

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

2 OBSAH

<i>F. Dávidek</i> : Február 1948 a dnešok	65
PÔVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE	
<i>J. Vojaššák, E. Huraj sen., F. Makai</i> : Podiel rehabilitácie na liečbe osteoporózy v staršom veku	67
<i>M. Nýdrle, H. Veselá</i> : Rehabilitační cvičení po operaci kolenního kloubu II. část.	75
METODICKÉ PRÍSPEVKY	
<i>Z. Šos</i> : Vadné držení těla v předškolním věku	81
<i>M. Černý, E. Klásková</i> : Test soběstačnosti geronta v podmínkách léčebny dlouhodobě nemocných a jeho využití v rehabilitační péči	91
<i>M. Koronthályová</i> : Rehabilitácia chorých s lumboischiadickým syndrómom liečeným konzervatívne a chirurgicky	101
DOŠKOĽOVANIE	
<i>J. Vasilová</i> : Úlohy vedy v systéme vedecko-technickej revolúcie	109
HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ	
<i>J. Hutýra</i> : Úlohy nového rehabilitačného ústavu v Kováčovej	114
NOVÉ KNIHY	116
SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ	126
SPRÁVY Z INŠTITÚTOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP	127

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.

Rehabilitácia

Časopis pre otázky liečebnej a pracovnej rehabilitácie

VYDÁVA:

Inštitút pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov
v Bratislave vo Vydavateľstve OBZOR, n. p., ul. Československej
armády 35, 815 85 Bratislava

VEDÚCI REDAKTOR:

Doc. MUDr. RNDr. Miroslav Palát, CSc.

TAJOMNÍČKA REDAKCIE:

Viera Reptová

REDAKČNÝ KRUH:

Vlasta Bortlíková, Zuzana Brndiarová, Eva Dobrucká, prof. MUDr.
Zdeněk Fejfar, DrSc., Božena Chlubnová, MUDr. Vladimír Kříž,
doc. MUDr. Štefan Litomerický, CSc., doc. MUDr. RNDr. Miroslav
Palát, CSc. (predseda redakčného kruhu), prof. MUDr. Jan Pfeiffer,
DrSc., Jana Raupachová, doc. MUDr. Vladimír Raušer, CSc.,
MUDr. Jaroslava Smolíková, MUDr. Jaromír Stříbrný, MUDr. Mi-
roslav Tauchmann.

GRAFICKÁ ÚPRAVA:

Melánia Gajdošová

REDAKCIA:

Kramáre, Limbová 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
zahranicia prijíma PNS – Ústredná expedícia a dovoz tlače, Gottwal-
dovo nám. č. 6, 813 81 Bratislava

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

Indexné číslo: 49 561

Imprimatur: 11. 4. 1988

Číslo vyšlo v apríli 1988

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK XXI/1988

ČÍSLO 2

EDITORIAL...

FEBRUÁR 1948 A DNEŠOK

Už 40 raz si v Československej socialistickej republike pripomíname výročie Víťazného februára, ktorý navždy vstúpil do dejín ako historický prelom v dejinách nášho ľudu.

Na máloktorú udalosť v najnovších dejinách Československa reagovala naša história tak spontánne, ale aj suverénne, ako na Február 1948. Víťazný február úspešne dovŕšil dlhoročný zápas o zvrhnutie buržoázneho vykorisťovateľského poriadku, otvoril cestu k budovaniu socializmu v našej vlasti a posilnil pozície socializmu vo svete.

Február 1948 sa v našich dejinách stal základným predelom medzi dvoma epochami – medzi epochou triednych zápasov o politickú moc robotníckej triedy a epochu výstavby socializmu a komunizmu. Preto februárové víťazstvo československého pracujúceho ľudu nad reakciou svojím významom a svojimi výsledkami patrí medzi najslávnejšie a najsvetlejšie kapitoly v živote našich národov.

Naša národnodemokratická revolúcia sa vyvíjala k socializmu za celkom iných historických podmienok ako buržoáznodemokratická v Rusku. Formy triedneho a politického procesu prerastania národnej a demokratickej revolúcie v revolúciu socialistickú. Spojenie Februára 1948 so Slovenským národným povstaním i s protifašistickým odbojom boditeľ. „Pokojná cesta“ našej revolúcie bola procesom plných bojových stretnutí, triednych zrážok a ľudových hnutí rôzneho zoskupenia. Ľudové hnutia prenikali procesom prerastania revolúcie a dávali tak náplň pokojnej ceste k socializmu.

Z hľadiska vnútorného vývoja nášho štátu bol Február neoddeliteľnou súčasťou celého procesu prerastania národnej a demokratickej revolúcie socialistickú. Spojenie Februára 1948 so Slovenským národným povstaním i s protifašistickým odbojom v Čechách a na Morave ukazuje, že československá revolúcia je jednoliaty dialektický proces tohto prerastania začatého v auguste 1944 a završeného Víťazným februárom.

Február 1948 sa pre národy Československa stal historickým medzníkom, otvoril cestu k socializmu. Víťazným sa stal preto, že hlavnou hybnou silou spoločenského vývoja bola uvedomelá, v triednych bojoch zocelená a zjednotená robotnícka trieda, ktorá mala na svojom čele marxisticko-leninskú stranu schopnú správne vyjadriť záujmy ľudu a zjednotiť ich okolo svojho programu.

S hrdosťou môžeme konštatovať, že v priebehu 40 rokov, ktoré uplynuli od Februára 1948, uskutočnili sa v našej vlasti hlboké revolučné zmeny.

Za 40 rokov sa vybudovala vyspelá ekonomika, utvorila sa mohutná materiálno-technická základňa socialistickej spoločnosti.

Popredné miesto vo svete zaujíma Československo aj v zdravotníctve. Bezplatná lekárska starostlivosť o všetkých občanov, široko rozvinutá kúpeľná, rekreačná a rehabilitačná služba prispievajú k upevňovaniu ich zdravia. Prdlžuje sa priemerný vek občanov, narastá počet lekárov i počet lôžok v zdravotníckych zariadeniach. Vysoké čiastky sa vynakladajú na starobné dôchodky i na starostlivosť o starých alebo zdravotne postihnutých občanov. Vybuďoval sa ucelený systém starostlivosti o rodiny s deťmi, poskyujú sa výhodné novomanželské pôžičky so štátnym príspevkom, atď.

Hlbokými zmenami prešla sociálna štruktúra celej našej spoločnosti. Robotnícka trieda je hlavným nositeľom a oporou revolučnej prestavby spoločnosti a zaujíma vedúce postavenie v štáte. Trieda družstevného roľníctva, ktorá sa sformovala na základe socialistickej prestavby poľnohospodárstva, je blízka robotníckej triede. Významné miesto v socialistickej spoločnosti zaujíma aj inteligencia. Základnou tendenciou sociálnych premien u nás je zľbžovanie tried a sociálnych skupín, prehlbovanie morálnopolitickej jednoty československého ľudu.

Dielo, ktoré československý ľud od Februára 1948 pod vedením KSC vytvoril, nás všetkých zaväzuje nielen ďalej ho všestranne rozvíjať, ale aj prehlbovať a upevňovať.

Ing. F. Dávidek, Bratislava

Mezinárodní symposium o technických pomůčkách v rehabilitaci během Mezinárodní výstavy REHAPROTEX 88 Brno se bude konat od 5. do 8. července 1988 v Brně.

Mezinárodní výstava REHAPROTEX 88 Brno otevře vědecké symposium, které nabízí výměnu informací hlavně na poli medicíny, která se zabývá změnami nervového svalového systému, kloubů a vazivových tkání i smyslových orgánů.

Adresa sekretariátu symposia: Mezinárodní symposium o technických pomůčkách v rehabilitaci, Vítězného února 31, 120 26 Praha 2, telefon 294141, 296889

**PŔVODNÉ VEDECKÉ
A ODBORNÉ PRÁCE****PODIEL REHABILITÁCIE NA LIEČBE OSTEOPORÓZY V STARŠOM
VEKU**

J. VOJTAŠŠÁK, E. HURAJ sen., F. MAKAI

*Ortopedické oddelenie OÚNZ Bratislava-vidiek**Riaditeľ: MUDr. Zoltán Nagy, CSc.**Ortopedická klinika Lekárskej fakulty UK, Bratislava**Vedúci: prof. MUDr. Emil Huraj, DrSc. et dr.h.c.*

Súhrn: Autori analyzujú súbor 110 pacientov vo veku nad 60 rokov, vyšetrených v ortopedickej ambulancii so zameraním na praktické závery pre rehabilitačnú liečbu starších ľudí s osteoporózou ako súčasť komplexnej liečby osteoporózy (diéta, preparáty vápnika, D-vitamín, estrogény, anaboliká, natriumfluorid). Upozorňujú na somatické zmeny chrbtice v dôsledku osteoporózy a z toho vyplývajúcich chorobných príznakov. Poznanie zákonitosti tohto preformovania chrbtice umožňuje cieľnú rehabilitačnú liečbu – fyzikálnu, reflexnú alebo liečebnú telesnú výchovu. Autori pre liečebnú telesnú výchovu na individuálne cvičenie doma odporúčajú maximálne päť cieľných cvikov (dva v stoj, tri v horizontálnej polohe). Ak ich je viac, starší človek ich zabudne a potom necvičí vôbec.

Kľúčové slová: osteoporóza – rehabilitácia.

Osteoporóza (OSP) je častým syndrómom v staršom veku. Krokowski [16] udáva výskyt OSP u žien v 60. roku života 25 %, v 65. roku 50 %, v 70. roku 70 %, u 80ročných prakticky u všetkých, čo v NSR predstavuje 12 % obyvateľstva. Kocián [14] udáva patologické hodnoty mineralizácie skeletu v našej populácii zdravých žien 60 – 64ročných 46 %, 65 – 69ročných 52 %, 70 – 74ročných 55 % s postupným nárastom, pričom v posledných vekových skupinách je to až 90 – 100 %. Keck [13] tvrdí, že v USA podľa rtg kritérií OSP trpí 25 – 30 % žien po menopauze a 10 % mužov zodpovedajúceho veku. V našej populácii je viac ako pol milióna ľudí s osteoporózou [9].

OSP sa prejavuje vlastne až svojimi komplikáciami (tie z nej robia ochorenie *sui generis*), pri traumách – zlomenine zápästia, krčka stehnej kosti, alebo pri bežných denných nárokoch záťaže na kosť. Pri mikrofraktúrach, ktoré sú pre chrbticu typické, sa telá stavcov deformujú v dôsledku zníženia pevnosti kosti. Nordin [21] udáva fraktúry stavcov u žien 65 – 75ročných asi v 10 %, nad 75 rokov v 15 %. Klinovité stavce sa v týchto vekových skupinách vyskytujú v 60 %. Podľa Hollo [8] do 75. roku života utrpí 30 % žien najmenej raz zlomeninu na osteoporotickom skelete. Fish [6] odhaduje, že v USA z 1 900 000 zlomenín ročne u žien nad 45 rokov 75 % je následkom OSP. Ste-Marie [24] udáva u 50 % handicapovaných práve po zlomenine, rozdelenie OSP v pomere 6 žien a 1 muž.

Hľadajú sa preto preventívne a liečebné možnosti OSP, ktoré by boli dostupné, efektívne, ekonomicky nenáročné a pre postihnutého s minimálnymi vedľajšími účinkami. K prevencii a liečbe sa vyslovujú najmä internisti, osteológovia, gynekológovia, ale aj ortopédi a ďalší [3, 12, 25, 27]. Ide o prevenciu a liečbu diétou, preparátmi vápnika, D-vitamínom, estrogénmi, anabolikami, natriumfluoridom a i. Naším zámerom je prispieť do tejto problematiky zameraním pozornosti na staticko-podpornú úlohu osteoartikulárneho aparátu z pohľadu ortopéda.

Klinický materiál

Náš súbor tvoria pacienti vyšetrení na ortopedickej ambulancii z územia jednej tretiny okresu Bratislava-vidiek.

Analyzovali sme 110 pacientov vo veku nad 60 rokov s OSP. V anamnéze (okrem zvyčajnej) sme sa zameriavali na možné poruchy vápnikového a fosforového metabolizmu. Pri objektívnom vyšetrení sme sa zvlášť zamerali na chrbticu, kde sme si všímali držanie tela, postavenie panvy, tvar driekovej lordózy, hrudnej kyfózy, krčnej lordózy, prípadne skoliózu, postavenie hlavy, obrysy trupu. Ďalej sme sledovali dynamiku celej chrbtice i jej jednotlivých častí, stav a funkciu brušného svalstva, dýchacie exkurzie, objem hrudníka, hrudné a bráničové dýchanie. Palpovali sme trňové výbežky, paravertebrálne svalstvo s jeho odstupmi a úponmi, kostotransverzálne spojenia, posledné rebrá a iliakálne kristry, veľké trochantery, posudzovali sme gluteálne svalstvo a ileopsoázy, pektorálne a skalénové svaly. V polohe na bruchu sme posudzovali aktívnu regresiu hrudnej chrbtice, vyšetrovali sme ligamenta, sakroiliakálne kĺby. Na končatinách sme si všímali motoriku, citlivosť, reflexy a Lassegueov manéver.

Röntgenologicky sme OSP hodnotili na základe zvýšenej transparenencie rtg tieňa tiel stavcov, ich „orámovanie“, zväčšovanie priestoru intervertebrálnej platničky (najmä v L úseku), deformácie tiel stavcov do tvaru klína a bikonkávnych stavcov. Hodnotili sme tiež kortikodiafyzárný index klavikuly podľa Kociána.

Z laboratórnych vyšetrení sme pre vylúčenie iných ochorení robili FW, KO, Aslo, Latex, zisťovali kyselinu močovú, kyselinu sialovú, v sére sme určovali Ca, P, ALP, ureu, kreatinín, ďalej sme robili hepatálne testy, elektroforézu bielkovín, imunoglobulíny. Moč sme vyšetrovali chemicky vrátane sedimentu a Sulkovitzovou skúškou.

Výsledky

Naše výsledky sú uvedené v tabuľkách a nákresoch.

Tabuľka 1. Počet obyvateľov okresu Bratislava-vidiek (podľa sčítania ľudu, domov a bytov v roku 1980)

	N	%
Spolu	144 043	100
nad 60 rokov	19 928	13,8

Tabuľka 2. Počty vyšetrení pacientov v ortopedickej ambulancii za 4 roky (jedna tretina okresu Bratislava-vidiek)

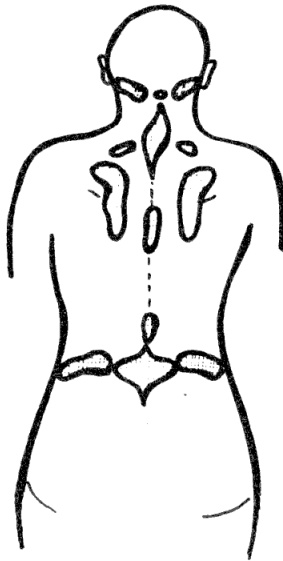
	N	%	%
Spolu	24 378	100	
nad 60 rokov	6 364	26,1	100
pre vertebralgie	1 757		27,6

Tabuľka 3. Rozdelenie bolestí chrbtice podľa lokalizácie

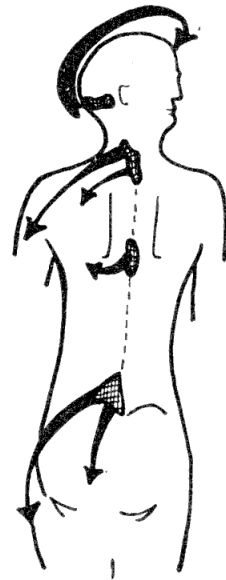
	Vek					
	60 – 70 rokov		70 – 80 rokov		nad 80 rokov	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀
krčný	64	116	33	95	5	10
hrudný	54	197	62	101	8	16
driekovo-krížový	162	345	140	149	16	20
polytopne	37	91	9	17	3	7
Spolu	317	749	244	362	32	53



NÁKRES Č. 1



NÁKRES Č. 2



NÁKRES Č. 3

Nákres č. 1

Somatické zmeny a držanie tela pri OSP (modifikované podľa Dambachera); bližšie vysvetlená v texte.

Silne vyšrafované skrátčené posturálne svalstvo, slabo priečne ochabnuté fázické svalstvo.

Nákres č. 2

Miesta maximálnej bolestivosti na chrbtici pri osteoporóze (k tab. 3)

Nákres č. 3

Iradiácia bolestí z chrbtice pri OSP (k tab. 3)

Diskusia

Osteoporóza je redukcia kostnej masy – jej organickej i anorganickej časti, pevnosť kosti sa znižuje. Už vo štvrtom decéniu prichádza k fyziologickej strate kostného tkaniva [14, 16]. Ak táto OSP prerastie hranicu fyziologickej straty kostného tkaniva, či už neznámej etiológie, alebo ako následok iných metabolických porúch, hovoríme o patologickej OSP [23]. Komplexný proces OSP sa zjednoduší rozdelením OSP do dvoch hlavných kategórií, ako ich opísal Riggs [6, 17]. Postmenopauzálna OSP – typ I – postihuje ženy od 55 do 75 rokov. Charakterizuje ju predovšetkým strata trabekulárnej kosti. Je ovplyvniteľná estrogénnou liečbou. Senilná OSP – typ II – postihuje mužov i ženy vo veku 70 – 85 rokov. Charakterizuje ju strata v rovnakej miere trabekulárnej aj kortikálnej kosti. Ovplyvniteľná je zvýšeným prídomom kalcia v strave.

Typ OSP I sa diagnostikuje najčastejšie okolo 60 rokov, typ II okolo 70 rokov [20]. Meradlom takéhoto posudzovania v ortopedickej praxi sú komplikácie, ktoré vznikajú následkom OSP, najmä pri mikrotraumách. Najčastejšie sa prejavuje na chrbtici, najskôr v hrudnom, potom v driekovom úseku. Posudzovanie týchto úsekov pre sledovanie OSP je výhodné v terénnej ortopedickej praxi. Jedným zo základných hodnotení v ortopédii je držanie tela. Dôvodom na to je skutočnosť, že pri ideálnom držaní tela sú rovnomerne a najefektívnejšie zatažované štruktúry pohybového segmentu i štruktúry udržiavajúce postúru. Pri odchýlke od takéhoto držania tela prichádza k posunu ťažnice tela a ťažiska od ideálneho postavenia a následkom preťažovania jednotlivých častí pohybového segmentu a chrbtice [11].

Príkladom takýchto statických a biomechanických zmien axiálneho skeletu je OSP. Pri OSP v dôsledku zníženej prevnosti kosti na vrchole kyfózy prichádza ku zvýšenému tlaku na ventrálne časti tela stavca, ten sa mikrotraumatizáciou klinovite deformuje, kyfóza sa zvyšuje a začína bludný kruh – zvýšená kyfóza, zvýšený tlak na predné časti tiel stavcov a ďalšie klinovité deformácie. V driekovej časti sila pôsobí skôr centrálnejšie na telo stavca, takže mikrofraktúrami sa tu stavce deformujú bikonkávne. Deformačné zmeny na stavcoch sa odrážajú na všetkých štruktúrach pohybového segmentu. V hrudnom úseku sa intervertebrálny kĺb na vrchole kyfózy dostáva do subluxačného postavenia, kostotransverzálne kĺby sa artroticky menia, kapsula intervertebrálneho kĺbu sa napína, ligamenta a svalstvo musia pracovať v predĺžení. Drieková chrbtica sa prispôbuje zvýšenej kyfóze, vytvorí sa buď guľatý chrbát, alebo kompenzačná hyperlordóza. Následkom bikonkávnych deformácií tiel stavcov sa skráti driek, v drieku sa zvýraznia kožné riasy, posledné rebra sa dotýkajú iliakálnych kríst. Na vrchole lordózy sa môžu dotýkať procesi spinosi s bolestivým prejavom Baastropovho syndrómu. Pri týchto zmenách má posturálne svalstvo tendenciu ku skráteniu, fázické k ochabnutiu. Ide o stav, ktorý najčastejšie začína po menopauze – tzv. trofoposturálny postmenopauzálny syndróm, akútne preformovanie chrbtice [27]. Somatický nález charakterizuje predsunutá hlava, zvýšená krčná lordóza so zvýšeným zákonom v cervikokraniálnom prechode, predsunuté ramená, zvýšená kyfóza, posun kyfózy smeruje distálnejšie do oblasti Th 8 – 9. Driek sa skracuje, zvyšuje sa lordóza, vykleňuje sa brušná stena. Vytvára sa anterotácia panvy, výška tela sa znižuje – za 10 rokov až 10 cm u troch štvrtín pacientov s OSP [6]. Bolesť sú lokalizované najčastejšie do oblasti zadných spín a okolia LS prechodu, na vrchole lordózy a kyfózy, v oblasti hrebeňa panvy, posledných rebier, C-K prechodu, v oblasti processus spinosi C 7, v oblasti horného uhla lopatky. Hrudná kyfóza býva tuhá. Nachádzame skrátené posturálne svalstvo, najmä mm. scaleni, pectorales, erectores trunci, levator scapulae, ileopsoas, pelvikrurálne svalstvo, ochabnuté sú hlavne brušné a gluteálne svaly. Z chronického preťaženia svalstva prichádza k bolestiam v oblasti úponov, samého svalu v zmysle tendomyóz, k fibrositis syndrómu, ktoré sa v prevažnej miere podieľajú na bolestivých stavoch chrbtice [4, 5, 7, 22].

Liečebné postupy

Z vykresleného obrazu somatických zmien vyplýva zameranie liečby rehabilitáciou pri OSP.

Ide o zjednodušenie rehabilitácie (na niekoľko postupov), aby bola možná aj v do-

máciach podmienkach. Ťažisko práce je však na zdravotníckych pracovníkoch v teréne i na pacientovi. Podľa uvedenej schémy s náčrtom miest maximálnej bolestivosti môže napríklad po ordinácii lekára geriatrická sestra lokálne aplikovať derivanciu (Pain Expeller, Rheumosin, Capsicole) alebo rôzne antiflogistiká (Ketazon mix ung., Ketazon 10 %, Ketazon compositum a i.), prípadne prenosné prístroje pre fyzikálnu liečbu (Analgonic). Na liečebnú telesnú výchovu s desiatkami cvikov existuje mnoho schém [15, 18, 19], pacient si ich nevie zapamätať a tak necvičí vôbec. Nám sa osvedčila metóda, pri ktorej pacienta na ortopedickej ambulancii naučíme 3 – 5 cvikov s úmyslom, aby cvičil radšej menej ako vôbec nie. Ide o dva cviky v stoju, a to: 1. predklon a záklon s upaženými hornými končatinami, 2. úklony so vzpaženými končatinami; 3. v ľahu na chrbte sa robia cviky na posilňovanie brušného svalstva s pokrčenými kolenami, 4. v polohe na bruchu na posilňovanie gluteálneho svalstva dvíhaním striedavo jednej končatiny pokrčenej v kolene (tým uvoľňujeme aj skrátenie m. psoas), 5. v polohe na kolenách a rukách sa uskutočňuje cvičenie typu „mačacieho chrbta“ – striedavo flexia a extenzia celej chrbtice. Všetky cvičenia sa musia robiť pomaly. Takúto schému cvičení máme zobrazenú aj na nástenke v čakárni, kde si ich pacienti môžu znovu pozrieť a osvojiť si ich.

U starších pacientov sú výsledky s liečebnou telesnou výchovou lepšie po kúpeľnej liečbe a absolvovaní pobytu v rehabilitačných ústavoch a na oddeleniach, kde si pacienti po niekoľkotýždňovom pobyte tieto cviky zapamätajú.

Ambulantná LTV na rehabilitačných oddeleniach (až na malé výnimky) sa neosvedčila. Starší človek nie je ochotný pre 10 – 20 minútové cvičenie absolvovať cestu z domu a naspäť. Spôsobuje mu to určitú námahu a v cvičení nevidí okamžitý terapeutický efekt. Starší pacienti radi absolvujú ambulantné fyzikálne procedúry (ionoforéza, ultrazvuk, diadynamik) prípadne masáže, po ktorých udávajú zlepšenie subjektívneho stavu. U starších pacientov, u ktorých je v popredí multimorbidita, považujeme rehabilitáciu za úspešnú, ak sa chorý sám pohybuje po byte, má možnosť nákupu aspoň základných potravín, a takto sa sám vie o seba postarať. Vzhľadom na to, že ide o okres s rozšíreným záhradkárstvom, prácu v záhradke nezakazujeme. Odporúčame ju však vykonávať v spriamenej polohe s upravenými pracovnými nástrojmi (dlhšie rúčky). Pri pociťovaní únavy odporúčame prestávky v práci – oddych na lavičke.

Pacientom s OSP v staršom veku v rámci denného režimu odporúčame uprednostiť chôdzu so striedaním oddychu v ľahu pred státím a sedením. Navrhujeme im vhodné sedadlo s možnosťou uplatnenia fyziologických zakrivení chrbtice (nevhodné sú kreslá, v ktorých sa vytvára úplná kyfóza chrbtice a flexory koxy sa skracujú) a úpravu lôžka podložku. Tu nemôžeme byť takí prísni, ako u mladších vekových skupín. Do úvahy musíme brať aj iné ochorenia a návyk. Napríklad pacient so srdcovým ochorením musí mať podloženú hlavu, rešpektovať musíme tiež už vzniknuté deformácie chrbtice. Pri výraznejších poruchách statiky odporúčame ortopedické pomôcky. Ťažkú prácu a namáhavý šport neodporúčame, ani cvičenia v anaeróbnej fáze, skoky, otrasy, prudké pohyby (únava a negatívny psychický stav predisponujú úrazom a nekoordinovaným pohybom).

Pri OSP význam LTV vidíme v upevnení svalového korzetu zlepšením držania tela, najmä však v brzdení zhoršovania dynamických pohybových stereotypov a pre samotnú kosť [26]. Ak berieme do úvahy tvrdenia, že pri mechanickom namáhaní kosti sa stláčajú kryštály hydroxyapatitu s vytváraním piezoelektrického efektu, ktorý má pozitívny vplyv na osteoblasty, môže prísť ku spevneniu kosti [28]. Pozitívny vplyv primeraného zaťaženia na kosť v ortopedickej praxi nepochybne vidíme. Wolf a Roux ho

formulovali zákonom morfolologickej transformácie a funkčnej adaptácie. Na telách stavcov ho vidíme ako „hypertrofickú“ atrofiu – zhrubnutie vertikálnych trámecov pri OSP. Ak by sme brali do úvahy teóriu, že pri bolestivých stavoch osteoartikulárneho aparátu, najmä pri artrózach, ktoré bývajú v kombinácii s OSP, prichádza k venóznej hyperémii so zvýšením intraosseálneho tlaku, cvičením môže prísť ku zlepšeniu cirkulácie a tým k zmenšeniu bolesti [2, 10].

Záver

Naším zámerom bolo podať pohľad praktického ortopéda na problematiku OSP u staršej populácie, so zameraním na somatické zmeny, ku ktorým pri OSP prichádza na osovom skelete.

Túto problematiku sme zjednodušili na niekoľko schém pre praktické diagnostické a liečebné možnosti, v rámci rehabilitácie aj pre lekárov prvého kontaktu a geriatrické sestry z toho dôvodu, že u starších ľudí nad 60 rokov (priemerný vek 69 rokov) sa podľa našich pozorovaní OSP vyskytuje v 71 %. Rehabilitačnú liečbu považujeme za súčasť komplexnej liečby OSP (preparáty vápnika, diéta, D-vitamín, anaboliká, estrogény, natriumfluorid). Na schémach sú znázornené somatické zmeny, držanie tela pri OSP, miesta maximálnej bolestivosti, iradiácia bolesti. V LTV odporúčame maximálne 5 cvikov – dva v stoj, tri v horizontálnej polohe. Podľa týchto schém sa diagnostika a liečba OSP v rámci rehabilitácie môže stať dostupná pre požadované potreby značne rozšíreného syndrómu OSP.

LITERATÚRA

1. ADLER, C. P.: Knochenkrankheiten. Stuttgart, Thieme 1983, 387 s.
2. BAČU, J. S., LAVRISCEVA, G. J., ONOPRIENKO, G. A.: Funkcionálna vnútrikostnaja mikrocirkulacija. Kišinev, Stiinca 1984, 167 s.
3. BURCKHARDT, P.: Le choix thérapeutique devant l'ostéoporose. Schweiz Med Wschr, 111, 1987, s. 75 – 83.
4. DAMBACHER, M. A.: Praktische Osteologie. Stuttgart, Thieme 1982, 187 s.
5. EDER, M., TILSCHER, H.: Schmerzsyndrome der Wirbelsäule. Stuttgart, Hippokrates 1982, 145 s.
6. FISH, H., DONS, R.: Primary Osteoporosis. AFP. Practical Therapeutics, 31, 1985, č. 1, s. 216 – 223.
7. HARTMANN, F.: Mehrdimensionalität fibromyalgischer Syndrome. Therapiewoche, 37, 1987, č. 4, s. 308 – 314.
8. HOLLO, I.: Über die Involutionen-Osteoporosen. Therapia Hungarica, 30, 1982, č. 2, s. 63 – 76.
9. HURAJ, E. jun., HURAJ, E. sen.: Dietetické a iné možnosti ovplyvnenia osteoporózy, Bratislav. Lek. Listy, 79, 1983, č. 1, s. 114 – 116.
10. JANKOVSKIJ, G. A.: Osteorecepcija. Riga, Zinatne 1982, 312 s.
11. JUNGHANS, M.: Die Wirbelsäule unter den Einflüssen den täglichen lebens, der Freizeit, des Sportes. Stuttgart, Hippokrates 1986, 503 s.
12. KAPLAN, A. V.: Osteoporoz i senilnaja lomkost kostej. s. 14 – 19, In: Opornodvigatel'naja sistema pri starenii. Kyjev 1980, 140 s.
13. KECK, E., KRÜSKEMPER, H. L.: Pathogenese und Therapie der Osteoporose in der Postmenopause. Gynäkologe, 19, 1986, s. 220 – 226.
14. KOCIÁN, J.: Je senilní osteoporóza chorobou nebo příznakem „fyziologického“ stárnutí? Prakt. Léč (Praha), 64, 1984, č. 7, s. 247 – 248.

J. VOJTÁŠŠÁK, E. HURAJ SEN., F. MAKAI / PODIEL REHABILITÁCIE NA LIEČBE OSTEOPOROZY V STARŠOM VEKU

15. KRÁLOVÁ, M., MATĚJÍČKOVÁ, V.: Rehabilitace u revmatických nemocí. Praha, Avicenum 1985, 163 s.
16. KROKOWSKI, E.: Radiologie der Osteoporose. Therapiewoche, 34, 1974, s. 21 – 28.
17. LINDSAY, R.: Managing osteoporosis: Current trends, future possibilities. Geriatrics, 42, 1987, č. 3, s. 35 – 40.
18. MENSEL, M.: Eignung von Sportarten und Übungsformen für Ältere. Z Gerontol, 19, 1986, s. 376 – 383.
19. MIKULA, J., ŠTURC, Z., HUSIČKA, J.: Příklad léčby vertebrogeních thorakalgí. Fysiat Věst, 65, 1987, č. 2, s. 64 – 71.
20. MINNE, H. W., WÜSTER, CH., ZIEGLER, R.: Pathogenese, Diagnose, Prophylaxe und Therapie der Osteoporosen des alten Menschen. Inn Med, 13, 1986, č. 6, s. 231 – 236.
21. NORDIN, B. E. C.: What is osteoporosis. Prednáška na X. Európskom sympóziu, Malmö 1980.
22. PROBST, J. Y.: Die generalisierte Tendomyopathie – ein oft verkanntes Krankheitsbild. Med Klin, 81, 1986, č. 25 – 26, s. 849 – 852.
23. RINGE, J. D.: Osteoporose. Therapiewoche, 35, 1985, s. 965 – 971.
24. STE-MARIE, L. G., D' AMOUR, P., GASCON-BARRÉ, M.: Ostéoporose: approche clinique et perspectives. Union Med Can, 116 (3), 1987, č. 144 – 154, 158.
25. ŠTĚPÁN, J., POSPÍCHAL, J., HANUŠ, J., PRESL, J., PACOVSKÝ, V.: Průřezová studie kostních změn po ooforektomii. Čs Gynek, 51, 1986, č. 9, s. 706 – 713.
26. VADEBONCOEUR, R.: Exercice et ostéoporose: que peut – on attendre? Union Med Can 116 (3), 1987, s. 160, 162, 188.
27. VOJTÍŠEK, V., ŠUSTA, A.: Metabolické vertebropatie. Fysiat Věst, 58, 1980, č. 5, s. 314 – 319.
28. WELLMITZ, G.: Pathobiochemie und Pathophysiologie von Osteopathien und Artralgien. Berlin, Volk u. Gesundheit, 1986, 239 s.

Adresa autora: Dr. J. V., Grznárova 1,
831 03 Bratislava

Й. Войташишак, Э. Гурай, Ф. Макай
**ДОЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА
В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ**

Резюме

Авторы анализируют группу 110 больных старше 60 лет, обследованных в ортопедическом кабинете, с установкой на практические заключения для лечебной физкультуры пожилых людей с остеопорозом, как составной части комплексного лечения остеопороза (диета, препараты кальция, витамин В, эстрогены, анаболические вещества, фторид нартия). Внимание обращается на соматические изменения позвоночного столба вследствие остеопороза и вытекающие из этого болезненные признаки. Познание закономерности этого преобразования позвоночного столба дает возможность целенаправленной восстановительной терапии – физической, рефлекторной или лечебной физкультуры. Для лечебной физкультуры рекомендуют авторы при индивидуальных упражнениях на дому максимально пять нацеленных упражнений (два в стоячем положении, три в горизонтальном положении). Если упражнений больше, то пожилой человек забывает их и, таким образом, он не занимается физкультурой вообще.

**J. VOJTAŠŠÁK, E. HURAJ SEN., F. MAKAI / PODIEL REHABILITÁCIE NA LIEČBE
OSTEOPORÓZY V STARŠOM VEKU**

J. Vojtaššák, E. Huraj sen., F. Makai

**THE ROLE OF REHABILITATION IN THE TREATMENT
OF OSTEOPOROSIS IN OLD PATIENTS**

Summary

The authors are analysing a group of patients aged over 60 years. These patients were examined at the orthopaedic out-patients department for practical conclusions in rehabilitation treatment for old patients with osteoporosis as part of complex treatment of osteoporosis (Diet, preparations containing calcium, D-vitamin, estrogens, anabolics and natriumfluoride). Attention is drawn to alterations of the spine and the consequently arising pathological symptoms. The cognition of the inherent laws of these spinal alterations enable the application of selective rehabilitation treatment, physical, reflex or exercise therapy. For individual exercises at home the authors recommend maximally five (two in standing position, three in horizontal position) selective exercises. If there are more, the elderly patient will forget them and consequently he will not exercise at all.

J. Vojtaššák, E. Huraj, sen., F. Makai

**DER ANTEIL DER REHABILITATIONSBEHANDLUNG AN DER
THERAPIE VON OSTEOPOROSE IN HÖHEREM ALTER**

Zusammenfassung

Die Verfasser berichten über die Analyse eines Patientengutes von 110 Personen im Alter über 60 Jahre. Zweck der Analyse war die Suche nach praktischen Schlußfolgerungen für die Rehabilitationsbehandlung älterer Menschen mit Osteoporose, als Bestandteil einer komplexen Heilbehandlung von Osteoporose (mit Diät, Kalziumpräparaten, Vitamin B, Östrogenen, Anabolika, Natriumfluorid). Es wird auf die im Gefolge von Osteoporose auftretenden somatischen Veränderungen des Rückgrats und die sich daraus ergebenden Krankheitsmerkmale hingewiesen. Die Kenntnis der Gesetzmäßigkeit dieser Verformung des Rückgrats ermöglicht eine gezielte Rehabilitationsbehandlung – physikalische Therapie, Reflex- oder Heilgymnastik. Für die Heilgymnastik, die individuell zu Hause betrieben wird, empfehlen die Verfasser maximal fünf gezielte Gymnastikübungen (zwei im Stand, drei in horizontaler Lage). Wenn es mehr sind, werden sie von älteren Menschen vergessen und dann turnen die gar nicht mehr.

J. Vojtaššák, E. Huraj, F. Makai

**LA QUOTE-PART DE LA RÉADAPTATION AU TRAITEMENT
DE L'OSTÉOPOROSE Á L'ÂGE AVANCÉ**

Résumé

Les auteurs analysent un groupe de 110 patients dépassant l'âge de soixante ans, examinés à l'ambulance orthopédique avec orientation sur les conclusions pratiques pour la réadaptation médicale des personnes âgées affectées d'ostéoporose comme partie du traitement complexe de l'ostéoporose (diète, préparations de calcium, vitamine D, estrogènes, anaboliques, natriumfluore). On attire l'attention sur les changements somatiques de l'épine dorsale causés par l'ostéoporose et des signes maladifs en résultant. La connaissance de la légalité de cette préformation de l'épine dorsale permet une réadaptation médicale appropriée-physique, réflexive ou bien la kinésithérapie. Pour cette dernière, les auteurs recommandent pour l'exercice individuel du traitement familial cinq exercices appropriés au maximum (deux debout et trois en position horizontale). Si leur nombre est supérieur, la personne âgée les oublie et n'en pratique aucun.

REHABILITAČNÍ CVIČENÍ PO OPERACI KOLENNÍHO KLOUBU II. ČÁST

M. NÝDRLE, H. VESELÁ

Ortopedická klinika, Brno – Bohunice

Přednosta: prof. MUDr. O. Vlach, DrSc.

Rehabilitační oddělení, FN sP Brno – Bohunice

Přednosta: prim. MUDr. J. Pejchal

V předchozí kapitole jsme se snažili upozornit na teoretické podklady, ze kterých vycházíme při sestavování programu rehabilitačního cvičení po poranění a operaci kolenního kloubu. Volba konkrétního postupu pak vychází jak ze znalosti přesné diagnózy poranění (t. j. z informací o poškození jednotlivých anatomických struktur kloubu a event. porušení funkce dynamických stabilizátorů), tak ze znalosti všech zásahů do kloubu a mimokloubních struktur, které proběhly během operace. Zmíněné informace jsou nezbytné pro správné vedení rehabilitačního cvičení.

Vzhledem k tomu, že za posledních 15 let přibyla řada operačních výkonů na měkčím koleně, které nejsou zachyceny v klasických učebnicích ortopedie a traumatologie, mohou vzniknout problémy s porozuměním mezi operátorem a rehabilitačním pracovníkem. Příspěvá k tomu skutečnost, že řada těchto výkonů nese jméno svého autora, aniž by byl alespoň naznačen princip operace. Dovolujeme si proto telegraficky probrat nejčastěji užívané operační výkony na kolenním kloubu. Uvádíme je přímo jménem autora, neboť takto se o nich většinou literární prameny zmiňují, a takto mohou být popsány i v pacientově dokumentaci.

Operace na kolenním kloubu

Operace na patelofemorálním skloubení:

HAUSER – transpozice úponu lig. patellae proprium na tibií mediálně, s kostním bločkem, který je přišroubován. Více cvičit je možno až po přihojení úponu (rtg kontrola), před tím jen izometricky. Jde o řídko užívaný výkon pro recidivující nebo habituální luxaci pately.

GOLDTHWAIT-ROUX – operace pro stejnou indikaci. Vhodná zejména pro nemocné s nedokončeným kostním růstem. Parciálně přemísťujeme úpon lig. patellae proprium mediálně. Imobilizace je nutná na 3 týdny, aktivně posilujeme již od operace, ale opatrně. Pilné cvičení s plnou zátěží povolíme až po 6 týdnech.

CAMPBELL – výkon často doplňuje předchozí operaci. Spočívá v jednoduché plastice při horním pólu pately a na mediálním retinakulu. Hojí se 3 týdny.

ELMSLIE-TRILLAT – novější výkon, indikovaný u habituálních a recidivujících luxací pately. Přesuneme úpon lig. patellae proprium mediálně s celou kostní lamelou z přední hrany tibie. Transpozice je zajištěna šroubem, není porušena kontinuita extenzorového aparátu. Po operaci nemusíme fixovat sádkou, od počátku můžeme posilovat. Agresivní posilovací cviky a větší flexi povolíme po přihojení, tj. asi za 4 týdny.

INSALL – rovněž krátkou dobu užívaný výkon; pro stejnou indikaci. Spočívá v poměrně složité plastice extenzorového aparátu v oblasti horního pólu pately. Plastika v měkkých částech je rychle zhojena, možno brzy zatížit.

MAQUET (MAQUET-BANDI) – operace zařazená do repertoáru řady pracovišť. Indikace – patelofemorální obtíže (chondropatie, artróza). Princip spočívá v odlehčení patelo-femorálního kontaktu předsunutím úponu lig. patellae proprium dopředu, s přední hranou tibie (podložení štěpy). Většinou se imobilizuje sádrovým obvazem na 2 – 4 týdny. Posilování stehenního svalstva začíná prakticky v den operace, cílené rozvíčování pohybu je vhodné regulovat jednak podle RTG nálezu (zhojení osteotomie se štěpy), jednak podle rozsahu škod na patelofemorálním skloubení (jak bylo zjištěno při operaci).

MORSCHER – vertikální osteotomie pately, někdy indikovaná při patelofemorální inkongruenci. Izometrické cvičení možno zahájit ihned po operaci, jinak je třeba vyčkat zhojení osteotomie.

Plastiky zkřížených vazů:

K těmto rekonstrukčním výkonům jsou užívány různé štěpy z fascia lata, z lig. patellae proprium, ze šlachy m. quadriceps nebo z obou posledně zmíněných štěpů dohromady. Štěpy se provlékají kostními kanálky v tibií a femoru a různým způsobem se kotví. Nejčastěji užívané operace jsou: BRÜCKNER, HEY-GROVES, HARNACH, JONES, ERIKSSON, LINDEMANN, MARSHALL. Také O'DONOGHUE a MacINTOSH propracovali své metody náhrady předního zkříženého vazů, ale jejich jmény bývají označovány spíše operace na kapsulárních strukturních, které rovněž vypracovali.

INSALL popsal metodu náhrady předního zkříženého vazů, kdy štěp z iliotibiálního traktu s kostním bločkem na konci je za zevním kondylem femoru vtažen do kloubu a vpředu na tibií přišroubován. Mechanicky je tato plastika poměrně pevná a autor povoluje brzké zatěžování. Jsou však popisována vytržení štěpy při časném zatěžování a je tedy vhodné u nemocných s touto plastikou volit stejný pooperační režim, jako u nemocných s jinými plastikami zkřížených vazů.

Rehabilitační cvičení po rekonstrukci zkřížených vazů je popsáno v druhé části sdělení.

Operace periferní:

SLOCUM – „pes plastika“, transpozice části pes anserinus; posiluje vnitřně-rotační moment svalů pes anserinus. Možno cvičit v podstatě bez omezení, nutno zařadit cviky k posílení vnitřní rotace bérce (popsáno níže). Jde o poměrně jednoduchou extraartikulární operaci, u které je největší problém se správnou indikací.

NICHOLAS (5:1 procedura) – má těchto pět složek: transpozice horního úponu mediálního postranního vazů s kostním bločkem v úponu (vypnutí vazů), přešití posteromediální části pouzdra dopředu, sesunutí bříška m. vastus medialis distálně (zvětšení dynamické stabilizace mediálního komplexu), extirpace mediálního menisku (která podle nás není nezbytnou součástí operace) a SLOCUMova operace.

O'DONOGHUE – operace, která má za úkol, jako NICHOLASova plastika, řešit laxitu mediálního komplexu. Mediální část kloubního pouzdra spolu se všemi stabilizačními strukturami odpreparujeme od tibie, stáhneme distálně a fixujeme zpět k tibií pevnými kostními stehy.

SLOCUM-LARSON – plastika v oblasti posteromediálního pouzdra, v oblasti úponu m. semimembranosus; tonizuje struktury v této oblasti.

LOSEE, ELLISON, MacINTOSH – skupina operací na laterální straně kloubu. Vždy vytvoříme z iliotibiálního traktu štěp na stopce, který jako stuhu provlékáme pod zevním postranním vazem, event. dalšími strukturami. Úkolem takové plastiky je zabránit subluxaci zevního tibiálního kondylu dopředu (při anterolaterální rotační instabilitě). Při chybění předního zkříženého vazů (nebyla-li po jeho poranění provedena sutura nebo plastika) má tento výkon jako izolovaná operace jen omezenou naději na dlouhodobou úspěšnou stabilizaci kolena.

ANDREWS – podobná plastika, indikovaná ve stejných případech jako předchozí tři operace.

TRILLAT – přenesení úponu m. biceps femoris a zevního postranního vazů spolu s částí hlavičky fibuly dopředu na tibií s cílem zabránit posunu zevního kondylu tibie dopředu.

Všechny popsané operace na periférii, jsou-li užity samostatně, vyžadují poměrně krátkou po-

M. NÝDRLE, H. VESELÁ / REHABILITAČNÍ CVIČENÍ PO OPERACI KOLENNÍHO KLOUBU II. ČÁST

operační fixaci (do 4 týdnů). Také pokroky při rehabilitačním cvičení jsou rychlé a poměrně brzy je možno našlapovat (ve srovnání s pooperačním průběhem při komplexních rekonstrukčních operacích včetně zkřížených vazů). Ve spojení se suturou nebo plastikou zkříženého vazů se pooperační režim a rehabilitační cvičení řídí podle ošetřeného zkříženého vazů.

Vlastní rehabilitační program

A. Předoperační fáze

Neodkladná operační léčba akutního poranění kolena nám neposkytne čas pro předoperační cvičení, navíc je kloub bolestivý a většinou nesnese cvičení. Naučíme nemocného užívat berlí a izometricky cvičit stehenní svalstvo.

Nejde-li o akutní zákrok, zejména pak u pacientů s chronickou instabilitou kolenního kloubu (event. s chronickou lézí menisku), snažíme se v předoperačním intervalu maximálně využít času k rehabilitační přípravě. Cílem je:

- co nejvíce obnovit pohyb v koleně,
- protáhnout zkrácené svalové skupiny,
- posílit stehenní svalstvo, zejména m. quadriceps, který je nejvíce oslaben.

Nemocný se vyhýbá jen těm cvikům, které jsou nevhodné vzhledem ke konkrétnímu poranění, cvikům, které mu dělají obtíže (bolest, manifestace instability).

Cvičební program:

1. Cvičení maximálního rozsahu pohybu v kolenním kloubu. Při deficitu flexe či extenze použijeme jak aktivního cvičení v celém rozsahu, tak pasivního protahování s užitím postizometrické relaxace.
2. Protahování zkrácených svalových skupin (jedná se hlavně o hamstringy a m. rectus femoris) speciálními cviky („stretching“).
3. Naučíme nemocného izometrické kontrakce m. quadriceps. Hned od počátku učíme cvičit v sérii: kontrakci trvající 6 vteřin vystřídá dvouvteřinový odpočinek, a takto cvičíme desetkrát. Začneme s cvičením v základní poloze s extendovaným kolenem, ale naučíme tento cvik i ve 20°, 45° a 60° flexi v koleni. (Důvodem je potřeba cvičení v pooperačním obvazu, který fixuje koleno většinou ve flexi 20° nebo 45°).
4. Šlapání na ergometru s maximální zátěží, event. jízda na kole.
5. Nácvik chůze o berlích (podpažních i francouzských).
6. V případě extrémního oslabení některého svalu (nejčastěji je postižen m. vastus medialis) ho cíleně posílíme.

Popis technik cvičení je v dalším textu. Jestliže má nemocný při cvičení lehké obtíže (nevýrazná bolest, otok, výpotek), zklidníme kloub před a po cvičení studenými obklady. Bolestivá místa ledujeme (třeme kostkou ledu 5 – 6 minut). Při velkých obtížích snížíme tréninkové dávky. Nikdy ale nepřestaneme s izometrickým cvičením. Stejně postupujeme u zablokovaného kolene – kromě šetrné mobilizace cvičí nemocný izometrické cviky.

B. Pooperační fáze

Období od operace (event. od úrazu) do definitivního ukončení léčebné rehabilitace není homogenní co do kvality a kvantity cvičení, proto jsme ho rozdělili na 9 dílčích fází. Přejít z nižší fáze do vyšší je bazálně určen časovou hranicí, ale záleží i na klinickém stavu nemocného, hlavně pak na kondici cvičené dolní končetiny. Proto jsou časové údaje jen přibližné.

Plný rehabilitační program je určen pro pacienty po komplexních reparačních nebo

rekonstrukčních výkonech na kolenním kloubu (ošetření zkrříženého vazů a další periferní plastiky, event. další výkony). Po jednodušších operacích lze použít zkrácený cvičební program, který odpovídá menší svalové hypotrofii, rychlejšímu zhojení kloubních struktur a časnějšímu zatěžování. Cvičení lze užít i u konzervativní léčby po poraněních kolenního kloubu.

I. fáze. 1. – 2. den po operaci. Počáteční pooperační cvičení.

Nemocný má ve většině případů dolní končetinu fixovanou v sádrové dlaze ve flexi asi 40°, uloženou v elevaci. Kloubní dutina a operační rána jsou zajištěny Redonovými drény. Na koleno aplikujeme přes obvaz studené obklady. Vždy před cvičením kontrolujeme (alespoň jednou denně), zda je obvaz dostatečně těsný, aby nedocházelo k pohybu končetiny uvnitř obvazu! Odsavné láhve Redonových drénů umístíme tak, aby nevadily cvičení, při vertikalizaci je věšíme kolem krku nebo pasu.

1. Izometrické cvičení m. quadriceps: kontrakce 6 vteřin, dvouvteřinový odpočinek, opakujeme 10 x. Nemocný opakuje každou hodinu, po celý den.
2. Vleže na zádech, nemocný zvedá dolní končetinu (dále DK) asi 15 – 20 cm nad podložku, na výdrž. Nejprve s dopomocí (manuálně, zdravou DK), později bez pomoci. Cvičí každou hodinu.
3. Zvednutí DK do 90° flexe v kyčli, opakovat několikrát za den. Zpočátku je nutná dopomoc (cvičení flexorů kyčle).
4. Tlakem DK do podložky nemocný cvičí izometricky extenzi v kyčli. Cvičí každou hodinu jako cvik 1.
5. Izometrická abdukce a abdukce kyčle, proti odporu zdravé DK a manuálnímu odporu ze zevní strany. Cvičí také po hodině.
6. Izometrický tlak chodidla proti sádrové dlaze, každou hodinu.
7. Posilování zdravé DK; v podstatě stejnými cviky, proti manuálnímu odporu.
8. Cvičení horní poloviny těla, přitahování za hrazdičku, cvičení vsedě.
9. Pokud nemocný zvedne operovanou DK od podložky, může chodit o berlích.

II. fáze. První dva týdny po operaci. Plné cvičení v sádrové fixaci.

1. Izometrické cvičení m. quadriceps se stejnou intenzitou.

Jestliže nemocný nesvede izometrickou kontrakci (někdy je tento stav popisován jako pseudoparéza m. quadriceps), musíme tento nedostatek ihned zjistit. V tom případě zkusíme následující facilitační postupy:

a) nemocný se při pokusu o kontrakci snaží koleno tlačit do podložky, zvedat patu a špičku chodidla přitáhnout k sobě;

b) nemocný se z polohy na zádech švihem posadí a přitom flektuje v kyčli. Při častém opakování tohoto cviku se časem objeví kontrakce čtyřhlavého svalu;

c) využití posturálních reflexů: nemocný leží na břiše, DK zvedne nevysoko od podložky (do extenze kyčle). Poté se přetočí na zdravý bok tak, že DK zvedá nyní do abdukce. Když se nakonec přetočí na záda, drží končetinu zvednutou pomocí m. quadriceps (zpočátku se na elevaci podílejí i mm. glutei);

d) ve zvlášť obtížných případech je na místě elektrostimulace. Většinou stačí několik málo stimulací, abychom mohli pokračovat v aktivním cvičení.

2. Poloha na zádech, nemocný pomalu tahem zvedne DK nevysoko nad podložku, na výdrž.
3. Stejný cvik s DK v zevní rotaci 45°. Opět opakujeme 10 elevací každou hodinu.
4. Stejný cvik, ve vnitřní rotaci.

M. NÝDRLE, H. VESELÁ / REHABILITAČNÍ CVIČENÍ PO OPERACI KOLENNÍHO KLOUBU II. ČÁST

5. Při dobrém zvládnutí cviků 2. – 4. přidáme manuální odpor (působící nad kolenem!). Zátěž volíme takovou, aby po přecvičení série byl sval unaven.
6. V poloze na břiše nemocný zanožuje DK v kyčli, event. přidáme nad kolenem odpor.
7. V poloze na zdravém boku nemocný zvedá DK do abdukce v kyčli, při zvládnutí cviku přidáme odpor.
8. Vleže na nemocném boku nemocný abdukuje zdravou DK a operovanou končetinu k ní přitahuje (později proti odporu).
9. Izometrické cvičení jak flexorů kolena, tak svalstva bérce.
10. Chůze o berlích zlepší celkovou kondici.
11. Celkové kondiční cviky:
 - posazování z lehu
 - dřepy na zdravé DK, event. s dopomocí horních končetin
 - cvičení s činkami
 - kliky

Konec druhé části

Literatura za třetí částí sdělení.

A. GIERER

DIE PHYSIK, DAS LEBEN UND DIE SEELE

Fyzika, život a duša

2. vydanie. München Piper Verlag, 1986

ISBN 3-492-02784-9

Dr. Gierer po absolvovaní štúdia fyziky pracoval po promócií na Max-Planckovom inštitúte pre výskum vírusov, stal sa docentom biofyziky a vedúcim oddelenia molekulárnej biológie a od roku 1965 je riaditeľom Max-Planckovho inštitútu vývinovej biológie a profesorom biofyziky na tübingenskej univerzite. Je známym odborníkom v molekulárnej biológii; zaoberal sa vývojom nervového systému. Vo svojej knihe o fyzike, živote a duši venuje pozornosť niektorým kľúčovým otázkam súčasnej fyziky a molekulárnej biológie. Zaoberá sa problematikou modernej fyziky ako základu objektívnych prírodných vied, logickým myslením, základnými životnými procesmi, otázkami dedičnosti, informácie a evolúcie. V ďalších kapitolách diskutuje o problematike biologickej tvorby štruktúr, správania sa a mozgových procesov a o otázkach jednoty prírody. Jednotlivé

kapitoly obsahujú rad podkapitol, ktoré riešia ďalšie otázky danej tematiky. Je tu niekoľko obrázkov, nevyhnutných pre pochopenie textu jednotlivých kapitol. Vysvetlivky zaradené na záver knihy poukazujú na ďalšie možnosti získania informácií. Register ukončuje túto zaujímavú, moderne napísanú, obsahovo bohatú publikáciu, ktorá poukazuje na závažnú problematiku súčasných prírodných vied s akcentom na biofyzikálne a molekulárne biologické poznatky, charakterizujúce súčasnú hladinu informácií o vývoji a stave živej hmoty a ich štruktúr.

Autor vychádza z myšlienky „fyzikalizovanie biológie“ spočívajúcej v názore, že pomocou fyzikálnych poznatkov možno maximálne objektívne posudzovať biologické deje. Napriek tomu však iba pomocou fyzikálnych a chemických poznatkov nie je možné vysvetliť

bezo zvyšku všetky fenomény života a vlastnosti živej prírody. Vedecká teória „vychádza iba z týchto faktov, matematicky podložených a logicky usporiadaných však nevysvetlí každý biologický proces – hranice dekódovania problému somatických a psychických okruhov ukazujú“, ako píše autor v úvodnej kapitole svojej knihy, „že ani vedomie sa nedá celkom pochopiť, aj keď využijeme prírodovedckú analýzu mozgových funkcií“. Je teda mnoho vecí, ktoré súčasnými prísne vedeckými

fundovanými metódami, spočívajúcimi na biofyzikálnych a biochemických základoch nemožno vysvetliť – budú potrebné pravdepodobne nové metódy a nové prístupy, aby sme získali komplexný názor na život ako celok.

Giererova kniha je cenným príspevkom, ktorý popri „poole“ informácií z modernej vedy prináša aj inšpiráciu na zamyslenie sa nad problematikou života.

dr. M. Palát, Bratislava

**BERND-OLAF KÜPPERS
DER URSPRUNG BIOLOGISCHER INFORMATION**

Pôvod biologickej informácie
München, R. Piper Verlag 1986
ISBN 3-492-02996-5

Bernd-Olaf Küppers pracuje ako fyzik na Max-Planckovom inštitúte biofyzikálnej chémie v Göttingene, po štúdiách v Göttingene a Bonne a vedeckom pobyte na Kolumbijskej univerzite v New Yorku.

Vo svojej publikácii venuje pozornosť veľmi závažným otázkam vzniku života a na základe svojich vedeckých poznatkov prichádza k záveru, že pôvod biologickej informácie ako všeobecný fenomén môžeme vysvetliť – s prihliadnutím na zákony súčasnej fyziky a chémie – nie je však možné vysvetliť pôvod tejto informácie v jej konkrétnom obsahu.

Knihy sa v piatich kapitolách zaoberá otázkami hmoty a informácie, vychádzajúc z Darwinovho konceptu evolúcie a prechádzajúc k molekulárnym základom života. V ďalšej kapitole autor diskutuje o otázkach troch dimenzií pojmu informácia – syntaktického, sémantického a pragmatického aspektu informácie. Tretia kapitola venuje pozornosť otázke pôvodu biologickej informácie, štvrtá sa zaoberá algoritmom informačnej teórie, a piata, posledná, opisuje evolučný vývoj informácie – celok a jeho časti, presémantiku biologickej informácie a štruktúru evolučných vysvetlení. V závere uvádza táto pozoruhodná kniha v súhrne všetky diskutované aspekty charakterizujúce vývoj života a vzťah zákona a náhody, ako o nej hovorí Jacques Monod, laureát Nobelovej

ceny – ide vlastne zo strany autora o kritický postoj k záverom, ktoré Monod priniesol. Poznámky k jednotlivým kapitolám a niektorým diskutovaným poznatkom, prehľad literatúry a register ukončujú túto pozoruhodnú, zaujímavú, dobre napísanú a informujúcu publikáciu Bernda-Olafa Küppersa, ktorý tu diskutuje o základných otázkach informácie a jej vzniku z pohľadu moderne zameraného prírodovedca. Niektoré obrázky a ilustrácie dopĺňujú text jednotlivých kapitol. Predhovor k tejto publikácii napísal Carl Friedrich von Weizsäcker, jeden z popredných nemeckých fyzikov po druhej svetovej vojne.

Vznik a vývoj života a živej hmoty je iste jedna zo základných otázok predovšetkým modernej biológie. Vývoj genetiky, molekulárnej biológie, biochémie, biofyziky, populačnej genetiky je dokladom toho, aký význam má práve táto otázka. Küppers vo svojej publikácii akcentuje niektoré problémy a zameriava svoju pozornosť na oblasť biologickej informácie ako princípu, ktorým môžeme prispieť k poznaniu teórie vzniku života. Küppersova publikácia sa iste stane nielen zdrojom dobrých informácií, ale aj podnetom k ďalšiemu zamysleniu sa nad otázkami vzniku života a živej hmoty.

dr. M. Palát, Bratislava

VADNÉ DRŽENÍ TĚLA V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

Z. ŠOS

*Rehabilitační oddělení OÚNZ, Domažlice**Vedoucí: prim. MUDr. Z. Šos*

Souhrn: Dle postojových standard Kleina, Thomase, modifikovaných Maye-rem zjištěno vadné držení těla u 36,16 % chlapců a 39,99 % dívek v mateřských školách okresu Domažlice s tendencí ke zhoršování. Zdůrazněny některé ze závažných nálezu – předklon hlavy, odstávající lopatky, bederní hyperlordóza. Hodnocení oslabených a zkrácených svalů bude nutné upravit pro dětský věk. Diskutována možnost vzniku základů vadného držení těla již v časném období zrání organismu. Zdůrazněna souvislost držení těla s vertebrogenním algickým syndromem.

Klíčová slova: vadné držení těla – předškolní věk – vertebrogenní algický syndrom.

Stavba lidského těla je podmíněna funkcí, na kterou působí četné zevní a vnitřní faktory. Nejinak je tomu i s držením těla, kde výsledek je závislý na vývoji posturálních mechanismů [13] a je typickým dynamickým, polyfaktoriálním procesem. Základ drobných deformací vidíme ve zvyklostech, jednostranném přetěžování, nedostatku pohybu, nadměrném sezení, únávě, což se vše kumuluje do špatných návyků, jevících se jako vadné držení těla (dále VDT) [2]. Je příznačné, že na skeletu nenajdeme morfologické změny a že VDT lze korigovat vědomým úsilím. Primární je tedy porucha nervosvalového aparátu s CNS.

Hodnocení držení těla je velmi obtížné, neboť nelze přesně stanovit hranici mezi tzv. normálním, správným držením těla, vadným držením a skutečnou deformitou [2]. Správné držení těla si můžeme představit tak, že při držení v pozoru necháme uvolnit, ale ne ochabnout svalstvo. Klíčovou oblastí je podsazená pánev, vzpřímené postavení hlavy, vypjatý hrudník, kde prsní kost je vpředu vedoucím bodem těla, břicho zatažené, lopatky přiložené směrem k páteři, ramena uvolněná a ve stejné výši, svislice jde předním okrajem zvukovodu do oblasti člunkové kosti nohy [7]. Osa bérce má být kolmá na osu chodidla, která prochází druhým prstem, váhu těla máme přenést na přední půli chodidla, ne na paty, chodidla mají být rovnoběžná či skoro rovnoběžná. Pokud to všechno řádně uděláme, musíme procítit spojení od sedacích hrbolů až do bříšek pod palci; pocítíme, že těžiště těla je v pánvi [20]. Při pohledu zezadu má být páteř rovná, pánev v rovině a lopatky ve stejné výši. Při bočním pohledu má mít páteř fyziologická zakřivení. Spustíme-li tečnu dotýkající se zad, nemá mezi vrcholy zakřivení a tečnou v bederní a krční oblasti být větší vzdálenost než 2,5 cm [1, 5].

Je několik základních typů VDT, které se mohou vzájemně kombinovat: bederní

hyperlordóza, hrudní hyperkyfóza, plochá záda a skoliotické držení, vše se často navíc spojuje s příčné či podélné plochou nohou a valgozním postavením kolenou [13].

Množství případů VDT se v literatuře liší od autora k autorovi od 10 do 83 % [2, 10, 19, 21]. Větší hodnoty se zachycením i menších odchylek mají bezesporu snahu ukázat na celkovou snižující se fyzickou zdatnost dětí, menší čísla chtějí ukázat na závažné odchylky [1]. Při prohlídce nám musí jít především jistě o zachycení závažných deformit, ale svoji váhu má i konstatování VDT. Odchylky od správného držení se jen výjimečně zhoršují do deformity [2], ale stále chybí přesné odhadnutí prognózy té které odchylky a dále prvky VDT se fixují v podobě svalové dysbalance a špatných pohybových stereotypů a postupně se v dospělosti manifestují algickou signalizací v podobě vertebrogenních syndromů. Vzhledem k tomu, že náprava stereotypů a svalových dysbalancí je velmi obtížná až nemožná, domnívám se, že jediná šance v léčení vertebrogenních syndromů je prevence, a to v počátku tvorby návyků a stereotypů. A to byl rozhodující důvod, proč pozornost věnujeme dětskému věku.

Metoda vyšetřování

Prohlídky byly provedeny se souhlasem odboru školství ONV Domažlice v jedné mateřské škole v Domažlicích a v mateřské škole v Meclově. Celkem bylo v r. 1985 vyšetřeno 47 chlapců a 45 dívek (ročník 1980, 1981), v r. 1987 byly prohlídky opakovány u 24 chlapců a 20 dívek z původního souboru.

Při vyšetření jsme vycházeli z jednoduchého Lowmanova vyšetření [6], kdy lékař posuzoval u dětí polohu hlavy, nestejnou výšku ramenou a lopatek, průběh páteře, sklon pánve, ploché nohy, deformity končetin při chůzi vpřed i pozpátku. Rehabilitační pracovnice hodnotila vybrané svalové skupiny dle Jandy [3], kdy za normu platilo dosažení stupně 3 a více. Po zhodnocení všech údajů bylo dítě posouzeno dle postojových standardů Kleina, Thomasa, modifikovaných Mayerem [11]. Výška a hmotnost byla srovnána s růstovou sítí a somatotypy dle Kapalína a Prokopce [1]. Vyšetření se prováděla vždy dopoledne, abychom vyloučili únavu dítěte.

Všem učitelkám mateřských škol okresu Domažlice byl anonymně předložen dotazník o významu pohybu a tělesné výchovy v předškolním věku, abychom zjistili názorovou hladinu na provádění tělesné výchovy v mateřských školách. Ve 12 půldenních seminářích byly učitelky po skupinách poučeny o základech správného držení těla s upozorněním na podstatné odchylky, které mohou samy signalizovat rodičům a lékařům, a dále prakticky prováděly pod dohledem rehabilitační pracovnice všechny zdravotní cviky pro mateřské školy s upozorněním na chyby, které by mohly vést ke špatným návykům.

Výsledky

Děti jsou proti normativům vyššího věku, 10,63 % chlapců je robustních a 24,34 % dívek je robustních až obézních (tab. 1, 2). Hodnocením dle postojových standardů má VDT 36,16 % chlapců (chabé 34,04 %, zlé 2,12 %) a 39,99 % dívek (chabé 33,33 %, zlé 6,66 %) (tab. 3). Při opakovaném vyšetření po 2 letech došlo ke vzestupu VDT u chlapců na 54,16 % a na 45 % u dívek (tab. 3). Nejde zde vzhledem k menšímu počtu vyšetřených dětí ani tak o číselné vyjádření jako o dokumentaci nepříznivého trendu v období, kdy děti přecházejí do školy.

Z jednotlivých parametrů (tab. 4, 5) byl výrazný předklon hlavy u 19,2 % a 28,9 % dívek s výrazným trendem ke zhoršování prakticky na polovinu souboru. Výrazný je nález odstávajících lopatek jako důsledek oslabení mezilopatkového svalstva: 86,7 % u dívek a 89,4 % u chlapců. Nález zkrácených pektorálů není v tomto období výrazný.

Z. ŠOS / VADNÉ DRŽENÍ TĚLA V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

Tabulka 1. Tělesná výška dle růstové sítě Kapalína a Prokopce u dětí mateřských škol okresu Domažlice

Růstová pásma	chlapci		dívky	
	počet	%	počet	%
A – velmi vysoká	12	25,53	13	28,88
B – vysoká postava	16	34,04	19	42,22
C – střední postava	13	27,65	8	17,77
D – menší postava	5	10,63	5	11,11
E – malá postava	1	2,12		
součet	47		45	

Tabulka 2. Somatotyp (proporcionalita těla) dle Kapalína a Prokopce u dětí mateřských škol okresu Domažlice

Skupina	chlapci		dívky	
	počet	%	počet	%
A – obézní			1	2,12
B – robustní	5	10,63	10	22,22
C – proporcionalní	22	46,80	20	44,44
D – štíhlá	18	38,29	10	22,22
E – astenická	2	4,25	4	8,88
součet	47		45	

Tabulka 3. Držení těla u dětí mateřských škol okresu Domažlice dle postojových standard Kleina, Thomase a Mayera. Ročník 1980 – 1981, uveden celkový počet vyšetřených v r. 1985, zvlášť uvedené děti vyšetřené opakovaně v r. 1985 a 1987.

Držení těla	Chlapci					
	1. vyš. celkově		r. 1985		2. vyš. r. 1987	
	počet	%	počet	%	počet	%
výborné	2	4,25				
dobré	28	58,57	15	62,5	11	45,83
chabé	16	34,04	9	37,5	13	54,16
zlé	1	2,12				
součet	47		24		24	
Držení těla	Dívky					
	1. vyš. celkově		r. 1985		2. vyš. r. 1987	
	počet	%	počet	%	počet	%
výborné	3	6,66	1	2,22		
dobré	24	53,33	11	55	11	55
chabé	15	33,33	6	30	7	35
zlé	3	6,66	2	10	2	10
součet	45		20		20	

Z. ŠOS / VADNĚ DRŽENÍ TĚLA V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

Tabulka 4. Výsledky sledovaných parametrů dětí mateřských škol okresu Domažlice. Chlapci – ročník 1980 – 1981. Souhrnné výsledky z vyšetření v r. 1985, zvláště uvedené výsledky u dětí vyšetřených opakovaně v r. 1985 a 1987.

Sledované parametry		1. vyš. celkově		1. vyš. r. 1985		2. vyš. r. 1987	
		počet	%	počet	%	počet	%
držení hlavy	norm.	38	80,8	19	79,2	13	54,2
	předklon předsun	9	19,2	5	20,8	10	41,6
lopatky (dolní fixát.)	norm.	5	10,6	3	12,5	4	16,7
	oslab.	42	89,4	21	87,5	20	83,3
m. trapezius (horní část)	norm.	34	72,3	18	75	18	75
	zkrác.	13	27,7	6	25	6	25
m. pectoralis	norm.	45	95,7	23	95,8	22	91,7
	zkrác.	2	4,3	1	4,2	2	8,3
hrudník	norm.	30	61,7	15	62,5	19	79,2
	plochý	14	29,8	8	33,3	4	16,7
	nálevkovitý	3	6,4				
dýchání	kuřecí	1	2,1	1	4,2	1	4,2
	hrudní					1	4,2
	břišní	32	68,1	16	66,7	18	75
linie boků	smíšené	15	31,9	8	33,3	5	20,8
	norm.	43	91,5	21	87,5	21	87,5
břišní svaly	asym.	4	8,5	3	12,5	3	12,5
	norm.	33	70,2	15	62,5	18	75
bederní lordóza nad 2,5 cm	oslab.	14	29,8	9	37,5	6	25
	fen. předb.	31	66	16	66,7	22	91,7
m. gluteus max.	neg.	44	93,6	22	91,7	21	87,5
	poz.	3	6,4	2	8,3	3	12,5
hamstrings	norm.	41	87,2	21	87,5	22	91,7
	oslab.	6	12,8	3	12,5	2	8,3
genua	norm.	33	70,2	18	75	21	87,5
	zkrác.	14	29,8	6	25	3	12,5
plochonoží	norm.	31	66	16	66,7	18	75
	X	14	34	8	33,3	6	25
celkový počet vyšetřených	neg.	15	31,9	7	29,2	5	20,8
	poz.	32	68,1	17	70,8	19	79,2
celkový počet vyšetřených		47		24		24	

Třetinu hrudníků lze zařadit do kategorie plochých hrudníků (29,8 % u chlapců a 28,9 % u dívek), velice nepříznivý je způsob dýchání, kdy prakticky kolem 70 % dětí dýchá pouze břichem. Břišní svalstvo jsme našli oslabené v 29,8 % u chlapců a ve 13,3 % u dívek bez výrazného trendu ke změnám. Bederní hyperlordóza, výrazně související s anteverzí pánve, byla přítomna u 66 % chlapců a 84,4 % dívek s tím, že u chlapců jsme během 2 let zaznamenali obrovský nárůst (91,7 %). Oslabení hlavního extenzoru kyčle m. gluteus max. jsme zjistili u chlapců ve 12,8 % a u dívek v 11,1 %.

Z. ŠOS / VADNÉ DRŽENÍ TĚLA V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

Tabulka 5. Výsledky sledovaných parametrů dětí mateřských škol okresu Domažlice. Dívky – ročník 1980 – 1981. Souhrnné výsledky z vyšetření v r. 1985, zvlášť uvedené výsledky u dětí vyšetřených opakovaně v r. 1985 a 1987.

Sledované parametry		1. vyš. celkově		1. vyš. r. 1985		2. vyš. r. 1987	
		počet	%	počet	%	počet	%
držení hlavy	norm.	32	71,1	15	75	10	50
	předklon předsun	13	28,9	5	25	10	50
lopatky (dolní fixát.)	norm.	6	13,3	3	15	1	5
	oslab.	39	86,7	17	85	19	95
m. trapezius (horní část)	norm.	40	88,9	18	90	19	95
	zkrác.	5	11,1	2	10	1	5
m. pectoralis	norm.	44	97,8	19	95	19	95
	zkrác.	1	2,2	1	5	1	5
hrudník	norm.	32	71,1	14	70	16	80
	plochý nálevkovitý kuřecí	13	28,9	6	30	4	20
dýchání	hrudní					3	15
	břišní smíšené	33	73,3	15	75	14	70
linie boků	norm.	12	26,7	5	25	3	15
	asym.	40	88,9	18	90	18	90
břišní svaly	norm.	5	11,1	2	10	2	10
	oslab.	39	86,7	17	85	18	90
bederní lordóza nad 2,5 cm	norm.	6	13,3	3	15	2	10
	fen. předb.	38	84,4	17	85	17	85
m. gluteus max.	neg.	40	88,9	18	90	16	80
	poz.	5	11,1	2	10	4	20
hamstrings	norm.	40	88,9	18	90	20	100
	oslab.	5	11,1	2	10		
genua	norm.	42	93,3	18	90	19	95
	zkrác.	3	6,7	2	10	1	5
plochonoží	norm.	39	86,7	17	85	17	85
	X	6	13,3	3	15	3	15
plochonoží	neg.	16	35,6	7	35	6	30
	poz.	29	64,4	13	65	14	70
celkový počet vyšetřených		45		20		20	

zkrácení hamstringů u chlapců ve 34 % a u dívek v 6,7 %. Závažným nálezem je plochonoží v 68,1 % u chlapců a v 64,4 % u dívek s tendencí ke zhoršování.

Výsledky anonymního dotazníku, předloženého učitelkám mateřských škol, byly již publikovány v odborném pedagogickém časopise [17, 18], proto alespoň zde uvádím, že 42,4 % učitelek se domnívá, že děti nemají dostatek volného pohybu, jen 46,9 % učitelek se domnívá, že je správné cvičit s dětmi naboso každý den, jen 2,3 % učitelek s dětmi plave a dochází do sauny, zahrada škol je celoročně využívána jen 22,6 % učitelek atd.

Diskuse

Na držení těla můžeme hledět jako na určitý biosystém, charakterizovaný určitou labilitou a stabilitou. Vysoká stabilita umožňuje životnost systému, labilita umožňuje evoluci [12]. Hroucení těla do VDT můžeme chápat z tohoto pohledu jako zjednodušování, snižování k zemi až jako regresi (návrat na čtyři?), což z hlediska jednoduchosti a účelnosti může být ve ztížených podmínkách současného životního trendu pro jedince stabilnější držení. Nejsme tedy plně adaptováni na vzpřímený stoj, resp. adaptabilitu ztrácíme. Vzhledem k tomu, že však VDT přináší člověku problémy a poruchu zdraví, je nutné bojovat o správné držení sice jako o labilní prvek, ale evolučně progresivní. Vzhledem k počtu VDT v populaci by se dalo hodnotit VDT téměř jako normální prvek, zvláště kdybychom vedli hranici mezi normálním a vadným na základě průměrných nálezu, ale to nesmíme dopustit. Normálnost v lékařství má málo společného s Gaussovou křivkou.

Stále existuje problém s metodikou hodnocení. Jaroš [6] popsal precizně přehled možného hodnocení od jednoduchých až po složité. Picek [14] navrhl přístroj k měření VDT, ale hodnoty získané takovýmto způsobem se mi nezdají být validní vzhledem ke statickosti měření. Držení těla je dynamický prvek, nejsprávnější bude hodnocení při pohybu. Ze současných metodik se mně zdá nejjednodušší a nejbližší skutečnosti měření dle postojových standard Kleina, Thomase, modifikované Mayerem [11]. Postrádá však číselné vyjádření jednotlivých stupňů a není tedy objektivním hodnocením. Verbální popis je proti číslu vždy nepřesný a subjektivní.

Při masovém vyšetření se Lánikovi při vyhledávání časných skolióz osvědčila trias příznaků – taille, val, pánev [9]. I s pomocí této znalosti jsme v našem souboru zachytili 2 esovité skoliózy dle Cobba 1a, 4 skoliotická držení, vesměs při rozdílné délce dolních končetin.

Hodnocení oslabených a zkrácených svalů bude nutné upravit pro dětský věk. Děti v tomto věku nejsou schopné přesné koordinace, nutné pro provedení poloh. Svaly se také teprve vyvíjejí jak z hlediska síly, tak i elasticity, a proto nelze přenést pojmy oslabení a zkrácení na dítě v tomto období. Určitě však bude nutné zabývat se rozlišením vývojových a sekundárních, patologických změn i v tomto období zrání pohybového aparátu.

Pro hodnocení výšky a hmotnosti, event. somatotypů (proporcionality těla) jsme zámerně použili růstovou síť Kapalína a Prokopce [1], sestavenou na základě měření naší populace v r. 1951, abychom zdůraznili obrovskou akceleraci růstu současných dětí. Procentuální zastoupení v jednotlivých skupinách A až E (tab. 1, 2) by mělo být 6 %, 25 %, 50 %, 25 %, 6 %. Z výsledků vidíme, k jakému přesunu došlo během posledních desetiletí směrem do oblasti A a B (A: více jak +1,6 směrodatné odchylky, B: +0,5 – 1,5 směrodatné odchylky). Zřejmě i zde musíme hledat jeden z faktorů zvyšujícího se výskytu VDT; svalový korzet zjevně nestačí růstu zvláště v akceleračních fázích (5 – 6, 9 – 11, 14 – 17). Nezanedbatelný je i výskyt obezity u dětí.

Je-li tak obrovský výskyt VDT ve 4 – 5 letech, nelze ze všeho vinit až sedavý režim škol, i když nepochybně zde dochází k urychlení zhoršení. Dispozici a vznik bych hledal daleko dříve. V současné době sledujeme nálezy na pohybovém aparátu u tzv. rizikových dětí. Není jistě zanedbatelná skutečnost, že v našich podmínkách máme nejméně 15 % dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí. Porucha koordinace, typická pro tyto děti, se zákonitě musí projevit i v utváření tak citlivého prvku, jakým je držení těla. Velmi závažné je dále období vzpřimování kolem jednoho roku. Pokorná [15] v tomto

Z. ŠOS / VADNÉ DRŽENÍ TĚLA V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

věku nalézala některé známky signalizující pozdější skoliózy. Mnoho rodičů v tomto období děti násilně zvedá a zakládá polštář, místo aby je nechali lézt a podpořili přirozenou cestou tento základní koordinační reflex, nutný pro stabilitu, správné zapojování svalů v celých řetězcích a koordinaci.

Postupem času se jistě přidává již negativní vliv nedostatku spontánního aktivního pohybu, začíná povalování u televize, převážně v nevhodných židlích a sedacích soupravách. Z hlediska výživy, také nutné pro dobrý růst a rozvoj, se začínají projevat důsledky naší nesprávné výživy s nedostatkem mléka, zeleniny a ovoce. Chceme-li mluvit o nápravě, lze souhlasit s Jandou [4], že zatím neznáme bohužel nic rozumnějšího než věčné napomínání a výchovné vedení.

V každém případě však nesmíme ve VDT vidět jen kosmetickou záležitost, ale příznak porušeného zdraví.

LITERATURA

1. BERDYCHOVÁ, J.: Tělesná výchova pro pedagogické školy, Praha, SPN 1983
2. HNEVKOVSKÝ, O.: T. zv. vadné držení těla. Acta Chir Orthop Traumatol Cech 1/17, 1950, č. 9 – 10, s. 300 – 308
3. JANDA, V.: Vyšetřování hybnosti, Praha, Avicenum, 1981
4. JANDA, V.: Aby tělo nebolelo. Čs. televize Ostrava, 1987
5. JANDA, V., POLÁKOVÁ, Z., VÉLE, F.: Funkce hybného systému, SZdN, Praha, 1966
6. JAROŠ, M.: Hodnocení postavy. Acta Chir Orthop Traumatol Cech 1/17, 1950, č. 9 – 10, s. 324 – 334
7. KUBÍN, Z., KUBÍNOVÁ, E.: Ortopedická péče o děti s vadným držením těla v okrese Tachov. Acta Chir Orthop Traumatol Cech, 42, 1975, č. 3, s. 217 – 228
8. LÁNIK, V. et al.: Epidemiológia skoliózy a vyhledávané postihnutých dětí. Rehabilitácia, Supl. 20/80, 13, 1980, s. 17 – 23
9. LÁNIK, V.: Príspevok k problematike depistáže detí vo včasnom štádiu skoliózy. Acta Chir Orthop Traumatol Cech, 44, 1977, č. 5, s. 423 – 430
10. LÁNIK, V. et al.: Spôsob masovej evaluácie držania tela u detí a jeho výsledky. Rehabilitácia 10, 1977, č. 4, s. 207 – 214
11. MAYER, K.: Hodnocení držení těla mládeže metodami postojových standard a výsledky jeho aplikace v tělovýchovné praxi. Acta Chir Orthop Traumatol Cech, 45, 1978, č. 3, 202 – 207
12. PETRÝL, M. et al.: Biomechanika z hlediska teorie řízení biosystemů. Acta Chir Orthop Traumatol Cech, 51, 1984, č. 1, s. 12 – 19
13. PFEIFFER, J. et al.: Rehabilitace, léčebné, pracovní a sociální aspekty, Praha, SPN 1982
14. PICEK, F. et al.: Přístroj k měření vadného držení těla. Rehabilitácia, 19, 1986, č. 3, s. 165 – 168
15. POKORNÁ, I.: Vztah nálezů na kojeneckých páteřích k pozdějšímu vzniku skoliózy. Acta Chir Orthop Traumatol Cech, 44, 1977, č. 5, s. 431 – 436
16. SAIBERT, Z. et al.: Vývoj držení těla u dětí školního věku. Acta Chir Orthop Traumatol Cech, 39, 1972, č. 3, s. 186 – 189
17. ŠOS, Z. et al.: Poznámky ke zdravotním cvikům, Předškolní výchova 1987, č. 5
18. ŠOS, Z. et al.: Tělesná výchova v mateřské škole v praxi, Předškolní výchova, 1986, č. 2
19. VAVRDA, J.: Výchova k správnému držení těla. Acta Chir Orthop Traumatol Cech, 29, 1962, č. 1, 2 – 10
20. VOJÁČKOVÁ, H.: Pohybem ke zdraví a kráse ženy, Praha, SZN 1959
21. VOJTAŠŠÁK, J.: Držanie tela detí materských a základných škôl, Rehabilitácia, 18, 1985, č. 2, s. 99 – 103.

Adresa autora: dr. Z. Š., Puškinova 94, 346 01 Horšovský Týn

Z. ŠOS / VADNÉ DRŽENÍ TĚLA V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

Z. Šos

НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ТЕЛА В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Резюме

Согласно стандартам положения тела по Клейну, Томасу, модифицированным Майером, была установлена неправильная осанка у 36,16 % мальчиков и 39,99 % девочек в детских садах района Домажлице с тенденцией к ухудшению. Подчеркиваются некоторые важные обнаружения – наклон головы вперед, выступающие лопатки, бедренный гиперлордоз. Метод оценки ослабленных и сокращенных мышц необходимо приспособить для детского возраста. Обсуждается возможность возникновения осанки уже в раннем периоде созревания организма. Подчеркивается связь осанки с вертеброгенным альгическим синдромом.

Z. Šos

DEFECT BODY POSTURE IN CHILDREN OF PRE-SCHOOL AGE

Summary

According to standards of Klein, Thomas, modified by Mayer, defect body posture was found in 36,16 % of boys and 39,99 % girls in nursery schools in the district of Domažlice, all with a tendency to grow worse. Emphasized are some severe findings, – forward bend of the head, prominent shoulder blades, lumbar hyperlordosis. Evaluation of weak and shortened muscles will be necessary to adapt for childhood age. Discussed is the possible origin of the basic defect of posture already during early period of maturation of the organism. Stressed is dependency of body posture on the vertebrogenic algic syndrome.

Z. Šos

SCHLECHTE KÖRPERHALTUNG IM VORSCHULALTER

Zusammenfassung

Anhand des durch Mayer modifizierten Kleinschen und Thomasschen Haltungsstandards wurde bei 36,16 % der Knaben und bei 39,99 % der Mädchen in den Kindergärten des Kreises Domažlice eine schlechte Körperhaltung festgestellt, mit einer Tendenz zu weiterer Verschlechterung. Hervorgehoben werden einige ernste Befunde – Vorbeugung des Kopfes, abstehende Schulterblätter, Hyperlordose der Hüften. Die Wertung von geschwächten und verkürzten Muskeln wird dem Kindheitsalter angemessen neu gestaltet werden müssen. Diskutiert wird die Möglichkeit, daß die Grundlagen für eine fehlerhafte Körperhaltung schon in der Frühzeit des Reifens des Organismus entstehen. Betont wird der Zusammenhang zwischen der Körperhaltung und dem vertebrogenen algischen Syndrom.

Z. Šos

DÉFAUT DE L'ATTITUDE DU CORPS À L'ÂGE PRÉSCOLAIRE

Résumé

Selon les normes d'attitudes de Klein, de Thomas modifiées par Mayer, la mauvaise attitude du corps constatée chez 36,16 p. cent de garçonnets et 39,99 p. cent de fillettes aux écoles mater-

nelles du district de Domažlice avec tendance à s'aggraver. Sont soulignés certains diagnostics graves – inclinaison en avant de la tête, omoplates baillantes, hyperlordose du bassin. Evaluation des muscles affaiblis et raccourcis qu'il sera nécessaire d'adapter pour l'âge enfantin. Discussion de possibilité de l'apparition des principes de la fausse attitude du corps déjà à l'époque primaire de la formation de l'organisme. Accentuation du rapport de l'attitude du corps avec le syndrome vertébral algique.

GEORGE, R., OKUN, R., CHO, A. K.
ANNUAL REVIEW OF PHARMACOLOGY AND TOXICOLOGY
Ročný prehľad farmakológie a toxikológie. Vol. 27.
Palo Alto, California, 1987, Annu Rev Inc,
ISBN 0-8243-0427-6

Klinickým farmakológom a toxikológom, farmaceutom a vedecko-výskumným pracovníkom dostáva sa do rúk ďalší – v poradí už 27. zväzok Ročných prehľadov farmakológie a toxikológie. Obsahuje 21 vybraných kapitol a pravidelne zaraďovanú kapitolu Prehľad prehľadov. Osvedčení vydavateľa 27. zväzku utvorili 9 člennú redakčnú radu, zásluhou ktorej sa dostala do tohto vysoko odborného diela najaktuálnejšia problematika z oblasti experimentálnej a klinickej farmakológie. Odborníci v tejto problematike iste so záujmom privítajú, že hneď za obsahom jednotlivých kapitol 27. zväzku Prehľadov sú citované aj vybrané práce z iných ročných prehľadov (napríklad *Annu Rev Biochem*, *Annu Rev Med*, *Annu Rev Physiol* a iné), ktoré tematicky nadväzujú na niektoré state, zaradené v najnovšom 27. zväzku. Ako príklad možno uviesť: kalcium, interferón, beta-adrenergé receptory, intoxikácie liečivami a iné.

Spomenutých 21 kapitol recenzovaného 27. zväzku sme v záujme lepšieho prehľadu zoradili do príslušných farmakologických skupín, v ktorých uvádzame obsahovú stránku publikovaných statí.

Z molekulárnej farmakológie sú to tri príspevky: 1) Metabolizmus alfa- a beta-adrenergických receptorov in vitro a in vivo (Mahan, L. C. et al). 2) Biochemická a molekulárno-genetická analýza hormón-senzitívnej adenylyl cyklázy (Casperson, G. F.); 3) Bezpečnosť hodnotenia polymérov (Darby, T. D.).

Z imunofarmakológie je do publikácie zaradená aktuálna problematika imunotoxických xenobiótík (chemické imunosupresíva), ktoré môžu postupne, resp. pomaly vyprovokovať interakcie na úrovni imunokompetentná bunka – xenobiótikum. Tematika tohto druhu je prehľadne spracovaná v kapitole Molekulárne a celulárne základy chemicky indukovanej imunotoxicity (Luster, M. I., Blank, J. A.). Medzi látky, ktoré majú imunotoxické vlastnosti, zaraďujú autori najmä polycyklické aromatické hydrokarbóny, polyhalogenované aromatické hydrokarbóny, ťažké kovy (Hg, Pb, Cd) a iné.

Z oblasti **kardiovaskulárnej farmakológie** sú v 27. zväzku tri aktuálne state: 1) Prostaglandíny (PGE, PGI), leukotriény (LTs) a faktor aktivujúci doštičky pri šoku a traume (PAF). Autori (Feuerstein, G., Hallenbeck, J. M) sa tu zaoberajú úlohou vazoaktívnych lipidov v patofyziológii šoku a pri traume. 2) Antagonisti faktora aktivujúceho doštičky (Saunders, R. N., Handley, D. A). Táto kapitola obsahovo súvisí s predchádzajúcou, preto praktický význam by malo zaradenie oboch kapitol za sebou a nie oddelene. 3) Ligandy kalciových kanálov – blokátorov Ca^{2+} (Triggle, D. J.).

V rámci **klinickej toxikológie** sa publikuje práca o účinkoch polychrómovaných a polybrómovaných difenylových zlúčenín (Kimbrough, R. D.) a o hemodialýze a hemoperfúzii pri otrave liečivami (Cutler, R. E. et al.).

Z endokrinologickej problematiky je tu stat o inhibíne, ktorý je hypotetickým testikulárnym faktorom (Li, CH. H., Ramasharma, K.).

Z neurochémie je tu kapitola o kontramisii (Campbell, G.), čo je účinok dvoch transmitterov simultánne sa uvoľňujúcich z toho istého neurónu na cieľovú bunku. Ďalšia práca uvádza liečivá, spôsobujúce poruchy pohybu (Campanella, G. et al.) a jedna kapitola sa zaoberá aj acetylcholínom a reguláciou REM spánku (Shiromani, P. J., Gillin, CH.).

Publikácia obsahuje i nové poznatky o far-

makológii karnitínu a o purínových receptoch v tkanivách cicavcov.

Každá kapitola obsahuje početné literárne citácie (celkom 2410). Súčasťou 27. zväzku je vecný index, abecedný zoznam autorov zväzkov 23 – 27 a farmakologické skupiny, v ktorých sú zaradené jednotlivé kapitoly obsiahnuté vo zväzkoch 23 – 27. Celý zväzok je spracovaný veľmi prehľadne, obsahuje aktuálnu problematiku z daného odboru. Preto publikáciu možno vrele odporučiť odborníkom v klinickej farmakológii, farmácii a vo výskume.

dr. Š. Kišoň, Bratislava

S. KRATOCHVÍL

HYPNÓZA

Praha, Academia, nakladateľstvo ČSAV 1986

Docent Kratochvíl je známy odborník v oblasti hypnózy v našej krajine. V roku 1986 vydal vo Vydavateľstve Československej akadémie vied v Prahe v češtine pozoruhodnú monografiu, venovanú rozsiahlej problematike súčasnej hypnózy. V podtitule tejto knihy sa uvádza, že ide o experimentálny prístup. Autor v nej zhrňuje súčasné poznatky z tejto oblasti modernej psychiatrie s akcentom na experimentálnu oblasť. Hypnóza, ako uvádza autor v predhovore, sa v súčasnosti využíva v dvoch smeroch – v klinike pri liečení rôznych príznakov a chorobných stavov a v experimente za využitia výskumných podmienok.

Autor v troch častiach venuje pozornosť podstate hypnózy, hypnabilite a hypnotickým javom. Každý z týchto oddielov obsahuje ďalšie kapitoly, zamerané na jednotlivé aspekty danej tematiky – otázky sugestibility, zmeneného stavu vedomia, interpersonálnych vzťahov a ďalších vedľajších charakteristík; tieto podkapitoly sú náplňou prvej časti. V druhej autor rozoberá problematiku merania hypnability, otázky hypnability a osobnosti a možnosti ovplyvnenia hypnability. Tretia, posledná časť monografie venuje pozornosť ovplyvneniu motoriky, vegetatívnym reakciám, analgézií, vekovej regresii, tranzovej logike, amnézii a posthypnotickej sugescii. Monografia v závere obsahuje veľmi široký prehľad lite-

ratúry, autorský a vecný register. Text je doplnený potrebnými tabuľkami, grafmi a ďalšími ilustráciami, potrebnými k lepšiemu porozumeniu diskutovaných otázok.

Hypnóza sa stala súčasťou psychiatrickej praxe – jej postavenie nie je jednoznačné, napriek tomu však predstavuje určitý smer, prinášajúci celý rad experimentálnych dôkazov a aj možností jej praktického použitia v klinickej praxi pri vybraných nozologických jednotkách, eventuálne pri niektorých symptómoch. Jedno však treba zdôrazniť: hypnóza a jej dopad vždy závisia od dvoch faktorov – od lekára, ktorý ju používa a pacienta, ktorý ju prijíma. Interakcia medzi lekárom a pacientom je možná za určitých predpokladov, ich definovanie a najmä ich charakterizovanie z hľadiska mechanizmu účinku nie je vždy plauzibilné a nie je vždy vysvetliteľné bezo zvyšku. Napriek tomu možno konštatovať, že je cennou metódou v rukách vysokoerudovaných odborníkov – psychiatrov, ale aj to, že má svoje úskalie a riziká.

Kratochvílova monografia komplexným spôsobom prispieva k informácii o možnostiach použitia hypnózy, predovšetkým z experimentálnych pozícií a toto autor zdôrazňuje už v úvode monografie.

dr. M. Palát, Bratislava

TEST SOBĚSTAČNOSTI GERONTA V PODMÍNKÁCH LÉČEBNY DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH A JEHO VYUŽITÍ V REHABILITAČNÍ PÉČI

M. ČERNÝ, E. KLÁSKOVÁ

Léčebna dlouhodobě nemocných, MÚNZ Ostrava – Radvanice

Primář: MUDr. M. Černý

Rehabilitační oddělení MěNsP Ostrava

Primář: MUDr. P. Gallus

Souhrn: Autoři vypracovali test soběstačnosti geronta s numerickým vyjádřením úbytku soběstačnosti k absolutní institucionální závislosti v rozsahu od +100 do -100 bodů. Skóre vyčíslují zlomkem + body/- body a jejich vzájemným součtem. Pozitivní body vyjadřují stupeň uchovaných schopností geronta, negativní body jsou výrazem stupně závislosti a současně náročnosti ošetrovatelské péče. Celkové skóre pak zhodnocuje stupeň relativní soběstačnosti či institucionální závislosti. Skóre +100 až +75 bodů označují autoři na relativní soběstačnost, +74 až +50 bodů za mírnou institucionální závislost, +49 až +1 bod za výraznou institucionální závislost. Hodnota 0 až -100 bodů je výrazem absolutní institucionální závislosti, kdy nemocný je prakticky zcela odkázán na nemocniční ošetřování.

Test byl vypracován pro potřeby Léčebny dlouhodobě nemocných, v praxi se osvědčil a navíc pomáhá sledovat efekt rehabilitace gerontů a stupeň ošetrovatelské zátěže zdravotnického personálu.

Klíčová slova: test soběstačnosti – léčebna dlouhodobě nemocných – geriatric – institucionální závislost – ošetrovatelská péče – rehabilitační léčba.

Koncepce oboru geriatric, vydaná v roce 1983, vyhlašuje za jeden z hlavních úkolů vypracovat a prakticky používat specifické metody ke stanovení objektivních potřeb starého a dlouhodobě nemocného člověka. Léčebnám dlouhodobě nemocných pak ukládá používat metodiku objektivního testování soběstačnosti a závislosti [4].

Cílem takového testování v geriatric je především zjištění, které má v praxi pomoci stanovit optimální metody a rozsah rehabilitace, jež je však poznamenána proti obecně prováděnému způsobu v nižších věkových skupinách řadou odlišností a specifík [7].

Testováním gerontů se zabývá již řadu let mnoho pracovišť domácích i zahraničních a byly vypracovány různé testy rozdílného rozsahu a úrovně. Zatím nejpodrobnější test s nejjšířším záběrem u nás nedávno publikovala Heřmanová [3]. Přesto však doposud nebyl jednotně přijat žádný z navržených testů, který by beze zbytku vyhovoval potřebám na všech úsecích nově koncipovaného oboru geriatric.

Každý test sleduje určitý cíl a účel a bývá zpravidla zaměřen na vyhraněnou část populace. Univerzálně použitelný test soběstačnosti gerontů, který by vyhovoval za všech podmínek všem ambulancím i lůžkovým pracovištím, stal by se rozsáhlým, méně přehledným a pro uživatele příliš náročným a složitým elaborátem. Dosavadní používané testy soběstačnosti jsou také více zaměřeny pro ambulantní potřeby. Koncepce geriatric, realizovaná soudobou praxí, vytvořila

M. ČERNÝ, E. KLÁSKOVÁ / TEST SOBĚSTAČNOSTI GERONTA V PODMÍNKÁCH LÉČEBNÝ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH A JEHO VYUŽITÍ V REHABILITAČNÍ PÉČI

dnes již dosti specifický výběr nemocných gerontů, se kterými se pravidelně setkáváme v našich léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN). Proto nemocní nyní hospitalizovaní v LDN tvoří již určitou „vytříděnou“ skupinu gerontů, jejichž soběstačnost je **vždy** určitým způsobem limitována ať po zdravotní, nebo častěji současně i po sociální stránce. Proto téměř u každého geronta, přijatého do LDN, může jít nejvýše o „relativní soběstačnost“ v rámci optimálních rodinných a sociálních podmínek. Vycházejíce z tohoto poznání, inspirování řadou jiných testů [1, 2, 5, 6] vypracovali jsme a zavedli do své praxe v roce 1986 vlastní **TEST SOBĚSTAČNOSTI GERONTA** (tab. 1), použitelný právě ve specifických a typických podmínkách LDN. Proto netestujeme některé zvláštní úkony, důležité pro soběstačnost geronta v ambulantním režimu a jednoznačně jsme zaměřili svůj test k potřebám pacientů v LDN.

Původní verzi testu jsme upřesnili hodnotami kvantitativního posouzení, neboť jsme pocítili nutnost a potřebu jednotlivě ukazatele soběstačnosti vyčíslit a udělit jim příslušný bodový význam. Tím jsme dosáhli možnosti dynamicky sledovat vývoj soběstačnosti hospitalizovaných gerontů po celou dobu pobytu v LDN, posoudit nepřímou i výsledky naší rehabilitační léčby a nově přicházejícím lékařům na oddělení poskytnout rychlou a přesnou informaci o funkčním stavu nemocného.

Tabulka 1. Test soběstačnosti geronta

Chůze	<ul style="list-style-type: none"> 20 – neomezená rozsahem i časově 18 – chodí po schodech sám s úsilím 15 – chodí po schodech s pomocí 12 – chodí v podlaží sám 8 – chodí v podlaží s pomocí 5 – pohyb v omezeném prostoru sám 0 – pohyb v omezeném prostoru s pomocí 10 – jezdí na invalidním vozíku sám -5 – nezvládne chůzi ani pohyb
Přesun z lůžka na křeslo	<ul style="list-style-type: none"> 5 – přesun oběma směry sám, bezpečně stojí 3 – přesun s částečnou pomocí, labilně stojí 0 – pasívně vysazen do křesla, sedí, vzepře se -5 – nevydrží déle sedět v křesle, nestojí
Hybnost na lůžku	<ul style="list-style-type: none"> 5 – posadí se sám i přes okraj lůžka 3 – posadí se s pomocí, s oporou sedí 0 – pohybuje se účinně na lůžku -5 – pasívně ležící, polohován
Tělesné potřeby	<ul style="list-style-type: none"> 10 – zvládne úkon sám převážně na WC 5 – používá převážně kálicí křeslo, mísu 0 – vyžádá si aktivně pomoc, kontinentní -5 – nutný dohled, pomoc, příhody jen výjimečně
Osobní očista	<ul style="list-style-type: none"> 10 – zvládne sám koupel i umytí 5 – sám se pouze umyje 0 – umyje se s pomocí -10 – nezvládne sám osobní očistu

M. ČERNÝ, E. KLÁSKOVÁ / TEST SOBĚSTAČNOSTI GERONTA V PODMÍNKÁCH LÉČEBNÝ DLOUHODOBÉ NEMOCNÝCH A JEHO VYUŽITÍ V REHABILITAČNÍ PÉČI

pokračování tab. 1

Oblékání 4 – oblékne se sám 0 – oblékne se s pomocí -2 – nevládne oblékání
Obouvání 4 – obouvá se sám 0 – obouvá se s pomocí -2 – nevládne obouvání
Příjem potravy +10 – jí a pije samostatně 5 – jí a pije s částečnou pomocí 0 – napije se, jí, avšak neefektivně -10 – musí být kompletně nakrmen
Komunikace 5 – domluva dobrá, mluví, rozumí 0 – domluva ztížena, dysfazie, hluchota -5 – kontakt prakticky nemožný
Psychický stav 10 – přiměřený věku 5 – lehké změny, nevyžadující pozornost 0 – zřetelné změny s potřebou občasného dohledu -10 – těžké změny s nutností soustavného dohledu
Chování, motivace 5 – vyrovnaný, motivace dobrá, zájem 0 – labilní emočně i motivačně -5 – neadekvátní chování, apatie, deprese
Zázemí rodinné a sociální 2 – dobré, nadějně, aktivní zájem rodiny 0 – nevyřešené, chabý zájem rodiny -1 – vysloveně nepříznivé okolnosti
Somatické choroby a potíže 10 – stav stabilizovaný, mírné potíže 5 – kompenzované choroby s mnohočetnými potížemi 0 – pozvolná progresse chorob, výrazné trvalé potíže -5 – dekompenzace, kruté potíže, usilovná léčba
Somatické handicapy -5 – závratě a pády -5 – praktická slepota -5 – dekubity, trofické změny ojedinelé, hojící se -10 – dekubity, trofické změny rozsáhlé, nehojící se -5 – občasná inkontinence moče, stolice, katetr -10 – převážná inkontinence moče a stolice
Celkové bodové zhodnocení: + body/- body součet bodů

Metodika testování

Před zahájením celé akce jsme seznámili všechny zdravotnické pracovníky oddělení s účelem, cílem a způsobem vlastního testování. Střední zdravotnický personál se zúčastnil školení rehabilitačního minima, zorganizovaného kvalifikovanou rehabilitační pracovníci. Vlastní testování pak prováděli společně rehabilitační pracovníci se staniční sestrou za přispění ošetřujícího lékaře, a to nejdříve po čtrnácti dnech od přijetí nemocného na lůžko, v době již určité adaptace v prostředí LDN. Z výsledků testů jsme vytypovali vhodné nemocné k přímé rehabilitační léčbě odborným pracovníkem (počtem asi 15 % ze 102 pacientů) a další část pacientů, jimž byla věnována rehabilitační péče převážně středním zdravotnickým personálem dle pokynů rehabilitační pracovníci. Další hodnocení a posouzení výsledků se provádělo vždy po půl roce nebo při skončení hospitalizace v LDN.

Test soběstačnosti geronta se skládá celkem ze čtrnácti kritérií, v nichž je možno dočítat maximálně +100 bodů a minimálně -100 bodů. Relativní soběstačnost rychle klesá k závislosti geronta, jejíž absolutní hranice je dosaženo okolo 0 bodů, což odpovídá rozsahu průměrně náročné ošetrovatelské péče plně závislého nemocného. S přírůstkem negativních bodů vzrůstá náročnost ošetrovatelských úkonů nad běžný rámec a nemocný je prakticky výlučně odkázán na systematickou zvýšenou náročnou institucionální ošetrovatelskou péči a dohled.

Při sestavování testu jsme vycházeli z poznání, že postupný úbytek schopností geronta v podmínkách LDN je podmíněn hlavně čtyřmi aspekty:

1. pohybovými schopnostmi geronta v podmínkách LDN, nutnými k sebeobsluze a složitějším koordinovaným úkonům,
2. schopností zajistit základní biologické potřeby (vyměšování a příjem potravy),
3. psychickými schopnostmi (psychiatrický nález, komunikační způsobilost, emotivita, motivace, senzorické schopnosti, vliv kvality rodinného a sociálního zázemí),
4. somatickým stavem a potížemi, promítajícími se do předchozích sfér.

Proporci jednotlivých funkcí v testu jsme rozvrhli takto:

15 %: převážné nároky na dolní končetiny,

21 %: převážné nároky na horní končetiny,

23 %: kombinované nároky na dolní i horní končetiny,

21 %: psychické schopnosti,

21 %: somatické choroby a potíže.

Zásady kvantitativního hodnocení soběstačnosti v našem testu jsou založeny na myšlence pozitivního bodování (body schopnosti) a negativního bodování (body handicapů), kdy předpokládáme, že od maxima +100 bodů stavu relativní soběstačnosti budeme posuzovat úbytek funkčních schopností gerontů až k 0, která vyjadřuje hranici absolutní institucionální závislosti, kdy se podle jednotlivých kritérií již vytrácí jakákoli aktivní složka ze strany pacienta. Narůstání mimořádných nároků na ošetrování nemocného, vyjádřené minusovými body s minimem -100 pak zvýrazňuje závažnost jeho institucionální závislosti a náročnosti ošetrovatelské péče. Přejít mezi relativní soběstačnosti a závislosti je ovšem plynulý a nelze jej jednoznačně a ostře vymezit pouze určitým vyčíslením bodů. K názornějšímu a komplexnímu vystižení těchto vztahů proto vyčíslujeme skóre testu zlomkem + body/- body a celkovým jejich součtem; dostáváme tudíž 3 hodnoty.

Pozitivní body vyjadřují schopnosti či zůstatek těchto kvalit. Negativní body jsou pak výrazem vyslovených handicapů geronta a poskytují obraz o náročnosti ošetrovatelské péče v ústavních podmínkách LDN. Prakticky každý nemocný s negativními body bývá nezpůsobilý k ošetrování v domácích podmínkách. Součet bodů pak odráží stupeň soběstačnosti respektive závislosti ge-

M. ČERNÝ, E. KLÁSKOVÁ / TEST SOBĚSTAČNOSTI GERONTA V PODMÍNKÁCH LÉČEBNÝ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH A JEHO VYUŽITÍ V REHABILITAČNÍ PÉČI

ronta v rozmezí +100 až -100 bodů. S uvedenými výhradami hodnotíme jednotlivé stupně testu takto:

100 až 75 bodů: relativní soběstačnost,

74 až 50 bodů: mírná institucionální závislost,

49 až 1 bod : výrazná institucionální závislost,

0 až -100 bodů: absolutní institucionální závislost.

Vysvětlivky k jednotlivým kritériím testu

Chůze hodnotíme nejpodrobněji jakožto nejdůležitější funkci. Pohyb v omezeném prostoru se předpokládá s použitím jakýchkoli prostředků (zábradlí, okraj lůžka, židle, hole, berly apod.) s tím, že nemocný většinou neopouští místnost z vlastní iniciativy. Pomoc při chůzi se posuzuje jako asistence, dohled či lehké přidržování pro bezpečnost pacienta. Pokud se nemocný pohybuje obtížně s větší spoluúčasti druhé osoby, je nutno to hodnotit jen jako pohyb v omezeném prostoru s pomocí. Jízdu na invalidním vozíku v podalži bez výraznější pomoci stavíme na úroveň chůze v podlaží.

Přesun z lůžka na křeslo zahrnuje schopnost sestoupit z lůžka, postavit se a usednout do křesla či na invalidní vozík.

Hybnost na lůžku chápeme jako aktivní schopnost posadit se a spustit nohy přes okraj lůžka. Doplnuje předchozí kritérium o jemnější a úžeji zaměřený pohled na koordinaci pohybu a umožňuje tak citlivěji vyjádřit možný pokrok či úbytek hybnosti u ležícího nemocného. Za účinný pohyb na lůžku pokládáme efektivní hybnost, zabráňující tvorbě dekubitů s aktivní spoluprací např. při úpravě lůžka, přitahováním hrazdičkou apod. Stoj je z praktického hlediska pro ošetřující personál důležitý prvek napomáhající při ošetřovatelské péči. Stoj označujeme za labilní, pokud je časově značně omezen, nejistý a nedostatečně vzpřímený. Vzepření považujeme jen za nedokončený pokus o stoj s pokrčenými dolními končetinami.

Tělesné potřeby posuzujeme především podle způsobu vykonávání. Přiznání 0 bodu předpokládá aktivní vyžádání pomoci a dobrou kontrolu vyměšovacích funkcí. Negativními body hodnotíme pak stav, kdy nemocný si nevyžádá sám bezpečně pomoc a je nutný dohled zdravotníků. Ojedinelé a výjimečné příhody (např. „nedoběhnutí na WC“ pro pohybový handicap, při průjmech apod.), kdy nemocný vcelku dobře ovládá sfinktery, zahrnují se pod tento stupeň handicapových bodů. Další minusové body za inkontinenci se přičítají teprve tehdy, jde-li o pravidelnější příhody neuvědomělého či nevládnutelného úniku výměšků, jak bude vysvětleno dále.

Osobní očista s maximem bodů předpokládá schopnost samostatně se vykoupat a umýt v koupelně alespoň s dostačujícím efektem, nejvýše s dohledem a pomocí při mytí obtížně dosažitelných partií těla. Za umytí s pomocí pokládáme částečné či neefektivní umytí.

Oblékání a obouvání představuje v LDN schopnost ustrojit se a obout k dennímu pobytu či dočasněmu opuštění stanice. Podstatná pomoc, bez které by nemocný nemohl úkon dokončit, nad rámec pouhého dohledu či rady, se hodnotí 0 body. Za minimální schopnost považujeme převléknutí pyžama či noční košile a nazutí papučí.

Příjem potravy předpokládá spontánní aktivní schopnost najíst se a napít. Nulovou hodnotou označujeme stav, kdy nemocný je schopen nejvýše sám pít z láhve, ukusovat rohlík a podobně, ale tento příjem stravy je neefektivní a pacientovi musí být ještě dále poskytnuta pomoc k dokrmení.

Komunikace ztížená, ale částečně možná při dysfázii, hluchotě, má přiznáno 0 bodů.

Psychický stav posuzujeme podle nutnosti dohledu nad pacientem a stupně psychického narušení. Nenápadné sklerotické změny CNS s obrazem pseudoneurastenického syndromu hodnotíme plným počtem bodů.

Chování a motivace nemocného kooperovat je důležitý předpoklad k úspěšné rehabilitaci. Jakékoli narušení tohoto stavu hodnotíme snížením bodů.

Sociální a rodinné zázemí se rovněž odráží v psychice a schopnosti nemocného vypořádat se s chorobou a vytvořit si novou životní perspektivu. Protože jde o pomocné hledisko, je vyjádřeno spíše symbolickým minimem bodů.

Somatické choroby a potíže se hodnotí podle významnosti objektivních i subjektivních projevů, odrážejících se nepřímo v mentální sféře a přímo v pohybových schopnostech nemocného. Před-

pokládáme u všech hospitalizovaných určitý chorobný stav, který je však v nejvyšším ohodnocení dobře stabilizovaný s mírnými a běžně očekávanými obtížemi. Změny a potíže nad tento rámec se kvalifikují snížením počtu bodů.

Somatické handicap jsou navíc uspořádanou skupinou stavů, které dále ztěžují stav nemocného, již hodnoceného předcházejícími kritérii. Z této kategorie se přičítají všechny handicap, přicházející v úvahu, to je maximálně -40 bodů. Zahrnují se zde zejména takové závratě a pády, které omezují možnost volného pohybu pacienta. Dekubity a trofické změny jsou odstupňovány podle závažnosti a rozsahu rozdílným počtem bodů. Občasná inkontinence v testu je míněna jakožto pravidelně se vyskytující ztráta kontroly funkce, střídavě s časovými úseky relativní kontinence. Na stejnou úroveň stavíme pacienta trvale zacévkovaného. Za převážnou inkontinenci považujeme pravidelnou, častou a téměř stálou inkontinenci moče či stolice. Vzhledem k tomu, že v praxi jsou zpravidla narušeny obě funkce souběžně, nerozlišujeme jednotlivé kvality zvlášť, neboť z ošetřovatelského hlediska je náročnost ovlivněna více frekvencí než kvalitou inkontinence.

Výsledky vlastního testování

Test soběstačnosti geronta používáme v našem ústavu již druhý rok k zhodnocení všech přijatých nemocných do LDN MÚNZ Ostrava – Radvanice o kapacitě 102 lůžek. Podle dosavadních zkušeností se pohybuje skóre ošetřovaných pacientů v rozsahu od +100 bodů až do -80 bodů. Ke konci roku 1986 bylo toto rozvrstvení pacientů LDN v rozsahu jednotlivých stupňů soběstačnosti či závislosti:

100 až 75 bodů (relativní soběstačnost):	30 % pacientů,
74 až 50 bodů (mírná závislost) :	22 % pacientů,
49 až 1 bod (výrazná závislost) :	25 % pacientů,
0 až -100 bodů (absolutní závislost) :	22 % pacientů.

Analýzou jednotlivých kritérií testu soběstačnosti jsme zjistili tyto skutečnosti: Pohybové schopnosti v relativně plném rozsahu docíluje 40 – 60 % nemocných, zatímco plné omezení hybnosti má 10 – 20 %.

Tělesné potřeby plně ovládá 40 – 50 % osob, naopak 25 % je plně odkázáno na pomoc druhé osoby.

Osobní očištění samostatně zvládne 20 – 30 % gerontů, nezvládne 20 – 25 %.

Oblékání a obouvání zastane 45 – 50 % pacientů, nezastane 30 – 45 %.

Příjem potravy nečiní problémy 30 – 35 % hospitalizovaným, zatímco plně nakrmeno musí být 10 – 15 % nemocných.

Komunikace je dobrá s většinou přijatých (80 %), naopak zcela je znemožněna u 10 – 15 %.

Psychický stav odpovídající věku byl u 40 – 50 % osob, kdežto těžké narušení psychiky postihovalo 10 – 15 % hospitalizovaných.

Chování a motivace byla dobrá u 40 – 50 % a zcela chyběla ve 20 % případů.

Rodinné a sociální zázemí jsme zjistili ve 40 % velmi dobré.

Somatický stav pacientů v LDN ve fázi stabilizace s minimálními obtížemi se vyskytoval až u 50 % nemocných, kdy většinou převažovala sociální motivace hospitalizace v LDN. Vysloveně dekompenzované stavy s nutností intenzivnější ošetřovatelské a léčebné péče se objevovaly asi u 1 – 5 % nemocných. Menší polovina hospitalizovaných tudíž vyžadovala obvyklou standardní péči s občasným lékařským dohledem a korekcí léčby.

Somatické handicap se vyskytovaly v tomto rozsahu: inkontinentní nemocní tvořili přes 30 % přijatých. Trofickými kožními defekty, zejména bérčovými vředy

M. ČERNÝ, E. KLÁSKOVÁ / TEST SOBĚSTAČNOSTI GERONTA V PODMÍNKÁCH LÉČEBNÝ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH A JEHO VYUŽITÍ V REHABILITAČNÍ PÉČI

a dekubity trpělo 10 % pacientů a stejný počet (10 %) nemocných udával závratě s častými pády.

Posuzujeme-li dynamiku změn v průběhu roku 1986, můžeme zhodnotit celkem 82 pacientů, sledovaných po celé údobí roku, a to 68 žen a 14 mužů. Z nich bylo hodnoceno pozitivními body 66 osob a negativními 16 osob. Pacienti absolutně závislí s negativní skóre zaznamenali ve třinácti případech horšení a ve třech případech zlepšení bodového hodnocení. Nezměněný stav skóre byl pozorován u 25 osob, z toho u 4 s negativními body. Zlepšení stavu a bodového vyjádření jsme zjistili ve 27 případech. Nejvýraznější zhoršení v absolutních hodnotách jsme zaznamenali u jedné nemocné -96 bodů (z +96 na -4) a naopak nejvýraznější zlepšení jsme dosáhli u jiné pacientky +112 bodů (z -22 na +90).

Zlepšení bodového skóre za půl roku v rozsahu od +1 až +50 bodů dosáhla většina pozorovaných této skupiny, to je 24 osob. Zlepšení o více než +50 bodů bylo jen výjimečné u tří případů. Také zhoršení jsme zaznamenali ponejvíce v rozmezí od -1 do -50 bodů, a to u 25 osob. Pokles o více než -50 bodů se vyskytl v menším rozsahu pouze u pěti nemocných.

Analýzu změn bodového hodnocení sledované skupiny podle dosaženého stupně soběstačnosti v roce 1986 vykresluje tab. 2.

Tabulka 2. Změny stupně soběstačnosti v souboru 82 pacientů

Zhoršení z relativní soběstačnosti: celkem		11 osob
- v rámci kategorie		2 osoby
- na mírnou závislost		4 osoby
- na výraznou závislost		3 osoby
- na absolutní závislost		2 osoby
Zhoršení z mírné závislosti	celkem	7 osob
- v rámci kategorie		3 osoby
- na výraznou závislost		3 osoby
- na absolutní závislost		1 osoba
Zhoršení z výrazné závislosti	celkem	6 osob
- v rámci kategorie		2 osoby
- na absolutní závislost		4 osoby
Zhoršení absolutní závislosti	celkem	6 osob
- v rámci kategorie		6 osob
Zlepšení v rámci relativní soběstačnosti	celkem	8 osob
- v rámci kategorie		8 osob
Zlepšení z mírné závislosti	celkem	3 osoby
- v rámci kategorie		0
- na relativní soběstačnost		3 osoby
Zlepšení z výrazné závislosti	celkem	12 osob
- v rámci kategorie		3 osoby
- na mírnou závislost		4 osoby
- na relativní soběstačnost		5 osob
Zlepšení z absolutní závislosti	celkem	4 osoby
- v rámci kategorie		1 osoba
- na výraznou závislost		1 osoba
- na mírnou závislost		1 osoba
- na relativní soběstačnost		1 osoba

Rozprava

Shrneme-li vlastní zkušenosti po více než roce testování všech nemocných v LDN, můžeme prohlásit, že TEST SOBĚSTAČNOSTI GERONTA splňuje naše cíle a očekávání. Třídí nám nemocné podle stupně soběstačnosti či závislosti v podmínkách LDN a do jisté míry odráží dynamiku vývoje celkového stavu nemocného během hospitalizace. Poskytuje též přesnější možnost výběru nemocných k druhu, rozsahu a způsobu rehabilitace v omezených a specifických podmínkách LDN a dává určitý přehled o jejím efektu. Vyhodnocení negativních bodů v součtu pak na jednotlivých stanicích umožňuje odhadnout stupeň zatížení těchto jednotek náročností ošetrovatelské péče a vzájemně je porovnávat. Tyto bodové údaje nám souhlasí s výsledky logické kontroly a názory našich pracovníků.

Domníváme se proto, že tento test by mohl být prospěšný v zařízeních podobného zaměření s obdobným složením starých pacientů. Protože je zaměřen výlučně na nemocné v ústavním ošetrování, nepředpokládáme jeho využívání v ambulantní praxi, kde jsou nároky poněkud jiné a rozmanitější. Hodláme však v budoucnu využívat výsledků tohoto testu k poskytování informací o rozsahu soběstačnosti těch nemocných, které předáváme do domácího ošetrování či sociálního ústavu.

V popsáném rozsahu test i se zmíněnými omezeními splňuje naše potřeby a slouží k zlepšení péče o hospitalizované geronty v LDN.

LITERATURA

1. GRANGER, C. V., GREER, D. S.: Functional Status Measurement and Medical Rehabilitation Outcomes, Arch. Phys. Med. Rehabil., 57, 1976, s. 103 – 109.
2. GRANGER, C. V., ALBRECHT, G. L., HAMILTON, B. B.: Outcome of Comprehensive Medical Rehabilitation: Measurement by PULSES Profile and Barthel Index, Ach. Med. Rehabil., 60, 1979, s. 145 – 154.
3. HEŘMANOVÁ, H. M.: Příspěvek ke komplexnímu posouzení funkčního potenciálu starého člověka, Rehabilitácia, 20, 1987, č. 1, s. 7 – 23.
4. Koncepce oboru geriatrie. Metodické opatření č. 7, Věstník MZD ČSR, 31, 1983, částka 5 – 6, s. 87 – 90.
5. MAHONEY, F. I., BARTHEL, D. W.: Functional Evaluation: The Barthel Index, Md. State Med. J., 14, 1965, s. 61 – 65.
6. MOSKOWITZ, E., McCANN, C. B.: Classification of disability in the chronically ill and aging, J. Chron. Dis., 5, 1957, č. 3, s. 342 – 346.
7. PALÁT, M.: Geriatria a rehabilitácia, Rehabilitácia, 16, 1983, č. 4, s. 193 – 194.

Adresa autora: MUDr. M. Č., Výškovická č. 101, 704 00 Ostrava 3

М. Черный, Е. Класкова

ПРОБА НЕЗАВИСИМОСТИ ДОЛГОЖИТЕЛЯ В УСЛОВИЯХ
ЛЕЧЕБНИЦЫ ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНО БОЛЬНЫХ И ЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ
В ЗАБОТЕ О ВОССТАНОВЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Резюме

Авторы разработали пробу независимости долгожителя, в которой численно выражается постепенная утрата независимости до полной зависимости от лечебного уч-

M. ČERNÝ, E. KLÁSKOVÁ / TEST SOBĚSTAČNOSTI GERONTA V PODMÍNKACH LÉČEBNY DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH A JEHO VYUŽITÍ V REHABILITAČNÍ PÉČI

реждения в пределах от +100 до -100 очков. Результат выражается дробью +очки/-очки и их общей суммой. Положительные очки выражают степень сохраненных способностей долгожителя, отрицательные очки выражают степень зависимости и, одновременно, требовательности к медицинскому уходу. Общий счет, в свою очередь, выражает степень относительной самостоятельности, или же зависимости от лечебного учреждения. Результат от +100 до +75 очков означается авторами как относительная самостоятельность, от +74 до +50 очков как умеренная зависимость и от +49 до +1 очка как значительная зависимость от учреждения. Значения от 0 до -100 очков выражают полную зависимость от учреждения, когда больному приходится практически вполне полагаться на больничную помощь.

Проба была разработана для нужд Лечебницы для длительно больных, на практике она дала хорошие результаты и, более того, она способствует изучению эффекта восстановления здоровья долгожителей и степени загрузки медицинского персонала.

M. Černý, E. Klásková

SELF-SUFFICIENCY TEST IN CHRONIC GERONTAL PATIENTS IN CONDITIONS OF INSTITUTE FOR CHRONIC PATIENTS AND APPLICATION OF REHABILITATION CARE

Summary

The authors elaborated a test of self-sufficiency of the gerontal patient with numerical expression of the decrease of self-sufficiency up to total dependence on the institute. the extent ranging from +100 to -100 points. Scores are expressed in numbers by the fracture of plus points and minus points and their addition.

Positive points express the grade of retained capability of the old person, the negative points are the expression of the grade of dependence and at the same time of the amount of demanding nursing care necessary. The total amount of points shows the grade of relative self-sufficiency or institutional dependence. Points between +100 and +75 the authors consider as relative self-sufficiency, from +74 to +50 as mild institutional dependence, from +49 to +1 as marked institutional dependence and from 0 to -100 as absolute institutional dependence, when the patient is practically entirely dependent on hospital care.

The test was elaborated for the use of the Institute for Chronic Patients. It has been of good use in practice, and above all it helps to follow up the effect of rehabilitation in gerontal patients, as well as the grade of nursing care required of the health personnel.

M. Černý, E. Klásková

SELBSTBETREUUNGSFÄHIGKEITS-TEST VON GREISEN PATIENTEN UNTER DEN BEDINGUNGEN DER HEILANSTALT FÜR LANGZEIT-PATIENTEN UND SEINE NUTZUNG BEI DER REHABILITATIONSBEHANDLUNG

Zusammenfassung

Die Verfasser haben einen Selbstbetreuungsfähigkeits-Test für greise Patienten (Geronten) mit einer numerischen Skala des Rückgangs der Selbstbetreuungsfähigkeit bis zur absoluten institutionellen Abhängigkeit innerhalb eines Umfangs von +100 bis -100 Punkten ausgearbeitet. Das Score wird mittels einer Bruchzahl von + Punkten/- Punkte sowie deren Gesamtsumme ausgedrückt.

Positive Punkte drücken den Grad der noch bewahrten Fähigkeiten des Geronten aus, negative Punkte sind Ausdruck des Abhängigkeitsgrades und zugleich der Ansprüche an Betreuungsarbeit. Das Gesamtscore drückt dann den Grad der relativen Selbstbetreuungsfähigkeit bzw. der insti-

M. ČERNÝ, E. KLÁSKOVÁ / TEST SOBĚSTAČNOSTI GERONTA V PODMÍNKACH LÉČEBNÝ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH A JEHO VYUŽITÍ V REHABILITAČNÍ PÉČI

tutionellen Abhängigkeit aus. Ein Score von +100 bis +75 Punkten bezeichnen die Verfasser als relative Selbstbetreuungsfähigkeit, +74 bis +50 Punkte als mäßige institutionelle Abhängigkeit, +49 bis +1 Punkt als hohe institutionelle Abhängigkeit. Der Wert von 0 bis -100 Punkten ist Ausdruck absoluter institutioneller Abhängigkeit, wo der Patient praktisch völlig auf Krankenhausbetreuung angewiesen ist.

Der Test wurde zur Anwendung in der Heilanstalt für Langzeitpatienten erarbeitet und hat sich in der Praxis bewährt. Darüber hinaus trägt er dazu bei, die Auswirkung der Rehabilitationsbehandlung von Geronten und den Belastungsgrad des medizinischen Personals zu beobachten.

M. Černý, E. Klásková

LE TEST DE SUFFISANCE À SOI-MÊME DU VIEILLARD DANS LES CONDITIONS DE L'ETABLISSEMENT DE MALADES HOSPITALISÉS À LONG TERME ET SON APPLICATION DANS LA SOLLICITUDE DE LA RÉHABILITATION

Résumé

Les auteurs ont élaboré un test de suffisance à soi-même du vieillard par une expression numérique de décroissance de la suffisance à soi-même vers la dépendance absolue institutionnelle dans l'étendue de +100 à -100 points. Les nombres chifrent par fraction + points/- points et par leur somme réciproque. Les points positifs expriment le degré des facultés maintenues du vieillard, les points négatifs sont l'expression du degré de dépendance et aussi de l'exigence de la sollicitude d'infirmière. Le total des points apprécie donc le degré de la suffisance à soi-même relative ou la dépendance institutionnelle. Les auteurs indiquent les nombres +100 à +75 points comme dépendance relative, +74 à +50 points comme dépendance institutionnelle modérée, +49 à +1 point comme dépendance institutionnelle expressive. La valeur 0 à -100 points est l'expression absolue de la dépendance institutionnelle quand le malade est en pratique totalement dépendant de la sollicitud d'hôpital.

Le test a été élaboré pour les besoins de l'Etablissement des malades hospitalisés à long terme, dans la pratique il a fait ses preuves et de plus il aide à effectuer le contrôle de l'effet de la réhabilitation des vieillards ainsi que le degré de la charge de sollicitud d'infirmière et du personnel médical.

B. NEUNDÖRFER

DIE PARKINSONISCHE KRANKHEIT

Parkinsonova choroba, II. prepracované vydanie.

Stuttgart, New York, Gustav Fischer Verlag 1987

ISBN 3-437-00498-0.

V edícii Rady chorým vychádza v 2. prepracovanom vydaní drobná knižôčka prof. Neundörfera z Erlangenu, ktorá sa venuje otázkam Parkinsonovej choroby. Laický čitateľ je informovaný o jednotlivých aspektoch, začínajúc klinikou a vývojom tohto ochorenia, pokračujú terapiou parkinsonovského syndrómu a akcentom na medikamentóznou terapiu. Krátka kapitola hovorí o operatívnom liečení, pomerne veľká kapitola je venovaná problematike pohybovej terapie – túto kapitolu spracoval

A. Kock. Uvádza sa tu systém cvičení, ktoré sú dôležité na udržanie pohyblivosti pacienta trpiaceho Parkinsonovou chorobou. Záver publikácie tvorí niekoľko rád pre denný život, uvádzajú sa tabuľky kalorických hodnôt jednotlivých potravín. Vecný register ukončuje túto drobnú pozoruhodnú publikáciu. Od prvého vydania sa knižôčka odlišuje v 2. vydaní novoprepracovanou kapitolou o medikamentóznej liečbe.

dr. M. Palát, Bratislava

REHABILITÁCIA CHORÝCH S LUMBOISCHIADICKÝM SYNDRÓMOM LIEČENÝM KONZERVATÍVNE A CHIRURGICKY

M. KORONTHÁLYOVÁ

*Výskumný ústav humánnej bioklimatológie, Bratislava
Riaditeľ: MUDr. J. Zvonár, CSc.*

Súhrn: Narastajúci počet ochorení chrbtice sa odráža aj v zložení chorých, rehabilitovaných na fyziatricko-rehabilitačných oddeleniach. Zvýšenú pozornosť si zo strany rehabilitačných pracovníkov vyžadujú stavy operácii hernie intervertebrálneho disku.

V práci sa hodnotí rehabilitácia chorých s lumboischiadickým syndrómom, liečeným konzervatívne a chirurgicky. Osobitná pozornosť sa venovala stabilizátorom chrbtice s cieľom vytvoriť správny pohybový stereotyp. Autori sledovali 128 chorých s lumboischiadickým syndrómom; 101 chorých bolo liečených konzervatívne, 27 chirurgicky. Priemerná dĺžka rehabilitácie dosahovala u chorých konzervatívne liečených 13,5 dňa u mužov a 15 dní u žien, u operovaných chorých 17 dní u mužov a 18 dní u žien. Svalovým testom sa hodnotila svalová sila stabilizátorov chrbtice, pričom sa zistili celkovo nižšie hodnoty svalového testu podľa Jandu v skupine chorých po operácii herniovaného disku.

Z výsledkov vyplýva, že reštitúcia funkcie bola rýchlejšia u chorých s neoperatívnym priebehom, kde sa rýchlejšie obnovila aj funkcia sledovaných svalov.

Kľúčové slová: lumboischiadický syndróm – rehabilitačný program operovaných a neoperovaných – úloha chrbtového svalstva.

Ochorenia chrbtice sa pre častý výskyt a dlhodobú práceneschopnosť stávajú problémom nielen spoločenským, ale aj ekonomickým [10]. Zvýšený výskyt chorých s chronickým lumboischiadickým syndrómom sa odráža aj v zložení chorých, rehabilitovaných na fyziatricko-rehabilitačných oddeleniach. Každoročne pribúda aj chorých, operovaných pre herniu intervertebrálneho disku. Vyvolávajúcim momentom ochorenia sú náhle, nekoordinované pohyby chrbtice, najmä s rotačnou zložkou, dvíhanie ťažkých predmetov nesprávnym spôsobom a podobne [1]. Niekedy v katamnéze ochorenia tento mechanizmus nenachádzame. Ide najmä o ženy stredného veku, kde je príčinou ochorenia pravdepodobne funkčná nedostatočnosť paravertebrálneho a brušného svalstva, spôsobená ochabnutým držaním tela pri sedavom spôsobe zamestnania a nezanedbateľnou nadváhou. Svalová dysbalancia sa potencuje s obmedzením pohybovej aktivity [2, 5, 11]. Po operácii sa zdroj bolestivej aferencie síce odstráni, ale známky patologického stereotypu s výraznou dysbalanciou pretrvávajú aj po operácii. Tým, že ide o chorých operovaných na rôznych pracoviskách, existujú nejednotné názory na ich pooperačnú starostlivosť. Nie sú vzácne ani prípady reoperácie, ako sme to zistili aj v našich sledovaniach.

M. KORONTHÁLYOVÁ/ REHABILITÁCIA CHORÝCH S LUMBOISCHIADICKÝM SYNDRÓMOM LIEČENÝM KONZERVATÍVNE A CHIRURGICKY

Materiál a metóda

V našej práci sme sa zamerali na hodnotenie hospitalizačnej fázy rehabilitácie chorých s lumboischiadickým syndrómom, liečeným konzervatívne a chirurgicky. V roku 1986 sa do rehabilitačnej starostlivosti zaradilo 128 pacientov s diagnózou lumboischiadický syndróm. Chorí boli hospitalizovaní na I. neurologickej klinike a rehabilitovaní na Fyziatricko-rehabilitačnom oddelení Fakultnej nemocnice v Bratislave. Chorých sme podľa typu terapie rozdelili do dvoch skupín. I. skupinu sme liečili konzervatívne, II. skupinu chirurgicky. V I. skupine sme rehabilitovali 101 chorých vo veku 14 do 75 rokov (45 mužov a 17 žien s priemerným vekom 43,2 roka u mužov a 42,8 roka u žien). II. skupinu tvorilo 27 chorých (10 mužov a 17 žien s priemerným vekom 44,8 roka u mužov a 38,2 roka u žien) (tab. 1).

Pretože išlo o pacientov prevažne mladších vekových skupín, zaujímal nás charakter práce pred vznikom ochorenia (tab. 2). V I. skupine prevažovali chorí, ktorí fyzicky pracovali. V II. skupine prevládala u mužov fyzická práca, u žien sedavé zamestnanie. Lokalizácia postihnutia medzistavcovej platničky v súbore chorých s lumboischiadickým syndrómom je v tabuľke 3.

Tabuľka 1. Súbor chorých s lumboischiadickým syndrómom

n = 128	muži			ženy		
	počet	%	vek	počet	%	vek
neoperovaní	45	44,55	43,2	56	55,45	42,8
operovaní	10	37,04	44,8	17	62,96	38,2
spolu	55			73		

Tabuľka 2. Súbor chorých s LI syndrómom podľa zamestnania

n = 128		fyzicky náročné		sedavé		dôchodca		domáca	
M	N	29	72,5 %	10	25 %	2	2,5 %		
M	O	5	50 %	3	30 %	2	20 %		
Ž	N	22	39,3 %	23	41,1 %	7	12,5 %	4	7,1 %
Ž	O	4	23,5 %	11	64,7 %	1	5,9 %	1	5,9 %

N – neoperovaní O – operovaní

Tabuľka 3. Úroveň postihnutia v súbore chorých s LIS

n = 128	pravá			ľavá		
	L ₄ -L ₅	L ₅ -S ₁	L ₄ -L ₅ L ₅ -S ₁	L ₄ -L ₅	L ₅ -S ₁	L ₄ -L ₅ L ₅ -S ₁
M	1	14	0	1	25	4
Ž	1	24	0	1	21	8

K rehabilitácii chorých sme pristupovali individuálne. Po klinickom vyšetrení sme určili rehabilitačný program. V skupine I sme pri bolestiach aplikovali suché teplo fénom na paravertebrálne svalstvo v úľavovej polohe chorého na lôžku. S ústupom bolesti sme pridávali fyzikálnu terapiu. U chorých s výraznými paravertebrálnymi spazmami a rozsiahlymi hyperalgetickými zónami sme

M. KORONTHÁLYOVÁ / REHABILITÁCIA CHORÝCH S LUMBOISCHIADICKÝM SYNDRÓMOM LIEČENÝM KONZERVATÍVNE A CHIRURGICKY

aplikovali reflexnú masáž segmentovou technikou, dorzálnu zostavu. Trakčnú liečbu v polohe poležiačky so sklonom stola 10 – 20 stupňov sme odporúčali chorým, ktorí mali úľavu po ručnom trakčnom teste. Koncom 1. týždňa hospitalizácie po ústupe bolesti sme začali aj individuálne cvičenia, zamerané na posilnenie chrbtového a brušného svalstva a náviku správneho pohybového stereotypu (tab. 5).

V skupine II sme po preložení chorého z neurochirurgickej kliniky ihneď začali s cvikmi zameranými na posilňovanie brušného a chrbtového svalstva, ktoré boli dózované čo do fyzickej náročnosti. Po ich zvládnutí sme pridávali cviky na zlepšenie pohyblivosti chrbtice. Cvičenia sa najskôr robili v polohe poležiačky na chrbte s použitím izometrickej aktívácie, po ktorej nasledovala svalová relaxácia. Osobitnú pozornosť sme venovali oslabeným svalovým skupinám (gluteálne a brušné svaly).

Priemerná dĺžka rehabilitácie bola u neoperovaných chorých 13,5 dňa u mužov a 15 dní u žien, u operovaných chorých 17 dní u mužov a 18 dní u žien (tab. 4).

Na zhodnotenie výsledkov liečby v skupine I sme zvolili tieto kritériá: prítomnosť bolesti, spazmov paravertebrálneho svalstva a stupeň obmedzenia pohyblivosti lumbálnej chrbtice. Podľa týchto kritérií sme chorých rozdelili do troch skupín: výrazne zlepšení, mierne zlepšení a nezlepšení. Výsledky sú v tabuľke 6.

Tabuľka 4. Priemerná dĺžka rehabilitácie

	M	Ž
operovaní	17,5	18,1
neoperovaní	13,75	15,26

Tabuľka 5. Prehľad fyziatrických procedúr v rehabilitačnom programe chorých s LI syndrómom

rehabilitovaní n = 128	SRM	UZ	DDP	LTV	trakcie	polohovanie	iné
M	20	22	7	40	4	9	4
Ž	39	22	19	51	7	7	4

Tabuľka 6. Zhodnotenie výsledkov liečby chorých s LIS – neoperovaných

	I. skupina		II. skupina		III. skupina	
M	21	50 %	15	35,7 %	6	14,3 %
Ž	17	29,3 %	34	58,6 %	7	12,1 %

I. skupina: výrazne zlepšení

II. skupina: mierne zlepšení

III. skupina: nezlepšení

Tabuľka 7. Úroveň operovanej ľadovanej platničky chorých s LIS

N = 27	vpravo			vľavo		
	L ₃ -L ₄	L ₄ -L ₅	L ₅ -S ₁	L ₃ -L ₄	L ₄ -L ₅	L ₅ -S ₁
M	0	5	1	1	2	2
Ž	1	5	4	0	2	4

Tabuľka 8. Zhodnotenie svalovej sily vyšetrených stabilizačných svalov chrbtice n = 20

stupeň podľa svalového testu	m. rect. abd.		m. iliopsoas		m. glut. maxim.		m. glut. med.		m. er. spin.	
	operovaní	neoperovaní	operovaní	neoperovaní	operovaní	neoperovaní	operovaní	neoperovaní	operovaní	neoperovaní
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	4	4	3	1	4	0	4	2	5	5
3	6	4	5	3	5	5	5	2	5	1
4	0	2	2	6	1	5	1	6	0	4
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

U vybraných chorých skupiny I a II sme pomocou svalového testu podľa Jandu [4] hodnotili svalovú silu týchto svalov: m. rectus abdominis, m. iliopsoas, m. gluteus maximus, m. gluteus medius a m. erector spinae obojstranne. Zistili sme, že hodnoty svalového testu v skupine chorých po operácii herniovaného disku majú celkové nižšie hodnoty (tab. 8).

Diskusia

Častými príčinami vertebrogénnych ochorení sú funkčné a degeneratívne ochorenia, ako aj hernia intervertebrálneho disku. Najviac funkčne namáhavý je lumbosakrálny úsek chrbtice, a to až dvomi tretinami hmotnosti tela pri chôdzi [1]. Pri bežných pohyboch, ale aj pri maximálnych výkonoch je lumbosakrálny prechod miestom veľkého kinetického zaťaženia [1, 6]. Hernia intervertebrálneho disku býva najčastejšie lokalizovaná na úsekoch L5-S1 a L4-5 (tab. 7). Menej častá je iná lokalizácia, čo potvrdzujú aj naše sledovania [8]. Indikácia na operáciu je hernia disku u chorých s častými recidívami, sfinkterovými poruchami a tam, kde sa rýchle vyvíjajú svalové atrofie.

Rehabilitačný program chorých s lumboischiadickým syndrómom musí byť komplexný [9]. U chorých liečených konzervatívne sa liečba zameriavala na potlačenie bolesti a zlepšenie funkcie chrbtice, ako to odporúčajú aj iní autori [2, 12, 13]. Chrbtové svalstvo je u chorých s lumboischiadickým syndrómom oslabené, takže nemôže dobre plniť svoju funkciu [5, 7]. Preto sme najmä u chorých po operácii venovali osobitnú pozornosť stabilizátorom chrbtice s cieľom vytvoriť správny pohybový stereotyp. Podobné cvičenia, ako sme použili v našej metodike, odporúča aj Brunkowová [3].

Záver

V súbore 128 rehabilitovaných chorých s lumboischiadickým syndrómom sme použili program zameraný na zlepšenie funkcie stabilizátorov chrbtice. Výsledky dokazujú, že reštitúcia bola rýchlejšia u chorých s neoperatívnym priebehom, kde sa rýchlejšie obnovila aj funkcia sledovaných svalov.

LITERATÚRA

1. BARTKO, D.: Neurológia, Martin, Osveta, 1982, s. 619.
2. ĎURIANOVÁ, J.: Racionálne využitie fyziatrických procedúr v liečbe vertebrogénnych syndrómov. Fyziat Věst, 60, 1982, č. 2, s. 57 – 65.
3. FINKBEINER, G. F.: Krankengymnastik in der rehabilitation bandscheibenoperiert Bei-

M. KORONTHÁLYOVÁ / REHABILITÁCIA CHORÝCH S LUMBOISCHIADICKÝM SYNDRÓMOM LIEČENÝM KONZERVATÍVNE A CHIRURGICKY

- trag zur gezielten postoperativen Nachbehandlung am Beispiel der Stemmführung nach Brunkow. Rehabilitation, 19, 1980, s. 13 – 19.
4. JANDA, V.: Vyšetřování hybnosti. Praha, Avicenum ZN, 1974, s. 261.
 5. LÁNIK, V., PALÁT, M.: Liečebná telesná výchova II. Martin, Osveta, 1983, s. 515.
 6. LÉVY, A.: Lumbale Diskushernien. Schweiz Rundschau Med, 1976, č. 65, s. 191 – 192.
 7. LISÝ, L.: Diagnostika porúch hybnosti v oblasti paravertebrálnych svalov. Rehabilitácia, Supplementum, 32, 1986, s. 104.
 8. MARIN, G. A.: Lumbar disc protrusion. Intervertebral Surgery, 59, 1975, č. 3, s. 154 – 155.
 9. PALÁT, M.: Komplexné a nekomplexné rehabilitačné programy. Rehabilitácia 18, 1985, č. 1, s. 1 – 2.
 10. PFEIFFER, J.: Vertebrognénni kořenový syndróm v oblasti bederní páteře. Prakt Lék, 62, 1982, č. 22, s. 827 – 829.
 11. RYCHLÍKOVÁ, E.: Skryto v páteři. Praha, Avicenum ZN, 1985, s. 176.
 12. SCHOLTEN, P. J.: Bending stiffness of the trunk. Spine 11, 1986, č. 5, s. 463 – 467.
 13. WEBER, H.: Traction therapy in patients with herniated lumbar disc. J Oslo City Hosp, 1984, č. 34, s. 61 – 70.

Adresa autora: dr. M. K., ul. K. Adlera 13, 841 02 Bratislava

М. Коронталиова

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЛЮМБОИСХИАДИЧЕСКИМ
СИНДРОМОМ, ЛЕЧАЩИХСЯ КОНСЕРВАТИВНЫМ ИЛИ
ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

Резюме

Возрастающее число заболеваний позвоночного столба отражается и на составе больных, проходящих курс реабилитации на физиотрическо-реабилитационных отделениях. Со стороны методистов следует уделять повышенное внимание состояниям после операции грыжи межпозвоночного диска.

В статье обсуждается реабилитация больных с люмбоисхиадическим синдромом, лечащихся консервативным и хирургическим методом. Особое внимание уделялось стабилизаторам позвоночного столба с целью создания правильного двигательного стереотипа. Исследования осуществлялись на 128 больных с люмбоисхиадическим синдромом. 101 больной лечились консервативным путем, 27 больных лечились хирургически. Средняя продолжительность реабилитации представляла у больных, лечившихся консервативно, 13,5 дня у мужчин и 15 дней у женщин, у оперированных больных 17 дней у мужчин и 18 дней у женщин. Мышечной пробой оценивалась мышечная сила стабилизаторов позвоночного столба, причем были получены в общем более низкие значения мышечной пробы по Янде в группе больных после операции грыжи диска.

Результаты показывают, что восстановление функции происходило быстрее у больных с неоперативным методом лечения, где быстрее возобновлялась и функция исследуемых мышц.

М. Koronthályová

REHABILITATION IN PATIENTS WITH LUMBOSCIATIC
SYNDROME AFTER CONSERVATIVE AND SURGICAL
TREATMENT

Summary

The increasing number of diseases the spine is reflected also in the structure of patients rehabi-

M. KORONTHÁLYOVÁ / REHABILITÁCIA CHORÝCH S LUMBOISCHIADICKÝM SYNDRÓMOM LIEČENÝM KONZERVATÍVNE A CHIRURGICKY

litated at the departments of physiatry and rehabilitation. Increased attention is required of rehabilitation workers in conditions after operations of hernias of intravertebral discs.

In this contribution rehabilitation is evaluated in patients with lumbosciatic syndrome after conservative and surgical treatment. Particular attention is devoted to stabilizers of the spine aiming at the development of a correct movement stereotype. 128 patients with lumbosciatic syndrome were followed up; 101 patients had been treated by conservative method, in 27 patients surgical treatment had been applied. The average period of rehabilitation was in the first case 13,5 days in men and 15 days in women; in operated patients 17 days in men and 18 days in women. Muscle strength of the spine stabilizers was determined by the muscle test according to Janda showing lower values in the group of patients after operation of herniated disc.

From the results it ensues that restitution of function was faster in unoperated patients and also functional restoration of the observed muscles was quicker.

M. Koronthályová

DIE REHABILITATIONSBEHANDLUNG VON PATIENTEN MIT KONSERVATIV UND CHIRURGISCH BEHANDELTEM LUMBOISCHIADISCHEN SYNDROM

Zusammenfassung

Die ständig wachsende Anzahl von Rückgraterkrankungen spiegelt sich auch in der Zusammensetzung der Patienten wider, die an Abteilungen für physiatrische Rehabilitation behandelt werden. Erhöhte Aufmerksamkeit seitens der Rehabilitationstherapeuten erfordern Patienten nach einer Operation der Hernie einer Intervertebralscheibe.

In der vorliegenden Schrift wird die Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit konservativ und chirurgisch behandeltem lumboischiadischen Syndrom einer Wertung unterzogen. Besonderes Augenmerk wurde dabei den Rückgratstabilisatoren geschenkt, damit ein richtiger Bewegungstereotyp entwickelt werde. Unter Beobachtung standen 128 Patienten mit lumboischiadischem Syndrom. Davon waren 101 Patienten konservativ, 27 chirurgisch behandelt worden. Die durchschnittliche Dauer der Rehabilitationsbehandlung betrug bei konservativ behandelten Patienten 13,5 Tage bei Männern und 15 Tage bei Frauen, bei den operierten Patienten 17 Tage bei den Männern und 18 Tage bei den Frauen. Mittels eines Muskeltests wurde die Muskelkraft der Rückgratstabilisatoren gemessen, wobei in der Gruppe der Patienten nach einer Operation einer durch Hernie geschädigten Bandscheibe mittels des Janda-Tests insgesamt niedrigere Werte der Muskelkraft festgestellt wurden.

Die Ergebnisse zeugen davon, daß die Restitution der Funktion bei Patienten mit nichtoperativer Behandlung schneller erzielt wurde, wobei auch die Funktion der beobachteten Muskeln schneller wiederhergestellt wurde.

M. Koronthályová

RÉADAPTATION DES MALADES AFFECTÉS DU SYNDROME LUMBOISCHIATIQUE TRAITÉ DE FAÇON CONSERVATIVE ET CHIRURGICALE

Résumé

Le nombre croissant des maladies de l'épine dorsale se reflète aussi dans la constitution des malades réadaptés dans les sections physiothérapeutiques. Une meilleure attention de la part des kinésithérapeutes nécessitent les états post-opératoires de l'hernie du disque intervertébral.

Dans la pratique est appréciée la réadaptation des malades affectés du syndrome lumboischiati-

que traité de façon conservatrice et chirurgicale. Une attention spéciale fut consacrée aux stabilisateurs de l'épine dorsale dans le but de créer un stéréotype mobile juste. On a suivi 128 malades affectés du syndrome lumboschiatique. De ce nombre 101 malades furent traités de façon conservatrice pendant une durée de 13,5 jours et demie chez les hommes et de 15 jours chez les femmes. Chez les malades après opération, 17 jours chez les hommes et 18 jours chez les femmes. Le test musculaire servit à évaluer la force musculaire des stabilisateurs de l'épine dorsale et furent constatées alors des valeurs globales inférieures du test musculaire selon Janda dans le groupe des malades ayant subi l'opération du disque herniaire.

Il ressort des résultats que la restitution fonctionnelle fut plus rapide chez les malades non opérés où la fonction des muscles observés s'est plus rapidement rétablie.

Pokyny pre dopisovateľov

1. Príspevky musia byť písané strojom na jednej strane papiera formátu A/4.
2. Príspevky musia byť stručné, štylisticky a jazykove správne upravené. Každý rukopis sa podrobí jazykovej úprave.
3. Nadpis článku musí vyjadrovať stručne rozobranú tematiku.
4. Mená autorov sa uvádzajú bez akademických titulov s uvedením pracoviska. Zároveň treba oznámiť redakcii presnú adresu bydliska a rodné číslo autora.
5. Práce zaslané na uverejnenie musia byť schválené vedúcim pracoviska.
6. Pri pôvodných prácach treba uviesť základnú literatúru.
7. Citácia literatúry musí byť uvedená podľa platných medzinárodných zvyklostí. Napr. Rehabilitácia, 16, 1983, 4, s. 213 – 217 (t.j. ročník, rok, číslo, strany).
8. Redakcia si vyhradzuje právo na úpravu prác bez dohovoru s autorom.
9. Redakcia si vyhradzuje právo určiť poradie uverejnenia a právo konečnej úpravy do tlače.
10. Práca musí obsahovať stručný súhrn v rozsahu 10 – 15 riadkov písaných strojom, napísaných v 5 exemplároch, každý na osobitnom liste papiera pre cudzojazyčné súhrny. Cudzojazyčné súhrny zadováží redakcia. Pri súhrnoch musí byť uvedený autor a názov práce.
11. Práce, ktoré nebudú vyhovovať týmto požiadavkám, redakcia vráti autorom na doplnenie.
12. Fotografický materiál a kresby musia byť dodané vo vhodnom vyhotovení pre tlač.
13. Práce publikované v časopise „Rehabilitácia“ sa honorujú.

E. JÄGGI
PSYCHOLOGIE UND ALLTAG
Psychologie všedního dne
München, Zürich, Piper Verlag, 1987
ISBN 3-492-10689-7.

Dr. Eva Jäggi je profesorkou klinické psychologie na Technické universitě v Berlíně, zabývá se dlouhé roky otázkami psychoterapie a jejího praktického použití. Právě toto její praktické zaměření ji vedlo k napsání psychologie všedního dne. V jednotlivých kapitolách této ne příliš rozsáhlé knížečky zabývá se některými vysoko aktuálními problémy současné psychologie. Psychologizace myšlení, psychologické poznámky k přátelství, manželská sexualita – kvadratura kruhu, rozhovor lidí se stroji, výchova jako násilný akt, vytlačení intelektu na moderních universitách, psychologie a moderní morálka, akademická psychologie – to jsou názvy jednotlivých kapitol této zajímavě napsané, obsahem podnětné knížečky, která akcentuje především praktické pohledy na funkci psychologie jako praktické disciplíny o člověku, spojené se sociologickými a historickými kategoriemi. Autorka se snaží prolomit

„fasádu vědecké řeči“ a vyhýbá se „řečovým monstrositám“.

Kniha je zajímavým pokusem praktického využití psychologických poznatků v široké praxi, při denním životě lidí, při čemž nechybí ani kritická slova na současnou akademickou psychologii. Autorka nezůstává jen na posici kritiky, ale podává vlastní návrh jak zlepšit studium psychologie, při čemž vychází ze tří základních okruhů – z psychologie v jejích vztazích k ostatním duševním okruhům, z psychologie jako možnosti pochopit podstatné problémy všedního dne a z psychologických strategií potřebných pro praktické komunikativní zvládnutí životních cest.

Publikace se dobře čte, je dobře napsaná a akcentuje především praxi všedního denního života.

dr. M. Palát, Bratislava

REDAKTOR E. BEYER
**WÖRTERBUCH DER SPORTWISSENSCHAFT-DICTIONAR OF SPORT
SCIENCE DISTIONAIRE DES SCIENCES DU SPORT**
Slovník sportovních věd
Schorndorf, Karl Hoffmann – Verlag, 1987
ISBN 3-7780-3500-2

Pozoruhodné dílo, které vyšlo v roce 1987 v nakladatelství Karl Hofmann v Schorndorfě – trojjazyčný slovník z oblasti sportovních věd – je dílem, které jistě bude mít mnoho úspěchů v široké sportovní odborné veřejnosti. Jde o ojedinělý slovník německých, anglických a francouzských termínů a pojmů, které nacházíme v odborné literatuře, ale i v denním tisku, s příslušným vysvětlením ve všech třech jazycích. Kolektiv autorů německých a mezinárodních expertů vypracoval celkem 915 položek, seřazených abecedně v němčině, pro ostatní jazyky – to je angličtinu a francouzštinu – abecední seznam jednotlivých termínů je uvedený v rejstříku na konci slovníku. Vedle úvodu je uvedený seznam německých autorů, seznam mezinárodních expertů a seznam překladatelů. Je tu dále návod pro používání slovníku a vysvětlení použitých značek v textu jednotlivých hesel. Předmluvu k tomuto významnému dílu, které jistě obohatí odbornou sportovní litera-

tu, napsal prof. Kirsch, ředitel Spolkového ústavu pro sportovní vědy v Kolíně nad Rýnem. Některé tabulky a některé ilustrace doplňují text jednotlivých hesel.

Německo-anglicko-francouzský slovník sportovních věd je dílem, které si zaslouží mezinárodní pozornost. Nejen že, svým pojetím i zpracováním představuje dílo vysoko moderní, ale je důležitou pomůckou pro všechny ty, kteří se zabývají mezinárodním sportem v oblasti vědy i metodiky, v oblasti sportovních kontaktů a interpretace sportovních informací. Jednotlivá hesla jsou uvedená na současný stav poznatků, jsou dobře zpracována a mají vysoký informační obsah.

Trojazyčný slovník je dobře polygraficky vybavený, přehledně upravený, stane se jistě součástí knihoven všech těch, kteří se zajímají o mezinárodní sport z hlediska vědy i praxe.

dr. M. Palát, Bratislava

DOŠKOĽOVANIE**ÚLOHY VEDY V SYSTÉME VEDECKO-TECHNICKEJ REVOLÚCIE**

J. VASILOVÁ

ÚML UK, Oddelenie marxisticko-leninskej filozofie, Bratislava
Riaditeľ: doc. PhDr. Vasil Kusý, DrSc

Súhrn: Autorka opisuje a analyzuje súčasný historický stupeň vedy a jej nový význam v systéme výrobnjej spoločenskej funkcie. V podstate uzatvára, že medzi výrobok a ľudského činiteľa výrobného procesu sa vkladá vedecko-technický systém, ktorý vyžaduje vedeckú kvalitu ľudského činiteľa ako bezprostredného výrobcu, kým pred VTR prevažujúci bezprostredný výrobca sa musel prispôbovať a redukovať početne i funkčne. Pre socializmus z toho vznikajú možné výhody, kým v kapitalizme to zostruje antagonistickej protirečenia. Autorka pritom naznačuje problémy, ktoré v tejto súvislosti treba riešiť aj v socializme a ktorých riešenie znamená potrebu kultúrneho prehĺbenia v spoločnosti.

Kľúčové slová: systém – veda – vedecko-technická revolúcia – výrobná sila – integrácia – diferenciacia – vedecká revolúcia – scholastika – metafyzicko-mechanistický – dialekticko-materialistický – technická revolúcia – prognózovanie – výskum.

Vedecko-technická revolúcia vplýva na elementárne zákonitosti dejín a civilizácie. Spôsobuje zmeny vo vnútorných väzbách jednotlivých foriem spoločenského života (napr. prekonávanie doterajších hraníc v reži výroby, ekonomiky, politiky a ideológie, medzi základňou a nadstavbou atď). Veda čoraz viac zasahuje do spoločenských vzťahov a ľudského života. Jej nové postavenie je prvým a zároveň nevyhnutným predpokladom, ktorý v chode dejín VTR vyvoláva.

Z referenčného systému veda – technika – výroba – sociálna sféra, ktoré vyplývajú zo systému VTR, zasluhujú pozornosť otázky rozvoja, nevyhnutnosti integrácie a diferenciacie vedeckých poznatkov.

S postupom zospoločenšenia výroby veda preniká celým výrobným postupom, mení sa na univerzálnu silu spoločnosti. Nepôsobí však len ako zdroj nových sfér a nových potrieb, ale aj ako tvorca protirečení, žiadostí a perspektív. Tým sa mení na skutočnú príčinnú výrobnú silu. V období predchádzajúcej priemyselnej revolúcie bola výroba hnacou silou, primárnym faktorom vývoja vedy i spoločnosti. Pod vplyvom VTR sa tento pomer mení. „Ak v predchádzajúcich obdobiach veda postupovala za priemyslom, dnes má tendenciu priemysel dohnať a viesť“ [1].

Veda si razí vlastnú samostatnú cestu. Čoraz viac zasahuje do výroby – platí, že čím je krajina vyspelejšia, tým viac jej hospodársky pokrok závisí od postupu vedy. Toto jej nové postavenie vychádza z jej generalizačnej schopnosti – vedecký poznatok na

rozdiel od iných produktov sa používaním nespotrebuje, ale rastie, zdokonaľuje sa, je východiskom ďalšieho bádania. Náklady na vedu a výskum v ostatnom čase vzrastajú, vzrastá i počet vedeckých pracovníkov.

VTR takto znamená základné kvalitatívne premeny v oblasti celého systému výrobných síl, spôsobené vedecko-technickým pokrokom. Má prírodovedecké, technické a sociálno-ekonomické predpoklady. Prírodovedeckým predpokladom bola revolúcia v prírodovede, ktorá viedla v polovici 20. storočia k prestavbe vedy a techniky. Revolúcia v prírodných vedách a revolúcia v technike, ktoré na seba pôsobili, splynuli v jeden systém VTR. Prevrat vo vede a prevrat v technike predstavujú jej rôzne stránky. Osobitnú kapitolu skúmania VTR tvoria jej sociálno-ekonomické predpoklady.

V dejinách ľudstva neraz došlo k revolučným zmenám v jednotlivých vedách i k revolúciám, ktoré zachvátili celú Zem. K týmto revolučným zmenám prichádza na základe nových objavov zákonitostí a javov, využívaním nových technických prostriedkov, zavádzaním nových metód a pod. Niekoľkokrát v dejinách došlo k veľkým revolučným vo vede, od 16. do 18. storočia vytvorením heliocentrického obrazu sveta, v polovici 19. storočia rozvojom všetkých vied od prírodných až po spoločenské vedy, a na prelome 19. a 20. storočia došlo k revolučným zmenám v dôsledku veľkých objavov vo fyzike. Prvá revolúcia vo vedách znamenala vo filozofii prechod od scholastiky k novovekému systémom, utvorenie novej metodológie F. Baconom a R. Descartesom. Tento prechod bol možný vplyvom zmien, z ktorých najvýznamnejšie bolo prekonanie geocentrického učenia Ptolemaia, vytvorenie newtonovskej fyziky, zmenami v matematike, v medicíne a v iných partiálnych vedách. Bolo to najmä úsilie Kopernika, Keplera, Galileja, Harweyho, Bacona, Descartesa, Boyla, Liebniža a Newtona utvárať novú matematiku, astronómiu, mechaniku a medicínu. Biblický obraz sveta bol nahradený zväčša mechanistickým obrazom.

Druhá vedecká revolúcia prehĺbene naviazala na Descartesa a znamenala posun vo vedách, najmä prekonaním Newtonovej mechaniky, vznikom teórie relativity, kvantovej mechaniky, rozvojom najmä prírodných vied, ktorých ďalší vývin ovplyvnili najmä učenia Einsteina, Plancka, Bohra, Heisenberga a ďalších. Pre druhú vedeckú revolúciu bolo charakteristické to, že bol poprený klasický atóm ako najmenšia častica hmoty; metafyziku nahradila dialektika. Newtonov priestor nahradil einsteinovský. Teória relativity, kvantová fyzika a teória elementárnych častíc ukázali svet v jeho rozmanitosti a vzájomnej súvislosti. Einstein, Planck, Bohr, Broglie poukázali na nové prístupy ku skúmaniu objektívnej reality (kým podľa mechanistického obrazu sveta sa výskum sveta zdal už ukončený). Toto dialektické chápanie sveta filozoficky anticipačne rozpracovali a zdôvodnili K. Marx a F. Engels na základe najlepších tradícií minulosti. Nové poznatky z oblasti prírodných vied a dejín ľudskej spoločnosti poslúžili ako predpoklad na utvorenie materialisticko-dialektického poňatia prírody a dejín.

VTR začala vo fyzike, prešla na chémiu, biológiu, kybernetiku a ďalšie vedy, až nadobudla všeobecný charakter. K podobným zmenám došlo i v oblasti techniky. Predtým najvýznamnejšia bola technická revolúcia z konca 18. a začiatku 19. storočia, ktorá vyvolala prechod od remeselného a manufaktúrneho spôsobu výroby k strojovej výrobe.

Prevraty v prírodných vedách a v technike, ktoré sa v minulosti málokedy zhodovali časovo, v súčasnosti splývajú v jednotný systém. Pod jeho vplyvom sa vytvára nový vzťah medzi vedou a technikou. Technika tým, že pred vedu nastoľuje stále nové problémy, a tiež tým, že vedecká práca v súčasnosti nie je možná bez moderných technických prostriedkov, pôsobí na vedu revolucionizujúco. Veda sa stáva nevyhnutnou súčasťou výrobného procesu a postupne sa mení na bezprostrednú výrobnú silu. Preniká do najrôznejších sfér ľudskej činnosti. Vo vzájomnom vzťahu vedy a praxe má síce určujúcu úlohu prax, zároveň však vzrastá aktívna úloha teoretickej vedy, ktorá spät-

ne vplýva na techniku. Potreby praxe vyžadujú, aby veda vo svojom rozvoji predstihovala techniku a výrobu, aby tak mohla slúžiť praxi ako jej teoretický nástroj. Technika a výroba zasa stimulujú rozvoj vedy. Ide o vzájomné pôsobenie vedy a techniky, ktoré sa kedysi rozvíjali diskordantne; veda takmer neovplyvňovala techniku. Teraz, v systéme VTR, veda a technika sú nerozlučne späté. Súčasná revolúcia vo vede, ktorá je jedným z podsystémových článkov VTR, je spojená s doteraz nevidaným kvalitatívnym rastom vedeckovýskumnej činnosti, so vzostupom množstva objavov, ako i s kvalitatívnou premenou v samotných kategoriálnych základoch vedy. Uplatňuje sa nový teoretický a metodologický aparát, odlišný od tradičného osvietenkonewtonovského prístupu. Predpokladom veľkého vzrastu vo vede bol stupeň výrobných síl s vybudovanou priemyselnou základňou a existenciou silných revolučných tlakov zo strany socialistických výrobných pomerov. Toto všetko uviedlo do pohybu široký front výskumu a prehodnotenie v podstate osvietenského systému spoločenského poznania. Urýchľuje sa prúd nových objavov, veda preniká do nových oblastí, do základných sfér živej hmoty, do elementárnej štruktúry hmoty, do jadrových väzieb, do podstaty systému so zložitou vnútornou samoreguláciou. Podľa predpovedí V. I. Lenina veda „rodí“ materialistickú dialektiku, t. j. formuje svoj nový, teoreticko-metodologický základ, odlišný od tradičného galileovsko-newtonovského prístupu opierajúceho sa o klasický mechanizmus. Stojíme teda pred vedeckou revolúciou, ktorá mení zloženie vedy a jej spoločenské postavenie. Veda ako najpenikavejšia výrobná sila ľudskej spoločnosti postupuje do všetkých oblastí ľudskej činnosti. Táto premena vedy je spätá najmä so zmenou postavenia a úlohy človeka vo výrobe. Vo svojich prípravných fázach ku Kapitálu Marx prvýkrát formuloval myšlienku o premene vedy na bezprostrednú výrobnú silu a spájal začiatok tohto procesu so štádiom kapitalistickej strojevej veľkovýroby. Až v kapitalistickom výrobnom spôsobe prichádza k rozvoju vedy ako samostatného faktora výrobného procesu. V kapitalistickej spoločnosti sa proces premeny vedy na bezprostrednú výrobnú silu uskutočňuje ako antagonisticky protirečivý. Veda sa oddeľuje od bezprostrednej práce a stavia sa vedľa nej. Na počiatku vystupuje proti nej ako čiastočne nepriateľská sila.

Socialistický výrobný spôsob prvýkrát významnejšie využíva aj spoločenské vedy. Na XXIV. zjazde KSSZ sa povedalo: „Prevrat v rozvoji výrobných síl, ktorý začal pod vplyvom vedy a jej objavov, bude stále mocnejší a významnejší. Pred nami je úloha historického významu: organicky zjednotiť úspechy VTR s prednosťami socialistického systému hospodárenia“ [2]. V tej istej spojitosti sa zdôraznilo, že človek ostáva i naďalej hlavnou výrobnou silou socialistickej spoločnosti. Túto silu je treba všestranne chrániť a rozvíjať. Preto tiež strana venovala a venuje týmto otázkam maximálnu pozornosť. Napríklad lekárske vedám sa do budúcnosti otvárajú perspektívy. Ostáva na pracovníkoch výskumu v lekárskejších a farmaceutických vedách, aby chápali celospoločenské väzby svojej práce a volili výskumné témy zodpovedajúce celospoločenským potrebám.

V systéme VTR vznikajú zložitejšie väzby medzi rozvojom techniky a ľudským zdravím. V socialistickej spoločnosti je preto zdravotníctvo neoddeliteľnou súčasťou celej VTR a ako významný prvok socialistickej nadstavby pôsobí čoraz viac na sociálno-ekonomický a kultúrny rozvoj spoločnosti. Jeho úlohou je predchádzať chorobám, liečiť ich a spoluvytvárať vlastné hygienické podmienky pre prácu a odpočinok obyvateľstva. V súčasnosti, keď nedostatok pracovných síl brzdí rozvoj našej ekonomiky, stáva sa čoraz dôležitejšie i predlžovanie aktívneho veku, znižovanie úmrtnosti a neodôvodnenej pracovnej neschopnosti.

Po XIV., XV., XVI. a najmä XVII. zjazde KSČ zameriava sa úsilie na riešenie spoločensky najdôležitejších zdravotníckych problémov vo výrobe a prostredí. Z hľadiska vzniknutých nových civilizačných ochorení socialistické zdravotníctvo preferuje ťažiskové programy: onkologický, kardiovaskulárny, virologický, ekologický a gerontologický.

Hlavným zdrojom nových poznatkov a inovácií v zdravotníctve je rovnako ako v iných odvetviach vedecký výskum. Pod vplyvom VTR došlo k integrácii tretiny celej vedeckovýskumnej základne ministerstiev zdravotníctva v ČSSR do dvoch veľkých inštitútov. Na Slovensku sa integrácia neuskutočnila, pretože výskumné pracoviská sa budovali výhradne v Prahe. Slovensko sa podieľa na celkovom počte pracovníkov zdravotníctva vo výskume len jednou šestinou.

Na základe vypracovaných prognóz ďalšieho vývoja lekárskeho výskumu sme dospeli k vytýčeniu najnaliehavejších úloh v rezorte zdravotníctva. Výskumnovedecká základňa ministerstiev zdravotníctva sa zameriava pre budúce obdobie predovšetkým na otázky štúdia zdravého životného prostredia človeka, na organizáciu a vedecké riadenie zdravotníctva, ako aj na uvedené základné, ťažiskové programy. Hlavným obsahom úloh, určených na základe prognóz, je výskum infekčných chorôb, najmä vírového pôvodu, a štúdium otázok duševného zdravia. Zvláštna pozornosť sa venuje i niektorým perspektívnym liečebným metódam, výskumu nových liečiv – a v tejto súvislosti treba poznamenať, že farmaceutický výskum na Slovensku je nedostačujúci a predbežne zaostáva. Pozornosť sa venuje i štúdiu vzťahu medzi človekom a jeho prostredím. Na tieto úlohy sa sústreďuje najviac síl a prostriedkov.

Tieto prognózy a koncepcie boli a sú konzultované s bratskými štátmi, najmä so ZSSR, čo prispieva k zefektívneniu socialistickej integrácie vo vede a výskume, pretože riešenie podobných úloh sa vymyká možnostiam jedného štátu z hľadiska tvorivých kapacít i hmotných možností.

LITERATÚRA

1. RICHTA, R.: Civilizácia na rázcestí, VPL Bratislava 1967.
2. XXIV. zjazd KSSZ, Bratislava, Pravda 1971.

Adresa autora: Dr. J. V., Thorezova 7,
851 03 Bratislava

И. Василова
РОЛЬ НАУКИ В СИСТЕМЕ НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ
РЕВОЛЮЦИИ

Резюме

Автор описывает и анализирует современный исторический этап развития науки и ее новое значение в системе общественно-производственной функции. В сущности она делает заключение, что между изделием и человеческим фактором производственного процесса появляется научно-техническая система, нуждающаяся в научных качествах человеческого фактора как непосредственного производителя, в то время как до научно-технической революции преобладающий производитель должен был приспособляться и сокращаться и в количественном и в функциональном отношении. Из этого возникают для социализма некоторые преимущества, в то время как в капитализме это обостряет антагонистические противоречия. Автор

при этом намечает проблемы, которые в этой связи следует решать и в социализме, что требует культурного углубления в обществе.

J. Vasilová

THE ROLE OF SCIENCE IN THE SYSTEME OF THE
REVOLUTION OF SCIENCE AND TECHNIQUE

Summary

The author describes and analyses the present historical stage of science and its new significance of the system of productive social function. Principally it is concluded that between the product and the human factor of production process the system of science and technique is being introduced which demands a scientific quality of the human factor as immediate producer, while before the revolution of science and technique the predominant immediate producer had to adjust numerically and functionally. For socialism accrue from it eventual advantages while in capitalism it increases antagonism. The author touches problems which in this connection must be solved in socialism too, involving the demand for cultural intensification in society.

J. Vasilová

DIE ROLLE DER WISSENSCHAFT IM SYSTEM DER
WISSENSCHAFTLICH-TECHNISCHEN REVOLUTION

Zusammenfassung

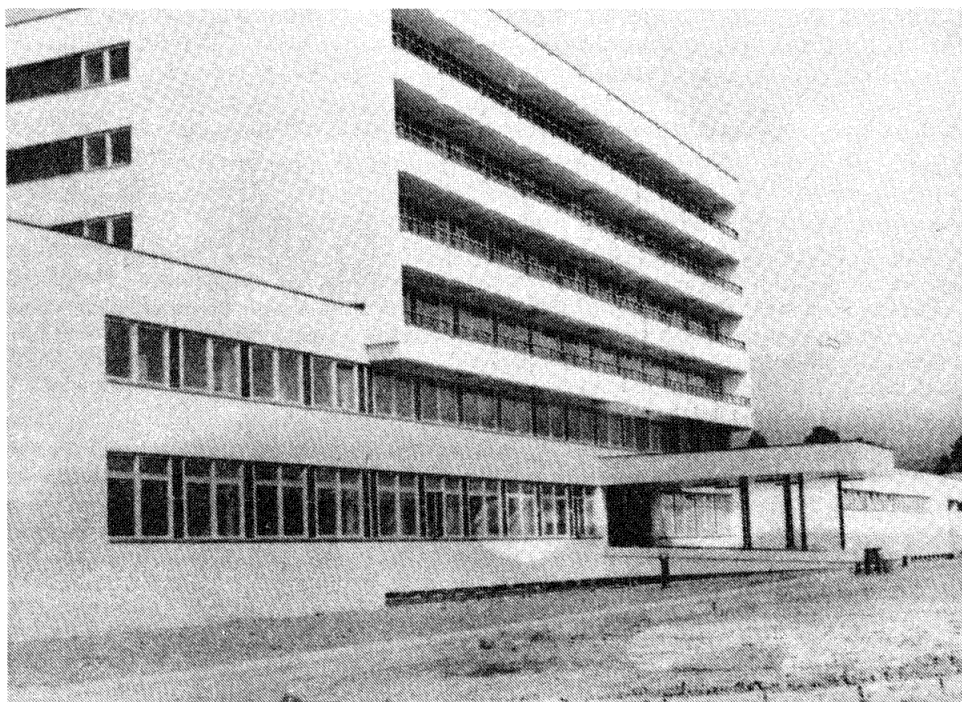
Die Verfasserin beschreibt und analysiert die gegenwärtige geschichtliche Entwicklungsstufe der Wissenschaft und ihre neue Bedeutung im System der gesellschaftlichen Produktionsfunktion. Im wesentlichen gelangt sie zur Schlußfolgerung, daß sich heutzutage zwischen Produkt und menschlichen Faktor des Produktionsprozesses ein wissenschaftlich-technisches System einfügt, das eine wissenschaftliche Qualität des menschlichen Faktors als des unmittelbaren Produzenten erfordert. Deswegen muß sich der aus der Zeit vor der wissenschaftlich-technischen Revolution stammende unmittelbare Produzent anpassen, zugleich aber sowohl zahlenmäßig als auch funktional reduzieren. Für den Sozialismus ergeben sich daraus mögliche Vorteile, während das im Kapitalismus die antagonistischen Widersprüche verschärft. Die Verfasserin deutet dabei auf die Probleme hin, die in diesem Zusammenhang auch im Sozialismus gelöst werden müssen und deren Lösung eine kulturelle Vertiefung der Gesellschaft erfordert.

J. Vasilová

LES TÂCHES DE LA SCIENCE DANS LE SYSTÈME DE LA
RÉVOLUTION SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE

Résumé

L'auteur décrit et analyse le degré historique actuel de la science et sa nouvelle importance dans le système de la fonction de production sociale. Il conclut en somme que l'on pose entre le produit et le facteur humain du processus de production, le système scientifique et technique qui exige la qualité scientifique du facteur humain comme producteur immédiat, tandis que devant la révolution scientifique et technique le producteur immédiat prévalant doit se conformer et se réduire aussi en nombre et en fonction. De là résultent des avantages possibles pour le socialisme, tandis que dans le capitalisme ceci est aggravé par le contredit antagoniste. L'auteur indique aussi les problèmes qui devront être résolus en régime socialiste et dont la solution marque un besoin d'approfondissement culturel dans la société.



ÚLOHY NOVÉHO REHABILITAČNÉHO LIEČEBNÉHO ÚSTAVU V KOVÁČOVEJ

V druhej polovici 20. storočia sa začala venovať popri iných klinických odboroch veľká pozornosť aj liečebnej rehabilitácii.

Liečebná rehabilitácia povedľa svojho tradičného poznania v pourazovej oblasti začala byť súčasťou liečby v oblasti ortopédie, neurológie, neurochirurgie, reumatológie a intenzívnej medicíny a v ostatnom období je súčasťou liečby takmer všetkých klinických odborov.

Celkový rozvoj techniky súčasnej spoločnosti prináša okrem veľkého pokroku aj záporné javy, najmä v počte úrazov a celkového ohrozenia jedinca v oblasti neustáleho zhoršovania životného prostredia.

Každoročný štatisticky významný rast pracovných a mimopracovných úrazov zákonite privádza k neustálemu zvyšovaniu čiastočnej a úplnej invalidity aj v tejto oblasti medicíny – i napriek vysoko organizovanej a špecializovanej zdravotníckej starostlivosti.

V pourazovom období liečenia je na poprednom mieste zabezpečenie maximálnej starostlivosti a liečby, aby sa poškodená funkcia orgánu včas a v čo najväčšej miere obnovila a aby sa pacient mohol vrátiť do pôvodného zamestnania. V prípade, že úraz

alebo choroba spôsobili také poškodenie, ktoré nedovoľuje návrat do pôvodného povolania, treba pomocou liečebnej rehabilitácie naučiť rehabilitanta takú prácu, ktorú by mohol postihnutý vykonávať aj napriek značnému obmedzeniu. Táto úloha, ktorú chceme postupne uskutočňovať v širšom rozsahu popri špecializovanej rehabilitačnej liečbe, je taktiež náplňou nového Rehabilitačného liečebného ústavu v Kováčovej, daného do prevádzky 3. septembra 1987.

Treba uviesť, že ústav je jediný tohto druhu na Slovensku a podľa zriaďovacej listiny Ministerstva zdravotníctva SSR zo dňa 1. 1. 1986 bude jeho činnosť spočívať vo vysoko špecializovanej rehabilitačno-preventívnej poúrazovej starostlivosti pre pacientov

- po poranení miechy a neurochirurgických operáciách,
- po ťažkých úrazoch na končatinách a po amputáciách,
- po polytraumatických úrazoch s poruchou chôdze a ostatných pohybových funkcií,
- po operáciách na pohybovom aparáte ortopedického charakteru s veľkými deformitami a poruchami funkcie.

Na tomto mieste chceme poďakovať pracovníkom Rehabilitačného ústavu v Hrabyňi, Chuchelnej a Kladruboch, odkiaľ sme získali cenné skúsenosti pre činnosť nášho ústavu ešte pred zahájením prevádzky RLÚ.

Súčasťou liečby rehabilitantov po amputáciách je zhotovenie protézy alebo vylepšenie protéz pacientov. Návčik pohybu a sebaobsluhy s protézou a bez nej je náročne zvládnuteľná úloha pre rehabilitačné oddelenie v rámci OÚNZ a pri nedostatočnom návčiku pohybu s protézou alebo sebaobsluhy pacient túto cennú náhradu často ťažko prijíma a minimálne používa, čo sťažuje jeho mobilitu.

Nemenej dôležitou súčasťou činnosti RLÚ popri optimálnom zvládnutí liečby bude resocializácia pacientov, ktorú považujeme za súčasť komplexnej liečebnej rehabilitácie. Túto náročnú úlohu budeme uskutočňovať v ústavných výukových dielňach pod vedením inštruktorov a odborných zdravotníckych pracovníkov.

Budeme robiť zácvik v šití a krajčírstve, v tvorbe keramiky, rezbárstve, vo výrobe ozdobného skla a iných vhodných profesiách.

Naša snaha bude týmto náročným výukovým spôsobom čiastočne pripraviť pacienta na uplatnenie sa v niektorom výrobnom družstve invalidov.

Sociálna činnosť má dôležité miesto v ústave a mimo neho. Okrem vybavenia pacienta protetickými pomôckami počas liečby v ústave, za aktívnej spolupráce a pochopenia okresných výborov Zväzu invalidov chceme pripravovať ďalšie uplatnenie a zaradenie postihnutého do spoločenského života.

Rehabilitačný liečebný ústav na základe širokej liečebnej, rehabilitačnej a resocializačnej činnosti chce byť aj nositeľom intenzívnej vedeckej činnosti. Tento cieľ je postavený na vysokom technickom vybavení. Našou snahou je stať sa v rámci SSR referenčným centrom v problematike úrazov chrbtice s priečnou léziou miechy, organizovať raz za 3 roky celoštátne konferencie rehabilitačnej spoločnosti (postupne so zahraničnou účasťou), aktívne prispievať na vedeckých konferenciách našimi poznatkami a úzko spolupracovať s ústavmi podobného zamerania u nás aj v zahraničí.

Na zvládnutie náročných úloh je nepochybne nevyhnutné pripraviť vysokoerudovaný tím lekárov a ostatných zdravotníckych pracovníkov, čo je pri súčasných možnostiach v danej oblasti veľmi ťažká a náročná úloha. Zdravotnícki pracovníci musia vopred získať dostatočné skúsenosti, potrebnú erudíciu, oduševnenie pre osobitné podmienky, schopnosť vedecky tvoriť a vedieť odovzdávať svoje skúsenosti iným.

Roky 1987 – 1988 sú pre náš ústav obdobím získavania skúseností, výchovy zdravotníckych a technicko-prevádzkových kádrov a obdobím, v ktorom budeme hodnotiť cieľ a poslanie nášho ústavu. Vychádzajúc z predpokladaného priemerného počtu ± 68 dní na liečbu a resocializáciu a počtu lôžok 210, môžeme už dnes na základe dostupnej štatistiky úrazov predpokladať, že kapacita nebude dostačujúca. Pre úspech liečby je veľmi dôležité vybrať na liečbu tie stavy, ktoré sú indikované.

Na základe získania objektívnych informácií treba plánovať ďalšiu dostavbu lôžkovej kapacity i zriadenie špecializovanej detskej poúrazovej rehabilitačnej liečebne v terajších priestoroch detskej liečebne a tak vytvoriť komplexné špecializované poúrazové rehabilitačné centrum pre deti a dospelých v Kováčovej.

dr. J. Hutyra

NOVÉ KNÍHY

ŠVÝCARSKÁ REHABILITAČNÍ SPOLEČNOST

HEMIPLÉGIE – MERKBLATT

Anleitung zum Erreichen weitgehender Selbständigkeit für Menschen mit Halbseitenlähmung.

Hemiplegie.

Návod k dosažení ďalšej sobestačnosti pro lidi s hemiplegií

Bern, Hans Huber, 5. vydání, 1983.

Nápad k vydání této příručky, užitečné pro domácí rehabilitaci pacientů po mozkových cévních příhodách, vzešel od pracovníků medicínského oddělení v Lázních Regaz ve Švýcarsku.

Publikace vychází z práce Berthy Bobathové Die Hemiplegie Erwachsener, 2. vyd., Stuttgart, Georg Thieme 1980 a Ortruda Eggerse Ergotherapie bei Hemiplegie, 2. vyd., Heidelberg, Springer, řada rehabilitačních příruček č. 15.

Hned v úvodu se zdůrazňuje nutnost **včasné** a metodicky správně vedené rehabilitace u těchto nemocných. Další kapitola se zabývá ošetrovatelskou péčí (všeobecná hygiena, osobní hygiena a hygiena lůžka, ústní hygiena), následují kapitoly věnované dietě (omezit živočišné tuky a rafinované cukry), dále problematice vyprazdňování měchýře a střeva aj.

Velká pozornost je věnovaná nácviku řeči, problému statických poruch.

Názorně je vysvětleno polohování pacientů s hemiplegií včetně správného podkládání (leh na nemocné a zdravé straně, leh na zádech),

dále pohyby možné už na lůžku (podkládání podložní mísy, otáčení pasivní a aktivní), posazování v posteli, posazování z lehu do sedu.

Názorně je ilustrován i postup aktivizace postižených (ochrnutých) horních i dolních končetin za pomoci druhé osoby i s aktivizací pacienta samého.

Další kapitola je věnována přemísťování pacientů (s plnou pomocí, s částečnou pomocí, bez pomoci, pomocí vozíku), nácvik posazování, postavování.

Nakonec je předveden nácvik chůze s plnou pomocí rehabilitační pracovnice a s částečnou pomocí.

Následují všední činnosti (mytí, jídlo, domácí práce, svlékání a oblékání, obouvání, oblékání kalhot aj. – věci prosté, ale v rámci praktického života důležité pro sobestačnost nemocného). Je zde i návod, jak opakovat některé cviky pro správnou funkci paže a ruky.

Knížka je vhodná jako orientační příručka pro rehabilitační pracovníky i pacienty samotné pro svou názornost a jednoduchost.

dr. B. Ždichynec, CSc., Chotěboř

H. SANDLER, J. VERNIKOS

INACTIVITY: PHYSIOLOGICAL EFFECTS

Inaktivita: Fyziologické efekty

London, Academic Press Inc. 1986

ISBN 0-12-618510-7.

Vo svetovej literatúre existuje celý rad prác, monografií, kapitol v jednotlivých učebni-

ciach, ktoré venujú pozornosť otázkam aktivity. Problematika inaktivity ako javu, ktorý má

svoje biologicko-medicínske konzekvencie, sa dostáva širokej pozornosti monografiou dvoch autorov z kardiovaskulárnej výskumnej základne národnej aeronautiky v Kalifornii a stanfordskej Lekárskej fakulty a Lekárskej fakulty Štátnej univerzity v Daytone v Ohio.

Autorom sa podaril pozoruhodný edičný čin. Vydávajú monografiu, dobre dokumentovanú, spočívajúcu na vlastných experimentálnych skúsenostiach s prizretím na množstvo odbornej literatúry, vrátane bohatej sovietskej literatúry, ktorá sa zaoberá fyziologickými otázkami inaktivity. Po úvodnej kapitole a záveroch autori venujú pozornosť otázkam efektov inaktivity na kardiovaskulárny systém (H. Sandler), otázkam efektu inaktivity na kosť a kalciový metabolizmus (S. B. Arnaud, V. S. Schneider, E. Morey-Horton), otázkam inaktivity vo vzťahu k svalovému systému (H. Sandler), problematike metabolických a endokrinných zmien (J. Vernikosová), efektom psychosociálnym a chronofyziologickým

na inaktivitu a imobilizáciu (Ch. M. Winget, Ch. W. DeRoshia), problému odpovedí na telesné cvičenia po období inaktivity (V. A. Covertino). Jednotlivé kapitoly sú doplnené ilustráciami, grafmi, tabuľkami, a na záver je uvedený prehľad literatúry.

Kniha je vyslovene poučná. Prináša celý rad faktorov a poznatkov, ktoré sa získali pri štúdiu prípravy na kozmické lety a ktoré predstavujú nový pohľad na otázky fyzickej inaktivity – rizikového faktora pri vzniku a vývoji niektorých kardiovaskulárnych ochorení, ale taktiež faktora určujúceho napríklad vývoj osteoporózy a pod.

Monografia Sandlera a Vernikosovej je dokladom moderného komplexného prístupu k problematike „sýmptómu“ inaktivity a bezo sporu poslúži svojimi poznatkami všetkým tým, ktorí sa stretávajú vo svojej klinickej a výskumnej činnosti s otázkami hypokinetiky a stresu.

dr. M. Palát, Bratislava

G. GUTMANN

FUNKTIONELLE PATHOLOGIE UND KLINIK DER WIRBELSÄULE

Funkčná patológia a klinika porúch chrbtice

A. GISEL, L. WICKE, R. SCHMIEDL

FUNKTIONELLE ANATOMIE UND RÖNTGENANATOMIE DER WIRBELSÄULE

Funkčná anatómia a röntgenová anatómia chrbtice

Stuttgart-New York, Gustav Fischer Verlag, 1987.

ISBN 3-437-10910-3.

Stuttgartske vydavateľstvo Gustava Fischera pripravuje postupne do tlače reprezentatívne dielo venujúce pozornosť otázkam chrbtice. Toto dielo vychádza pod vedením dr. Gottfrieda Gutmanna, jedného z popredných európskych odborníkov v otázkach porúch osového orgánu tela a ich liečenia. Doteraz vyšlo niekoľko dielov tejto veľkoryso koncipovanej monografie, na vypracovaní ktorej sa zúčastňuje celý rad vedeckých a klinických pracovníkov. V roku 1987 vyšiel pozoruhodný zväzok venovaný otázkam funkčnej a röntgenovej anatómie ľudskej chrbtice. Autori sú popredný viedenský anatóm prof. Gisel a röntgenológ doc. Wicke, spoluautorom je dr. Schmiedl z Anatomického ústavu viedenskej univerzity, ktorý sa zúčastnil na vypracovaní druhej časti monografie.

V prvej časti, ktorá venuje pozornosť otázkam štruktúr a konštrukcií ľudskej chrbtice,

autor opisuje od metamerných štruktúr všetky anatomické princípy pri vzniku a stavbe chrbtice a prídavných štruktúr. Venuje pozornosť stavebným elementom, synoviálnym štruktúram, syndesmózam a ligamentom, svalovým štruktúram, nervovému zásobeniu, otázkam ciev a ich funkcií pri zásobovaní jednotlivých častí chrbtice, problematike meningeálnych obalov, pohybovému segmentu a otázkam kinetiky v intervertebrálnych kĺboch. Záver tejto časti sa zaoberá otázkami anatomickej informácie pre manuálnu terapiu jednotlivých úsekov chrbtice. Tabuľky s prekrásnymi ilustráciami vrátane vybraných farebných obrázkov dopĺňujú túto časť publikácie.

Druhá časť, rozsahom menšia, diskutuje o otázkach röntgenovej anatómie ľudskej chrbtice. Prechádzajúc od všeobecných poznámok, prichádzajú autori k otázkam anatomickeho detailu, vývojovým anomáliám a otáz-

kam systematiky röntgenových detailů v jednotlivých úsekcích chrbtice. Literatura doplňuje tuto část monografie, která je ukončena věcným registrem. Podobně jako to je v doteraz publikovaných částech tohoto široko koncipovaného díla, aj tento díl obsahuje celý rad ilustrací, nákresov, fotografií, schém a tabulek, které doplňují text jednotlivých kapitol a podkapitol.

Kniha má klasický polygrafický štandard

stuttgartského Fischerovho vydavateľstva a vzorným spôsobom sa zaraďuje do radu predchádzajúcich zväzkov.

Ku knihe treba iba gratulovať – je skutočne dielom plným potrebných informácií pre každého, kto sa profesionálne dostáva do kontaktu s chorými s postihnutím osového orgánu tela – a týchto pacientov nie je málo, najmä na rehabilitačných klinikách a oddeleniach.

dr. M. Palát, Bratislava

SESTAVIL doc. MUDr. EUGEN HORNIÁK, CSc.
**SBORNÍK IV. EVROPSKÉHO KONGRESU TĚLOVÝCHOVNÉHO
LÉKAŘSTVÍ**

I. – II. – III. ČÁST

Vydalo vědecko-metodické oddělení ÚV ČSTV 1986.

Jednání evropského kongresu bylo věnováno tématu Sport a zdraví. Výsledky studia souvislosti mezi zdravotním stavem a rozsahem a kvalitou pohybové aktivity se dostávají do popředí zájmu mnoha oborů nejen sportovní medicíny, ale i interny, pediatrie, neurologie, chirurgických oborů, pracovního a dorostového lékařství atd. Úkolem kongresu bylo porovnat dosavadní poznatky o vlivu pohybové činnosti na zdraví člověka tak, aby o všech problémech byly informovány jednotlivé lékařské obory a spojily se do společného úsilí i v dalších výzkumech. Zejména lékaři prvního kontaktu mají velkou příležitost rozhodovat a ovlivňovat správný životní styl a pro tento úkol musí být každý lékař vybaven i dobrými znalostmi. Kongresu se zúčastnilo aktivně mnoho předních světových odborníků, kteří

přednesli vědecky podložené posouzení pohybové aktivity pro zdravého i nemocného člověka.

Sborník má tři části:

I. část je věnována sportu a věku a také problematice tělesné výchovy u diabetes mellitus a u obezity.

II. část obsahuje problematiku sportu a tělesné výchovy při kardiopulmonálních poruchách a také zdravotní problémy vrcholového sportu.

III. část pak je věnována sportovním úrazům a rehabilitaci sportovců.

Jednotlivé části tohoto sborníku jsou v omezeném množství k dispozici na sekretariátu zdravotnické rady ÚV ČSTV Praha 6, Spartakiádní stadión.

dr. J. Javůrek, Praha

R. E. OLSON, E. BEUTLER, H. P. BROQUIST
ANNUAL REVIEW OF NUTRITION VOL. 7.

Roční přehled o výživě

Alto Palo, Annual Reviews Inc., 1987.

ISBN 0-8243-2807-8

Problematice výživy a otázkám léčebné výživy v klinice a terapii jednotlivých onemocnění se věnuje stále soustavná pozornost. Výživa se stala neodmyslitelnou součástí komplexní péče o zdravého i chorého člověka. Vydavatelství Annual Reviews Inc. v Palo Alto v Kalifornii vydalo v roce 1987 už sedmý svazek ediční řa-

dy, věnované otázkám výživy. Svazek, stejně jako předešlé, přináší celou řadu zajímavých prací z nejrůznějších oblastí vědy o výživě. Jsou zde příspěvky jednotlivých autorů o energetickém metabolismu, o uhlovodanech, lipidech a bílkovinách, o vitamínech, anorganických látkách a vodě; další příspěvky diskutují

o problematice ostatních součástí stravy, o otázkách klinické výživy, problémech diety, výživy a metabolické regulace. Hovoří se zde o porovnávací výživě. Jednotlivé práce uvádějí současný stav poznání v dané tematice, jsou připraveny předními odborníky z různých ústavů amerického kontinentu, ale i z evropských pracovišť. Každá práce má na závěr přehled literatury, sborník je ukončen věcným rejstříkem a kumulativním indexem autorů svazků 3. až 7. I když jednotlivé práce jsou určeny především pro odborníky ve výživě, najde tu každý klinický pracovník i něco pro sebe – otázky tuků a jejich metabolismu hrají významnou úlohu v oblasti současné kardiologie a angiologie, problematika vitamínů je stále aktuálním problémem současné medicíny,

otázce homeostázy vody v organismu představuje problém první kategorie vůbec. Výživa starého člověka, právě tak jako zásady výživy dětí s malou porodní vahou jsou i dnes vysoko aktuální otázky – a toto jsou jen některé vybrané práce ze 7. svazku Ročního přehledu o výživě, jež podají potřebné a účelné informace každému klinickému pracovníku, který řeší komplexně své klinické problémy.

7. svazek, tradičně upravený a standardně vybavený, zapadá vhodně mezi svazky ostatní a svým obsahem důstojně a informovaně přispívá do tematického okruhu nových poznatků o výživě a jejím současném uplatnění v moderní medicíně.

dr. M. Palát, Bratislava

A. KAPPERT ANGIOLÓGIA – UČEBNICA A ATLAS

Martin, Nakladateľstvo Osveta, 1987, 1. vydání.

Kappertova kniha „Lehrbuch und Atlas der Angiologie“ je klasickým dílem, které vyšlo v nakladatelství Hanse Hubera v Berně v roce 1985 už v 11. vydání. Vedle těchto německých vydání vyšla monografie ve španělštině, angličtině, francouzštině a japonštině. Slovenské vydání doplňuje její putování mezi odborníky, kteří se zabývají problematikou současné angiologie a kardiologie.

Prof. Kappert je známým odborníkem v oblasti angiologie – o tom svědčí celá řada publikací, vrcholem jeho odborného zaměření je jeho Angiologie. Do slovenštiny přeložil knihu doc. Lipták, přední slovenský kardiolog a angiolog. Jednotlivé části, kapitoly a podkapitoly připravili přední odborníci většinou ze Švýcarska. Po předmluvě a úvodě – kniha obsahuje celkem sedm částí – první část pojednává o anatomických a fyziologických základech, druhá se zabývá patologickoanatomickými a patofyziologickými základy, třetí věnuje pozornost otázkám všeobecné diagnostiky, čtvrtá otázkám speciální diagnostiky. Pátá část diskutuje o terapeutických zásadách, šestá hovoří o speciální terapii a sedmá, závěrečná, v krátkém přehledu podává informaci o posudkové činnosti. Literatura obsahující 269 položek, seznam léčiv a věcný rejstřík ukončují tuto, zajímavě napsanou, obsahově inspirující a formálně dobře vybavenou monografii, kde textová část je bohatě a vhodně doplněna příslušnou obrázkovou dokumentací. A tato do-

kumentace, mnohdy barevná, vytvoří vrchol celé monografie a akcentuje skutečnosti představující pro každého klinického odborníka – angiologa to podstatné, to závažné a to nutné, čeho si musí ve své praktické činnosti právě všimnout. Otázkám rehabilitace věnuje Kappertova učebnice na několika stránkách krátkou pozornost – hovoří o pohybové léčbě, léčbě masáží, hydroterapii, léčbě teplem a chladem, elektroterapii, léčbě zářením a klimatických kúrách. Jsou uvedené i cviky na zlepšení krevního oběhu dolních končetin. Monografie Kapperta a spolupracovníků představuje v současné angiologické literatuře standardní dílo; její oblíbenost je velká, o čem svědčí mnohá vydání v němčině a několik překladů do jiných jazyků. Slovenský překlad je dobrý, využívá všechny možnosti pestrosti slovenštiny především v popisných partiích textové části. Více pozornosti by sa mělo věnovat korekturám. Nemělo by se stát, že se uvádí jméno autora nesprávně (Bolliger místo Bollinger), ačkoliv v přehledu literatury tento autor je správně citován.

Kappertova monografie je výrazným příspěvkem v oblasti angiologie. Je knihou, která nejen přehledně prezentuje jednotlivé kapitoly moderní angiologie, ale která také inspiruje k vlastnímu zamýšlení nad touto problematikou.

dr. M. Palát, Bratislava

H. WATSON
HERZRYTHMUSSTÖRUNGEN
Poruchy srdečního rytmu
Stuttgart, Hippokrates Verlag, 1987.
ISBN 3-7773-0816-1

Jde o anglickou původinu, která vyšla v roce 1984 u Beaconsfield Publishers Ltd v Beaconsfieldu v Anglii a do němčiny ji přeložil dr. Un-deutsch.

Kniha obsahuje celkem 6 kapitol, předmluvu k německému i anglickému vydání a věcný rejstřík. Úvodní kapitola věnuje pozornost elektrofyziologii, registraci elektrokardiogramu a jeho interpretaci. Druhá se zabývá otázkami klinické manifestace poruch srdečního rytmu, ve třetí jsou systematicky rozebrány normální varianty elektrokardiogramu a jeho patologické změny. Čtvrtá přináší výběr různých elektrokardiografických záznamů představujících základní obrazy, sloužící pro cvičení v elektrokardiografické diagnostice. Pátá kapitola přináší informace o současně medikamentózní a jiné terapii při poruchách srdečního rytmu – jsou zde uvedené medikamentózní možnosti, které se v široké kardiologické praxi osvědčily. Poslední, šestá kapitola potom formou jednotlivých kazuistik poukazuje na klinické stavy, kde elektrokardiografická diagnostika představuje jednu z možností roz-

hodovacího procesu v oblasti diagnostiky a diferenciální diagnostiky. Tato kapitola také představuje určitou novotu, protože je rozdělena do tří částí – první je určená pro diagnostické možnosti obvodního lékaře, druhá pro diagnostické možnosti lékaře v nemocnici a třetí pro diagnostické možnosti zdravotní sestry. Tento akcent zdůrazňuje skutečnost, že zdravotní sestra, a tedy střední zdravotnický pracovník v současnosti vedle funkce výkonné musí se zúčastňovat i na diagnostickém a diferenciálně diagnostickém procesu – je tedy jedním z týmu odborníků, který svým způsobem a v určeném rozsahu zasahuje přímo do oblasti diagnostiky. Toto autorovo stanovisko je stanoviskem moderním a dává všechny možnosti středním zdravotnickým pracovníkům, které jim právem náleží.

Jednotlivé kapitoly této pozoruhodné knihy jsou dobře dokumentované a celou řadou elektrokardiografických záznamů, které, konkrétně a cíleně poukazují na to podstatné, čím moderní elektrokardiografie přispívá k současné medicíně.

dr. M. Palát, Bratislava

L. BRESLOW, J. E. FIELDING, L. B. LAVE
ANNUAL REVIEW OF PUBLIC HEALTH
Roční přehled veřejného zdravotnictví. Vol. 8.
Palo Alto, Annual Reviews Inc. 1987.
ISBN 0-8243-2708-X

Další, v pořadí už osmý svazek „Ročního přehledu veřejného zdravotnictví“ přináší opět celou řadu prací s aktuálním zaměřením. Zajímavá je například práce o použití široké banky dat při studiích o zdravotní péči (F. A. Connell a spol.), o sociálně ekonomickém statutu a chorobě (M. G. Marnot a spol.), o otázkách hodnocení nové technologie, jejím efektu při monitorování fetální pulsově frekvence (K. K. Shy a spol.). Další práce mají klinický základ – trendy v péči o starou populaci (J. A. Brody), žena, práce a zdraví (G. Sorensen a spol.), fyzická aktivita a incidence koronární choroby srdce (K. E. Powell a spol.), tabák a zdraví, trendy ve spotřebě tabáku ve Spojených státech (J. M. McGinnis a spol.).

Celá řada dalších významných prací z různých oblastí je zařazená do tohoto, v pořadí už osmého svazku, standardně vybaveného způsobem a informující o současném stavu vědecké a odborné činnosti v oblasti veřejného zdravotnictví. Práce jsou z nejrůznějších pracovišť, mají jedno společné – dobře reprezentují vědecké snahy v této oblasti medicíny. Mnohé práce mají příslušnou obrázkovou, tabulkovou a grafovou dokumentaci, ilustrující diskutované otázky v textové části jednotlivých prací. Věcný rejstřík, kumulativní index autorský a seznam prací uveřejněných ve všech osmi volumech doplňují tuto cennou publikaci.

dr. M. Palát, Bratislava

W. GENSCHOREK
SCHWESTER FLORENCE NIGHTINGALE

Sestra Florence Nightingalová

2. přepracované vydání.

Leipzig, S. Hirzel Verlag a BSB B. G. Teubner Verlagsgesellschaft, 1986.

ISBN 3-322-00327-2

Florence Nightingalová, známá jako zakladatelka moderního ošetrovatelství, byla dekou viktoriánské doby. Jejím životu a dílu je věnována celá řada knih i románů. Dr. Genschorek vydává v nakladatelství S. Hirzel-Verlag a BSB B. G. Teubner-Verlag v Lipsku už ve druhém přepracovaném vydání v edici „Humanisti činu – vynikající lékaři ve službě člověku“, pozoruhodně zpracovanou publikaci, věnovanou právě životu a dílu Florence Nightingalové. Dr. Genschorek je známým autorem, věnujícím pozornosti vynikajícím osobnostem, které posunuly vývoj lékařství dopředu a kteří přispěli každá svým dílem k rozvoji medicíny a medicínských oborů.

I jeho poslední publikace, věnovaná právě Florence Nightingalové, svědčí o pozitivním vztahu autora k jednotlivým etapám historie lékařství a citem pro fakta, která jsou hnací silou této historie. A Florence Nightingalová

byla právě takovou osobností, která základním způsobem poukázala na funkci moderní ošetrovatelské techniky pro zdraví lidského jedince. V současném pojetí moderní ošetrovatelské péče bychom zdůraznili i aspekt rehabilitačního ošetrovatelství, i když tento pojem vyjadřuje současný pohled na některé techniky ošetrovatelské činnosti. Genschorek velmi zajímavě popisuje rodinné prostředí, dětství a dospívání mladé Florence Nightingalové a její cestu k humanitnímu pojetí a zásadám ošetrování.

Kniha je určena široké veřejnosti, přináší však řadu faktů, které odborně jsou zajímavé i pro ty, kteří se věnují historii lékařství a ošetrování. Kniha má několik obrázkových příloh, je dobře a čtivě napsaná a zaslouží si, aby byla čtena.

dr. M. Palát, Bratislava

J. HOŘEJŠÍ, P. HAVRAN
ČESKOSLOVENSKÉ KÚPELE – LÁZNĚ
Martin, Osveta, 1987

V poměrně vysokém nákladě vydává martinští nakladatelství Osveta reprezentační publikaci, věnovanou problematice československých lázní. Jde o kombinaci slova a obrazu, přičemž text připravil Jaroslav Hořejší, známý spíše jako redaktor časopisu *Kardio* a autor populárně napsaných knih literatury „medicínského faktu“, obrazově vyzdobil Pavol Havran, známý svým zajímavým pojetím fotografického umění.

Kniha je čtyřjazyčná, vedle slovenčiny, textová část je převedena do jazyků ruského, německého a anglického. Nedá sa říci, že v knize dominuje text anebo obrázková část. Obě vyjádření – slovo i obraz představují vzácnou jednotu, danou především tím, že obraz vlastně doplňuje to, co napovídá text. Po úvodním slově představují se čtenáři čtyři oddíly – lázně se představují, dr. Příroda a co ještě, co se dá v lázních vidět a konečně homo

balnearius. Závěr knihy tvoří fakta uspořádaná do přehledných grafů a schematických vyjádření některých zajímavých čísel a dat z oblasti československého lázeňství.

Kniha je jakýmsi přehledem současného života v lázních včetně informací o možnostech aplikovat moderní léčebné prostředky a možnostech vyšetřovat pomocí moderní techniky. Není to jen tradiční „povídání“ o lázních, kde člověk zdravý i nemocný nachází co potřebuje – klid anebo zdraví, je to spíše na faktech spočívající apoteóza moderně koncipované lázeňské péče v současnosti.

Kniha jistě není určená odborným pracovníkům, ale spíše laické veřejnosti. A to je správné, že právě podobné publikace, obsahující i vědecké fakta, se dostává do široké veřejnosti, která je vlastně spotřebitelem lázeňských služeb. Ale i odborní pracovníci se mohou seznámit s mnohými zajímavostmi, které tato

publikace přináší, a to v esteticky dobře uspořádaném rámci. Nakladatelství Osveta v Martině věnovalo této publikaci velkou polygrafic-

kou pozornost. Kniha je reprezentačním dílem i po této stránce.

dr. M. Palát, Bratislava

**M. JOHNSTONE
THE STROKE PATIENT**

Pacient s náhlou cévní mozkovou příhodou
*Edinburgh, Churchill Livingstone, 1987. 3. vydání.
ISBN 0-443-03397-8*

Jde o drobnou publikaci pro praktický přístup v rehabilitaci nemocných po náhlých cévních mozkových příhodách. Knížička vychází ve 3. vydání, 1. vydání vyšlo v roce 1976.

Po úvodním slově autorky knížka má celkem šest kapitol, slovníček, appendix, obsahující seznam nejrůznějších pomůcek, potřebných v rámci dlouhodobých rehabilitačních programů u pacientů po mozkové mrtvici, další doporučenou literaturu a krátký věcný rejstřík. V jednotlivých kapitolách této pozoruhodně napsané a dobře ilustrované publikace sa hovoří o otázkách týmové práce, která v současnosti představuje aktuální formu pro realizaci rehabilitačních programů, o otázkách funkce zdravotní sestry a ošetřování pacientů s náhlou cévní mozkovou příhodou – u nás bychom použili termín rehabilitační ošetrovatelství. V dalších kapitolách autorka rozebírá funkci rehabilitačního pracovníka, ergoterapeuta a pracovníka pro rehabilitaci řeči. Jak je vidět, týmová práce rehabilitačních pracovníků, specializovaných na jednotlivé otázky v rámci komplexu rehabilitace, představuje moderní požadavky na racionální, cílený a účelný program. Poslední šestá kapitola přináší všeobecné závěry s akcentem na bazální principy rehabilitace pacientů s náhlou cévní

mozkovou příhodou. Autorka uzavírá svou drobnou publikaci tím, že všichni nemocní s apoplexií mají naději na pozitivním řešení svého zdravotního stavu za předpokladu, že při realizaci komplexních rehabilitačních programů se bude postupovat týmovým způsobem.

Knížka je dobře napsaná, je dobře obrázky vybavená, má vysoký pedagogický standard. Svědčí to o velkých zkušenostech autorčiny. Polygraficky představuje taktéž dobrý standard britského nakladatelství Churchill Livingstone. Poslední desetiletí je charakterizované vzestupem náhlých cévních mozkových příhod. Tyto stavy představují nejen medicínský problém, ale i závažný společenský problém. Vývoj invalidity je tu bližší, než je tomu u statních chronických chorobných stavů. Této problematice se věnuje velká pozornost a roste stále větší a větší počet publikací, monografií a metodických příruček. Publikace Johnstoneové je jednou z dobře napsaných, prakticky zaměřených příruček, která jistě bude mít mnoho úspěchů v široké odborné rehabilitační veřejnosti.

dr. M. Palát, Bratislava

U. THODEN

NEUROGENE SCHMERZSYNDROME

Neurogenní bolestivé syndromy

1. vydání,

Stuttgart, Hippokrates Verlag, 1987.

ISBN 3-7773-0762-9

Otázkám bolesti, bolestivým syndromům a problematice boje proti bolesti věnovala se vždy a věnuje se stále velká pozornost. Je to

zřejmě proto, že dnes nemáme dostatek jednoduchých účinných prostředků, je to jistě i proto, že stále více a více chorobných stavů je do-

prováděno bolestí a konečně jistě nemalou roli tu hraje vlastní podstata bolesti – jde o subjektivní biofyzický děj a její výraz je modulovaný samou osobností pacientovou.

Je mnoho děl, monografií a učebnic, které věnují velkou pozornost této oblasti moderní medicíny, je mnoho experimentálních prací, které se snaží vysvětlit tento fenomen a najít adekvátní prostředky proti symptomu bolesti – morfiu a jeho deriváty jistě nejsou řešením této problematiky. Prof. Uwe Thoden je přednostou Oddělení klinické neurologie a neurofyzologie na Universitě Alberta-Ludwiga ve Freiburgu v NSR a jeho dílo je výsledkem dlouhodobého sledování a velkých zkušeností právě z oblasti, kde bolest je vedoucím symptomem u celé řady neurologických onemocnění. V roce 1987 vydává v nakladatelství Hippokrates Verlag ve Stuttgartě pozoruhodnou knížku, nevelkou rozsahem, zajímavou však obsahem, která se věnuje otázkám neurogenních bolestivých syndromů. Po předmluvě v obecné části rozebírá autor otázky fyziologických základů nocicepce, patofyziologických mechanismů vzniku neurogenních chronických bolestí, všímá si psychologických a psychiatrických aspektů a diskutuje o otázkách principů léčby bolesti. Ve speciální části v šesti kapitolách potom věnuje pozornost speciálním bolestivým syndromům – v oblasti hlavy, krční páteře,

ramene a ruky, trupu, lumbosakrální páteře a nohy. Další kapitola se zabývá bolestivými symptomy při lézích míchy a dalšími bolestivými syndromy, vyskytujícími se u neurologických afekcí – zde je potřebné vzpomenout otázky bolesti po amputacích včetně fantomových bolestí, otázky bolesti u herpes zooster a konečně problematiku bolestí u polyneuropatií. Věcný rejstřík ukončuje tuto dobře napsanou, dobře členěnou a dobře ilustrovanou monografii o otázkách bolestivých syndromů současné neurologie. Početné tabulky a dobré ilustrace doplňují text jednotlivých kapitol. Kniha je čtivá, přehledně informuje o všem tom, co by měl vědět každý lékař, tedy nejen neurolog, který se setkává ve své praxi s problematikou bolestivých neurogenních syndromů.

Aj moderní rehabilitace se setkává s bolestivými syndromy především z oblasti neurologie. I když v této monografii není věnována zvláštní pozornost otázkám rehabilitace, je tu malá kapitola o fyzikální léčbě bolesti s použitím tepla, chladu a pohybové léčby, je kniha přece jen zajímavá i pro odborníky v rehabilitační medicíně. Najdou zde mnoho potřebného především z pohledu neurologa a neurofyziology.

dr. M. Palát, Bratislava

**L. DUNSCH
JÖNS JACOB BERZELIUS**

*Vydal BSB B. G. Leipzig, Teubner Verlagsgesellschaft, 1986.
ISBN 3-322-00317-5.*

Drobná pozoruhodná knížka z pera dr. Lothara Dunsche vychází jako 85. svazek ediční rady, která přináší biografie významných přírodovědců, techniků a lékařů.

Dunsch zasvěceně pojednává o životě a díle významného švédského chemika, který žil na rozhraní 18. a 19. století (narodil se 20. srpna 1779 ve Väversunda Sögard a zemřel 7. srpna 1848 ve Stockholmu). Autor sleduje s přihlédnutím k životopisu Davyho, který vyšel v roce 1982 v stejném nakladatelství, životní cestu od dob dětství a mládí, přes období studií v Uppsale, získání profesury až po pozdní léta života slavného učenice. Vzpomíná jeho elektrochemické experimenty, studie o prvcích

a hmotě až po jeho teorie. Zdůrazňuje jeho chemickou nomenklaturu, všímá si nového systému mineralogie a akcentuje jeho vliv na chemii v Německu.

Kniha není rozsáhlým dílem, je spíše dobře spracovaný poukazem na život a význam slavného muže chemie, který pomalu v období atomové fyziky upadá neprávem v zapomnění. Je dobrým edičním činem, že nakladatelství Teubnerovo v Lipsku nezapomíná ani na významné osobnosti z oblasti přírodních věd a přibližuje je současnému čtenáři.

dr. M. Palát, Bratislava

O. BUCHINGER
DAS HEILFASTEN

Léčebný půst

21. nezměněné vydání.

Stuttgart, Hippokrates Verlag, 1987

ISBN 3-7773-0822-6

Omezení příjmu potravy a zavedení postních dní v terapii mnohých chorob je historickou skutečností, která se dochovala až po dnešní dobu. Dnes formulujeme svůj názor na postní kury jistě jinak, než tomu bylo v minulosti, nelze však obejít například skutečnost, že půst a omezení příjmu kalorií představují v současnosti snad nejučinnější nemedikamentózní postup při nadměrné váze a obezitě. Drobná knížka Ota Buchingera vyšla po prvé v roce 1935 a od tohoto roku v pravidelných intervalech se znovu a znovu objevuje na nižším trhu – svědčí to nejen o její oblíbenosti, ale současně to charakterizuje potřebu nějak se zabývat otázkami redukce příjmu potravin a kalorií. Otcova odkazu věnovat pozornost této problematice se ujal syn Otto Buchinger jun., který doplňuje a obnovuje zásady, vyjádřené v původním díle a přináší některé moderní poznatky. Kniha má osm kapitol včetně souhrnu a závěrů – po historické kapitole hovoří se tu o fyziologii půstu, o jednotlivých metodách a účinku redukce potravy u různých chorobných stavů. Věnuje se tu pozornost pomocným metodám, kam autor zařazuje některé fyzikál-

ní procedury – aplikaci vzdušné a sluneční lázně, otázky vegetariánství a podobně. Knižku ukončuje vysvětlující slovníček, přehled literatury a jmenný rejstřík.

Buchingerova kniha je určená široké veřejnosti s cílem informovat ji a možnostech redukce příjmu potravy a fyziologickým vysvětlením, metodickým postupem a indikačními možnostmi. Výživa beze sporu je důležitým faktorem pro vývoj lidského jedince ve zdraví i chorobě. V moderní medicíně se dnes bez určitých diet neobejdeme, zdá se, že teorie rizikových faktorů v patogeneze mnohých chorob současné civilizace počítá s nutričními rizikovými faktory, jejichž eliminace je určitou podmínkou pro zamezení další progresu už přítomné choroby. Půst, dnes bychom mohli říci redukční příjem potravy až její omezení na minimum, představuje jednu z možných a jistě i nutných cest v rámci moderní péče o zdraví a v rámci moderní léčebné péče u mnohých onemocnění, charakteristických pro moderní společnost.

dr. M. Palát, Bratislava

M. ŠTEJFA

VENTRICULAR DYSFUNCTION IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Komorová dysfunkce při akutním infarkte myokardu

Brno, Univerzita J. E. Purkyňu, 1987

V edicii Zborník prác lekárskej fakulty v Brne ako 94. zväzok vychádza pozoruhodná monografia doc. Štejfu, venovaná problematike komorovej dysfunkcie pri akutnom infarkte myokardu. Monografia má sedem kapitol, súhrn a bohatý prehľad literatúry. Je doplnená celým radom ilustrácií, peroviek, grafov a tabuliek. V úvodnej časti sa autor zaoberá históriou a charakterizuje účel publikácie. V druhej kapitole podrobne opisuje patofyziologické konzekvencie vo funkcii komory pri akutnom infarkte myokardu, v tretej sa podrobne

zaoberá vyšetrením hemodynamiky a všima si invazívne aj neinvazívne metódy. Štvrtá rozsa- hom najväčšia kapitola analyzuje hemodynamiku pri akutnom infarkte myokardu a všima si jednotlivé klinické zmeny. Piata kapitola je venovaná terapii a autor podrobne rozoberá rôzne liečivá, ktoré sa aplikujú chorým s infarktom myokardu. V šiestej diskutuje otázky prognózy a prognostických indexov. Posledná, siedma kapitola predkladá synoptický pohľad na monitorovanie hemodynamických funkcií.

Autorom monografie je medzinárodne zná-

my odborník, ktorý v tejto publikácii tematicky nadväzuje na svoje predchádzajúce publikácie a celý rad prác, venuje pozornosť veľmi aktuálnej problematike srdcového infarktu. Kniha napísaná v angličtine s krátkym českým

súhrnom predstavuje moderne koncipovanú, bohato dokumentovanú monografiu, ktorá svedčí o bohatých skúsenostiach brnenského autora.

dr. M. Palát, Bratislava

W. VOIGT, U. SUCKER

JOHANN WOLFGANG VON GOETHE

*Leipzig, BSB B. G. Teubner Verlagsgesellschaft, 1987, 3. vydanie
ISBN 3-322-00262-4*

Johann Wolfgang von Goethe bol nielen jedným z najväčších básnikov svetovej literatúry, ale aj zapáleným prírodovedcom, ktorý sa zaoberal mnohými otázkami modernej anatómie, morfológie, mineralógie, geológie a meteorológie. Známe sú jeho príspevky k náuke o farbách. Celkove 14 zväzkov venuje pozornosť tejto prírodovedeckej činnosti slávneho básnika. Mnohí uznávajú jeho prínos k rozvoju prírodovedeckých disciplín, mnohí majú negatívny postoj k tejto Goetheho činnosti.

V treťom vydaní v edičnom rade venovanom biografiami vynikajúcich prírodovedcov, technikov a lekárov vychádza ako 38. zväzok drobná publikácia berlínskych autorov, ktorá venuje pozornosť osobnosti Johanna Wolfganga

von Goetheho s osobitným zameraním na jeho prírodovedeckú činnosť. Autori akcentujú prírodovedecké záujmy mladého Goetha a v jednotlivých kapitolách hodnotia jeho príspevky k spomenutým disciplinám prírodných vied. Zdôrazňujú predovšetkým široký záujem básnika o dané otázky, jeho štúdium týchto otázok a jeho prínos k riešeniu niektorých problémov tohto okruhu. Drobná knižička zdôrazňuje črtu osobnosti básnika, ktorá v kontexte celoživotnej tvorby iste nie je základná a rozhodujúca – Goethe sa stal oveľa slávnejším a uznávanejším v inej oblasti, ako sú prírodné vedy. Faktom však zostáva, že aj tu získal pozoruhodné úspechy a aj tu sa určitým spôsobom profiloval.

dr. M. Palát, Bratislava

A. LÄNGLE

ENTSCHEIDUNG ZUM SEIN

Rozhodnutí k bytí

München, Zürich, Piper Verlag, 1988

ISBN 3-492-00791-5

Viktor Frankl, vídeňský neurolog a psychiater prispel k rozšíreniu súčasnej psychoterapie svou logoterapií. Logoterapie jako psychoterapeutická metoda není abstraktním příspěvkem, ale konkrétní možnost, která dovoluje lidem v různých situacích realizovat svou existenci. Takto uvádí dr. Längle který je lékařem a současně psychologem knihu, nevelkého rozsahu, která přináší některé příspěvky celkem od třinácti autorů, zabývající se různými aspekty logoterapie. Diskutuje se tu například o otázkách přispění logoterapie ke kognitivní terapii, problematice logoterapie a autogenního tréninku, existenční analýze alkoholismu a zásadách pro léčebnou praxi, i možnostech použití logoterapie v léčbě alkoholismu. Celá řada dalších příspěvků vytváří malé dílko,

které dobrým a ilustrativním způsobem přispívá k informacím o této psychoterapeutické metodě, která je v některých zemích značně rozšířená a dosahuje velkých terapeutických úspěchů.

Nakladatelství Piper Verlag vydává tuto drobnou publikaci v kapesním formátě, jednotlivé kapitoly obsahují některé ilustrace potřebné pro lepší pochopení textu. Vedle rakouských autorů – dr. Längle je z Vídně, jednotlivé kapitoly vypracovali autoři z Itálie a Německé spolkové republiky.

Längleho drobná publikace přispívá k poznání logoterapie prof. dr. V. E. Frankla a přináší vlastně další vývoj této metody v příspěvcích jeho žáků.

dr. M. Palát, Bratislava

F. SZABADVÁRY
ANTOINE LAURENT LAVOISIER

Liepzig, BSB B. G. Teubner Verlagsgesellschaft, 1987
ISBN 3-322-00319-1

Antoine Laurent Lavoisier je z histórie známy dvojakým spôsobom. Bol to predovšetkým vynikajúci chemik, a treba zdôrazniť, že chémia bola pre neho koníčkom, ktorému sa venoval vo svojom súkromnom laboratóriu. Do histórie sa však Lavoisier zapísal aj tým, že ako jeden z posledných popredných zástancov „ancien régime“ skončil na popravisku Francúzskej revolúcie.

Prof. Szabadváry z Budapešti vydal roku 1987 v lipskom nakladateľstve B. G. Teubnera drobnú publikáciu, venovanú životu a dielu tohto slávneho francúzskeho chemika. Knižička vychádza ako 84. zväzok edičného radu

„Biografie vynikajúcich prírodovedcov, technikov a lekárov“. Autor v nej opisuje životnú dráhu Antoine Laurenta Lavoisiera od jeho detstva až po súdny proces, ktorý pre túto osobnosť chemickej vedy znamenal ukončenie života. Lavoisier je známy predovšetkým tým, že vysvetlil proces horenia a funkciu kyslíka a vyvrátil tak dovtedy platnú flogistónovú teóriu.

Knižička je dobre napísaná, prináša komplexný pohľad na život a dielo Lavoisierovej osobnosti. Jej spracovanie je komplexné, autor venoval pozornosť aj tienistým obdobiam života tohto slávneho muža v oblasti chémie.

dr. M. Palát, Bratislava

SPRÁVY
Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ

XVII. PRACOVNÍ KONFERENCE O DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNĚ
V TEPLICÍCH

Pořadatelem konference byla sekce dětské mozkové obrny při České rehabilitační společnosti ve spolupráce s dětskou lázeňskou léčebnou Nové lázně a jejím Sdružením rodičů a přátel léčebny a školy. Proběhla ve dnech 10. a 11. 12. 1986 v lázeňském sanatoriu Fučík v Teplicích. Zúčastnilo se jí 186 pracovníků z řad lékařů, RHC pracovníků, zdravotních sester, psychologů, speciálních pedagogů, sociálních pracovníků a dalších. Své zástupce vyslala i ministerstva zdravotnictví, školství, práce a sociálních věcí. Náplní konference byly problémy vlastní rehabilitace, organizace péče o defektní děti, problematika sociální a pedagogicko-psychologická, spolupráce s rodiči a informace o činnosti Svazu invalidů hlavně v oblasti rekreace zdravotně postižené mládeže. Bylo předneseno celkem 34 referátů, na které účastníci reagovali bohatou a věcnou diskusí. Účastníci konference uložili výboru sekce dětské mozkové obrny spracovat na podkladě referátů i diskuse usnesení, které bude zasláno všem účastníkům konference, členům sekce dětské mozkové obrny i patřičným orgánům. Usnesení bylo schváleno na schůzi výboru sekce 18. 3. 1987 v Praze v tomto znění:

Usnesení XVII. pracovní konference o dětské mozkové obrně. Teplice 10. – 11. 12. 1986.

1) Účastníci konference znovu zdůrazňují důležitost týmové spolupráce v řešení problematiky dětské mozkové obrny. V péči tohoto týmu (obvodní pediatr, dětský neurolog, RHC lékař + pracovník, ergoterapeut, foniatr, logoped, psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník) by mělo být dítě od doby stanovení diagnózy až po vyřešení jeho sociálního začlenění. Měly by být vyčerpány všechny možnosti podrobného seznámení všech pracovníků tohoto týmu s širokou problematikou rehabilitace dětské mozkové obrny (kursy v rámci ILFu a Ústavu pro doškolování středních zdravotnických pracovníků, rozšíření možnosti stáží na specializovaných odděleních okresního, krajského či celostátního charakteru).

2) Dosavadní zkušenosti se zajišťováním koordinované péče o defektní děti a mládež ukazují, že práce komisí není ještě zdaleka ideální. Vypracování krátkodobého a dlouhodobého rehabili-

tačního programu a zajištění jejich realizace je stále prováděno jen výjimečně. Zůstává stále značná neinformovanost rodiny, trvá nejednotnost a neúplná informovanost přiznávání sociálních výhod dítěte. Bude nutno, aby veškerá vládní usnesení týkající se péče o defektní děti byla plně realizována včetně přímého jmenování zodpovědných pracovníků v rámci okresu i kraje z rezortu ministerstva zdravotnictví, školství, práce a sociálních věcí.

3) Rodina dítěte je v současné koncepci hlavním nositelem rehabilitační péče, je proto nutná co nejvčasnější informace o široké škále léčebných postupů. Dosavadní způsob zácikových pobytů, týdenních internátních školení, školení během léčení dětí s doprovodem je pokrokem, ale zdaleka neobsáhne všechny rodiny. Výraznou pomocí je budování denních či týdenních stacionářů, na které by pak měla být přenesena i úloha pravidelných instruktáží.

4) S rozvojem vědeckotechnické revoluce ubývá i pracovních možností pro zdravotně postiženou mládež. Výbor sekce doporučuje znovu zhodnotit dosavadní výchovné postupy, vyčerpát všechny možnosti diferenciacie a individualizace školní výuky u dětí a mladistvých s těžším pohybovým postižením, případně přidruženou mentální retardací či smyslovou vadou. Je nutné zajistit maximální informovanost příslušných orgánů o možnostech pracovního uplatnění zdravotně postižených v rámci okresu, kraje i celostátně. Situaci nelze řešit jen budováním pracovišť typu chráněných dílen, ale je nutné hledat všechny možnosti zapojení postižených do běžného pracovního prostředí (technická úprava pracoviště, odstraňování sociálních bariér), u těžších forem postižení pak hledat všechny možnosti eventuálního domácího pracovního uplatnění.

5) Z referátů na konferenci vyplynula i důležitost a úspěšnost řešení zájmové činnosti dětí. Tato činnost se v poslední době díky iniciativě pracovníků různých zařízení i Svazu invalidů úspěšně rozvíjí. Narází však velmi často na překážky technického a personálního charakteru. Je nutné, aby příslušné nadřízené orgány projevily větší pochopení pro tuto důležitou součást rehabilitačního procesu a umožnily profesionální zajištění těchto akcí uvolňováním pracovníků i technickou pomocí. Doporučuje se rozšířit v tomto ohledu spolupráci s orgány SSM, pionýrskými organizacemi, Československým červeným křížem a Československým svazem tělesné výchovy – hlavně svazem invalidních sportovců.

6) Bohatá diskuse ukázala řadu dalších problémů. Konference uložila výboru sekce dětské mozkové obrny, aby se k referátům a hlavně diskusi přihlíželo při tvorbě programu dalších konferencí i při jednání výboru sekce dětské mozkové obrny. Příští konference se bude konat ve dnech 1. – 2. 10. 1987 ve společenském sále hotelu Labe v Pardubicích. Téma konference jsou:

1. Neuroortopedická problematika,
2. Komplexní koordinovaná péče o defektní mládež se zřetelem k DMO,
3. Sport a tělesná výchova dětí a invalidní mládeže.

Organizátorem této konference je MUDr. Václav Volejník, CSc., Gottwaldova dětská léčebna Luže – Košumberk.

MUDr. Z. Novotný, Teplice

SPRÁVY Z INŠTITÚTOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

Závěrečné zkoušky pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova se uskutečnily v době od 5. 10. – 16. 10. 1987 a 16. 11. – 20. 11. 1987 v IDV SZP v Brně. Studium zakončilo a specializaci získalo celkem 64 rehabilitačních pracovníků

Balíková Ivana
Bílská Miroslava
Bradnová Věra
Cundrlová Hana
Čerepušťáková Marcela
Dolejšová Jitka
Flegelová Dáša
Groll Jaromír

Čs. státní lázně Bohdaneč
OÚNZ Frýdek – Místek
OÚNZ Liberec
ZÚNZ ÚP Příbram
OÚNZ Mělník
ÚVN Praha
FNŠP Na Bulovce, Praha
OÚNZ Karlovy Vary

Havrdová Eva
Hofmanová Dagmar
Horácková Marcela
Humlová Zora
Humpolická Zdeňka
Chaloupková Milada
Jablonická Viera
Janečková Jana
Jebavá Zdenka
Jindrová Věra
Jirkovská Naděžda
Klímová Dagmar
Kratochvílová Anna
Křepelková Marie
Laitlová Jitka
Mašátová Eva
Meixnerová Věra
Metelková Jana
Myslíková Jarmila
Němečková Helena
Něstrašilová Jarmila
Neubauerová Ivana
Nováková Venuše
Peroutková Jana
Podškubková Jarmila
Poskočilová Hana
Potěšilová Stanislava
Prokopcová Daniela
Pudichová Lucie
Rajtrová Alexandra
Richterová Judita
Růžičková Ludmila
Rýglová Ilona
Severinová Eva
Skopalová Věra
Skoumalová Danuše
Sládková Antonie
Sosnová Jiřina
Stachová Hana
Střelcová Jarmila
Svárovská Dagmar
Svobodová Jana
Šimandlová Hana
Štichová Eva
Švecová Dana
Švestková Blanka
Táborská Eva
Třísková Vlasta
Vavřínová Miluše
Vichová Eva
Vokounová Blanka
Votrubová Jiřina
Výmolová Ludmila
Vozňáková Sylva
Zilvarová Eva
Žáčková Hana

FN2, Praha
OÚNZ Litoměřice
OÚNZ Louny
OÚNZ Mělník
ÚZZ Olomouc
OÚNZ Ústí n. Orlicí
OÚNZ Karviná
Čs. st. lázně Františkovy Lázně
OÚNZ Jičín
ZÚNZ ÚP Příbram
OÚNZ Karlovy Vary
OÚNZ Cheb
MÚNZ Brno
OÚNZ Pelhřimov
FNsP Na Bulovce Praha
ÚZZ Plzeň
ÚSP Brno
OÚNZ Semily
OÚNZ Semily
FNsP Na Bulovce Praha
MÚNZ Ostrava
OÚNZ Šumperk
OÚNZ Louny
OÚNZ Tábor
ÚSP Brno
OÚNZ Jablonec n. Nisou
OÚNZ Pelhřimov
ZÚNZ Praha 4
OÚNZ Opava
OÚNZ Praha 5
MÚNZ Brno
ÚZZ Olomouc
OÚSS Jičín
KÚNZ Hradec Králové
OÚNZ Prostějov
KÚNZ Brno
KÚNZ Ostrava
OÚNZ Karviná
OÚNZ Kolín
VN Brno
ÚNZ VS Praha 4
VN Olomouc
OÚNZ Praha 4
OÚNZ Domažlice
OÚNZ Strakonice
OÚNZ Semily
FN Praha 10
VN Plzeň
OÚNZ Hodonín
KÚNZ Praha
OÚNZ Karlovy Vary
FN Praha 10
OÚNZ Uherské Hradiště
MÚNZ Ostrava
OÚNZ Rychnov n. Kněžnou
MÚNZ Ostrava

B. Chlubnová, Brno

aktuality aktuality

Autori z Mount Sinai Medical Center v Milwaukee vo Wisconsin poukazujú na celý rad lekárskeho problémov u pacientov – kardiakov po prepustení s hospitalizáciou. Tieto problémy sa objavujú v prvých 12 týždňoch po prepustení z nemocnice a sú totožné pre pacientov po infarkte myokardu, aj pre pacientov po koronárnych by-passoch. V poliklinickej rehabilitačnej fáze sa objavuje predovšetkým zvýšený

výskyt angióznych bolestí a hypotenzia. Objavujú sa aj arytmie, v oboch skupinách až v 30 %. Vzhľadom na tieto skutočnosti autori upozorňujú na dôležitosť lekárskeho sledovania pacientov po infarkte myokardu a po koronárnych by-passoch v rehabilitačnej poliklinickej fáze s cieľom detegovania týchto komplikujúcich problémov.

S. M. Sennett a spol.: Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation, 7, 1987, s. 458 – 465.

F. Parkes-Weberov syndróm je angiodysplázia, charakterizovaná proporčne veľkým rastom jednej končatiny a intra-aj extraoseálnymi artérovenóznymi fistulami. Opísal ho v roku 1907 Weber. Autori venujú pozornosť vlastnému pozorovaniu tohto málo často sa vyskytujúceho syndrómu a poukazujú na patologicko-anatomický substrát, diagnostiku a diferenciálnu diagnostiku s možnosťami diferentnej terapie.

H. Bonse a spol.: Orthopädische Praxis, 23, 1987, s. 1036 – 1041.

Autori vo svojej práci analyzujú starostlivosť o 1012 pacientov po diskotómiách. Priemerný vek mužov bol 44 rokov, žien 42 rokov. U 966 pacientov 95 % sa realizoval operatívny zákrok na lumbosakrálnej časti chrbtice (52 % L_{4,5}, 42 % L₅ – S₁) u 46 pacientov (5 %) na cervikálnej chrbtici. Pomer mužov a žien bol 60:40 %. 12 % chorých malo druhú operáciu, 2 % tretiu operáciu. Celkový čas práceneschopnosti bol 6,2 mesiaca (u mužov 5,6, u žien 6,8 mesiaca). Z 228 práceneschopných pacientov sa vrátilo do zamestnania 160, ďalších 34 sa pokúsili o návrat do zamestnania. V práci sa poukazuje na dôležitosť rehabilitačnej terapie na lôžkových profiloch a na intenzívne opatrenia, vedúce k návratu do zamestnania. Z rehabilitačného programu autori uvádzajú, že je potrebné 1. a 2. týždeň po operatívnom zákroku pacienta hospitalizovať na akútnom oddelení nemocnice, po prechodnom období pokračovať v ďalšej ambulantnej rehabilitačnej starostlivosti. Práceneschopnosť je možná v rozmedzí 3 – 5 (2 – 6) mesiacov po operácii.

R. Findelee a spol. Orthopädische Praxis, 24, 1988, s. 6 – 10.

aktuality aktuality

Člověk má právo na důstojný život ve zdraví i v nemoci. Má ale také právo na důstojný odchod ze světa. Člověk budoucnosti se nebude připravovat jen na své zaměstnání a životní poslání, bude mít možnost přípravy na aktivní odpočinek, stáří i smrt. Společnost po roce 2000 by měla být natolik vyspělá, aby se vypořádala se strachem z nemoci a ze smrti. Měla by dokonce odstranit ze světa historicky největší epidemii – epidemii předsudků. Předsudků rasových, společenských, ekonomických, náboženských, v umění i ve vědě; předsudků človíčků i velikánů. Když se to podaří, změní se bičování srdce a cév podněty z mozku v radostný rytmus Beethovenovy Deváté symfonie. Naše srdce budou zbavena krunýře, který je dusil podobně jako nedostatek kyslíku. Tak jako láska hory přenáší, srdce zbavené tíhy předsudků bude bít rytmem světa mladého láskou a moudrého zkušeností.

Zdeněk Fejfar: Srdce známé i neznámé. Kolumbus, Mladá fronta 1987. (str. 217)

V přehledné práci o toxicite kávy a kofeínu sa autor zaoberá jednotlivými aspektami chronickeho abúzu kávy a kofeínu. Hovorí o akútnej a chronickej toxicite a analyzuje spotrebu kávy so všeobecnou mortalitou a morbiditou. Poukazuje na embryotoxické a teratogénne vplyvy kávy, na možné mutagénne vlastnosti a na karcinogenitu kávy. V závere sa zaoberá možnosťou vplyvu abúzu kávy na vznik ischemickej choroby srdca. S odvolaním sa na početné štúdie autor sumarizuje, že káva nie je ani embryotoxická, ani teratogénny faktor a práve tak sa ne-

preukázali ani jej mutagénne vlastnosti. Oproti tomu v pokuse na zvieratách sa preukázal jej karcinogénny účinok, ktorý sa vysvetľuje prítomnosťou nitrózaminov a aflatoxínov v zložení kávy. Epidemiologické štúdie dokazujú primárne korelácie a nie kauzalitu, preto nemožno prijať dôkaz o karcinogenite kávy a jej konzumu vo vzťahu ku vzniku niektorých nádorových ochorení, ako sú karcinóm pankreasu, karcinómy vývodných močových ciest, ovariálny karcinóm, karcinóm hrubého čreva a pod.

O. Strubelt: D.M.W., 112, 1987, č. 21, s. 852 – 858.

Autor poukazuje na prvé skúsenosti s počítačovým vyhodnotením posudzovania pacientov. U 35 pacientov z ortopedickej oblasti využil možnosti počítačového spracovania údajov

so cieľom posúdenia zdravotného stavu. Uzatvára, že použitie softwaru predstavuje značnú racionalizáciu najmä tam, kde nie sú nedostatky vyplývajúce z chýbajúcich údajov.

R. T. Müller: Orthopädische Praxis, 23, 1987, s. 970 – 974.