, že amputace v oblasti horních končetin nevyžadují komplexní ústavní rehabilitaci tak naléhavě jako amputační pahýly dolních končetin. V našem souboru jsou to převážně pacienti přijati k nácvičku využití bioelektrických protéz.

Metodika nácvičku

Metodický postup je u amputovaných rehabilitantů souvislým procesem mentální, pohybové a sociální rehabilitace, která nezná období před protézováním a po něm. Neexistuje také hierarchie rehabilitačních postupů. Platí jediné zásada: zvyšovat podíl psychosomatické aktivity rehabilitantů na úkor pasivních procedur a na úkor jejich neúčelné konzumace. Už před protézováním nacvičujeme s pacientem základní sestavu školy chůze, kterou budeme rozšiřovat po nabytí protézy. Je to:

- a) Vertikalizace v bradlech, chůze v bradlech o jedné končetině s oporou paží. Od začátku odstraňujeme chyby stoje, chyby kročné fáze a dbáme na správnou obuv.
- b) Chůze s jednou francouzskou berlí a pevnou oporou klade už větší požadavky na rovnováhu v přirozeném stoji a chůzi. Dbáme vzhledu držení těla. Amputovaný se obvykle snaží kompenzovat svou nejistotu snížením a vysunutím těžiště, čímž se zvýrazní bederní lordóza a flexe v kolenou. Amputační pahýl je strnule držen ve flexi a abdukci. Tyto chyby se stanou snadno návykem a jsou příčinou častých anomálií při chůzi na protéze, pokud nejsou v zárodku korigovány.
- c) Chůze o francouzských berlích po rovině v terénu a na schodech patří k základnímu výcviku také u geriatrických pacientů. Zpočátku neklademe u nich důraz na akční rádius, protože v začátcích je důležitější pohybová obratnost než facilitační složka soběstačnosti.
- d) Techniku pádu nacvičujeme nejen u zdatných amputovaných v produktivním věku, ale zejména u těch, kteří ztrácejí s věkem tělesnou a psychickou pružnost. Schopnost padat beze škod na zdraví je cennou součástí celého léčebného postupu.
- e) Cviky nervosvalové koordinace jsou stejně důležitou složkou léčebné rehabilitace opět u starších pacientů. Jde o cviky asymetrické, achronické, arytmiické, které zlepšují pohybovou koncentraci a kvalitu pohybového systému. Je to jedna z forem mentální gymnastiky. Přípravná fáze směřuje k tomu, aby pacient dokázal protézu plně funkčně využít. Protéza je totiž více než běžný předmět denní potřeby a má vyvolat v amputovaném pocit biologické sou-

náležitosti s tělem. Klademe důraz na to, aby byla protéza ustavičným průvodcem amputovaného. Odkládání protézy do přistěnku v blízkosti nácvičkových místností je neklamnou známkou nedůvěry k pomůcce a předzvěstí bezvýhodné pasivity v dalším nácvičkování. Z toho důvodu je nutné:

1. Seznámit rehabilitanta s mechanismem a funkcí protézy. Tato povinnost je v praxi často pomíjena a je jednou z příčin vypjatého odporu pacienta vůči protéze.
2. Důležitý je správný kontakt protézy s pahýlem. Čím je lůžko protézy tvarově odlišnější od pahýlu, čím složitější je bandáž protézy, tím více vad se vyskytuje při chůzi. Není zvláštností, že komplikovaný návlek protézy dokáže znemožnit její používání, jak se stává často u oboustranně amputovaných.
3. Stoj na protéze nacvičujeme ze zadu na stoličce. Nácvičkování je jednoduchý při zachování kolena a dále u stehenních protéz s otevřeným kolenem. Strnulost pylonu nebo aretace v koleně vadí pro příliš dlouhé rameno stehenní páky. I když se zdá chůze na pevné protéze zvládnutelná především u starších pacientů, nesouhlasíme s tím, že se má zpočátku nacvičovat chůze s pevným kolenem. Vždyť naši snahou má být vypracovat takový stereotyp chůze, který by se blížil pohybovému vzorci zachovalé končetiny. Vytvoření optimální svalové koordinace, a tím správného pohybového stereotypu, zdůrazňujeme nejen kvůli optimální energetické utilizaci, ale také proto, že správný pohybový stereotyp snižuje úrazovost. Atypická chůze bez flexe kolena vede k nepřírozenému pohybovému vzorci, což není ani posláním, ani cílem léčebné rehabilitace. Jak jsme již poznamenali, přestavba navyklého stereotypu chůze o pylonu je úloha časově i výcvikově velmi náročná a zbytečná.
4. Bez krokových variací v bradlech, jako je chůze dopředu, pozpátku, do stran, s oporou jedné berle a madla a pod., by pacient neměl začít s nácvičkováním chůze po rovině. Všechny tyto pohybové návaznosti vedou k plné zátěži protézy a vyváženému rozložení tělesné hmotnosti při přesunu končetiny.
5. Metodika nácvičkování chůze je obecně známa (viz. lit. 22). Důležité je, abychom včas rozpoznali chyby chodce a jejich příčiny. Nejčastější vadou je chůze v předklonu s přesunem těžiště před stydkou sponou, nerovnoměrná zátěž zdravé a amputované končetiny, úklon do strany ve fázi opory, chůze o široké bázi abdukce a cirkumdukce protézy. Dále je to každý způsob kroku, který připomíná pozorovateli nepřírozenost v krokovém rytmu s nadzvedáním pánve i jiné odlišnosti od přirozené chůze. Tak, jako má každý člověk různý rukopis, má také svou specifickou chůzi. To znamená, že nemůžeme dosáhnout estetické a harmonické chůze vždy ani u mladých rehabilitantů. Do výuky chůze patří zvládnutí architektonických bariér, překážek v terénu, rytmický pohyb v tanci s přiměřenými krokovými variacemi. Do schodů kráčí jako první zachovaná končetina, se schodů protézovaná. Do strmého úbočí stoupá pacient úkrokem na zdravé končetině a přisouvá protézovanou.

Je na rehabilitačním pracovníku a protetikovi, aby rozpoznal vady protézy a nedostatky amputovaného. V nácvičkování chůze, musíme vyvinout veš-

keré úsilí, abychom dosáhli dvoudobé, rytmické a harmonické chůze, která je energeticky nejméně náročná. V našem ústavu pěstujeme také chůzi na překážkové dráze, která maximálně prověří schopnosti rehabilitanta. Je určena pro opravdu zdatné chodce v produktivním věku za vhodných povětrnostních podmínek.

6. Sportovní a rekreační činnost má v našich zemích dobrou tradici a úroveň. Přestože má poměrně širokou základnu tělesně postižených sportovců, nedostává se jí dostatečných prostorových podmínek, výstroje a výstroje. Je předností našich pracovníků, že se snaží navodit dobrou atmosféru pro další sportovní činnost tělesně zdatných jedinců. Sportovní soutěživost vrcholí v našem ústavu každý rok ve Sportovním dnu, který je názorným příkladem hromadné účasti a radosti z pohybu.
7. V rámci komplexní léčebné rehabilitace je třeba věnovat zvláštní pozornost zachované končetině. Svalová práce zvýší krevní průtok svalovinou více než kterýkoli léčebný přípravek. Průtok krve svalem v klidu je 2 — 4 ml/min na 100 g tkáně. Při vydatné svalové práci se zvyšuje průtok na 60 — 80 ml/min na 100 g svalu. Pro zlepšení svalové práce ischemického svalu postupně zvyšovanou funkční zátěží svědčí zvýšení jeho výkonnosti rozšířením lumina cév a snad i tvorbou kolaterál (lit. 8, 26). Opakovaně jsme pozorovali a dokumentovali výrazné oběhové zlepšení značně ischemických končetin po systematické pohybové přípravě.
8. Specifickou léčbou amputovaných je fantomová gymnastika, jejímž cílem je eliminace fantomové bolesti s navozením pocitu existence celé končetiny, uvolnění flekční kontraktury se schopností volných pohybů ve fantomovém údu. Naše metoda spočívá v aktivním cvičení v akupunkturní cloně. Po ukončení procedury jsme prokázali vyšší hodnoty opioidních peptidů typu met-enkephalinu a beta-endorfinu.

Plné využití protézy je podmíněno mnoha faktory, z nich nejdůležitější jsou čtyři:

- psychika, zdatnost amputovaného se schopností objektivního hodnocení stavu a aktivní spolupráce,
- suficientní kardiovaskulární systém,
- dobře zhojený, osvalený a formovaný pahýl,
- vyhovující protéza.

Individuálních gradací je bezpočet. Z nich vyplývá pohybová barvitost s nejrůznějšími postoji postižených a zdravotníků, kteří se podílejí na pracné, však povzbudivé výstavbě nových životních kvalit.

Za spolupráci při zpracování dat děkujeme s. M. Jedličkové, A. Jarošové a A. Šimové, dalším pak za cenné připomínky z praxe.

LITERATURA

1. HADRABA, I.: Některé charakteristické znaky amputačních pahýlů po úrazu na stehně. Acta Chir. Ortop. Traumat. čechoslov., 42, 1975, č. 5, s. 474 — 478.
2. HADRABA, I.: Vliv protézy na stav geriatrických pacientů při amputovaných dolních končetinách. Acta Chir. Ortop. Traumat. čechoslov., 44, 1977, č. 4, s. 359 — 363.

J. MRŮZEK, M. MALÝ / LÉČEBNÁ REHABILITACE AMPUTOVANÝCH

3. HADRABA, I.: Geront a ortopedická protetika. Acta Chir. Orthop. Traumat. čechoslov., 49, 1982, č. 6, s. 483 — 492.
4. JANDA, V., HEŘMANOVÁ, H., PFEIFFER, J.: Rehabilitace starých lidí, Kurs ILF Praha, 21. ledna — 2. února 1980.
5. JANDA, V., LEWIT, K.: Léčebná tělesná výchova u nemocných s vertebrogenními poruchami. Rehabilitace, Suppl. 2, roč. IV., 1971, č. 5, s. 72.
6. KÁLAL, J.: Problémy rehabilitace starších pac. po úrazech a operacích na pohybovém systému. Čas. Lék. čes., 123, 1984, č. 2, s. 55 — 58.
7. KERSTEN, H.: Gehschule für Beinamputierte. Stuttgart, G. Thieme 1961. 195 s.
8. KOZÁK, P.: Pohybová léčba chronických tepenných uzávěrů. Prakt. lék., 56, 1976, č. 17, s. 647.
9. KRÖSCHLOVÁ, J.: Nauka o pohybu. Praha, SPN 1975. 144 s.
10. KRÍŽ, V., BERAN, J., VOŘÍŠEK, J., MARČÍKOVÁ, H., BÍLÝ, F.: Skupinová léčebná tělesná výchova u nemocných po úrazech a operacích na pohybovém ústrojí. Brno, ÚDV SZP 1979. 128 s.
11. KRÍŽ, V., KÁLAL, J., GRÉGROVÁ, F., ŠTASTNÝ, J.: Zátěžové testy u pacientů s postižením hybné funkce končetin. Prakt. Lék., č. 8, s. 301 — 303.
12. LÁNIK, V. a kol.: Liečebná telesná výchova II. Vybrané kapitoly. Martin, Osveta 1983. 520 s.
13. LINHART, J.: Patofyziologické cévní soustavy. In: Fejfar, Z., Přerovský, I.: Patofyziologie krevního oběhu. Praha, Avicenum 1980. 432 s.
14. LITOMERICKÝ, Š., LITOMERICKÁ, M.: Osobitosti LTV osôb vyššieho veku. In: Lánik, V., Palát, M.: Liečebná telesná výchova. Martin, Osveta 1980, 396 s.
15. MALÝ, M., STRÍBRNÝ, J., JAROŠOVÁ, A., JEDLIČKOVÁ, M.: Rehabilitačná liečba amputovaných gerontov. Rehabilitácia, 15, 1982, č. 3, s. 159 — 163.
16. MALÝ, M., STRÍBRNÝ, J.: Telemetrické sledovanie amputovaných s ICHS. Celostátna pracovná konferencia, Bojnice 18. a 19. listopadu 1982.
17. MALÝ, M., STRÍBRNÝ, J., MALÁ, E., JAROŠOVÁ, A., JEDLIČKOVÁ, M., ŠÍMOVÁ, A.: Včasná rehabilitačná liečba u amputovaných. Rozhl. Chir., 62, 1983, č. 8 — 9, s. 637 — 641.
18. MALÝ, M., MALÁ, E., BRNDIAROVÁ, Z., PRUSKOVÁ, M., JEDLIČKOVÁ, M., JAROŠOVÁ, A., ŠÍMOVÁ, A.: Fantómová gymnastika. Rehabilitácia, 17, 1984, č. 3, s. 175 — 180.
19. MRŮZEK, J., MALÝ, M.: Několik poznámek k léčebné rehabilitaci amputovaných gerontů. Fyziatrické a X. geriatrické dni, Trenčianske Teplice, 24. — 26. dubna 1980.
20. de NÉVE, W.: Gehschule mit Trägern von Prothesen und Orthesen. Berlin, VEB Verlag Volk und Gesundheit 1983. 231 s.
21. PALÁT, M.: Dýchacia gymnastika. Martin, Osveta 1980. 312 s.
22. PICEK, F.: Péče o amputované. Praha, SZN 1952. 158 s.
23. POLOTEROVA, M.: Vážnoje sredstvo reabilitacii. Soc. Obespečenije, 1983, č. 8, s. 19.
24. POŽIDAJOVÁ, L. M., BOGDANOV, N. N.: Taktika igloterapii pri bolevoch syndromach posle amputacii konečnosteij. Ortop. Tram. Protez., 1983, č. 2, s. 45 — 48.
25. PRUSKOVÁ, M.: Zkušenosti z komplexní péče o nemocné po amputacích při dlouhodobé ústavní rehabilitaci. Zdravot. prac., 15, 1984, č. 5, s. 15 — 22.
26. PUCHMAJER, V. a kol.: Rehabilitace nemocných s ischemickou chorobou dolních končetin. Prakt. lék. 56, 1976, č. 17, s. 647 — 651.
27. RUSK, H., A.: Rehabilitation Medicine. St. Louis, Mosby, 1971, 687 s.
28. SIEGFRIED, J., ZIMMERMANN, M.: Phantom and Stump Pain. Berlin — Heidelberg, New York, Springer Verlag 1981. 61 s.
29. STUX, G., STILLER, N., POTHMANN, R., JAYASURIA, A.: Lehrbuch der klinischen Akupunktur. Berlin, Heidelberg, New York, Springer Verlag 1981. s. 167.

30. WINKLER, W.: Was das Prothesengehen so mit sich bringt. Ther. Umsch., 40, 1983, č. 1, s. 11 — 15.
31. WINKLER, W.: Die Bedeutung der Konditionstherapie bei der Rehabilitation Amputierter. Ther. Umsch., 40, 1983, č. 1, s. 47 — 50.
32. WEISS, M.: Nové směry v rehabilitaci amputovaných, s. 236 — 257. In: Janda, V.: Pokroky v rehabilitaci. Praha, SZN 1968. 304 s.
33. THOMPSON, M. D., HARAN, D.: Living with an Amputation: The Patient Int. Rehab. Med., 5, 1983, č. 4, s. 165 — 169.

Adresa autora: J. M., Otická 19, 746 00 Opava

Й. Мрузек, М. Малый

ЛЕЧЕБНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ АМПУТИРОВАННЫХ

Резюме

Важной составной частью деятельности всего коллектива Института реабилитации Хухелна является комплексная забота об ампутированных. Многолетний опыт, исходящих из общего числа 1797 ампутированных, прошедших с 1978 до 1984 г. заучивание ходьбы, ведет к критическому отношению к ряду ампутированных культей, неудобных для протезирования. В работе одновременно обсуждается и уровень протезических пособий с рядом недостатков, которые затрудняют или даже делают невозможным заучивание ходьбы.

Статистика показывает чрезвычайно большое число геронтов по сравнению с ампутированными в продуктивном возрасте, отношение сосудистых заболеваний к ампутиациям в разных возрастных группах и другие данные, неблагоприятно влияющие на протезирование и ходьбу на протезе.

В методике подчеркивается непрерывность двигательной, психической и социальной реабилитации с необходимостью максимального активного сотрудничества реабилитируемого при всех лечебных и реабилитационных процедурах. В заключении статьи говорится о четырех устоях, представляющих необходимое условие для правильной ходьбы на протезе: умственная развитость реабилитируемого, сердечно-сосудистая достаточность, хорошо заживленная и сформированная культя и удобный протез.

J. Mrůzek, M. Malý

REHABILITATION THERAPY IN AMPUTATED PATIENTS

Summary

Complex care for amputated patients is an important component of the work of the collective of the Institute for Rehabilitation in Chuchelná. Experiences of many years gained in the treatment of a total number of 1797 patients, who learned to walk in the course of the years from 1978 to 1984 have lead to a critical attitude to many amputation stumps which were unsuitable for the fitting of a prosthesis. Discussed is also the standard of prosthetic aids which are showing a number of shortcomings impeding thus, or rendering learning to walk impossible.

Statistics show an unusually great number of old people in relation to the amputated in productive age, the relation to vascular diseases to amputations in various age groups and other dates unfavourably influencing prosthetic and walking in prostheses.

In a methodical study the importance is emphasized of the continuity of exercise therapy, mental and social rehabilitation with the necessity of a maximal active

collaboration of all patients in therapeutical and rehabilitation procedures. In conclusion the 4 pillars which are exclusive conditions for correct walking on prostheses are stated: psychical fitness, cardiovascular sufficiency, a well healed and well shaped stump and a satisfactory prosthesis.

J. Mrůzek, M. Malý

REHABILITATIONSBEHANDLUNG VON AMPUTIERTEN

Zusammenfassung

Ein wesentlicher Teil der Tätigkeit der gesamten Belegschaft des Rehabilitationszentrums Chuchelná besteht aus der komplexen Betreuung von Amputierten. Langjährige Erfahrungen mit einer Gesamtzahl von 1797 amputierten Patienten, die in der Zeit von 1978 bis 1984 die Gehschule absolvierten, begründen eine kritische Einstellung zu einer Reihe von Amputationsstümpfen, die sich nicht für die Prothetisierung eignen. Im Beitrag wird auch die Qualität mancher prothetischer Behelfe diskutiert, deren zahlreiche Mängel das Absolvieren der Gehschule erschweren oder sogar unmöglich machen.

Die Statistik zeugt von einer ungewöhnlich hohen Zahl bejahrter Patienten im Verhältnis zur Zahl der Amputierten im produktiven Alter, von einem auffallenden Verhältnis zwischen Gefäßerkrankungen und Amputationen in den verschiedenen Altersklassen sowie von weiteren Daten, die die Prothetisierung und das Gehen mit der Prothese ungünstig beeinflussen.

Hinsichtlich des methodischen Verfahrens wird die Notwendigkeit der Kontinuität der bewegungsmäßigen, der mentalen und sozialen Rehabilitation unter maximaler aktiver Mitwirkung des Rehabilitanten bei allen therapeutischen und Rehabilitationsmaßnahmen unterstrichen. Abschließend werden vier Hauptpfeiler hervorgehoben, die unabdingbare Voraussetzungen für ein richtiges Gehen mit der Prothese darstellen: psychische Tauglichkeit des Rehabilitanten, kardiovaskuläre Suffizienz, ein richtig geheilter und geformter Stumpf und eine geeignete Prothese.

J. Mrůzek, M. Malý

LA RÉADAPTATION MÉDICALE DES AMPUTÉS

Résumé

Le facteur important de l'activité du collectif de l'Institut de réadaptation de Chuchelná est la sollicitude complexe vouée aux amputés. Les expériences de longue durée provenant d'un nombre total de 1797 amputés qui, à partir de 1978—1984 ont effectués des entraînements de marche, conduisent vers une attitude critique envers une série d'amputés qui sont impropres aux appareils prothétiques. Le travail traite aussi le niveau des aides prothétiques avec toute une série de défauts qui compliquent et rendent difficile la réadaptation de la marche, la rendant même impossible. Il ressort de la statistique un nombre extraordinairement élevé de gérantes en rapport aux amputés, à l'âge productif, en rapport aux maladies des vaisseaux sanguins aux amputations de groupes d'âges différents et d'autres données influencent défavorablement la prothétique et la marche sur la prothèse.

Le procédé méthodique souligne la continuité de la réhabilitation motrice, mentale et sociale avec une nécessité maximale d'activité de la collaboration du personnel de réadaptation dans tous les domaines de la thérapie et la kinésithérapie. En conclusion, il est question de quatre piliers qui sont la condition générale pour une marche correcte sur la prothèse: une capacité psychique du réhabilité, une suffisance cardiovasculaire, un tronçon parfaitement guéri et formé et une prothèse satisfaisante.

DRŽANIE TELA DETÍ MATERSKÝCH A ZÁKLADNÝCH ŠKÔL

J. VOJTAŠÁK

Ortopedické oddelenie OÚNZ Bratislava-vídiiek

Riaditeľ: MUDr. Z. Nagy, CSc.

Výskumný ústav gerontológie, Malacky

Riaditeľ: MUDr. V. Baláz, CSc.

Súhrn: V príspevku sa vychádza z poznatku o pomerne častých návštevách pacientov v ortopedickej ambulancii pre bolesti chrbtice. Istá časť týchto bolestí sa dáva do súvislosti s chybným držaním tela ešte v detskom veku. Bolo vyšetrených celkovo 571 detí materských a základných škôl. U detí materských škôl sa zistilo chybné držanie tela v 15 percentách, v prvom až štvrtom ročníku základnej školy v 28 percentách, v piatom až ôsmom ročníku v 32 percentách. Vzhľadom na toto vysoké percento chybného držania tela, ktoré je neskôr možným zdrojom vertebrogénnych ťažkostí, je nutné venovať deťom zvýšenú pozornosť so zameraním na držanie tela, ktorému treba venovať sústavnú pozornosť až do skončenia rastu.

Kľúčové slová: Bolesti chrbtice — chybné držanie tela — vertebrogénne ťažkosti — rast dieťaťa.

V súčasnom období sa zodpovednejšie pristupuje k preventívnym prehliadkam nového pokolenia a v prípade potreby sa zaisťuje aj liečebná starostlivosť. Držanie tela a vývoj chrbtice postnatálne rozvíruje hladinu vzťahov škola — telovýchova — rodič — lekár. Často aj zbytočne. A preto sme sa rozhodli urobiť tento prieskum. V ortopedickej ambulancii v Modre až 23 percent pacientov vyhladáva odborné vyšetrenie pre bolesti chrbtice. Sú to pacienti všetkých vekových kategórií, rôznych fyzických a duševných zamestnaní. Bolesti majú rôznu etiológiu. Zamerali sme sa na pacientov, u ktorých nachádzame odchýlky v držaní tela. Na röntgenovej snímke však u nich nenachádzame žiadne štrukturálne zmeny na telách stavcov, medzistavcových platničiek, ani na intervertebrálnych kĺboch. Hlavnou príčinou týchto stavov je už detský vek, keď sa chrbtica vyvíja a formuje do svojej budúcej podoby.

Materiál a metodika

Vyšetřili sme 571 žiakov materských a základných škôl v Modre, náhodne vybraných. Hodnotili sme ich podľa klasických postojových štandardov pre chlapcov a dievčatá podľa Kleina a Thomasa, modifikovaných Meierom, kde každý typ má päť znakov, pričom výborné držanie je — vzpriamená hlava, vypnutý hrudník, sternum tvorí najviac prominujúcu časť, brucho vtiiahnuté, ploché, zakrivenia vo fyziologických hraniciach, obe ramená v rovnakej výške, súmerne, lopatky neodstávajú. Malé odchýlky od tohto držania sa označujú ako dobré držanie, väčšie odchýlky ako chabé až zlé (5, 7). Pri zisťovaní funkcie posturálneho svalstva sme postupovali podľa Mathiasa

J. VOJTAŠÁK / DRŽANIE TELA DETÍ MATERSKÝCH A ZÁKLADNÝCH ŠKÔL

— hodnotenie stoja po 30 sekundách z východiskového vzpriameného stoja s hornými končatinami predpaženými v pravom uhle (5). Pri hodnotení samotného stupňa zakrivenia chrbtice v sagitálnej rovine sme postupovali podľa Huraja (4), opreli sme dieťa o zvislú plochu. Všimli sme si deti aj pri chôdzi a v sede. Vyšetrovanie sa vykonávalo v dopoludňajších hodinách, aby sa vylúčil vplyv únavy na držanie tela.

Výsledky a diskusia

Získané výsledky sú zahrnuté v tabuľke.

Z našich nálezov (pozri tab.) vyplýva, že vekom sa držanie tela zhoršuje. U dievčat sa chybné držanie tela vyskytuje približne o 4 percentá častejšie ako u chlapcov. Všetci žiaci s výborným držaním tela na rozdiel od ostatných vykonávajú telesné cvičenia. Mnohí z nich však pri predchádzajúcich vyšetreniach, ešte pred započatím pravidelného športovania, mali chybné držanie tela. U chlapcov sme našli výrazné zakrivenie v hrudnej chrbtici, kým u dievčat v drierkovej chrbtici, ako uvádza aj Seibert (8). Chybné držanie tela (chabé a zlé) sme u žiakov základnej školy v našom súbore zistili o 9 percent častejšie, ako uvádza Gaal a kol. (2). U detí predškolského veku sme našli o 15 percent menej často chybné držanie tela v porovnaní s deťmi základných škôl. Súvisí to pravdepodobne so zmenou spôsobu života a pohybového režimu detí: dlhé sedenie žiakov v laviciach, zvýšená psychická záťaž, menej pohybu a pod. Lánik (6) uvádza u detí materských škôl o 10 percent viac chybného držania tela než je v našom súbore, u žiakov základných škôl zase o 5 percent menej. Fázy akcelerácie rastu detí, 5 až 6 rokov, 9 až 11 rokov a 14 až 17 rokov, sú najvulnerabilnejšie pre porušenie osi tela. Možno diskutovať o dennom režime detí v školskom veku (škola, družina) a o starostlivosti rodičov o pohybovú kultúru. Treba si uvedomiť, že relaxácia, voľný pohyb v prírode, využívanie telocvičných objektov, plavárne a podobne sú nutné pre správny vývoj axiálneho skeletu.

Tab. 1. Držanie tela detí materských a základných škôl v Modre, zistené metódou podľa klasických postojových štandard.

Držanie tela	materská škola				1. — 4. roč.				5. — 8. roč.			
	chlapci		dievčatá		chlapci		dievčatá		chlapci		dievčatá	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Výborné	2	5	2	4	21	17	19	17	22	18	21	19
Dobré	49	81	42	79	69	57	56	51	61	51	48	45
Chabé	6	12	8	15	29	24	32	29	27	22	29	27
Zlé	1	2	1	2	3	2	3	3	11	9	9	8
Súčet	58		53		122		110		121		107	

Z á v e r

Naše výsledky ovprávňujú zdôrazniť v starostlivosti o zdravie mladej generácie príslušné preventívne opatrenia. K nim patrí aj výchova k správneému držaniu tela. Je nutné, aby bola kontinuálna počas celého rastu dieťaťa, hlavne však vo fázach akcelerácie rastu skeletu, keď najskôr dochádza k určitej fyziologickej slabosti svalstva (8). Chybné držanie tela sa prejavuje nielen ako estetická chyba, ale môže narušiť funkciu chrbtice a stať sa zdrojom jej skorších degeneratívnych zmien. V škole pri vyučovaní, cez prestávky, na hodinách telesnej výchovy, majú dbať na držanie tela učitelia a mimo vyučovania rodičia. Zdravotnú výchovu o správnom držaní tela treba teda zamerať na žiakov a na učiteľov, ale aj na rodičov. V posledných ročníkoch základnej školy treba chybné držanie tela zohľadňovať aj pri voľbe povolania. Pri hodnotení výsledkov v telesnej výchove oslabených je nutné mať na zreteli skutočnosť, že určité konštitučné typy majú charakteristické držanie tela, ktoré sa cvičením často nedá výraznejšie ovplyvniť (3). Treba si však všimnúť aj ďalšie skutočnosti, ktoré zhoršujú držanie tela — znížená priechodnosť dýchacích ciest, rekonvalescencia, poruchy zraku, sluchu a pod.

LITERATÚRA

1. BERNBECK, R., DOHMEN, G.: Kinderorthopädie. Stuttgart, Thieme 1976, 563 s.
2. GAAL, J., HRONEC, I., LUKŠ, R., FRANO, J., SMOLKO, J., PANÁK, J., MURGAŠ, A.: Výskyt ortopedických chorôb a chýb u žiakov 1. až 9. ročníka ZDŠ v Martine. Lek. obzor, 26, 1977, č. 12, s. 699 — 703.
3. HURAJ, E.: Vývoj, formovanie a ochorenia chrbtice. Rehabilitácia, Supplementum, 20/80, 1980, č. 13, s. 9 — 17.
4. HURAJ, E., ČERVENANSKÝ, J.: Ortopédia. Bratislava, UK 1975, 164 s.
5. KUBÁT, R.: Ortopédie dětského věku. Praha, Avicenum 1982, 320 s.
6. LÁNIK, V.: Efektivnost včasnej depistáže skoliózy. Záverečná správa výskumnej úlohy rezortného plánu 38 — 01 — 02. Bratislava 1980, 109 s.
7. MAYER, K.: Hodnocení držení těla mládeže metodou postojových standardů a výsledky jejich aplikace v tělovýchovné praxi. Acta Chir. ortop. Traumat. čech., 45, 1978, č. 3, s. 202 — 207.
8. SAIBERT, Z. a kol., KOTULÁN, J., FAID, M., JANOVEC, M.: Vývoj držení těla u dětí školního věku. Acta Chir. ortop. Traumat. čech., 1972, č. 3, s. 186 — 189.
9. VAVRDA, J.: Výchova k správneému držení těla. Acta Chir. ortop. Traumat. čech., 29, 1962, č. 1, s. 2 — 9.

Adresa autora: J. V., Výskumný ústav gerontológie, Malacky

Й. Войташак

ОСАНКА ДЕДЕЙ ДЕТСКИХ САДОВ И НАЧАЛЬНЫХ ШКОЛ

Резюме

В статье мы исходим из познания об относительно частых посещениях больными ортопедической амбулатории из-за болей в позвоночнике. Определенная часть случаев этих болей связана с неправильной осанкой уже в детском возрасте. Исследованию подвергнуто всего 571 ребенок детских садов и начальных школ. У детей детских садов была обнаружена неправильная осанка в 15 0/0, в 1 — 4-м классах общеобразовательных школ в 28 0/0, в 5-м — 8-м классах в 32 0/0. Ввиду этого высо-

J. VOJTAŠÁK / DRŽANIE TELA DETÍ MATERSKÝCH A ZÁKLADNÝCH ŠKÔL

кого процента неправильной осанки, которая позже может стать источником вертеброгенных затруднений, детям следует уделять повышенное внимание в отношении осанки, за которой надо следить систематически вплоть до окончания роста.

J. Vojtašák

BODY POSTURE IN CHILDREN AT NURSERY AND BASIC SCHOOL

Summary

The presented contribution ensues from the rather frequent visits of patients with pains in the spinal region at the orthopaedic ambulance. A certain amount of these pains are connected with defective posture already in childhood. 571 children attending nursery school and basic school were examined. 15% of the children at nursery school were found to have posture defects, in the first to fourth classes of basic school 28% and in the fifth to eighth classes 32%. With regard to the high percentage of defective postures which may later be the source of vertebrogenic complaints, it is necessary to pay increased attention to children's posture up to the time of the end of growth.

J. Vojtašák

DIE KÖRPERHALTUNG VON KINDERN IM KINDERGARTEN UND IN DER GRUNDSCHULE

Zusammenfassung

Der Beitrag geht von der Erkenntnis aus, daß verhältnismäßig viele Patienten orthopädische Ambulanzen wegen Schmerzen im Rückgrat aufsuchen. Ein Teil dieser Schmerzen wird mit einer fehlerhaften Körperhaltung noch aus der Zeit des Kindesalters in Zusammenhang gebracht. Insgesamt wurden 571 Kinder in Kindergärten und Grundschulen untersucht. Bei der Kindergartenkindern wurde bei 15 % der Kinder schlechte Körperhaltung festgestellt, bei den Kindern im ersten bis vierten Jahrgang der Grundschule bei 28 %, im fünften bis achten Jahrgang bei 32 %. In Anbetracht dieser hohen Rate fehlerhafter Körperhaltung, die später zu einer möglichen Quelle vertebrogenischer Beschwerden wird, ist es notwendig, der Körperhaltung der Kinder erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken, und zwar bis zum Abschluß ihres Wachstums.

J. Vojtašák

LA TENUE DU CORPS DES ENFANTS DES ÉCOLES MATERNELLES ET PRIMAIRES

Résumé

L'article prend pour point de départ les visites relativement fréquentes à l'ambulance orthopédique des patients affectés des douleurs du rachis. Une certaine partie de ces douleurs est mise en relation avec la mauvaise tenue du corps à l'âge enfantin. Au total, 571 enfants des écoles maternelles et primaires ont été examinés. Chez les enfants fréquentant l'école maternelle, 15 % avaient une mauvaise tenue du corps, chez les enfants de la première à la quatrième années d'école primaire, c'était 28 %, de la cinquième à la huitième 32 %. Vu ce pourcentage élevé de la mauvaise tenue du corps qui plus tard est la source possible de troubles vertébraux, il convient de vouer aux enfants une meilleure attention, en particulier, à la tenue du corps à laquelle il faut prêter une attention systématique jusqu'à la fin de la croissance.

KAZUISTIKA**DETSKÁ MOZGOVÁ OBRNA — REHABILITAČNÝ PROGRAM**

T. KUTKOVÁ

Katedra rehabilitačných pracovníkov, Ústav pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov, Bratislava
Vedúci: MUDr. et RNDr. M. Palát, CSc.

Súhrn: Detská mozgová obrna je závažné pohybové ochorenie u detí. V opísanom prípade sa k ťažkej poruche pohybového aparátu pridružili epileptické záchvaty, ktoré na určitý čas obmedzili možnosti intenzívnej rehabilitácie. Dlhodobou rehabilitáciou sme nakoniec dosiahli uspokojivý motorický vývoj s primeranou psychikou.

Postupný rozvoj motoriky u poškodeného dieťaťa vyžaduje včasný záchyt poškodených detí s okamžitým zahájením rehabilitácie, čím sa zlepšuje perspektíva detí postihnutých detskou mozgovou obrnou.

Kľúčové slová: Detská mozgová obrna — klinika — motorický vývoj — rehabilitačný program — kazuistika.

Detská mozgová obrna je vrodené alebo získané ochorenie centrálného nervového systému u detí vo vývojom období. Narušený vývoj a dozrievanie centrálného nervového systému sa prejavuje poruchou regulačných mechanizmov, a to zmenou svalového tonusu a nesprávnou svalovou koordináciou (spasticitou, hyperkinézami, alebo mozočkovými poruchami). Pri tomto ochorení vznikajú parézy rôzneho typu ako dôsledok morfológického poškodenia centrálného motoneurónu a tonusové poruchy, nachádzame tu pretrvávanie prímítivných mimovoľných pohybov a polôh. Tieto negatívne javy pretrvávajú a nedovoľia, aby sa uplatnila voľná fyziologická hybnosť. Často je pridružená znížená inteligencia, zmyslové poruchy a sekundárna epilepsia.

Najčastejšie sa vyskytujú spastické formy poškodenia, kde nachádzame neprimerané zvýšenie svalového napätia na horných končatinách, dolných končatinách a v oblasti chrbtových svalov, ktoré sa zvyšuje pri pohybe, alebo pri pokuse o pohyb. U ochorenia sa predpokladá regulácia pohybu na príslušnej úrovni mozgového kmeňa a miechy, ktoré sú uvoľnené spod kontroly vyšších centier. Poškodenie má trvalý charakter, ale postihnutie pohybového aparátu nie je nemenné a má tendenciu sa zlepšovať.

V motorickej oblasti mozgovej kôry sú miesta, z ktorých dráždením možno aktivovať pohybové vzory. K pohybovým vzorom patria reflexné mechanizmy, ktoré sú v centrálnom nervovom systéme z väčšej časti vrodené. Na tomto pochopení budujú moderné facilitačné metodiky, ktoré sa aj pri centrálnych motorických poruchách dajú veľmi úspešne aplikovať.

T. KUTKOVÁ / DETSKÁ MOZGOVÁ OBRNA — REHABILITAČNÝ PROGRAM

V našej ambulatnej rehabilitačnej starostlivosti je sledovaná pacientka A. B., narodená 22. 6. 1982, od 14. 9. 1982, s diagnózou quadraparesis spastica, s prevahou vľavo. Pravidelne sledovaná detským neurológom v Bratislave.

Z anamnézy uvádzame: Rodičia sú zdraví. Dieťa z I. gravidity, priebeh ťarchavosti bez komplikácií. Pôrod 8 dní po termíne, provokovaný, ukončený vákuovou extrakciou. Pôrod pretrahovaný, matka dostávala kyslík. Pôrodná váha dieťaťa 3200 g, dĺžka 51 cm, sací reflex nebol v deň pôrodu prítomný, na druhý deň slabo prítomný, žltáčka — fyziologická. Dieťa prepustené z novorodeneckého oddelenia ako zdravé.

V 2,5 mesiacoch si rodičia všimli, že sa dieťa stáča do opistotonu a má ručičky zaťaté v päst.

Prvýkrát vyšetrené v 3 mesiacoch detským neurológom, ktorý stav uzavrel ako suspektná quadraparesis spastica s prevahou poškodenia vľavo a doporučil intenzívnu rehabilitáciu. Pacientka od 3 mesiacov ambulantne rehabilitovaná na FRO NsP Kraková. Z rehabilitačného vyšetrenia uvádzame: dieťa 3-mesačné, pasívne leží na chrbátiku, hlavička v zákľone, otočená k ľavému pliecku. Pasívne sa dá pretočiť do pravej strany. Musculus sternocleidomastoideus voľný. Ľavé končatiny: bez aktívneho pohybu, ľavá horná končatina v extenzii v lakti, addukcii v ramennom kĺbe, ruka zatvorená v päst, palec addukovaný. Ľavá dolná končatina v extenzii s tendenciou vytiahnutia šľapky nohy do špičiek.

Pravé končatiny: chudobnejšia aktívna hybnosť, pravá horná končatina v addukcii v ramennom kĺbe, lakeť vo flexii, dlaň zatvorená do päste, palec addukovaný. Pravá dolná končatina — semiflexie vo všetkých kĺboch (Obr. 1.).



Obr. 1

T. KUTKOVÁ / DETSKÁ MOZGOVÁ OBRNA — REHABILITAČNÝ PROGRAM.

Bočná reakcia podľa Vojtu: vľavo neprítomná, vpravo náznak I. trimenónu, Morov reflex — prítomný len vpravo, trakčná skúška — ručičkami sa nepritahuje, hlavička prepadáva.

Celkový svalový hypertonus s prevahou vľavo. Hlavička menšia, veľká fontanela má otvor na špičku prsta.

V 6 mesiacoch sa dieťa začína otáčať najskôr na ľavú stranu a o 6 týždňov začínajú náznaky otáčania nôh aj do pravej strany. Postupne sa uvoľňuje spasticita vpravo, vpravo začína aktívna hybnosť, dieťa chytá hračky, dáva ich do úst. V 7 mesiaci sa objavili epileptické záchvaty. Neurológom bol ordinovaný Anteplepsin — záchvaty ustúpili. V 9 mesiacoch sa dieťa otočí cez ľavú stranu na bruško, do pravej strany sa otočí len na bok, začína sa rozvíjať dľaň aj vpravo. V 9 mesiacoch je hospitalizované na detskej neurologickej klinike v Bratislave. Je prijaté na celkové vyšetrenie. Z výsledkov vyšetrení:

PEG: Hemiatrofia cerebri vpravo so známami aj na kostenných časticách lebky, retardácia rastu neurokránia. Kortikálna atrofia vľavo. Vpravo menej postihnutý ľavý temporálny roh. Retrakcia komorového systému doprava.

Očné pozadie: v norme.

EEG vyšetrenie: asymetrický zápis bez ostrejších grafo-elementov.

Transluminácia: asymetrické presvietenie, výraznejšie dojem kortikálnej atrofie vľavo. Kranio-metricky: t. č. uzavretá fontanela, pravdepodobnosť počínajúcej retardácie rastu neurokránia, t. č. na dolnej hranici normy pre vek.

Záver: stav po včasnej cerebrálnej lézii s kortikosubkortikálnou atrofiou mozgu a symetrickým nálezom. Sekundárne, epileptické záchvaty, t. č. kompenzované, diparetický syndróm s prevahou na ľavej strane s výrazným spastickým syndrómom na ľavej hornej končatine.

Z medikamentózneho terapie: Cerebrolysin, B₁₂, Anteplepsin.

V Prahe jej urobili CT mozgu: Záver vyšetrenia: Hemiatrofia cerebri dx. Porencefalia komunikujúca dx. temp. s retrakciou komorového systému. Zrejme reziduálny stav po perinatálnom IC krvácaní.

Rehabilitačný program

Pacientka sa v roku začína plaziť po brušku prevažne pravými končatinami, ľavé končatiny pasívne ťahá za sebou. Postupne začína flexovať ľavú dolnú končatinu pod bruško a na ľavej hornej končatine sa objavujú náznaky nakročenia dopredu v ramennom kĺbe. Pri aktivite sa zväčšuje úchopové postavenie prstov na ľavej ruke. V 14 mesiacoch je už stabilizovaná poloha štvornožky, úchop na ľavej hornej končatine je veľmi zväznený, preto pri rehabilitačnom postupe musíme cvičiť na nižšom vývojovom stupni, ako zdanlivo motoricky vek ukazuje. Prvá vertikalizácia trupu nastupuje v 18 mesiacoch. Prevaha opory je na pravej dolnej končatine. Ľavá dolná končatina — stojí na celej šľapke, silne planovalgózna. Postupne prenáša oporu aj na ľavú dolnú končatinu a začína bipedálna chôdza s oporou. Pri chôdzi ľavú dolnú končatinu posúva dopredu s miernou abdukciou s tvrdším dopadom na šľapku nohy. V 27 mesiacoch robí prvé kroky už samostatne. Chôdza zo začiatku nesúmerná, kroky ľavou dolnou končatinou sú krátke s tvrdým dopadom a miernou cirkumdukciou. Intenzívnou rehabilitáciou sa chôdza skvalitňovala, t. č. pacientka má 2,5 roka, chôdza samostatná, kroky súmerné, na ľavú dolnú končatinu tvrdšie dostupuje, noha v planovalgóznom postavení (Obr. 2.). Na ľavej hornej končatine pretrvávajú spasticita, výraznejšie na akračoch, používa ju ako pomocnú ruku. Pri aktívnej činnosti používa ruku ako pomocnú. Na pra-



Obr. 2.



Obr. 3.

vých končatinách hybnosť dobrá (Obr. 3.). Sociálny kontakt s dieťaťom je dobrý. Rozpráva jednoduché vety zložené z 2 až 3 slov.

Záverom môžeme povedať, že rehabilitáciou navodené provokované pohyby sa nám pravidelným cvičením podarilo fixovať aj pri takom závažnom ochorení, ako je detská mozgová obrna. Chceme tu poukázať aj na dôležitosť spolupráce medzi rehabilitačným pracovníkom a rodičom, ktorého aktívna účasť na rehabilitačnom procese je nevyhnutná.

Dieťa bolo cvičené denne 3 až 4-krát. Ako rehabilitačnú metodiku sme volili Vojtovu reflexnú terapiu.

LITERATÚRA

1. DITTRICH, J., LEHOVSKÝ, M., PFEIFFER, J., VLACH, VI., VOJTA, V.: *Obecná vývojová neurológia*. Praha, Avicenum 1971.
2. VAJDA, P.: *Kapitoly zo špeciálnej neurológie detského veku*. Trnava, PFUK 1979.

Adresa autora: T. K., Katedra rehabilitačných pracovníkov Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP, Limbová 5, Bratislava

T. KUTKOVÁ / DETSKÁ MOZGOVÁ OBRNA — REHABILITAČNÝ PROGRAM

T. Kutková
ДЕТСКИЙ МОЗГОВОЙ ПАРАЛИЧ — РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ
ПРОГРАММА

Резюме

Детский мозговой паралич — это важное заболевание двигательного аппарата у детей. В описываемом случае к тяжелому расстройству двигательного аппарата присоединились эпилептические припадки, которые на некоторое время ограничили возможности интенсивной реабилитации. Длительной реабилитацией, наконец, было достигнуто удовлетворительного моторического развития с соответствующей психикой.

Постепенное развитие моторики у пострадавшего ребенка требует своевременного охвата поврежденных детей с немедленным началом реабилитации, чем улучшится перспектива детей, пострадавших от детского мозгового паралича.

T. Kutková
CEREBRAL PALSY — A REHABILITATION PROGRAMME

Summary

Cerebral palsy is a severe disease of the motor system in children. In the described case epileptic fits were associated with the severe disorders of the motor system, limiting thus for a time possibilities of intensive rehabilitation. By long term rehabilitation we finally achieved satisfactory motoric development with an adequate mental condition.

The gradual development of the motor system in the impaired child requires an early registration of these children with an immediate begin of rehabilitation which will improve perspectives for children affected by cerebral palsy.

T. Kutková
ZEREbraLE KINDERLÄHMUNG — REHABILITATIONSPROGRAMM

Zusammenfassung

Die zerebrale Kinderlähmung ist eine ernste Erkrankung des Bewegungsapparates bei Kindern. Im dargestellten Fall kamen zu einer schweren Störung des Bewegungsapparates noch epileptische Anfälle hinzu, was für eine gewisse Zeit die Möglichkeiten einer intensiven Rehabilitationsbehandlung einschränkte. Dank langfristiger Rehabilitation wurde schließlich doch eine zufriedenstellende motorische Entwicklung mit einer entsprechenden Psyche erzielt.

Die schrittweise Entwicklung der Motorik eines geschädigten Kindes erfordert die frühzeitige Erfassung erkrankter Kinder und den unverzüglichen Einsatz der Rehabilitationsbehandlung, wodurch die Perspektive der an zerebraler Kinderlähmung erkrankten Kinder verbessert werden kann.

T. Kutková
LA PARALYSIE CÉRÉbraLE INFANTILE — PROGRAMME DE
RÉHABILITATION

Résumé

La paralysie cérébrale infantile est une maladie grave de la mobilité des enfants. Dans le cas décrit de trouble grave du système moteur des accès épileptiques se sont

associés, empêchant pendant une certaine durée une réhabilitation intense. Par une réhabilitation de longue durée, nous sommes toutefois parvenus à une motricité satisfaisante avec un psychisme conforme.

Le développement graduel de la motricité chez l'enfant affecté exige un enregistrement opportun des enfants affectés avec une réhabilitation immédiate, permettant ainsi d'améliorer la perspective des enfants frappés de cette maladie.

W. GENSCHOREK

CHRISTOPH WILHELM HUFELAND

*Vydalo nakladatelství S. Hirzel Verlag a nakladatelská společnost BSB
B. G. Teubner, Lipsko 1985, 5. vydání*

V nakladatelství S. Hirzel Verlag vychází v pátém vydání životopisná publikace o Christofu Vilému Hufelandovi, významném německém lékaři. Kniha vychází v ediční řadě Humanisté činu, která pravidelně přináší životopisy významných vědců, lékařů a přírodovědců.

Profesor Hufeland byl jedním ze zakladatelů dětského lékařství. Do historie medicíny vešel nejen jako průkopník očkování proti neštovicím, ale i jako nositel vysoké lékařské etiky.

Genschorkova životopisná publikace — a tento autor je u nás známý právě životopisnými díly o vynikajících lékařích — věnuje pozornost dětství a studentským létům Hufelanda, jeho činnosti praktického lékaře ve Výmaru a jeho universitní dráze v Jeně. Z Jeny přechází Hufeland s celou rodinou roku 1801 do Berlína, kde nastává jeho další životní úsek a kde jeho hlavní činnost spočívá ve službě nemocným. V dalších letech spolu-

reformuje systém vzdělání především s přihlédnutím na reformu, kterou uvedl Wilhelm von Humboldt, bratr slavného přírodovědce Alexandra von Humboldta, jehož jméno nese dnešní berlínská univerzita. Hufeland se věnuje organizaci zdravotnictví a zakládá roku 1810 v Berlíně na nové univerzitě první pokliniku určenou především pro chudé nemocné. Hufeland umírá v srpnu 1836 v sedmdesátém roce života.

Autor publikace věnuje jednotlivým úsekům Hufelandova života velkou pozornost a poukazuje především na příspěvek Hufelanda pro vývoj a utváření medicíny jako praxe a jako vědy — a tu hraje Hufeland významnou úlohu. Kniha je doplněna množstvím fotografií, dobře se čte, a to, že vychází v pátém vydání, svědčí samo o jejím pevném místě mezi publikacemi z historie lékařství.

Dr. M. Palát, Bratislava

**LIEČEBNÝ POSTUP PRI ŤAŽKEJ MYOPATICKEJ FORME
ARTHROGRYPOSIS MULTIPLEX CONGENITA**

A. BOHÁČSEKOVÁ, L. SPIŠŠÁK

*Katedra rehabilitačných pracovníkov Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov, Bratislava**Vedúci: MUDr. et RNDr. M. Palát, CSc.**Klinika pediatickej chirurgie, Bratislava**Prednosta: prof. MUDr. M. Janec, DrSc.*

Súhrn: Na kazuistickom prípade veľmi ťažkej myopatickej formy arthrogryposis multiplex congenita sme chceli ukázať, že pri vhodne zostavenom rehabilitačnom pláne, včasnej rehabilitácii a pri aktívnej spolupráci s rodičmi sa dá dosiahnuť dobrý liečebný výsledok.

Kľúčové slová: Arthrogryposis multiplex congenita — klinika — motorický vývoj — rehabilitačná starostlivosť — kazuistika.

Arthrogryposis multiplex congenita je zriedkavo sa vyskytujúci syndróm, ktorý sa prejavuje už pri narodení symptomatológiou mnohopočetných kĺbových kontraktúr. Tento syndróm môže byť podmienený komplexom patologických zmien a môže sa prejavovať rozličnou formou a stupňom postihnutia. Obvyčajne ho možno roztriediť do troch foriem. Prvou je tzv. neuropatická forma, ktorá na svalovej biopsii ukáže denervačnú atrofiu. Druhou je myopatická forma, u ktorej sa, na rozdiel od neuropatickej formy, nenájdu patologické zmeny z poškodenia mozgu, respektíve z buniek predných rohov miešnych. Motorické nervy sú normálne. U tejto formy sa pri svalovej biopsii nájdu väzivovo-tukové zmeny. Treťou formou je zmiešaný typ s nálezom oboch predchádzajúcich foriem.

V našej rehabilitačnej starostlivosti je aj pacientka K. K., narodená r. 1982, s dg. arthrogryposis multiplex congenita.

Z a n a m n é z y u v á d z e m e :

Rodičia a jeden súrodenec zdraví.

Dieťa z 2. ťarchavosti, priebeh ťarchavosti normálny, matka ku koncu gravidity užívala lieky na hypertenziu. Pôrod sekciou — pre polohu KP a nepostupujúci pôrod. Pôrodná váha 3800 g. Dieťa po pôrode cyanotické, kriesené asi 10 minút. Sací reflex prítomný. Narodilo sa s malformáciami rúk a nôh. Popôrodná adaptácia primeraná.

V troch týždňoch života je dieťa hospitalizované na detskej neurologickej klinike. Z vyšetrení uvádzame:

Ortopedické vyšetrenie: Ťažké equinovarózne postavenie oboch nožičiek s hypotrofiou svalov.

Rtg. coxy: Luxácia pravého bedrového kĺbu.

Svalová biopsia (z m. gastrocnemius): Výrazná fibróza a tuková degenerácia.

Medikamentózna liečba: Encephabol, Cerebrolysin, ATP, Pyridoxin.

A. BOHÁČSEKOVÁ, L. SPIŠŠÁK / LIEČEBNÝ POSTUP PRI ŤAŽKEJ MYOPATICKEJ FORME ARTHROGRYPISIS MULTIPLEX CONGENITA

V 11 mesiacoch je dieťa hospitalizované na detskej chirurgickej klinike kvôli operačnému riešeniu skrátenej m. triceps surae. Bola vykonaná achillotenotómia a kapsulotómia obojstranne. Sadrová fixácia trvala 4 týždne.

Vo veku 17 mesiacov dieťa spadlo a utrpelo zlomeninu pravej stehnovéj kosti. Fixácia sadrovou spikou na 4 týždne.

S denným rehabilitačným cvičením sme začali od 2. mesiaca veku dieťaťa. Vstupné rehabilitačné vyšetrenie: Asymetria tváre a očí, m. sternocleidomastoideus bez skrátenej, rotácie a úklony hlavičkou boli voľné. Horné končatiny sú kratšie, svalstvo atrofické, flexory predlaktia tuhšie, extenčné kontraktúry kĺbov ruky. Ramená v intrarotačnom a predlaktie v pronačnom postavení. Ťažké boli deformity rúk, ktoré zaujímali extenčné postavenie prstov so súčasťou ulnárnu deviaciou, malíčky vo flexii, palce v addukcii, obe zápästia v ulnárnej dukcii. Dolné končatiny kratšie, najmä akrálné, pravá dolná končatina v extenčnom postavení, ľavá dolná končatina vo flexii v kolene. Equinovarózne deformity nôh obojstranne, ktoré boli pasívne len čiastočne redresibilné. Svalstvo atrofické, kontraktúry adduktorov stehna, flexorov kolena i m. triceps surae. Aktívna hybnosť horných a dolných končatín bola nulová, mimo krátkodobého udržania hlavičky v polohe na brušku bez opory horných končatín. Kĺbne kontraktúry boli nebolestivé s relatívne veľkým rozsahom voľnej pasívnej hybnosti.

Rehabilitačný program

V prvých 5 mesiacoch sa dostavil úchop obojstranne. Ľavou rukou začínala chytať hračky. Zlepšila sa aktívna hybnosť horných končatín, najmä ľavej, a objavila sa aj aktívna hybnosť dolných končatín s flexiou v ľavom kolene. Poloha na brušku do 5 mesiacov: HK — II., DK — I. V 7 mesiacoch ovláda obraty z chrbta na bruško cez obe strany. Od tohto obdobia sledujeme, že ľavá horná a dolná končatina sa javí ako fázická, pravá strana ako oporná. Zlepšila sa aktívna hybnosť pravej hornej končatiny a začína chytať hračky aj do pravej ruky. Kontraktúry na oboch horných končatinách sa uvoľnili, palce sú v addukčnom postavení, ulnárna dukcia v zápästí je naznačená. Dolné končatiny: pasívna flexia v pravom kolene je možná do 90 st., aktívna flexia do 20 st. V polohe na brušku pokúša sa vzopierať na extendované dolné končatiny a na cvičnom valci začína podsúvať obe dolné končatiny pod bruško. Aktívne sa prítahuje do sedu. Po miestnosti sa pohybuje pretáčaním sa z chrbta na bruško k určenému cieľu. V 10 mesiacoch sa dokáže posadiť a sedieť samostatne. Používanie horných končatín takmer súmerné, uprednostňuje viac ľavú končatinu. V polohe na brušku si striedavo prítahuje dolné končatiny, ale hlavu aj horné končatiny má položené na podložke. Objavila sa hybnosť prstov na dolných končatinách. Predmety uchopuje medzi 2. a 3. prst, dokáže však chytiť aj placom a ukázovákou krátkodobe. V 13 mesiacoch prejavuje dieťa spontánny záujem o stoj a prvé kroky. Pri opere je schopné krátky čas stáť v vzpriamenom stoji. Predmet berie ľavou rukou, kým pravou hornou končatinou je opretá o predlaktie. V stoji a pri pokusoch o prvé kroky našlapuje na vonkajší okraj nohy, pravú dolnú končatinu len málo flektuje v kolene, skôr ju prisúva, panvu mierne ukladá na strany ako pri jednostrannej luxácii bedra. Zaostáva aktívne vzpriamovanie v polohe na štyroch na extendované horné končatiny. Až v tomto období sa začína aktívne plaziť. Takýto stav trvá 17 mesiacov, keď dieťa utrpelo už opísanú zlomeninu dolnej končatiny. Dieťa po fraktúre veľmi rýchle dosiahlo pôvodnú motorickú úroveň. Vzhľadom na to, že svalový korzet bol u dieťaťa veľmi dobrý, mohli sme

A. BOHÁČSEKOVÁ, L. SPIŠŠÁK / LIEČEBNÝ POSTUP PRI ŤAŽKEJ MYOPATICKEJ FORME ARTHROGRYPOSIS MULTIPLEX CONGENITA

doporučiť, ako používať doma chodítka na podporu motoriky. Až do veku 23 mesiacov nedošlo k zmenám doterajšej motoriky. Zlepšila sa však funkčná schopnosť horných končatín, svalová sila horných a dolných končatín, ktorá sa prejavila tak, že dieťa stálo kratší, postupne dlhší čas bez pomoci horných končatín. V miestnosti je schopné zahrať sa samostatne, dosiahnuť a zobrať si hračky, sadnúť si a vstať z detskej stoličky, pri opore oboch alebo jednej hornej končatiny. Za krátky čas, vo veku 25 mesiacov, urobilo dieťa prvé samostatné kroky. Pri chôdzi má horné končatiny predpažené, takto si udržuje rovnováhu, dĺžka krokov pri chôdzi nie je rovnaká. Po psychickej stránke je dieťa primerane vyvinuté.

Záverom chceme poukázať, že aj pri ťažkej myopatickej forme arthrogryposis multiplex congenita a napriek nepriaznivej prognóze sme dosiahli vhodnou kombináciou facilitačných techník a pasívnych procedúr veľmi dobrý motorický stupeň vývoja.

Diskusia

Toho času má dieťa 26 mesiacov, je rehabilitované na FRO NsP Kramáre. Použili sme metódy Vojtovej reflexnej terapie v kombinácii s klasickými metódami liečebnej telesnej výchovy — masáž, pasívne cvičenie, vyťahovanie skrátených svalových štruktúr, ktoré vykonávala matka niekoľkokrát denne doma. Spolupráca s rodičmi veľmi dobrá. Equinovarózne postavenie nožičiek bolo liečené korekčnými sádrovými dlažkami. Dĺžku fixácie určoval ortopéd. Na odstránenie ulnárnej deviácie prstov a zápästia sa polohovali obe ruky v dlažke z modulitu, ktorá sa vždy upravovala podľa zlepšenia postavenia prstov a zápästí. Dosiahnutý stav dieťaťa nie je konečný. Pokračuje v intenzívnej rehabilitácii. Zostáva v popredí úsilie zlepšiť svalovú silu horných končatín, svalov ramenného pletenca a úchopovú schopnosť ruky, ale najmä tri základné posturálne funkcie — antigravitačnú, balančnú a stabilizačnú.

LITERATÚRA

1. SHAPIRO, F., BRESNAN, M. I.: Orthopedic Management of Childhood Neuromuscular Disease. J. Bone Joint Surg., 64—A, 1982, č. 6, s. 949 — 953.
2. TACHDJIAN, M. O.: Pediatric Orthopedy Philadelphia, W. B. Saunders 1972. 1767 s.
3. BERBECK, R., DAHMEN, G.: Kinder — Orthopedie. Stuttgart, G. Thieme 1983. 587 s.

Adresa autora: A. B., Katedra rehabilitačných pracovníkov ÚĎV SZP, Limbová 5, Bratislava

А. Богачекова, Л. Спишшак
ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ МИОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ
ARTHROGRYPOSIS MULTIPLEX CONGENITA

Резюме

На этом казуистическом случае очень тяжелой формы arthrogryposis multiplex congenita мы хотели показать, что при удобно поставленной реабилитационной программе, раннем начале реабилитации и при активном сотрудничестве родителей можно добиться хороших терапевтических результатов.

A. BOHÁČSEKOVÁ, L. SPIŠŠÁK / LIEČEBNÝ POSTUP PRI ŤAŽKEJ MYOPATICKEJ FORME ATHROGRYPOSIS MULTIPLEX CONGENITA

A. Boháčseková, L. Spiššák
THERAPEUTICAL APPROACH IN SEVERE MYOPATHIC FORM OF
ARTHROGRYPOSIS MULTIPLEX CONGENITA

Summary

On this case of a very severe form of arthrogryposis multiplex congenita we want to demonstrate that a favourable therapeutical result can be achieved with the application of a suitably constructed rehabilitation programme, early rehabilitation and active collaboration with the parents.

A. Boháčseková, L. Spiššák
DAS BEHANDLUNGSVERFAHREN BEI DER SCHWEREN
MYOPATHISCHEN FORM ANGEBORENER ARTHROGRYPOSIS
MULTIPLEX

Zusammenfassung

An diesem kasuistischen Fall einer sehr schweren Form angeborener Arthrogryposis multiplex soll gezeigt werden, daß mit einem gut zusammengestellten Rehabilitationsplan bei frühzeitiger Rehabilitationsbehandlung und unter aktiver Mitwirkung der Eltern ein gutes Behandlungsergebnis erzielt werden kann.

A. Boháčseková, L. Spiššák
LA THÉRAPEUTIQUE CHEZ LA FORME MYOPATIQUE GRAVE DE
L'ARTHROGRYPOSIS MULTIPLEX CONGENITA

Résumé

Sur cet exemple casuistique d'une très grave forme d'arthrogryposis multiplex congenita, on a voulu démontrer que par un plan de réhabilitation bien constitué, une réadaptation opportune et la collaboration active des parents, il est possible d'obtenir un bon résultat thérapeutique.

F. W. BÄHRENS

ENDOPROTHETISCHE PROPÄDEUTIK

Endoprotetická propedeutika

Vydal Medizinisch Literarische Verlagsgesellschaft mbH Uelzen 1975
ISBN 3 - 88 136 - 033 - 6

Ide o drobnú knižku, ako hovorí podtitul, je úvodom do celkom zvláštneho umenia. Je to súhrn kresieb s karikatúrnym obsahom doplneným vtipnými glosami, ktoré venujú pozornosť oblasti endoprotéz a otázkam ortopedického umenia.

Autorom je dr. Bährens, odborný lekár ortopéd, bol asistentom prof. Witta a v

čase pôsobenia u neho začal zbierať tieto „nevedecké“ prednášky. Jednotlivé karikatúry a textové glosy vtipným spôsobom dokumentujú a komentujú oblasť ortopedických pomôcok — protéz alebo náhrad. Je to milá kniha, ktorá prináša do tvrdého života chirurga humorný úsmev.

Dr. M. Palát, Bratislava

ZASTAVENÍ

Je mrazivý, nevlídný prosincový den 1984. Naposledy v tomto roce jdu přednášet na brněnský Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků.

...Maně přichází na mysl nový rok '85 se slavným 40. výročím osvobození Československa Sovětskou armádou, bez něhož bych dnes nemohla vzpomenout 25. výročí založení našeho, ani „rovesnického“ ÚDV SZP v Bratislavě, v nichž obou jsou mi nejbližší katedry rehabilitace.

Jak nevzpomínat, když jsem v roce 1960 byla nejen „u toho“, ale u výukové činnosti ještě před tímto rokem. Vždyť již na počátku padesátých let skupina pracovníků jednotlivých klinických oborů probojovávala rehabilitaci a vyučovala ji na odborných kursech v různých částech naší republiky. Jejich jména neuvádím z obavy, abych některého neopomenula, avšak příspěvek a význam každého z nich pro společnou práci v rehabilitaci zůstává velký. Konečně, s jejich jmény se setkáváme v odborné literatuře.

Vzpomínám ještě, že atestační zkoušky z rehabilitace se tehdy konaly v Praze a první byly v roce 1957. Ale již v roce 1960 se čeští i slovenští „přednášející harcovníci“ (termín převzat od doc. dr. Obrdy) dostali pod křídla nově zřízených ÚDV SZP v Brně i v Bratislavě. V Brně byly výuka i atestační zkoušky z rehabilitace původně přičleněny k I. interní katedře. Její tehdejší vedoucí MUDr. M. Hrubá rehabilitaci přála a již v té době navázala s MUDr. Palátem úzkou spoluprací na poli výuky rehabilitace v rámci obou ústavů. Jejich nejcharakterističtější rysem byl elán, nadšení a radost z překonaných překážek.

Rehabilitace, podporována nově založeným slovenským časopisem Rehabilitácia, redigovaným MUDr. M. Palátem, CSc., si dobývala na obou ústavech stále většího postavení, až v roce 1965 vzniká na brněnském ústavu samostatná katedra rehabilitace současně se sesterskou katedrou v Bratislavě.

První průkopníci brněnské rehabilitační katedry se v roce 1970 radostně stěhují do nové budovy, zvyšuje se počet pracovníků, rozvíjí se a zdokonaluje výuka tak, jak to odpovídá vzrůstajícím požadavkům kladeným na rehabilitaci jednotlivými klinickými obory a tak, jak to odpovídá stále se zvyšujícímu významu rehabilitace v rámci komplexní léčby nemocných. Ve spolupráci s bratislavskými odborníky se rozvíjejí nové tematické kurzy, zejména v léčbě prací.

Nikdo si ani nevšimá ubíhajícího času. A tak dnes, kdy se nezadržitelně blíží nový rok '85, který s sebou nese i 25. výročí založení obou ÚDV SZP, při pohledu na krásnou, v tomto roce opět rozšířenou budovu pyšníci se nad brněnským výstavištěm, si uvědomují, jak velká péče je věnována doškolování středních zdravotních pracovníků českým i slovenským MZ i celým našim socialistickým zřízením. To navazuje ještě k usilovnější práci do budoucna. Zejména se bude muset katedra rehabilitace zaměřit na zvyšující se význam rehabilitace spočívající v dosud nedořešené návaznosti léčebné a pracovní rehabilitace, aby se rehabilitační pracovníci, připravení na tento úkol katedrami rehabilitace, stali platnými členy ve spolupráci s dalšími veřejnými institucemi, řešícími tento společensky významný problém.

Avšak v této chvíli oběma katedrám přeji, aby nadále s nadšením, vytrvalostí i bojovností svých členů, současných i budoucích, dosahovali dalších úspěchů a aby katedra brněnská i bratislavská spolu úspěšně a radostně soutěžily a spolu postupovaly k vyšším metám...

Pokračuji v cestě. Jak je radostné žít a pracovat v míru navzdory hrozcí jaderné válce, proti níž pozvedáme hlas, aby ani rehabilitace nemusela sloužit válečným zraněním.

MUDr. Květa Pochopová, CSc., Brno



Zemřel prim. MUDr. Zdeněk KUBÍN, CSc. — 20. 10. 1984,

přednosta oddělení léčebné rehabilitace Fakultní nemocnice v Plzni a krajský odborník pro FBLR Západočeského kraje v mladém věku 53 let na vrcholu usilovné práce pro obor léčebné rehabilitace, jejíž progresivní rozvoj správně pochopil a nadšeně prosazoval.

Dlouhá léta vážně stonal. Jen ten, kdo ho dobře znal, pochopil, s jak velkým sebezapřením přemáhal bolest a přes vědomí zákerné nemoci působil dojmem plného zdraví, duševní svěžesti, pracovního nadšení a plánů do budoucna.

Po dokončení studia se věnoval oboru ortopedické chirurgie ve fakultní nemocnici v Plzni a pak jako přímář ortopedického oddělení v Plané u Mar. Lázní. Odtud nastoupil místo přednosta rehabilitačního oddělení fakultní nemocnice v Plzni, kde působil ve funkci krajského odborníka 7 let. Uplatňoval své zkušenosti v nových disciplínách léčebné rehabilitace a vypracoval metodické postupy rehabilitace stavů po IM, rehabilitaci hemiplegií a dětské mozkové obrny. To bylo také předmětem jeho rozsáhlé publikační činnosti. Věnoval se rehabilitaci gerontů a stal se předsedou geriatrické komise České rehabilitační společnosti. Již jako student pracoval v ČSČK a získal odznak ČSČK I. stupně. Byl členem ČÚV ČSČK a členem městského výboru Socialistické akademie v Plzni.

V prim. dr. Zdeňku Kubínovi, CSc., ztrácí obor léčebné rehabilitace významného odborníka, jeho spolupracovníka vynikajícího učitele a organizátora a my všichni bodrého, srdečného a úpimného přítele.

Čest jeho památce!

prim. MUDr. Zdeněk Pešek,
odd. LR, FN v Plzni

A. REINBERG, M. H. SMOLENSKY

BIOLOGICAL RHYTHMUS AND MEDICINE. CELLULAR, METABOLIC, PHYSIOPATHOLOGIC AND PHARMACOLOGIC ASPECTS

Biologické rytmy a lékařství. Celulární, metabolická, fyziopatologické a farmakologické aspekty

Verlag Springer Verlag Berlin — Heidelberg — New York — Tokyo
1983

ISBN 3 — 540 — 90791 — 2

Otázkám biologických rytmů a problematice chronobiologie se věnuje v posledních letech velká pozornost. Objevují se nové a nové publikace a monografie, četné konference se zabývají touto zajímavou a významnou problematikou z nejrůznějších hledisek.

Ve své edici *Topics in Environmental Physiology and Medicine* vydává nyní nakladatelství Springer Verlag v New Yorku — Berlíně — Heidelbergu a Tokiu pozoruhodnou monografii Alaina Reinberga z Paříže a Michaela H. Smolenského z Houstonu o otázkách biologických rytmů a lékařství se zaměřením na aspekty celulární, metabolické, fyziopatologické a farmakologické. Monografie, dobře polygraficky vybavená, má celkem sedm kapitol, věnování, úvod, poděkování a seznam autorů. Věcný rejstřík ukončuje tuto bohatě ilustrovanou knihu. Každá kapitola má na závěr seznam literatury.

Knihu napsalo pět autorů z významných vědeckých institucí, převážně ze Spojených států, větší část je z pera hlavních autorů. Úvodní kapitola hovoří o chronobiologii, faktech a koncepci, druhá se zabývá metodikou vyšetření. Třetí a čtvrtá kapitola rozebírají otázky chronobiologie a celulární morfologie a chronobiologie a celulární proliferace s přihlédnutím k možnostem chronoterapie rakoviny. Pátá kapitola, která je poměrně rozsáhlá, věnuje pozornost otázkám lidské chronopatologie, šestá je významným příspěvkem k otázkám klinické chronofarmakologie a konečně sedmá, poslední kapitola hovoří o otázkách chronobiologie a výživy. Toto je stručný náčrt obsahu pozoruhodné monografie, která přináší celou řadu důležitých a významných informací o ob-

lasti chronobiologie a možnostech využití těchto poznatků v oblasti medicíny. Jednotlivé ilustrace, a je jich dost, dokumentují diskutované otázky a doplňují dobře obsahové zaměření jednotlivých kapitol recenzované monografie.

I když aplikace poznatků chronobiologie v klinické medicíně nepředstavuje zatím všeobecný jev, začíná si i klinický pracovník dnes všimnout této vědní oblasti. O existenci biologických rytmů nikdo nepochybuje, použití poznatků v široké lékařské praxi naráží však na mnoho překážek. Je faktem, že dnes se věnují této problematice již četná pracoviště, je však také pravdou, že poznatky získané experimentem nebo pozorováním zatím nenacházejí široké uplatnění. Reinbergova a Smolenského monografie přispívá svým způsobem dobrou informací a účelným postavením faktů do oblasti chronobiologie a lze si jen přát, aby podobných publikací a monografií bylo stále více a více.

Rehabilitace jako lékařský obor přijímá chronobiologické poznatky a v určitých případech dochází i k jejich aplikaci v rehabilitačních programech. Otázky hypertenze, otázky artritidy a otázky celé řady jiných, především chronických chorob představují zájem rehabilitace i z hlediska biorytmů.

Chronobiologie získá v budoucnosti jistě další poznatky důležité pro praktickou medicínu a dojde jistě k aplikaci těchto poznatků v široké lékařské praxi. A přejeme si, aby podobných publikací, jako je monografie Reinbergova a Smolenského o Biologických rytmech a lékařství, vycházelo stále více a více.

Dr. M. Palát, Bratislava

H. ROSKAMM

**KORONARERKRANKUNGEN. HANDBUCH DER INNEREN MEDIZIN.
BAND 9: HERZ UND KREISLAUF: TEIL 3**

Koronární choroba. Učebnice vnitřního lékařství. Svazek 9: Srdce a oběh.
3. díl

Vydal Springer Verlag, Berlin — Heidelberg — New York — Tokyo
1984

ISBN 3 — 540 — 13021 — 7

Springer Verlag v Berlíně, Heidelbergu, New Yorku a Tokiu vydává pravidelně jednotlivé svazky široce koncipované příručky vnitřního lékařství. Koronární choroba skupiny předních odborníků pod vedením prof. Roskamma z Centra pro rehabilitaci kardiaků v Bad Kronzingen představuje díl devátého svazku, věnovaného otázkám srdce a krevního oběhu. Jako píše prof. Roskamm v předmluvě této rozsáhlé monografie, prodělala koronární choroba srdce v posledních dvaceti letech tak rychlý vývoj, jaký nepoznala žádná oblast vnitřního lékařství. Před dvaceti lety koronární choroba srdce nebyla z hlediska kliniky velmi zajímavým onemocněním, její diagnostika a terapie byly na začátku. Základním diagnostickým opatřením byla registrace elektrokardiogramu, základním terapeutickým opatřením aplikace nitroglycerinu. Vývoj posledních dvaceti let ukázal právě na koronární chorobě všechny možnosti techniky a moderního farmaceutického průmyslu. Ukázal i na možnosti moderního rehabilitačního přístupu. A všemi těmito otázkami se zabývá monografie Roskammova. V celkem 45 kapitolách, doplněných početnými obrázky a tabulkami, autoři jednotlivých statí — a jsou to přední, nejen němečtí odborníci — rozebírají jednotlivé otázky moderní fyziologie, patofyziologie, diagnostiky a funkční diagnostiky, klinického obrazu jednotlivých forem koronární choroby srdce a terapeutických postupů od rehabilitace po betablokátory, antagonisty kalcia, nitrolátky, antikoagulantia a digitalis. V dalších kapitolách jsou zpracovány otázky aortokoronárních bypassů, problémy kardiochirurgie, otázky intrakoronární trombolýzy a problematika transplantace srdce. Závěrečné kapitoly se vrací k otázkám rehabilitace a začlenění koronárně nemocných i k otázkám psychosociálních opatření.

Věcný rejstřík ukončuje tuto pozoruhodnou, přehledně napsanou a účelně upravenou publikaci s pohledem i na potřebný detail. Jednotlivé kapitoly obsahují přehled literatury nejen k další orientaci, ale určené především pro další studium detailních problémů a specifikaci jednotlivých otázek rozebíraných v dané kapitole.

Roskammovi se podařil vydáním Koronární choroby čin, který uvítají všichni, kteří se zabývají otázkami ischemické choroby srdce — je to práce určená nejen klinikům internistům a kardiologům, ale i dalším odborníkům, protože toto onemocnění je možno posuzovat z různých aspektů. V Roskammově monografii najde dostatek informací rehabilitační odborník právě tak jako epidemiolog, či kardiochirurg. Kniha představuje syntézu současných názorů na otázky koronární choroby srdce s kritickým pohledem a racionálním vyjádřením odborníků, kteří na poli kardiologie mají velké zkušenosti a kteří vystihli centrální postavení této choroby v současné kardiologii. I když Roskammova monografie o koronární chorobě srdce je relativně velmi rozsáhlým dílem — polygrafické vybavení svědčí o velké péči nakladatelství Springer Verlag — čtenář se dobře orientuje, setkává se s fakty dobře seřazenými a zařazenými a získává tak informaci „up to date“. Pozoruhodný je i komplexní pohled, vyjádřený v jednotlivých kapitolách.

Roskammova monografie představuje současný vrchol v německé literatuře pro oblast koronární choroby srdce především i z toho hlediska, že výběr literatury přináší práce moderní a závažné pro tuto oblast. Věříme, že i tento díl rozsáhlé příručky vnitřního lékařství najde svoji cestu do široké klinické praxe a vybuduje si okruh nadšených čtenářů.

Dr. M. Palát, Bratislava

H. ZIMPRICH

KINDERPSYCHOSOMATIK

Psychosomatika u detí

Vydal Georg Thieme Verlag Stuttgart — New York 1984

ISBN 3 — 13 — 621 501 — X

Dr. Zimprich je pediater a jeho drobná publikácia je prehľadom psychosomatickej pediatrie, ako uvádza autor v predhovore. Na základe desaťročných skúseností vlastného dynamického konceptu, zaoberajúceho sa otázkami psychosomatiky u dieťaťa, predkladá autor spolu s ďalšími štyrmi spolupracovníkmi pozoruhodný pokus o systematiku týchto otázok v detskom lekárstve. Prvá a druhá kapitola hovorí o všeobecnej problematike psychosomatickej medicíny a psychohygienických a psychoterapeutických základných koncepciách. Ďalej sa autori zaoberajú základmi psychológie osobnosti, vývojovou psychológiou skorého detstva a otázkami diagnostiky a terapie vybraných psychosomatických ochorení detské-

ho veku, ako je anorexia nervosa, adipositas, poruchy gastrointestinálneho traktu, neurodermitis, asthma bronchiale, enuresis, psychogénna horúčka a podobne.

Vecný register ukončuje túto drobnú, ale významnú knižočku, ktorá predstavuje nový prístup pre myslenie pediatrov so zvýraznením psychosomatických akcentov v detskej patológii.

Niekoľko tabuliek a dve vyobrazenia dopĺňujú text publikácie, charakterizovaný vecným prístupom a multifaktoriálnym pohľadom na kauzalitu jednotlivých ochorení.

Knižočka je informujúca, poukazuje na nový prístup riešenia niektorých závažných otázok v modernej pediatrii.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

S. W. SCHEFF

AGING AND RECOVERY OF FUNCTION IN THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM

Starnutie a obnova funkcie centrálného nervového systému

Vydal Plenum Press New York and London 1984

ISBN 0 — 1306 — 41525 — 9

Monografia prof. Scheffa venovaná problematike starnutia a obnovy funkcií v centrálnom nervovom systéme je rozdelená do 10 kapitol, spracovaných jednotlivými autormi z rôznych univerzitných pracovísk v Spojených štátoch. V prvej kapitole sa hovorí o dlhovekosti, chorobe a autoimúnnych reakciách po fokálnych kortikálnych poraneniach. V druhej o starnutí a hypotalamickej regulácii metabolických autonómnych a endokrinných funkcií. Tretia sa zaoberá morfológickým meraním starnutia kortexu u krýs. V ďalších kapitolách autori hovoria o jednotlivých aspektoch mozgového poškodenia v starobe, o vzťahu niektorých štruktúr v mozgu k serotonínu a jeho vplyve na cyklické reprodukčné funkcie, o konsekvenciách v oblasti správania sa následkom úrazu, o otázkach analýzy pri mozgových poraneniach, o obnove funkcie a starnutia. Posledné kapitoly sa zaoberajú ve-

kom, poškodením mozgu, a obnovou správania, vekom, obnovou pri mozgovom poškodení. Táto kapitola je veľmi zaujímavá, lebo prináša prehľad klinických štúdií. Konečne posledná kapitola sa zaoberá obnovou funkcií pri senilnej demencii Alzheimerovho typu. Vecný register ukončuje túto pozoruhodnú a modernú monografiu, ktorej jednotlivé kapitoly napísali odborníci v anatómii, neurológii, psychológii, fyziológii, neurochirurgii, psychológii a preventívnom lekárstve. Každá kapitola prináša na záver prehľad literatúry a je dokumentovaná početnými obrázkami, fotografiami, tabuľkami a grafmi.

Problém starnutia a problém radiacích funkcií, ktoré sú prezentované mozgovými štruktúrami, je problémom základnej dôležitosti nielen v oblasti experimentálnej, ale predovšetkým v oblasti klinickej medicíny. Proces starnutia, ktorý je vyjadrením priebehu biologických funkcií,

sa dá študovať, môže sa spomaliť, nie je však možné podľa súčasných poznatkov zabrániť mu. Množstvo dát a informácií, ktoré poskytuje súčasná teoretická aj praktická medicína, poukazuje stále na niektoré otázky, stojace v popredí celého tohto procesu. Jednu zo základných úloh

tu iste zohráva oblasť centrálného nervového systému. Je preto potrebné uvítať Scheffovu monografiu, ktorá rieši niektoré základné otázky starnutia vo vzťahu k obnove funkcií v centrálnom nervovom systéme.

Dr. M. Palát, Bratislava

D. HOHMANN, B. KÜGELGEN, K. LIEBIG, M. SCHIRMER
NEUROORTHOPÄDIE 1.

Neuroortopédia 1.

Vydal Springer Verlag Berlin — Heidelberg — New York — Tokyo
1983

ISBN 3 — 540 — 12 145 — 5

Prvý zväzok Neuroortopédie je venovaný otázkam ochorení krčnej chrbtice s účasťou nervového systému. Ide o výsledky pracovného zasadnutia, ktoré venovalo pozornosť aktuálnej problematike ochorení krčnej chrbtice a účasti nervového systému. Dlhú dobu sú známe snahy o vytvorenie interdisciplinárnej oblasti, kde by sa koordinovali názory ortopédov, neurológov, neurochirurgov a ostatných odborníkov na otázky porúch krčnej chrbtice, ich diagnostiky, terapie a výskumu.

Zväzok, ktorý vydáva vydavateľstvo Springer Verlag, venuje pozornosť práve tejto problematike. V celom rade prác z rôznych pracovísk a od autorov rôzneho profesionálneho zamerania sa rozoberajú otázky funkčnej anatómie krčnej chrbtice, otázky dynamiky a morfológie, problematika klinického neurologického vyšetrenia krčnej chrbtice, sú tu zaradené príspevky o neurologickej diagnostike a diferencijálnej diagnostike pri bolestiach v oblasti chrbta a ramena, otázky možností neuro-rádiologických vyšetrovacích metód, problematika neurofyziologických vyšetrovacích metód a otázky ďalších vyšetrení. Ďalšie práce sa zaoberajú pseudoradikulárnymi syndrómami, indikáciami a kontraindikáciami manuálnej terapie pri týchto syndrómoch, otázkami porúch sluchu a rovnováhy pri vertebrobaziliárnej insuficiencii. Niekoľko prác venuje pozornosť operáciám diskov v oblasti cervikálnej chrbtice a otázkam myelopatií. Hovorí sa o vertebrogénnej insuficiencii artéria vertebralis, rozoberajú sa otázky traum v oblasti cervikálnej chrbtice. Mäkké poranenia, manuálnoterapeutické zákroky pri

mäkkých poraneniach predstavujú ďalšiu oblasť. Záverečné práce tohto prvého zväzku Neuroortopédie venujú pozornosť otázkam posudzovania poranenia chrbtice pri autoúrazoch a problematike rehabilitácie priečných lézií miešnych v oblasti cervikálnej chrbtice. Jednotlivé práce sú dokumentované početnými obrázkami, grafmi, tabuľkami a perovkami. Prehľad literatúry je na konci každej práce. Poruchy chrbtice všeobecne a porucha cervikálnej chrbtice špeciálne predstavujú jednu zo základných oblastí medicínskeho záujmu. Nejde tu iba o záujem špeciálnych lekárskejších disciplín, ide tu predovšetkým o komplexný prístup k týmto otázkam. Neuroortopédia 1 je zväzkom, ktorý prezentuje tento komplexný prístup. Preto tu nájdeme mnohé cenné informácie nielen ortopédi a neurológovia, ale aj otorinolaryngológovia a rehabilitační odborníci. Kniha je dobre dokumentovaná, jednotlivé práce svedčia o vysokej odbornej úrovni autorov jednotlivých príspevkov. Springerovo nakladateľstvo tým, že vytvorilo nový edičný rad venovaný interdisciplinárnej oblasti neuroortopédie, prispieva k informovanosti širšej medicínskej oblasti komplexným spôsobom. Poruchy chrbtice a chrbticových útvarov predstavujú v súčasnosti „crux medicorum“ tak z hľadiska diagnostiky, diferencijálnej diagnostiky, ako z hľadiska terapie a možností použitia rehabilitačných metód, vrátane techník modernej manuálnej medicíny. Je preto potrebné uvítať každú publikáciu s takýmto komplexným prístupom.

Dr. M. Palát, Bratislava

D. HOHMANN, B. KÜGELGEN, K. LIEBIG, M. SCHIRMER
NEUROORTHOPÄDIE 2.

Neuroortopédia 2

Vydal Springer Verlag, Berlín — Heidelberg — New York — Tokyo
1984

ISBN 3 — 540 — 12219 — 2

Zväzok prináša práce z druhej pracovnej konferencie o pokrokoch na poli neuroortopédie, ktorá sa konala v roku 1983 v Erlangene. Tematicky táto práca nadväzuje na prvý zväzok tohto edičného radu, ktorý prináša práce o ochoreniach krčnej chrbtice a účasti nervového systému.

Druhý, zatiaľ posledný zväzok venuje pozornosť ochoreniam lumbálnej chrbtice a účasti nervového systému. Je výsledkom spolupráce rôznych odborníkov — neuroológov, ortopédov, neurochirurgov, traumatológov a ostatných.

Jednotlivé práce predstavujú súčasný pohľad na diskutované otázky a sú zoradené do 7 častí. Vecný register ukončuje celý zväzok.

V prvej časti sa hovorí o morfológii a funkčnej anatómii lumbálnej chrbtice a o susediacich nervových štruktúrach, o anomáliách chrbtice z pohľadu lekárskej genetiky. Druhá, rozsiahlejšia časť, venuje pozornosť diagnostike, klinickému vyšetreniu, počítačovej tomografii, myelografii, elektromyografii a ostatným vyšetrovacím metódam, pričom dôraz, ako to zdôrazňuje svetový trend, sa kladie na počítačovú tomografiu. Ďalšia časť sa zaoberá traumatológiou lumbálnej chrbtice, otázkami poranení, problematikou biomechaniky a otázkami rehabilitácie. Štvrtá časť venuje pozornosť úzkemu lumbálnemu

spinálnemu kanálu — hovorí o diagnostike, terapii a klinike, o otázkach ďalších symptómov a syndrómov. V piatej časti sa rozoberajú tumory, ich včasná symptomatika a prognóza, vrátane metastatických procesov.

Posledné dve časti prinášajú práce vysokého klinického významu — poruchy intervertebrálnych diskov a otázky pseudoradikulárnych syndrómov. Tieto dve oblasti modernej neuroortopédie sú stredobodom pozornosti nielen chirurgov a neuroológov, ale aj rehabilitačných odborníkov, pretože predstavujú oblasť kompetentnú pre modernú rehabilitačnú starostlivosť.

Jednotlivé práce sú bohato dokumentované fotografiami, schémami, tabuľkami a röntgenmi, vrátane CT.

Kongresový zväzok prináša vysoko aktuálnu problematiku širokého praktického významu pri veľkom výskyte ochorení chrbticových štruktúr v oblasti lumbálnej. Je bezpochyby prínosom pre každého, kto sa stretáva s ochoreniami lumbálnej chrbtice s celou pestrou škálou príznakov následkom týchto ochorení. Celý zväzok je inštruktívny, s bohatým obsahom, uvedeným na súčasný stav poznatkov. Prednosťou bezpochyby je, že cielene a zo všetkých pohľadov rieši čiastkovú problematiku neuroortopédie lumbálnej chrbtice.

Dr. M. Palát, Bratislava

W. BERGER, V. DIETZ, A. HUFSCHEMIDT, R. JUNG, K., H. MAURITZ,
D. SCHMIDTBLEICHER

HALTUNG UND BEWEGUNG BEIM MENSCHEN

Postoj a pohyb u človeka

Vydal Springer Verlag Berlin — Heidelberg — New York — Tokyo
1984

ISBN 3 — 540 — 13 065 — 9

Pomerne málo rozsiahla publikácia o pohybe a postoji u človeka je kolektívnym dielom niekoľkých autorov — klinických neuroológov, neurofyziológov a športových fyziológov. Zaoberá sa fyziológiou, patofyziologickým vývojom chô-

dze a športovým tréningom na základe skúseností z osemročnej spolupráce autorov tejto monografie. Fyziológia pohybu podľa Mayera sa študovala mnoho rokov v laboratórnych podmienkach s prihliadnutím na jednotlivé mechanizmy a

reflexy. Nový metodický prístup, predovšetkým využitie telemetrie, prináša veľa nových poznatkov do tejto oblasti a prispieva ku komplexnému obrazu. Autori tieto stanoviská zdôrazňujú v úvode svojej publikácie. Publikácia samotná má celkom šesť kapitol, prehľad obsahu v nemčine a angličtine, vecný a menný register. Kniha má veľa ilustračného materiálu — 70 obrázkov a tabuľky.

Prvá kapitola venuje pozornosť fyziológii pohybu u človeka s prizretím na motorické učenie, športový výkon a vplyv neurologických porúch na postoj a pohyb človeka. Druhá kapitola sa zaoberá otázkami fyziológie a patofyziológie vzpriameného postoja. V tretej kapitole sa hovorí o elektrofyziológii komplexného priebehu pohybu, o pohybe charakterizujúcom chôdzu, beh, rovnováhu a pád. V ďalšej štvrtej kapitole je v krátkosti znázornený vývoj chôdze u dieťaťa, piata kapitola sa podrobne zaoberá poruchami

chôdze a rovnováhy u spinálnych a mozgových lézií. Konečne šiesta, záverečná kapitola, venuje pozornosť športovému silovému tréningu a základom výskumu motoriky. Každá kapitola má súhrn v nemčine, angličtine a stručný prehľad literatúry poukazujúcej na otázky rozobrané v danej kapitole.

Niet veľa publikácií z oblasti fyziológie a patofyziológie pohybu. Kolektívna publikácia skupiny autorov Bergera, Dietza, Hufschmidta, Junga, Mauritzu a Schmidtleichera je jednou z tých, ktoré venujú pozornosť otázkam postoja a pohybu u človeka s prihliadnutím na sledovanie pomocou moderných vyšetrovacích techník. Je to monografia plná informácií, vhodná pre športových fyziológov, ako aj pre rehabilitačných odborníkov, pre neurofyziológov aj neuroológov. Je podnetná a poukazuje na niektoré základné problémy fyziológie a patofyziológie pohybu.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

G. GOLDSTEIN

ADVANCES IN CLINICAL NEUROPSYCHOLOGY, Vol. 1.

Pokroky v klinickej neuropsychológii, zv. 1

Vydalo vydavateľstvo Plenum Press, New York and London 1984

ISBN 0 — 306 — 41502 — X

Vydavateľstvo Plenum Press v New Yorku vydáva roku 1984 prvý zväzok Pokrokov v klinickej neuropsychológii, ide o začiatok edičného radu, ktorý bude prinášať práce z oblasti klinickej neuropsychológie — vedecké aj klinické. Prvý zväzok prináša niektoré práce, ktoré predstavujú výsledky výskumu pracovníkov psychiatrickej kliniky a iných psychiatrických inštitúcií v Pittsburghu. Po úvodnej kapitole zostavovateľa zväzku prof. Goldsteina, sú zaradené práce o súčasnom vývoji v klinickej neuropsychológii (O. A. Parsons), o spontánnej úprave a úspechu terapie u afázií (N. Helm — Estabrooks, O. L. Holland), o neuropsychologickom vyšetrovaní psychiatrických pacientov (G. Goldstein). Ďalšia kolektívna práca hovorí v prehľade o Alzheimerovej chorobe a príslušných dementných stavoch. Ďalšia práca je venovaná otázkam vyšetrovania pamäti (N. Butters, P. Miliotis, M. S. Albert, D. S. Sax). Záverečná práca rozoberá otázky úpravy

funkcie pri poruchách mozgu (E. M. Stricker, M. S. Zigmund). Vecný register ukončuje tento pozoruhodný zväzok nového edičného radu, jednotlivé práce sú dobre dokumentované, majú grafy a uvedené príslušnú literatúru. Kniha je vytlačená rotaprintovou technikou, ktorá zabezpečuje rýchlu výrobu, a tým rýchly prenos informácií.

Neuropsychológia ako interdisciplinárny odbor je v súčasnosti vo vývoji. Neuropsychologické funkcie sa dajú hodnotiť a na základe tohto hodnotenia sa môže dôjsť k určitým diagnostickým záverom a pochopteľne, k terapeutickým a rehabilitačným konzekvenciám.

Goldsteinov prvý zväzok je progresívne zameraný, prináša niektoré veľmi aktuálne práce. Adekvátne informácie tu získajú nielen psychológovia a psychiatri, ale aj neuroológovia a ostatní odborníci, ktorí sa zaoberajú úpravou nervových funkcií poškodených patologických procesov.

Dr. M. Palát, Bratislava

M. SHIPLEY

RHEUMATISCHE ERKRANKUNGEN

Reumatické choroby

Hippokrates Verlag, Stuttgart 1984

ISBN 3 — 7773 — 0652 — 5

V ediční řadě ZFA (Zeitschrift für Allgemeinmedizin) vychází v roce 1984 drobná publikace, překlad z anglického originálu, věnovaná reumatickým chorobám, jde o malý kapesní atlas, obsahující vedle textové části i obrazovou, se 159, většinou barevnými fotografiemi, ilustracemi, nákresey, vedle celé řady rentgenových snímků.

Atlas má celkem sedm kapitol, úvod a věcný rejstřík. Postupně jsou diskutovány otázky osteoartróz periferních kloubů, reumatoidní artritidy, problematika bolesti v oblasti zad a dolních končetin. V další části věnuje autor pozornost akutní monoartritidě a oligoartritidám a konečně

poslední část se zabývá problematikou pomůcek pro reumatiky.

Německý přehled anglického originálu vyhotovil Dr. Stähle.

Kapesní atlas, věnovaný oblasti chorob reumatického kruhu, je dobrým a praktickým příspěvkem pro všechny lékaře, kteří se s touto problematikou ve své praxi zabývají. Text je stručný, ale dobře napsaný, svědčí o velkých praktických zkušenostech autora; obrazová část, která vlastně představuje jádro celé publikace, tvoří nutnou, účelnou a reprezentativní dokumentaci pro jednotlivé kapitoly tohoto atlasu. Kniha má malý, kapesní formát, polygrafická úprava je vynikající.

Dr. M. Palát, Bratislava

C. V. GRANGER, G. E. GRESHAM

FUNCTIONAL ASSESSMENT IN REHABILITATION MEDICINE

Funkční hodnocení v rehabilitačním lékařství

Williams and Wilkins, Baltimore — London 1984

ISBN 0 — 683 — 03731 — 5

Funkčnímu hodnocení věnuje současná rehabilitace stále větší a větší pozornost. Je to proto, že si dnes nemůžeme představit komplexní rehabilitační program bez složky funkčního hodnocení. Dnes existuje celá řada pracovišť, zaměřených speciálně na tuto oblast moderní rehabilitace. Prof. Granger a prof. Gresham z Kliniky rehabilitačního lékařství Státní univerzity v Buffalo v Novém Yorku připravili ve spolupráci s velkou řadou významných odborníků a vydali v nakladatelství Williams a Wilkins v Baltimore a v Londýně velmi žádanou a zajímavou monografii, která se zabývá otázkami funkčního hodnocení v rehabilitační medicíně. Kniha má celkem dvaadvacet kapitol. Po úvodní kapitole, která charakterizuje potřebu standardní terminologie a klasifikace (mimo jiné je tu uvedena základní koncepce klasifikace Světové zdravotnické organizace — tato klasifikace byla i u nás přeložená a vyšla jako suplementum č. 28 časopisu Rehabilitácia v roce 1984) se v jednotlivých kapitolách autoři zabývají prakticky všemi otázkami a aspekty hodnocení

v rehabilitaci. Jsou tu diskutované všeobecné základy evaluace, je hovořeno o procesu moderní rehabilitace jako multidisciplinárním systému s příslušným klinickým a metodickým instrumentáři, zajímavé jsou kapitoly o otázkách aplikace funkčního vyhodnocení z pohledu výzkumu, o funkčním hodnocení v programu evaluace pro oblast rehabilitačního lékařství a konečně kapitoly věnované klinickým problémům — otázce funkčního hodnocení v tzv. rehabilitačním ošetřovatelství, funkčního hodnocení u starých osob, funkčního hodnocení u mentálně retardovaných. Všechny kapitoly této pozoruhodné monografie jsou cenným příspěvkem a objevným vyjádřením snah o funkční hodnocení v rehabilitačním procesu.

Monografie je značně rozsáhlá, má více než 400 stran dobře připraveného textu, dobře napsaného a doplněného potřebnými tabulkami. Věcný rejstřík ukončuje tuto jistě velmi očekávanou monografii.

Rehabilitace jako multidisciplinární lékařský obor potřebuje vedle metodických navodů, teoretických prací a synoptických přehledů beze sporu práce, které věnují

pozornosť posudzovania a hodnotení postihnutých funkcií u pacientů prichádzajúcich do rehabilitačných programů.

Protože většinou jde o onemocnění, která jsou chronická, multilující a invalidizující, je funkční hodnocení a posouzení především zbytkových funkcií jednou ze základních podmínek pro úspěšně plánovaný a realizovaný rehabilitační proces.

Grangerova a Greshamova monografie o funkčním hodnocení v rehabilitačním lékařství splňuje všechny požadavky na

moderně koncipovanou, účelně zaměřenou, dobře napsanou a informující příručku, určenou pro širokou lékařskou rehabilitační praxi. Její široký záběr a její zpracování vyplňují přání všech odborníků v oblasti rehabilitace a svědčí o tom, že byla napsána z praxe pro praxi. Monografie o funkčním hodnocení je cenným příspěvkem pro každého, kdo se zabývá otázkami moderní rehabilitace v širokém záběru.

Dr. M. Palát, Bratislava

E. KRAUSSE

ERNST HAECKEL

BSB B. G. Verlagsgesellschaft, Leipzig 1984

Bestell — Nr. 666 1488

V edičnom rade životopisov vynikajúcich prírodovedcov, technikov a lekárov vychádza ako 70. zväzok biografia Ernsta Haeckela, ktorú pripravila doktorka Krausseová.

Ernst Haeckel patrí medzi vynikajúcich učencov 19. stor. a 150. výročie jeho narodenia dalo podnet autorke, aby sa zamyslela nad životným dielom tohto vynikajúceho zoológa. Ernst Haeckel, ktorý študoval na berlínskej univerzite medicínu a neskôr sa stal asistentom profesora Rudolfa Virchowa, venoval pozornosť predovšetkým oblasti zoológie. V roku 1861 sa habitoval na Lekárskej fakulte v Jene a získal docentúru pre porovnávaciu anatómiu. Je jedným z tých, ktorí prispeli svojimi prácami oblasti antropológie, alebo histórie vývoja človeka. Spolu s Darwinom je jedným z tých, ktorí

venovali pozornosť problematike fylogenezy. Roku 1909 dostal profesor Haeckel čestný doktorát ženevskej univerzity. Doktorka Krausseová sleduje životnú cestu profesora zoológie Haeckela v jej jednotlivých etapách. Prednášky zoológie boli v tom období súčasťou štúdiá na Lekárskej fakulte a Haeckel venoval pozornosť vo svojej práci predovšetkým otázkam embryológie a porovnávejcej anatómie.

Biografia o Ernstovi Haeckelovi je malým príspevkom, ktorý upozorňuje na význam tejto osobnosti, predovšetkým pre porozumenie vývoja jedinca. Jeho vedecko-materialistický svetový názor a jeho práca prispeli k tomu, že Darwinova vývojová teória našla vo vede to miesto, ktoré jej právom prislúcha.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

H. HECK, W. HOLLMANN, H. LIESEN, R. ROST

SPORT: LEISTUNG UND GESUNDHEIT

Sport: Výkon a zdravie

Vydavateľstvo Deutscher Ärzte Verlag GmbH, Kolín 1983

ISBN 3 — 7 691 — 0 083 — 2

V roku 1982 sa konal v Kolíne nad Rýnom kongres športových lekárov. Jednotlivé práce, ktoré odznali v programe tohto kongresu, vydávajú teraz dr. Heck, prof. Hollmann, prof. Liesen a prof. Rost, ako zborník. Tematika tohto kongresu bola rôznorodá a jednotlivé práce, ktoré tvoria zborník, sú zadené do jednotli-

vých častí: fyziológia, ergometria, biochémia, kardiológia, prevencia a rehabilitácia, výkonnostný šport, ortopédia a bio mechanika.

Autorský register ukončuje tento relatívne rozsiahly zborník jednotlivých prác, ktoré sa zameriavajú na aktuálne otázky športovej medicíny, s dôrazom na moder-

nú problematiku fyziológie a biochémie výkonnosti, otázky biochemických parametrov a otázky výkonnostného športu. V programe kongresu sa nezabudlo ani na otázky súčasnej prevencie a rehabilitácie a jednotlivé práce hovoria predovšetkým o rehabilitácii v kardiológii, kde sú rozoberané otázky problematiky športového zafaženia u starších ľudí a otázky možností telesného zafaženia u diabetikov.

Jednotlivé práce sú dobre dokumentované, prinášajú vlastné pozorovania a výsledky a poukazujú na súčasnú problematiku súčasného lekárstva a jednotlivých medicínskych odborov. Športové lekárstvo predstavuje oblasť medicíny, ktorá sa zaoberá predovšetkým fyziológiou výkonnostného športu a následkami preťaženia, či úrazu pri športovej činnosti. Kongres

v Kolíne nad Rýnom venuje pozornosť okrem týchto otázok aj oblasti kardiakov, kde fyzická aktivita, telesné zafaženie a športová činnosť predstavujú jednu z možných spôsobov súčasnej rehabilitácie a prevencie. Prostriedky telesnej aktivity hrajú v súčasnosti základnú úlohu v pohybovom programe dlhodobej rehabilitácie u pacientov s kardiovaskulárnymi chorobami.

Zborník prác z kolínskeho kongresu, ktorý je určený predovšetkým športovým lekárom, iste nájde aj u ostatných klinických lekárov, predovšetkým kardiológov a rehabilitačných lekárov, záujem jednoducho preto, že je podnetný, informujúci a prináša určité stanoviská.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

K. P. BECKER a kol.

REHABILITATIONSPÄDAGOGIK

Špeciálna pedagogika

VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1984

ISBN 0138 — 1725

Špeciálny pedagóg európskeho mena, profesor Becker so svojimi spolupracovníkmi pripravil túto učebnicu, ktorá z viacerých aspektov prezentuje nový, moderný prístup k základným otázkam špeciálnej pedagogiky. Ide o druhé, prepracované vydanie.

Termín „Rehabilitationspädagogik“, ktorým autori svoju učebnicu nazvali, je totožný s odborom, ktorý v NDR korešponduje s našou „špeciálnou pedagogikou“. V NDR sa pod „Rehabilitationspädagogik“ (v ďalšom texte budeme uvádzať len naše synonymum — špeciálna pedagogika) chápe „veda o výchove a vzdelávaní postihnutých jedincov z aspektu rehabilitácie“. V celej práci výrazne dominuje úsilie autorov o celostné chápanie špeciálnej pedagogiky, keď napr. ani v názvoch kapitol nenachádzame pomenovanie jednotlivých disciplín špeciálnej pedagogiky.

Úvodné dve kapitoly práce (s. 17 — 116) sú krátkym, historickým náčrtom vývoja špeciálnej pedagogiky v NDR a analýzou postavenia špeciálnej pedagogiky v socializme. Autori charakterizujú jednotlivé medzníky výstavby socialistickej špeciálnej pedagogiky.

Ďalšiu kapitolu (s. 122 — 216) venovali autori charakteristike osobnosti a jednotlivých prejavov postihnutého jedinca. Pri preberaní jednotlivých prejavov postihnutého jedinca autori ponúkajú veľmi komplexný pohľad od vývinu osobnosti, cez nápadnosti procesu učenia, osobitosti myslenia, reči, motoriky, až po problémy sociálnej adaptácie a ďalšie typické znaky. Pritom celú analýzu sprevádza úsilie autorov vychádzať z dialektického poňatia vonkajších a vnútorných podmienok, determinujúcich vývin postihnutého jedinca.

Pojem, predmet a disciplíny špeciálnej pedagogiky sú náplňou štvrtej a piatej kapitoly (s. 220 — 277). Autori analyzujú vzťahy: pedagogika — špeciálna pedagogika, špeciálna pedagogika — a jej disciplíny. Oceniť treba napmä tie časti, ktoré opisujú jednotlivé „špeciálne výchovy“ motoriky, zmyslov, myslenia atď.

Ďalšie tri kapitoly (s. 279 — 368) sa už týkajú samotného procesu výchovy a vzdelávania postihnutého jedinca. Autori postupovali veľmi metodicky: vychádzali zo všeobecnej charakteristiky procesu výchovy a vzdelávania a na tejto báze definovali osobitosti procesu výchovy a vzdelá-

vania postihnutých jedincov, ako aj metódy, ktoré sa tu aplikujú. Prínosom je tu aj rozsiahla kapitola o známych aj menej známych technických pomôckach, aplikovaných v špeciálnej pedagogike. Autorom nešlo o opis technických parametrov, obmedzili sa na ilustrácie jednotlivých prístrojov. Koncentrovali sa na praktické možnosti využívania jednotlivých prístrojov v špeciálnej pedagogike.

Práca vrcholí dvoma kapitolami (s. 369 — 421), ktoré majú organizačno-legislatívno-terminologické zacielenie. Prináša viacero zaujímavých informácií (napr. údaje o výskyte jednotlivých porúch v NDR, členenie systému vzdelávania postihnutých z aspektu kategórie postihnu-

tia, veku aj ekonomického aspektu). Trochu netradične — až na konci — sa autori zamýšľali nad terminologickými otázkami v špeciálnej pedagogike.

Vcelku možno konštatovať, že odborní pracovníci v NDR majú k dispozícii dielo, ktoré moderným spôsobom spracováva základné problémy špeciálnej pedagogiky. Autori pristúpili k riešeniu týchto otázok trochu inak, než podobné zhrňujúce diela u nás: s väčším kolektívom autorov (spolu 22), s väčším akcentovaním ideologickej stránky problematiky, aj s väčším úsilím o praktické zacielenie práce.

*doc. I. Drobný,
dr. V. Lechta, Bratislava*

U. HEIM, J. BALTENSWEILER
CHESKLISTE TRAUMATOLOGIE. 2. prepr. vyd.
George Thieme Verlag, Stuttgart 1984
ISBN 3 — 13 — 598 102 — 9

Vydavateľstvo Georg Thieme Verlag v Stuttgarte vydáva obľúbenú edíciu, ktorá venuje pozornosť základným otázkam každého odboru. Prehľadnou formou sú spracované jednotlivé problémy každej medicínskej disciplíny. Aj oblasť traumatológie je podobným spôsobom spracovaná a predstavuje prehľad „up to date“. Všíma si vyšetrovaciu taktiku a vyšetrovaciu techniku a postupne rozoberá otázky poranenia kože a mäkkých častí — lebky, mozgu, krku, chrbtice, pletenca hornej končatiny, vrátane ruky, hrudníka, krku, pletenca dolnej končatiny, vrátane všetkých

kĺbov. Jednotlivé otázky sú prehľadne usporiadané tak, že prenos informácie je veľmi rýchly. Prehľadnosť ešte zvyšuje farebné delenie, ktoré zvýrazňuje rýchlu orientáciu potrebnú pre rýchle rozhodnutie s eventuálnou intervenciou. Jednotlivé rozoberané problémy majú početné ilustrácie, ktoré charakteristicky znázorňujú traumatologické, eventuálne chirurgické postupy pri terapii. Vecný register uzatvára relatívne malú, no obsahovo bohatú príručku, ktorá ist nájde veľa záujemcov v radoch traumatologických chirurgov.

Dr. M. Palát, Bratislava

M. MATEJ a kol.
SAUNA V PREVENČII A TERAPII CHORŔB
Martin, Osveta 1984

Významnou a jedinečnou publikáciou, zaujímavou prvenstvo v našej zdravotníckej literatúre, je dielo dr. Mateja a kol. Dr. Matej zmobilizoval našich a niektorých zahraničných saunológov ku kolektívnej práci pri napísaní a vydaní tejto potrebnej knihy. Obsah knihy je rozdelený na 3 časti, a to:

1. Všeobecné poznatky o saune a saunovaní.
2. Účinky sauny na orgánové systémy z hľadiska prevencie a terapie.

3. Využitie sauny v niektorých lekárskech odboroch.

Prvá kapitola je venovaná historickému vývoju sauny v jednotlivých štátoch, hlavne vo Fínsku, a vykresľuje dejiny sauny u nás. Matej demonštruje niekoľkými slovami priekopnícku prácu dr. Mikoláška ako nadšeného a úspešného propagátora saunovania u nás. Založenie klubu priateľov sauny a sauny Centra r. 1966 na čele s dr. Mikoláškom sa stalo ohniskom metodiky saunovania širokej verejnosti

nielen medzi zdravotníkmi. Novým medz-
níkom sa stalo založenie saunologickej
komisie pri Slovenskej fyziatrickej spo-
ločnosti roku 1974 a takto bol položený
základ klinickému výskumu účinku sauny
a metodiky jej používania, s indikáciami
tak zdravotníkmi, ako aj športovými.

Na ďalších stranách Matoušek, Příbyl,
Krýsa a Kadeřábek detailne venujú po-
zornosť mikroklíme sauny, analyzujú
účinky tepla a chladu pri saunovaní na
jednotlivé orgánové systémy, ako aj na
metabolické a biochemické procesy s do-
kumentovaním vlastných pozorovaní. Ma-
tej, predseda saunologickej komisie a or-
ganizátor VIII. medzinárodného saunolo-
gického kongresu v Piešťanoch r. 1982,
obširne rozoberá metodiku saunovania, ako
aj všeobecné indikácie a kontraindikácie.
Nemožno azda súhlasiť s presným dodržo-
vaním schémy v priebehu saunovania pri
väčších vodoliečebných prevádzkach a
zvlášť problematická je aplikácia sauny
pre ambulantných pacientov, ktorí po pro-
cedúrach nastupujú do pracovnej smeny.
Zaujímavé by bolo dozvedieť sa, koľko
sáun je u nás v liečebných, rekreačných
zariadeniach, v závodoch, telovýchovných
jednotách a na JRD. Iste nie je pravidlom,
aby sa záujemca o saunu podrobil pred-
bežnej orientačnej prehliadke. Výbornou
pomôckou pre prevádzkárov a majiteľov
sáun sú spomenuté prevádzkové podmien-

ky a hygienické zásady saunovania. V po-
tiarni je však nutné umiestniť hodiny
(pieskové presýpacie) na kontrolu času.
Ďalšie kapitoly knihy sú venované účin-
kom sauny na jednotlivé orgánové sys-
témy, a to z aspektu prevencie a terapie.
Kategoricky sa odmieta názor, aby sa
saunovanie využívalo na zníženie teles-
nej hmotnosti.

V ďalších statiach sú rozobrané účinky
sauny na dýchacie ústrojenstvo, a to hlav-
ne z hľadiska prevencie respiračnej infek-
cie. Sauna účinkuje priaznivo aj na psy-
chický stav, a tým len potvrdzuje názor
Fínov, „že v saune z človeka vyprchá hnev
a nenávisť“.

Na záver dr. Palát prehlasuje, že v ob-
lasti rehabilitácie saunovanie predbežne
nenašlo dostatok indikačných schopností,
čo súvisí predovšetkým s nedostatkom ob-
jektívnych údajov o chorobách, pri kto-
rých je saunovanie jedným z možných
spôsobov terapie. Dožaduje sa však kon-
troly pacienta, najmä po aplikácii sauny,
aby sa predišlo možným komplikáciami.
Publikácia je napísaná vzorovým spôso-
bom po stránke metodologickej a praktic-
kej. Odporúčať ju možno nielen zdravot-
níckym pracovníkom vo všetkých odbo-
roch, ale aj projektantom zdravotníckych
zariadení, aj JRD.

Dr. P. Škodáček, Piešťany

SPRÁVY Z USTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

**USTAV PRO DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ STŘEDNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V BRNĚ,
KATEDRA REHABILITAČNÍCH PRACOVNÍKŮ PŘIPRAVUJE NA ŠKOLNÍ ROK 1985/86
NÁSLEDUJÍCÍ SKOLÍCÍ AKCE**

K U R S Y

Kurs pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova
Určení: Pro rehabilitační pracovníky zařazené do dálkové formy k 1. 9. 1985

Místo konání: Brno

Termín: I. pololetí — 2 týdny

6. 1. — 17. 1. 1986

II. pololetí — 2 týdny

14. 5. — 25. 4. 1986

Náplň: Obtížnější úseky náplně pomaturitního specializačního studia

Kurs pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčba prací, I. rok studia
— celostátní

Určení: Pro rehabilitační pracovníky zařazené do dálkové formy pomaturitního specializovaného studia k 1. 9. 1985

Místo konání: Brno, Hrabyně

Termín: I. pololetí
II. pololetí

20. 1. 1986 — 31. 1. 1986 Brno

19. 5. 1986 — 30. 5. 1986 Hrabyně

Funkční kurs v organizaci a řízení zdravotnictví pro vedoucí pracovníky ÚNZ

Určení: Pro vedoucí rehabilitační pracovníky v ÚNZ, kteří řídí nejméně 15 pracovníků

Místo konání: Brno

Termín: 2 týdny

1 týden

20. 1. — 31. 1. 1986

30. 6. — 4. 7. 1986

Náplň: Obtížnější úseky stanovené náplně studia

Funkční kurs v organizaci a řízení zdravotnictví pro vedoucí rehabilitační pracovníky lázeňských organizací

Určení: Pro vedoucí rehabilitační pracovníky lázeňských organizací, kteří řídí nejméně 15 pracovníků

Termín: 2 týdny bude určen dodatečně

Místo konání: bude určeno dodatečně

Náplň: Obtížnější úseky stanovené náplně studia

Soustředění vyučujících studijního oboru RP na SZŠ — celostátní

Určení: Pro vedoucí studijního oboru RP a učitelky odborných předmětů

Místo konání: Brno

Doba trvání: 3 týdny

Termín: 30. 6. 1986 — 2. 7. 1986

Náplň: Zhodnocení II. ročníku čtyřletého studia a příprava na nové pojetí výuky ve III. ročníku

Tematický kurs ve spinálních cvicích — celostátní

Určení: Pro rehabilitační pracovníky ze zdravotnických a lázeňských zařízení

Místo konání: Pohořelice

Doba trvání: 1 týden

Termín: 14. 10. — 18. 10. 1986

Náplň: Teoretické a praktické zvládnutí spinálních a dechových cviků, jejich využití v léčebné rehabilitaci především jako prevence vertebrogenních poruch

Tematický kurs ve vybraných úsecích fyzikální terapie — celostátní

Určení: Pro rehabilitační pracovníky, kteří v uvedené problematice pracují

Místo konání: Brno

Doba trvání: 2 týdny

Termín: 10. 2. — 21. 2. 1986

Náplň: Elektrostimulace analgetická, elektrostimulace denervovaných svalů včetně moderní diagnostiky periférních paréz, diadynamické proudy, funkční elektrostimulace, elektromagnetické záření, vybrané úseky z fototerapie, ultrazvuk a další

ŠKOLÍCÍ MÍSTO

Školící místo v léčbě prací — celostátní

Určení: Pro rehabilitační pracovníky zařazené do pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčba prací k 1. 9. 1984

Místo konání: Hrabyně

Doba trvání: 2 týdny

Termíny: 26. 8. — 6. 9. 1985

9. 9. — 20. 9. 1985

23. 9. — 4. 10. 1985

7. 10. — 10. 10. 1985

21. 10. — 1. 11. 1985

4. 11. — 15. 11. 1985

18. 11. — 29. 11. 1985

Náplň: Uvedena ve výchovně vzdělávacích cílech

Školící místo v ambulantní ergoterapii — celostátní

Určení: Pro rehabilitační pracovníky ÚNZ, kteří pracují v ambulantní složce ergoterapie

Místo konání: Ostrava ZÚNZ — Hornická poliklinika

Doba trvání: 2 týdny

Termíny: 7. 10. — 18. 10. 1985

4. 11. — 15. 11. 1985

3. 2. — 14. 2. 1986

3. 3. — 14. 3. 1986

3. 3. — 14. 3. 1986

7. 4. — 18. 4. 1986

Náplň: Metodické postupy a praktické provádění ergoterapie u ambulantních pacientů

Školící místo v léčebné rehabilitaci dětského věku

Určení: Pro rehabilitační pracovníky, kteří pracují v uvedené problematice

Místo konání: Praha, rehabilitační oddělení fakultní dětské nemocnice v Motole

Doba trvání: 2 týdny

Náplň: Metodiky léčebné rehabilitace dětského věku odpovídající růstovým a vývojovým obdobím na úsecích interních, neurologických a chirurgických onemocnění

Školící místo v léčebné tělesné výchově u pórůrazových stavů — celostátní

Určení: Pro rehabilitační pracovníky, kteří pracují v pórůrazové rehabilitaci

Místo konání: Rehabilitační ústav Kladruby u Vlašimi

Doba trvání 2 týdny

Termíny: 7. 10. — 18. 10. 1985

11. 11. — 22. 11. 1985

Náplň: Individuální a skupinová léčebná tělesná výchova u nemocných po úrazech

Školící místo v léčebné rehabilitaci v rámci intenzivní pooperační péče v břišní a hrudní chirurgii

Určení: Pro rehabilitační pracovníky, kteří pracují na chirurgických odděleních ÚNZ

Místo konání: Brno, II. rehabilitační oddělení FNŠP, Ponávka

Doba trvání: 1 týden

Termíny: 21. 10. — 25. 10. 1985

24. 2. — 28. 2. 1986

3. 2. — 7. 2. 1986

3. 3. — 7. 3. 1986

17. 2. — 21. 2. 1986

Náplň: Metodika před a pooperační rehabilitační péče se zaměřením na oddělení intenzivní péče a resuscitace

B. Chlubnová, Brno

V Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně se uskutečnily ve dnech 22. 10. — 26. 10. 1984 a 5. 11. — 9. 11. 1984 závěrečné zkoušky po maturitního specializačního studia na úseku práce léčebná tělesná výchova. Studium úspěšně zakončilo a specializaci získalo 53 rehabilitačních pracovníků.

Bastlová Petra
Beranová Zdeňka
Brendlová Alena
Buková Marie
Burešová Vladimíra
Cachová Ivana
Čechová Hana
Černá Margita
Červenková Vlasta

VÚCHR Praha
FN Praha 10
OÚNZ Blansko
Čs. státní lázně, Teplice
KÚNZ Plzeň
OÚNZ Pardubice
LLÚ MV Karlovy Vary
OÚNZ Praha 2
ÚNZ Praha 10

Čeřovská Jana
Doležalová Zdeňka
Drobilová Bohumila
Elišková Daniela
Frňková Věra
Herudková Eva
Honomichlová Marie
Horáková Věra
Houserová Alena
Chroboková Tafána
Jičínska Eva
Kaďecová Věra
Kaliánová Miluše
Kalvasová Daniela
Kleinová Marcela
Klímová Alena
Kodlová Eva
Kratochvílová Marta
Kunešová Teresa
Martincová Ivana
Másilková Eva
Novotná Věra
Novotná Vlasta
Parmová Eva
Pelaj Lubomír
Pillerová Alena
Pluharová Radmila
Poláková Libuše
Ratajová Jana
Reslová Eva
Růžičková Marcela
Svoobodová Marie
Syslová Jana
Salbutová Eva
Sebelová Ludmila
Tomanek Antonín
Tůmová Eva
Váchalová Alena
Verchozinová Eva
Vojtěchovská Jitka
Vojtěchovská Miluše
Vonkovská Michaela
Zajícová Pavla
Moudrá Stanislava

Čs. státní lázně Vráž u Písku
OÚNZ Havlíčkův Brod
FNsP Praha 1
OÚNZ Šumperk
ZdÚ MV CSR Praha
RÚ Hrabyně, Chuchelná
KÚNZ Brno
OÚNZ Svitavy
Státní sanatorium Praha
KÚNZ Ostrava
IKEM Praha
OÚNZ Uherské Hradiště
OÚNZ Praha 3
MÚNZ Pízeň
OÚNZ Liberec
OÚNZ Praha 7
KÚNZ Hradec Králové
OÚNZ Ústí n. Orli.
OÚNZ Český Krumlov
OÚNZ Hradec Králové
FN Praha 2
KNsP Ostrava
OÚNZ Ústí n. Orli.
OÚNZ Chomutov
Čs. státní lázně Luhačovice
OÚNZ Pelhřimov
ZÚNZ UP Příbram
OÚNZ Praha 8
OÚNZ Jindřichův Hradec
ÚNZ NVP Praha
OÚNZ Strakonice
OÚNZ Praha 7
FN Motol, Praha 5
OÚNZ Karviná
KÚNZ Brno
Čs. státní lázně Ďarkov
OÚNZ Pízeň
ÚSP NVP Jedličkův ústav, Praha
ÚZZ Praha 2
OÚNZ Praha
ZÚNZ Praha 4
OÚNZ Praha 4
OÚNZ České Budějovice
RÚ Kladruby u Vlašimi

Závěrečné zkoušky pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčba prací se uskutečnily 19. 9. 1984 v Rehabilitačním ústavu v Kladrubech u Vlašimi. Studium bylo organizováno katedrou rehabilitačních pracovníků ÚDV SZP v Brně celostátně. Studium úspěšně zakončily a specializaci získaly 2 rehabilitační pracovnice.

Hrachovcová Jana
Kollárová Eva

KÚNZ Ostrava
FNsP Košice

B. Chlubnová, Brno

Autori poukazujú na pozorovanie, že u pacientov s dlhotrvajúcim podávaním inzulínu pri diabetes mellitus sa častejšie objavujú fibrózne uzly v mamme. Pri systematickom vyšetrení 88 pacientiek vo veku 20 až 40 rokov sa zistilo v 14 % prípadov, najmä u mladších žien, objavenie sa fibróznych uzlov v mamme. Histologicky išlo o fibrózu bez cystických zmien. Anomálie spojivového tkaniva pri dlhodobom podávaní inzulínu sú už dlho známe. Prejavujú sa ako cheiroartropatia, zmeny funkcie ľavej komory, zmeny pľúcnej elasticity a zmeny steny artérií. Teraz sa priraďujú do tejto skupiny aj fibrózne zmeny mammy.

(W. G. Soler, R. Khardon, Lancet, 1984/I., 8370, s. 193 — 194)

Asi v 30 až 60 % pacientov s náhlou cievnou mozgovou príhodou dochádza k manifestnej depresii. V štúdiu sa sledovali v čase 6 týždňov 34 takíto pacienti, ktorí dostávali v dvojitej slepej štúdiu buď placebo, alebo Nortriptylín (antidepresívum). Podrobili sa klinickému vyšetreniu a zhodnoteniu podľa škál na posudzovanie depresie. Pri podaní placebo došlo v prvých dvoch týždňoch k určitému zlepšeniu, ale po šiestich týždňoch bolo skóre charakterizujúce depresiu podstatne lepšie u pacientov, ktorí dostávali Nortriptylín. Autori neriešia otázku, či depresia je reakciou na telesné a duševné postihnutie následkom NCMP. Isté však je, že depresie u týchto pacientov existujú.

(J. R. Lipsey a spol., Lancet 1984/I. 8372, s. 297 — 300).

Už dávno je známe, že vazodilatačne pôsobiaci VIP (vazoaktívny intestinálny polypeptid) sa zúčastňuje na erekcii penisu. Táto skutočnosť sa dokázala na zvieratách. Deviatim pokusným osobám sa odobrali pri erekcii penisu krvné vzorky z corpus cavernosum. Konštatovalo sa, že došlo k zostupu koncentrácie spomenutého polypeptidu až 20-násobne. U pacienta s neurogénou a vaskulárnou impotenciou nedošlo k erekcii a vzostupu VIP. V ďalšej pokusnej sérii sa podával injekčne sterilizovaný VIP ako bolus do corpus cavernosum. Po podaní tohto polypeptidu došlo v priebehu 2 až 4 minút k erekcii penisu, ktorá trvala 15 až 30 minút. Tým sa preukázalo, že VIP spĺňa klasické kritériá ako neurotransmitter pri erekcii penisu u človeka.

(B. Ottesen a spol., Brit. Med. J., 288, 1984, 6410, s. 9 — 11).

Spermicídny účinok propranololu (betablokátor) je známy od roku 1973. U 198 sexuálne aktívnych žien vo veku 15 — 42 rokov sa aplikovala jedna tabletká propranololu (80 mg) každý večer do vagíny ako jediné kontraceptívum. K tarchavosti došlo iba u 5 žien, kým očakávaný počet tarchavých bol 82,2 zo 100 žien. Na základe Pearl-indexu sa zdá, že intravaginálne podávanie propranololu je z hľadiska antikoncepcie veľmi priaznivé v porovnaní s ostatnými metódami. Asi 18 % žien si stážovalo v prvých troch mesiacoch na ľahké pálenie vo vagíne.

(J. Zipper a spol., Z. G. Patel a spol., Brit. med. J., 287, 1983, 6401, s. 1245 — 1248)

aktuality aktuality

V jednej štúdií sa uvádzalo, že u pacientov s pečeňovou cirhózou sa pri použití propranololu znižuje tlak vo véna portae, a tým dochádza k signifikantnému poklesu krvácania z ezofageálnych varixov.

Autori práce nemohli pri novej štúdií u 48 pacientov tento efekt potvrdiť. Ich výsledky sú v kontraverzii s prvou štúdiou. Dochádzajú k názoru, že v pôvodnej štúdií išlo vyslovene o pacientov s alkoholickou pečeňovou cirhózou, zatiaľ čo v ich štúdií boli pacienti s rôznymi stupňami ochorenia a s rôznou príčinou. Zdá sa, že bude potrebná nová štúdiá, ktorá by definitívne vyjasnila túto problematiku.

(A. K. Burrough a spol., *New Engl. J. Med.*, 309, 1983, s. 1539 — 1542)

Autori opisujú 36-ročnú gravidnú ženu s pektanginóznymi ťažkosťami a zmenami na EKG. Koronarografia dokázala stenózu hlavnej vetvy ľavej koronárnej artérie o 80 až 90 % (koronarografia sa urobila za podmienok na ochranu plodu). V druhom trimestri sa pristúpilo teda k operácii bypassu, kde sa v priebehu 90 minút za podmienok extrakorporálnej cirkulácie urobili tri aortokoronárne anastomózy. Ďalší priebeh bol bez komplikácií, pacientka porodila v termíne a dieťa vážilo 3,2 kg.

(J. E. Majdan a spol., *Amer. J. Cardiol.*, 52, 1983, č. 8, s. 1145 — 1146).

Parížska epidemiologická štúdiá sa zaoberá otázkami vplyvu kávy na krvný tlak. U 6321 sledovaných stúpol krvný tlak systolický o 2,5 mmHg a diastolický o 0,8 mmHg, z toho 5430 bolo tých, ktorí pijú kávu, 891 tých, ktorí sú abstinenti. Pri porovnaní z hľadiska vekovej korektúry bol krvný tlak u abstinentov 125,6/79,8 mmHg oproti 130,3/81,8 mmHg u tých, ktorí konzumujú najmenej 5 šálok kávy za deň. Ako vidieť, spotreba kávy nemá signifikantný vplyv na vzostup krvného tlaku.

(T. Lang a spol., *Amer. J. Cardiol.*, 52, 1983, s. 1238 — 1242).

Autori z kliniky Mayo v Rochestri sledovali v prospektívnej dvojitej slepej štúdií 407 pacientov po aortokoronárnom bypasse s tým, že podávali jednej skupine placebo a druhej skupine antiagregačný prostriedok (Dipyridamol 4 x 100 mg 2 dni pred operáciou a spoločne s kyselinou acetylsalicylovou v dávke 3 x 75 mg Dipyridamolu a 3 x 325 mg kyseliny acetylsalicylovej od prvého pooperačného dňa). Pacientom sa urobila o 11 až 18 mesiacov po operácii angiografia. Pomer uzavretých anastomóz po prvom mesiaci sa znížil na 27 % u skupiny s placebom, na 16 % u skupiny s antiagregačnými prostriedkami. Prvý rok po operácii mala skupina s placebom 25 % nefunkčných anastomóz oproti 11 % anastomóz skupiny s antiagregačnými prostriedkami. Zdá sa, že profylaxia sa neprejaví iba v prvom pooperačnom mesiaci, ale aj neskoršie.

(J. H. Chesebro a spol., *New Eng. J. Med.*, 310, 1984, s. 209 — 214)