

Rehabilitácia



ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

2 OBSAH

EDITORIAL

- M. Palát:* Respirační postižení – vážny problém súčasnej rehabilitácie 65

PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

- V. L. Najdin, T. A. Karasevová, O. A. Krotková, N. V. Gogitidzeová:* Rozpracovanie postupov usmernenej farmakologickej korekcie defektov pamäti 67
A. Gúth, M. Palát: Bolestivé syndrómy a rehabilitácia 75

METODICKÉ PRÍSPEVKY

- V. Reptová, M. Sojáková, M. Palát:* Riziká pracovnej neschopnosti rehabilitačných pracovníčok 83
J. Říha: Psychologická charakteristika osôb trpiacich dlhodobě nepříznivým zdravotním stavem 89
M. Křížová, V. Kříž, J. Beran: Využití osobných počítačů v rámci ergoterapie 97
H. Hladová, B. Šestáková, B. Charvátová: Naše zkušenosti s experimentální léčbou v lázních Mšené 103

ESEJE A FEJTÓNY

- M. Holub:* Předlidská lidskost 109

- HISTÓRIA ASÚČASNOSŤ 112

- NOVÉ KNIHY 113

- SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ 120

- SPRÁVY Z INŠTITÚTOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE
SZP 123

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., MUDr. Myrón Malý, doc.
MUDr. RNDr. Miroslav Palát, CSc. (predseda redakčného kruhu),
PhDr. Miroslava Paličová, prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc., Jana
Raupachová, doc. MUDr. Vladimír Raušer, CSc., MUDr. Jaroslava
Smolíková, MUDr. Jaromír Stříbrný, MUDr. Miroslav Tauchmann.

GRAFICKÁ ÚPRAVA:

Melánia Gajdošová

REDAKCIA:

Kramáre, Limbová ul. 5, 833 05 Bratislava

TLAČ:

Nitrianske tlačiarne, ul. R. Jašíka 18, 949 50 Nitra
Vychádza štyrikrát ročne, cena jedného čísla Kčs 6,-

Rozširuje Poštová novinová služba. Objednávky na predplatné i do
zahraničia prijíma PNS – Ústredná expedícia a dovoz tlače, 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: 26. 4. 1989

Číslo vyšlo v máji 1989

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK XXII/1989

ČÍSLO 2

EDITORIAL...

RESPIRAČNÍ POSTIŽENÍ – VÁŽNÝ PROBLÉM SOUČASNÉ REHABILITACE

Postižení, disaptibilita a handicap, tak jak o nich hovoří Světová zdravotnická organizace a její klasifikace, zasahují svou podstatou do všech oblastí moderní medicíny. I když původní význam se vztahoval více méně na poruchy pohybových systémů, v současnosti se přenáší i na poruchy vnitřních systémů. Je to logická cesta vývoje, protože postižení, disaptibilita a handicap představují obecné vyjádření narušení fyziologických, psychických a sociálních systémů s různým stupněm zásahu do těchto systémů a s různým stupněm příslušné klinické a psychosociální konsekvence v mediu společenské a kulturního ekosystému postiženého jedince.

Chronické choroby dýchacích cest a plicního parenchymu, či už jde o chronickou obstrukční chorobu plic (COPD) anebo restriční poruchy dýchání s nejrůznější etiologií, dostávají se v panoramatu onemocnění na přední místa světových statistik. Nedosahují jistě počty kardiovaskulárních chorob, ani nepředstihují výskyt onkologické choroby v její nejrozmanitější lokalizaci, ale stávají se nezanedbatelnou součástí lidské patologie. A protože jde o choroby chronického průběhu, mající i invalidizující komponentu, jsou onemocnění s vážným společenským dopadem. I když není zatím formulovaný „respirační program“, podobně jako je tomu u ostatních celospolečenských zdravotnických programů, ve své podstatě choroby respiračního traktu představují podobný prototyp, jako je tomu u ostatních onemocnění s přívlastkem choroby epidemiologického výskytu anebo choroby civilizace.

V poslední době se věnuje pozornost hlavně onemocněním restričním. Chronická obstrukční choroba plic (COPD), charakterizovaná v principu narušením ventilačních a distribučních funkcí dýchání s následným vývojem emfyzému a respirační insuficience má dnes v celku svůj léčebně rehabilitační program. Restriční choroby plic, charakterizované v principu zmenšením dýchací aktivní plochy s následným vývojem respirační insuficience podobný léčebně rehabilitační program postrádají. Jisté existuje celá řada terapeutických opatření, včetně použití mnohých reedukačních metodik moderního rehabilitačního přístupu, ale celý komplex je více méně přístupovým komplexem s určitým koeficientem rozpačitosti a terapeuticko-rehabilitačního experimentování.

V Bethesdě v září 1986 zasedala z iniciativy Oddělení plicních chorob Národního ústavu pro choroby srdce, plic a krve (Division of Lung Diseases of the National Heart, Lung and Blood Institute) pracovní skupina, která se zabývala otázkami poškození

respirace ve spojení s chorobami plic. Prodiskutovala všechny problémy praktického přístupu, vycházejících z postoje, že termín poškození používaný v odborné literatuře představuje poruchu funkce na úrovni orgánu a termín respirační poškození (impairment) představuje dysfunkci anebo chorobu plic (bronchiální cesty, plicní parenchym a pleura), anebo onemocnění muskulokostního substrátu hrudníku, anebo neurologické poškození respiračního systému. Výsledkem zasedání této pracovní skupiny je zpráva, která rozebírá detailně všechny otázky a přispívá k řešení celé komplexní problematiky.

Bude jistě potřebné i u nás se zabývat touto velmi žhavou problematikou, nejen proto, že nám stoupá soustavně počet výskytu onemocnění respiračního traktu, ale především proto, že tyto choroby představují odrazový můstek pro invalidizaci nemocných. I když termín poškození (impairment) si ponecháváme pro úroveň orgánu, jeho přechod k disaptibilitě bývá obvykle jen otázkou času a už dnes můžeme hovořit, že i onemocnění respiračního traktu jsou oblastí, kde budeme muset počítat i s otázkou handicapu.

Klasifikace poruch tak, jak ji předkládá Světová zdravotnická organizace, představuje určité vodítko pro obecný model přístupu k chronicky chorým lidem, bez ohledu na to, jaký systém či jaký orgán je tímto chronickým procesem zasáhnutý. Vývoj pravděpodobně ukáže nejen spektrum jednotlivých klinických obrazů, ale především v hierarchii těchto klinických jednotek význam klasifikačního třídění z hlediska stupně postižení. Toto klasifikační třídění totiž představuje určitý metodický přístup a určitou cestu v komplexním boji proti chronickým chorobám nejen z hlediska jejich kvantifikace, ale i z hlediska jejich kvalitativní charakteristiky.

Respirační onemocnění jsou a zůstanou pro nejbližší období skupinou chorob, která potencionálně představuje velké nebezpečí z aspektu národního zdraví. Jejich soustavný vzestup, jejich pestrá klinická symptomatologie už v dětském věku, jejich vysoký invalidizační koeficient a jejich funkční zhoršování v závislosti na časovém faktoru jsou dostatečným motivem pro zintenzivnění cíleného boje proti nim.

dr. Miroslav Palát, Bratislava

LITERATURA

1. Report of Workshop on the Scientific Issues in the Assessment of Respiratory Impairment. Public Health Service, National Institutes of Health, Bethesda 1987, 36 s.

**ROZPRACOVANIE POSTUPOV USMERNENEJ FARMAKOLOGICKEJ
KOREKČIE DEFEKTOV PAMÄTI**

V. L. NAJDIN, T. A. KARASEVOVÁ, O. A. KROTKOVÁ, N. V. GOGITIDZEOVÁ

Inštitút neurochirurgie akad. N. N. Burdenka ALV ZSSR, Moskva

Súhrn: Zložitá biochemická organizácia mnestickej funkcie, súvislosť rôznych parametrov pamäti s rozličnými mediátorovými systémami mozgu, podmieniajú nejednoznačné zmeny mnestickej funkcie pri rozličnom farmakologickom pôsobení.

93 pacientov s poruchami pamäti zapríčinenými ťažkou lebkovo-mozgovou traumou bolo rozdelených do 4 skupín ekvivalentných z hľadiska ťažkosti a lokalizácie úrazu mozgu. V troch skupinách sa korekcia defektov pamäti uskutočňovala s použitím neurotropného preparátu (Amiridín, nootropyl resp. Bemityl), štvrtá skupina bola kontrolná. Pomocou štandardizovanej metodiky kvantitatívneho hodnotenia porúch pamäti sa zistilo, že uvedené neurotropné preparáty pôsobia na rozličné parametre pamäti pacientov. Zohľadnenie týchto poznatkov pri určovaní terapie umožňuje značne zvýšiť efektívnosť rehabilitácie pacientov s poruchami pamäti.

Kľúčové slová: pamäť – regenerácia – lebkovo-mozgová trauma – neurotropné preparáty.

Úloha zvyšovania efektívnosti farmakologického pôsobenia na defekty vyšších psychických funkcií je stále aktuálna. Riešenie tejto úlohy je možné ako v smere vývinu nových farmakologických prostriedkov, tak aj v smere dôkladnejšieho skúmania spektra účinku existujúcich neurotropných preparátov na psychické defekty (2, 6, 9).

V predloženej práci sa autori zaoberajú farmakologickou korekciou defektov pamäti.

Pamäť je psychická funkcia, ktorá je najčastejšie postihnutá pri rozličných mozgových ochoreniach. Vážne mnesticke poruchy vedú k tomu, že z pacienta sa stáva invalid odkázaný na pomoc okolia.

V súčasnosti máme veľa poznatkov o mozgovej organizácii pamäti. Neuropsychologické výskumné práce A. R. Luriu a jeho nasledovníkov ukázali, že uplatnenie mnestickej funkcie závisí od koordinovanej činnosti mnohých častí mozgu, a štruktúra porúch pamäti v závislosti od lokalizácie poškodenia mozgu má kvalitatívne svojrázny charakter (1, 5, 7).

Materiál a metódy

Vychádzajúc z údajov neuropsychologického výskumu pamäti a na základe využitia obširnej literatúry o psychologickej štruktúre mnestickej funkcie a o cestách jej formovania v ontogenéze sme vypracovali metodiku kvantitatívneho hodnotenia porúch pamäti, v ktorej sa rozličné para-

metre mnestickej funkcie skúmajú pomocou špeciálnych testov a hodnotia jednotným systémom bodov (3).

- A. Objem sluchovorečovej pamäti charakterizuje schopnosť pacienta zapamätať si slovný materiál rôznej sémantickej organizácie: významovo nespojené slová, krátke povedky.
- B. Pevnosť sluchovorečovej pamäti odzrkadľuje schopnosť pacienta uchovávať v pamäti našudovaný slovný materiál v priebehu rozličných časových odstupov (minút, hodín, dní). Podľa množstva stratenej informácie sa robí úsudok o znižovaní pevnosti pamäti pacienta.
- C. Objem vizuálnej pamäti zovšeobecňuje výsledky testovania pacienta pomocou radu testov, v ktorých sa na zapamätanie ponúka vizuálny materiál rozličnej významovej organizácie: neverbalizovateľné obrázky, ktoré treba znázorniť graficky, respektíve farebný námetový obrázok ukazovaný na krátky fixovaný čas (udržiavanie jeho vizuálneho obrazu v pamäti sa hodnotí podľa odpovedí pacienta na štandardný súbor otázok).
- D. Pevnosť vizuálnej pamäti sa hodnotí podľa efektívnosti neskoršieho reprodukovania vizuálneho materiálu, obsiahnutého v testoch skupiny „C“.
- E. Parameter charakterizujúci udržiavanie v pamäti štruktúry zapamätovaného materiálu. V tých prípadoch, keď si pacient uchováva v pamäti všetky prvky, ale nie je schopný reprodukovať ich poradie v čase alebo rozloženie v priestore, sa hovorí o defekte udržiavania štruktúry materiálu.

V našej práci sme študovali vplyv na defekty pamäti troch neurotropných preparátov, ktorých farmakologické vlastnosti svedčia o možnom priaznivom vplyve na priebeh mnestickej funkcie.

Amiridín¹ – inhibítor cholinesterázy – má tiež schopnosť blokovat elektroexcitovateľné draslíkové kanály a tým aj prolongovať stav excitácie nervovej bunky. Klinické skúšky tohto preparátu ukázali, že okrem zjavného vplyvu na regeneráciu pohybových funkcií preparát vykazuje efektívny účinok na regres psychických porúch.

Pyracetam (nootropyl) – široko používaný nootropový preparát. Stimuluje redox-procesy, zlepšuje miestny krvný obeh, vykazuje psychoenergizujúci účinok.

Bemityl² – preparát patriaci do skupiny aktoprotektív. Vykazuje psychoenergizujúci a antihypoxický účinok. Okrem ľahkého antidepresívneho má aj psychostimulačný účinok.

Liečenie uvedenými preparátmi sme aplikovali pacientom s ťažkou lebkovo-mozgovou traumou. Je známe, že lebkovo-mozgová trauma predstavuje zložitý patologický proces, ktorého ťažkosť je vo veľkej miere podmienená stupňom narušenia mozgového metabolizmu. V dôsledku toho regenerácia pamäti pacientov s lebkovo-mozgovou traumou v značnej miere závisí od efektívnosti farmakologického pôsobenia.

V práci sa analyzujú výsledky liečenia 93 pacientov (80 mužov a 13 žien) vo veku 17 až 55 rokov. Títo pacienti boli rozdelení do štyroch skupín po 20 až 25 ľudí v každej skupine. Liečenie sa uskutočňovalo podľa tradičnej schémy terapie pacientov s lebkovo-mozgovou traumou, ktorá sa dopĺňovala jedným z uvedených preparátov (v troch prvých skupinách). Štvrtá skupina bola kontrolná, pričom v liečení pacientov tejto skupiny sa nepoužívali prostriedky podobné trom študovaným preparátom.

Komplexné vyšetrenie pacientov zaužívané v Inštitúte neurochirurgie akademika N. N. Burdenka ukázalo, že uvedené štyri skupiny pacientov boli ekvivalentné medzi sebou ako z hľadiska ťažkosti traumy (hlavný podiel vo všetkých skupinách tvorili pacienti s lebkovo-mozgovou traumou strednej ťažkosti), tak aj z hľadiska prevládajúcej lokalizácie úrazu. Neprejavili sa podstatné rozdiely medzi skupinami ani z hľadiska vekovej štruktúry a úrovne vzdelania.

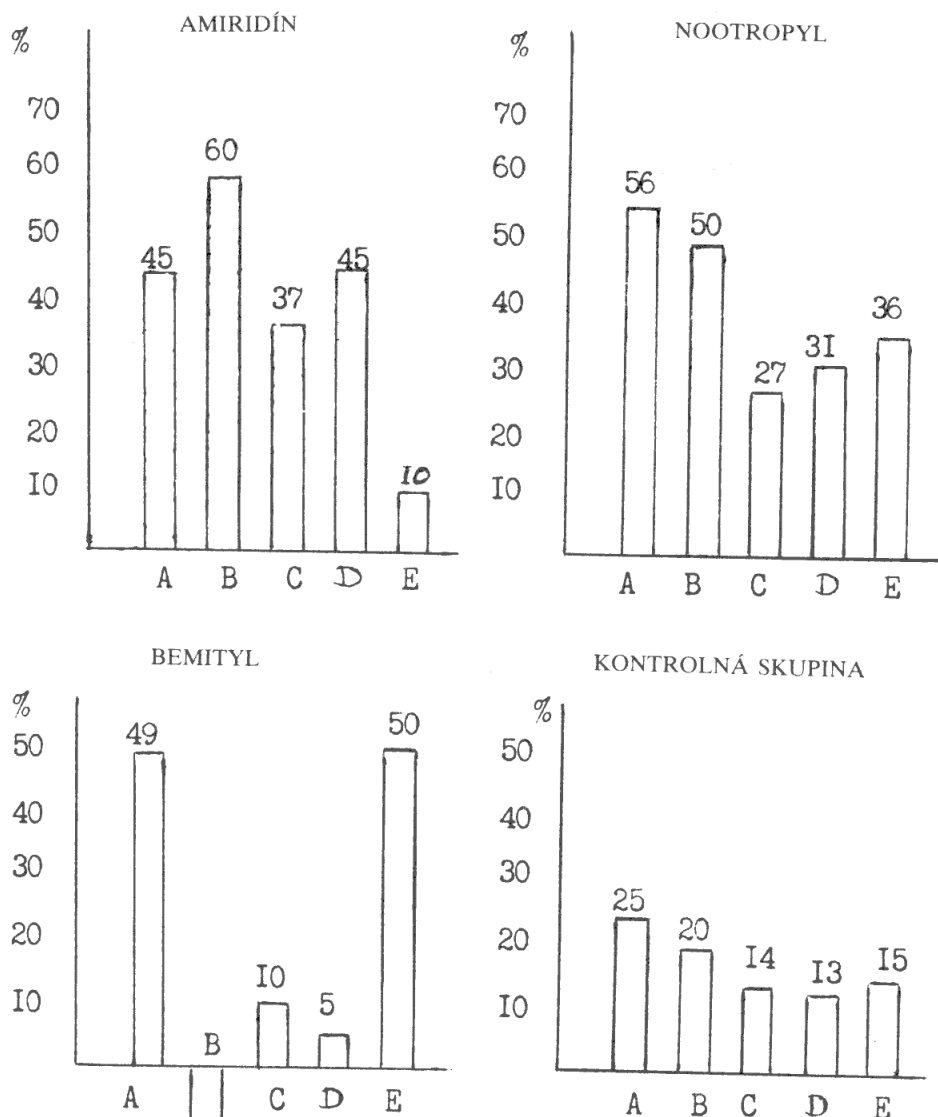
Aplikácia hodnoteného preparátu sa spravidla začínala na 20. až 30. deň po úraze, kedy bol už pacient prístupný na psychologické vyšetrenie.

Podrobné neuropsychologické vyšetrenie ako aj vyšetrenie podľa metodiky kvantitatívneho hodnotenia porúch pamäti absolvoval každý pacient pred začiatkom a na konci liečenia aplikovaným preparátom.

¹ Povolený na používanie Farmaceutickým výborom MZ ZSSR 27. 1. 1983.

² Povolený na používanie Farmaceutickým výborom MZ ZSSR 21. 5. 1982.

V. L. NAJDIN, T. A. KARASEVOVÁ, O. A. KROTKOVÁ, N. V. GOGITIDZEOVÁ / ROZ-
PRACOVANIE POSTUPOV USMERNENEJ FARMAKOLOGICKEJ KOREKcie DEFEK-
TOV PAMÄTI



Obr. 1. Spektrá pôsobenia preparátov na základné parametre pamäti

Na osi x sú rozmiestnené nasledujúce parametre pamäti:

A - objem sluchovorečovej pamäti

B - pevnosť sluchovorečovej pamäti

C - objem vizuálnej pamäti

D - pevnosť vizuálnej pamäti

E - schopnosť udržiavať štruktúru zapamätovaného materiálu

Na osi y je označený stupeň regenerácie parametrov v percentách.

Výsledky

Pred začiatkom liečenia mali všetci pacienti poruchy pamäti rozličného stupňa, avšak v priemere podľa skupín sa sila a charakter porúch pamäti štatisticky významne neodlišovali. Ku koncu liečenia sa defekty pamäti medzi skupinami výrazne odlišovali, čo odzrkadľovalo zvláštnosti pôsobenia jednotlivých preparátov na mnestickú funkciu.

Na vyjadrenie získaných údajov budeme používať percentuálne vyjadrenú veličinu regresu pôvodnej poruchy. Na obrázku 1 sú tieto údaje uvedené pre každú skupinu podľa každého opísaného parametra pamäti po prvých 20. dňoch liečenia preparátmi (čím vyšší je stĺpec, tým väčší regeneračný účinok sa zaznamenal).

Je vidieť, že v skupine pacientov, ktorí dostávali Amiridín, regenerácia sluchovorečovej i vizuálnej pamäti pokračovala dostatočne úspešne, avšak pri porovnávaní bezprostredného naučenia sa (A, C) a neskoršej reprodukcie (B, D) vidieť, že pevnosť pamäti sa regenerovala oveľa úspešnejšie, ako jej objem. Toto je charakteristické ako pre sluchovorečovú, tak i pre vizuálnu modalitu.

Iné špecifikum regenerácie pamäti sa pozoruje u pacientov, ktorí užívali nootropyl. Tu sa nepozoroval vyššie opísaný rozdiel medzi rýchlosťou regenerácie objemu a pevnosti pamäti, avšak zistil sa nejednoznačný účinok preparátu na rozličné modality zapamätávania. Sluchovorečová pamäť (A, B) sa regenerovala o niečo lepšie ako vizuálna (C, D).

U pacientov, ktorí užívali Bemityl, sa najúspešnejšie regenerovala schopnosť zapamätávania štruktúry materiálu (E). Regenerácia tejto charakteristiky pamäti v uvedenej skupine pacientov prebiehala oveľa efektívnejšie ako v iných skupinách. Ale žiaľ, v tejto skupine pacientov sa prejavila tendencia zhoršovania sa pevnosti pamäti (B).

Relatívne rovnomerne postupoval regres defektov pamäti v kontrolnej skupine. Podobná dynamika všetkých parametrov pamäti odzrkadľuje v tomto prípade procesy spontánnej regenerácie psychických funkcií v poúrazovom období a taktiež nešpecifickosť účinku terapie všeobecne prijatej pri lebkovo-mozgovej traume vo vzťahu k mnestickým poruchám.

Z druhej strany, porovnanie regresu porúch pamäti pri pôsobení skúmaných preparátov s dynamikou v kontrolnej skupine ukazuje, zmena ktorých parametrov pamäti nesúvisí s účinkom skúmaných neurotropaných preparátov. A tak dynamika parametra E v skupine pacientov užívajúcich Amiridín a v kontrolnej skupine sa štatisticky významne neodlišovala, t.j. Amiridín nemal pozitívny vplyv na regeneráciu parametra E. Regenerácia parametra D v skupine pacientov užívajúcich Bemityl pokračovala dokonca horšie ako v kontrolnej skupine. Takto sa zistil „ukrytý“ negatívny vplyv Bemitylu na parameter D.

Výsledky a diskusia

Experimentálny výskum uskutočnený v ostatných rokoch ukazuje, že pamäť je zložitá psychická funkcia súvisiaca s rôznymi mozgovými štruktúrami a s rozličnými biochemickými systémami mozgu. Predkladaná práca dokazuje, že je nesprávne hovoriť o účinku neurotropaných látok na pamäť „ako celok“. Diferencované farmakologické zásahy do jednotlivých mediátorových systémov mozgu vyvolávajú nerovnocenné zmeny rozličných parametrov mozgu pacienta.

Preparát Amiridín, ktorý mal celkový kladný účinok na pamäť, najsilnejšie pôsobil na regeneráciu pevnosti udržiavania informácie. Súčasne však skoro vôbec nenapomáhal regresu defektov zapamätávania štruktúry materiálu.

Experimentálne výskumné práce E. F. Lavreckej ukázali, že Amiridín má dve farmakologické vlastnosti. Prvá je podmienená jeho schopnosťou prolongovať stav excitácie nervovej bunky, blokujúc draslíkové kanály. Druhá vlastnosť súvisí s efektom inhibície cholínesterázovej aktivity a so zvýšením úrovne acetylcholínu v mozgu (4).

Je známe, že blokátory draslíkových kanálov patriace do skupiny aminopyridínov majú dôležitú úlohu v procese formovania stóp dlhodobej pamäti. Tieto látky predlžujú štádium excitácie neurónov, zúčastňujú sa na zmene procesov výmeny a na nasledujúcich štruktúrnych posunoch, na ktorých sa zakladá dlhodobá pamäť (8).

Významnú úlohu v uskutočňovaní mnestickej funkcie hrá tiež cholinergický mediátorový systém. Avšak nie každý zásah do činnosti tohto systému vedie ku zmenám mnestickej funkcie. Napríklad inhibítory cholínesteráz prozerín neprejavuje zlepšujúci účinok na učenie sa a pamäť zvierat (4).

Je pravdepodobné, že kombináciou týchto dvoch farmakologických vlastností Amiridínu možno vysvetliť jeho kladný, ale nerovnomerný vplyv na pamäť.

Zistili sme nejednoznačný vplyv nootropylu na rozličné modality zapamätávania (sluchovorečová pamäť sa regenerovala o niečo lepšie ako vizuálna). Avšak celkovo zmeny pamäti vyvolávané nootropylom boli analogické zmenám pozorovaným v kontrolnej skupine, aj keď ich dvojnásobne prevyšovali podľa veličiny kladného efektu. Takéto prevládanie nešpecifického pôsobenia v spektre účinku nootropylu pravdepodobne súvisí s jeho silným antihypoxickým vplyvom na celý mozog.

V literatúre chýbajú jasné predstavy o vplyve psychostimulátorov a antidepresív na pamäť. Je známe, že tieto preparáty zrýchľujú procesy myslenia, zvyšujú koncentráciu pozornosti a tým môžu sekundárne ovplyvniť aj zlepšenie zapamätávania.

Preparát Bemityl, ktorý prejavuje psychostimulačný a antidepresívny účinok, mal kvalitatívne osobitný vplyv na pamäť pacientov. Napomáhal zlepšovaniu bezprostredného vstúpania materiálu do pamäti, t.j. objemu pamäti, ale sťažoval uchovávanie tejto informácie, t.j. zhoršoval pevnosť pamäti. Pritom sa zistilo, že Bemityl bol oveľa účinnejší ako iné preparáty z hľadiska zlepšovania zapamätávania štruktúry materiálu.

A tak v dôsledku odlišných farmakologických vlastností preparátov a ich rozdielneho zásahu do mozgového metabolizmu sa formujú rozličné spektrá účinku liekov na porušenie mnestickej funkcie. Analýza týchto spektier účinku umožňuje rozoznávať konkrétne neurochemické procesy, na ktorých sa zakladá vstúpanie do pamäti a prostredníctvom toho napomáha priblížiť sa k riešeniu problému biochemickej organizácie ľudskej pamäti.

Okrem toho skúmanie spektier účinku rozličných preparátov umožňuje sformulovať praktické odporúčania na najefektívnejšie uskutočňovanie usmerneného farmakologického pôsobenia na defekty pamäti. Tak náš výskum ukázal, že:

- Preparát Amiridín je mimoriadne prospešný pre pacientov, u ktorých sa v štruktúre mnestickej funkcie prejavuje predovšetkým zníženie pevnosti uchovávaní informácie, napríklad pri patologickom vplyve interferencie na stopy.
- Preparát Bemityl sa odporúča pacientom, u ktorých prevládajú problémy s udržiavaním štruktúry materiálu v pamäti. Avšak Bemityl sa neodporúča pri značných defektoch pevnosti pamäti, v týchto prípadoch totiž môže prísť k zosilneniu defektu.

V. L. NAJDIN, T. A. KARASEVOVÁ, O. A. KROTKOVÁ, N. V. GOGITIDZEOVÁ / ROZPRACOVANIE POSTUPOV USMERNENEJ FARMAKOLOGICKEJ KOREKCIE DEFEKTOV PAMÄTI

– Použitie nootropylu je najefektívnejšie pri korekcii defektov sluchovorečovej pamäti, avšak v provnaní s inými preparátmi je účinok nootropylu na pamäť menej diferencovaný.

A tak zvyšovanie efektívnosti usmernenej farmakologickej korekcii defektov pamäti sa uskutočňuje prostredníctvom diferencovanej aplikácie liečiv s prihliadnutím na spektrum ich účinku a štruktúru mnestickeho defektu pacienta.

LITERATÚRA

1. КИЯЩЕНКО, Н. К.: Нарушения памяти при локальных поражениях мозга. Москва: Изд-во МГУ, 1973, 103 с.
2. КРОТКОВА, О. А., КАРАСЕВА, Т. А.: Использование нейропсихологических методов для изучения функциональной нейрохимической асимметрии мозга при направленных фармакологических воздействиях. В кн.: Нейропсихологический анализ межполушарной асимметрии мозга. Москва, 1986, с. 46 – 53.
3. КРОТКОВА, О. А., КАРАСЕВА, Т. А., НАЙДИН, В. Л.: Количественная оценка нарушений памяти у неврологических и нейрохирургических больных. Методические рекомендации. Москва, 1983, 30 с.
4. ЛАВРЕЦКАЯ, Э. Ф.: Фармакологическая регуляция психических процессов. Москва, Наука, 1985, 280 с.
5. ЛУРИЯ, А. Р.: Нейропсихология памяти Т. Г. Москва, Педагогика, 1974, 311 с.
6. ПОЛЯКОВ, В. М.: Изменения психических процессов под влиянием направленных фармакологических воздействий. Автореф. дис., канд. психол.н., Москва, 1986, 17 с.
7. СИМЕРНИЦКАЯ, Э. Г.: Доминантность полушарий. Москва, Изд-во МГУ, 1978, 95 с.
8. KANDEL, E. R., SCHWARTZ, J. M.: Molecular biology of learning: Modulation of transmitter release. Science, 218, 1982, č. 4571, s. 433-443.
9. WOLKOWITZ, O. M., TINKLENBERG, J. R., WEINGARTNER, H. A.: A psychopharmacological perspective of cognitive functions. Neuropsychobiology, 14, 1985, s. 88-96, 133-156.

Adresa autora: prof. V. L. Najdin, Inštitút neurochirurgie akad. N. N. Burdenka, AVL, Moskva, ZSSR

В. Л. Найдин, Т. А. Карасёва, О. А. Кроткова, Н. В. Гогитидзе
РАЗРАБОТКА ПОДХОДОВ К НАПРАВЛЕННОЙ
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФЕКТОВ ПАМЯТИ

Резюме

Сложная биохимическая организация мнестической функции, связь разных параметров памяти с разными медиаторными системами мозга обуславливают неоднозначное изменение мнестической функции при различных фармакологических воздействиях.

93 больных с нарушениями памяти, возникшими в результате тяжелой черепно-мозговой травмы, были разделены на 4 группы, эквивалентные как по тяжести, так и по локализации поражения мозга. В трёх группах коррекция дефектов памяти осуществлялась одним из нейротропных препаратов (амиридин, ноотропил, бемитил), четвертая группа была контрольной. При помощи стандартизированной методики количественной оценки нарушений памяти было выявлено разнонаправленное действие указанных нейротропных препаратов на различные параметры памяти боль-

**V. L. NAJDIN, T. A. KARASEVOVÁ, O. A. KROTKOVÁ, N. V. GOGITIDZEOVÁ / ROZ-
PRACOVANIE POSTUPOV USMERNENEJ FARMAKOLOGICKEJ KOREKCIE DEFEK-
TOV PAMÄTI**

ных. Учёт этих сведений при назначении терапии позволяет значительно повысить эффективность реабилитации больных с нарушениями памяти.

V. L. Najdin, T. A. Karasevová, O. A. Krotkovová, N. V. Gogitidzeová
**METHODS OF AIMED PHARMACOLOGICAL CORRECTION
IN MEMORY DEFECTS**

Summary

The complicated biochemical organisation of mnemonic functions, the connection of various parameters of memory with different mediatory systems of the brain condition ambiguous alterations of mnemonic functions in different pharmacological application.

Ninety three patients with memory disturbances caused by severe cranio-cerebral trauma were divided into four groups equivalent from the view point of severity and localisation of cerebral injury. In three groups correction of memory defects was carried out with the application of neurotropic preparations (amiridin, nootropyl or bemetyl), the fourth group was the control group. By the standardized method of quantitative evaluation of memory disturbances it was found that the mentioned neurotropic preparations have an effect on various parameters of memory in patients. The consideration of the above method in determination of therapy enable to increase considerably the effect of rehabilitation in patients with memory disturbances.

V. L. Najdin, T. A. Karasevová, O. A. Krotkovová, N. V. Gogitidzeová
**DIE ERARBEITUNG DER VORGANGSWEISEN FÜR EINE
GEREGELTE PHARMAKOLOGISCHE KORREKTION
VON GEDÄCHTNISSTÖRUNGEN**

Zusammenfassung

Die Kompliziertheit der biochemischen Organisation der Gedächtnisfunktion, die Verknüpfung verschiedener Gedächtnisparameter mit verschiedenen Mediatorsystemen des Gehirns verursachen die Entstehung nichteindeutiger Veränderungen der Gedächtnisfunktion bei unterschiedlicher pharmakologischer Einwirkung.

93 Patienten mit durch schwere Schädel- und Gehirntraumen verursachten Gedächtnisstörungen wurden in 4 vom Gesichtspunkt des Ausmaßes und der Lokalisierung der Beschädigung des Gehirns äquivalente Gruppen eingeteilt. In drei Gruppen wurde die Korrektur der Gedächtnisstörungen unter Verabreichung eines neurotrophen Präparats durchgeführt (Amiridin, Nootropyl bzw. Bemetyl), die vierte Gruppe diente als Kontrollgruppe. Mit Hilfe einer standardisierten Methodik quantitativer Wertung der Gedächtnisstörungen wurde festgestellt, daß die genannten neurotrophen Präparate auf verschiedene Parameter des Gedächtnisses der Patienten einwirken. Die Berücksichtigung dieser Erkenntnisse bei der Festlegung der Therapie ermöglicht eine bedeutende Steigerung der Effizienz der Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit Gedächtnisstörungen.

V. L. NAJDIN, T. A. KARASEVOVÁ, O. A. KROTKOVÁ, N. V. GOGITIDZEOVÁ / ROZPRACOVANIE POSTUPOV USMERNENEJ FARMAKOLOGICKEJ KOREKCIE DEFEKTOV PAMÄTI

V. L. Najdin, T. A. Karasevová, O. A. Krotková, N. V. Gogitidzeová
ELABORATION DES PROCÉDÉS DE LA CORRECTION
PHARMACOLOGIQUE ORIENTÉE DES DÉFAUTS DE LA
MÉMOIRE.

Résumé

L'organisation biochimique de la fonction mnémonique, relation de différents paramètres de la mémoire avec divers systèmes médiateurs du cerveau conditionne les changements indéterminés de la fonction mnémonique avec action pharmacologique différente.

93 patients affectés de troubles de mémoire par suite d'un grave traumatisme crânien furent divisés en quatre groupes équivalents du point de vue des difficultés et la localisation du traumatisme cérébral. Dans trois groupes la correction des défauts de la mémoire s'effectuait avec l'usage de la préparation neurotrophe (amiridin, nootrotyl, évent. bemityl), le quatrième groupe était celui du contrôle. Par la méthode standardisée de l'appréciation quantitative des troubles de la mémoire, on a constaté que les préparations neurotropes opèrent sur les différents paramètres de la mémoire des patients. La prise en considération de ces connaissances dans la détermination de la thérapie permet d'augmenter considérablement l'effet de la réadaptation des patients affectés des troubles de la mémoire.

F. X. HALAS
SOUPIS KORESPONDENCE JANA EVANGELISTY PURKYŇE
Praha, Academia, 1987

Ján Evangelista Purkyně sa narodil 18. decembra 1787 – predminulý rok sme oslavovali dvojsté výročie jeho narodenia. Pri tejto príležitosti vyšiel a vychádza v našej odbornej, populárnej i krásnej literatúre celý rad diel, monografií, románových spracovaní, ktoré sa zaoberajú životom a dielom tohto slávneho fyziológa, ktorého meno je v názve našej lekárskej spoločnosti.

František X. Halas pripravil v nakladateľstve Československej akadémie vied v Prahe súpis korešpondencie Jána Evangelistu Purkyňa, a to korešpondencie prídenej i odoslanej. Ide o 2333 listov, ktoré autor abecedne katalogizuje; v záhlaví hesla sa vždy uvádza meno toho, kto list odoslal alebo ktorý listy od slávneho vedca dostal. Publikácia prináša celkom 670 položiek. V závere sa uvádza bibliografia. Nemecký súhrn a tematický register ukončujú túto významnú publikáciu, prinášajúcu prehľad o korešpondencii nášho veľkého fyziológa, aj keď – a autor publikácie to zdôrazňuje – po-

čet 2333 listov iste nie je konečné číslo celej korešpondencie. V jednotlivých položkách, abecedne zoradených, sa uvádzajú niektoré ďalšie údaje – vedľa dátumu a miesta aj jazyk, v ktorom bol list napísaný a skratka archívu, kde je uložený. Pokiaľ adresát, alebo odosielajúci napísal viacero listov, heslo zachytáva tento údaj, podobne ako krátke vysvetlenie o adresátovi či odosielaťovi a mohokrát aj stručný vecný obsah.

Halasova epistolografia je cenným príspevkom pre každého, kto sa zaoberá životom a dielom slávneho fyziológa Jána Evangelistu Purkyňa. Stručný životopis tohto vedca je zaradený do úvodnej kapitoly, Soupisu. Kniha iste nie je odpočinkovým čítaním, ale predstavuje veľmi cenný zdroj informácií zo života slávneho fyziológa pre tých, ktorí sa zaoberajú historiografiou Purkyňovho obdobia a históriou zdravotníctva.

dr. M. Palát, Bratislava

BOLESTIVÉ SYNDRÓMY A REHABILITÁCIA

A. GÚTH, M. PALÁT

*Rehabilitačná klinika NsP akademika L. Déreya, Bratislava
Prednosta: doc. MUDr. et RNDr. Miroslav Palát, CSc.*

Súhrn: Autori sa v príspevku pokúsili poukázať na praktické aspekty diferenciálnej diagnózy, syndromológie a na niektoré terapeutické úvahy u pacientov s bolestivým ramenom a bolesťami v krížoch v podmienkach rehabilitačnej medicíny. Sú si vedomí, že na danej ploche nemohli vyčerpať danú tematiku, no rozhodli sa pre ňu vzhľadom na potreby širokej rehabilitačnej praxe.

Kľúčové slová: ramenný kĺb – sakroiliakálny kĺb – bedrový kĺb – bolesť – krčná chrbtica, bedrová chrbtica – rehabilitačná medicína.

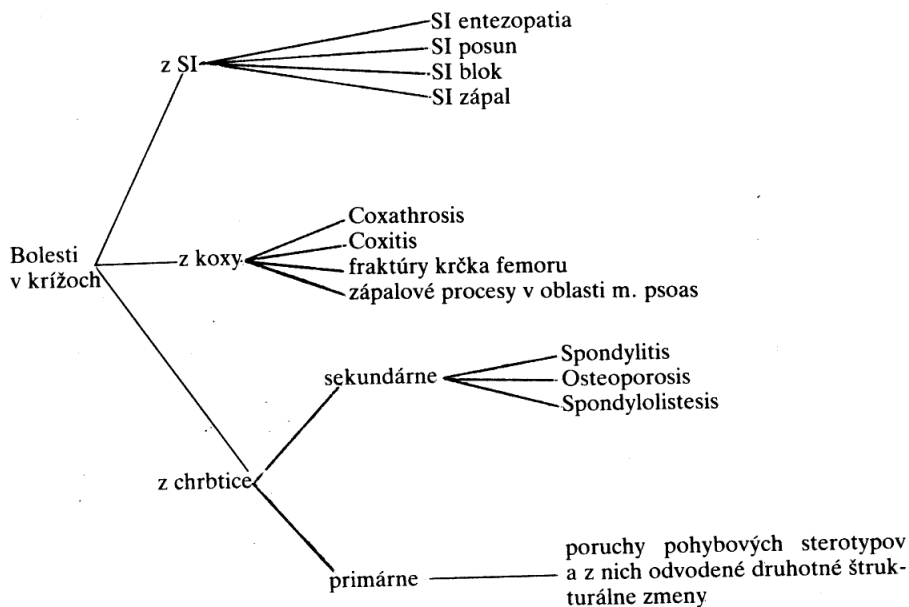
Jednými z najčastejších bolestivých syndrómov, s ktorým prichádzajú pacienti na rehabilitačné oddelenia, sú bolesti v krížoch a bolestivé rameno. Pri lumbagu býva prítomná bolesť v oblasti lumbosakrálneho úseku chrbtice lokalizovaná na mieste, alebo vyžarujúca smerom nahor alebo do gluteálnej oblasti. Niekedy pohyb stupňuje bolesť (vrátane hlbokého inspiria, kašľa), niekedy musia pacienti bolesť rozchodiť. Od lumbaga je potrebné oddiferencovať radikulárne syndrómy a celý rad ďalších klinických obrazov.

Bolestivé rameno, Duplayova choroba alebo periarthropathia humeroscapularis (v podstate je tento názov výstižnejší ako periarthritis humeroscapularia), to sú všetko klinické termíny, charakterizujúce bolestivý syndróm, lokalizovaný v oblasti ramenného kĺbu, kde sa okrem bolestí môže objavovať aj bolestivá stuhnutosť svalstva ramenného pletenca, niekedy pseudoparézy s obmedzením pohybu v ramennom kĺbe. Aj pri periarthropathii humeroscapularis je potrebné diferencovať iné bolestivé syndrómy, kde vzniká bolesť v oblasti ramena až sekundárne, či už ide o cervikobrachiálny bolestivý syndróm, Sudeckovu algodystrofiu alebo traumatické a komprimujúce zmeny tejto oblasti.

Cieľom našej práce nie je zaoberať sa detailne otázkami týchto bolestivých syndrómov, t.j. otázkou patogenézy, otázkou diagnostiky a diferenciálnej diagnostiky, ani nie je našim cieľom venovať širokú pozornosť otázkam terapie v jej bohatej, väčšinou však symptomatickej podobe. Chceme poukázať na niektoré aspekty praktického charakteru, s ktorým sa stretávame pri poukazaní pacientov na rehabilitačné oddelenie.

Pri vlastnom vyšetrení bolestí v krížoch analyzujeme anamnestické údaje pacienta o bolesti, jej charakter, lokalizáciu, provokačné momenty, dĺžku trvania, smery vyžarovania, možnosti jej ovplyvnenia bežnými terapeutickým zásahmi, efekty doterajšej liečby na iných pracoviskách. Okrem klasického vyšetrenia vychádzajúceho z ortopediko-neurologických zásad (Černáček, Buran) venujeme pozornosť funkčnému vyšetreniu (Lewit, Ďurianová) a nakoniec vyšetreniu pohybových stereotypov (Janda).

Z didaktických dôvodov rozdeľujeme bolesti podľa východiskových štruktúr do troch základných skupín (obr. 1):



Obr. 1.

1. Bolesti v krížoch vychádzajúce zo sakroiliakálneho kĺbu (SI):

1.1. Sakroiliakálne entezopatie

Pri chronickom asymetrickom preťažovaní, pri niektorých úrazoch a zápaloch v okolí prichádza k entezopatii jedného alebo viacerých z troch hlavných ligamentov sakroiliakálneho kĺbu: ligamentu iliolumbálneho, iliosakrálneho a sakrotuberálneho. Pacient si len spätne pri cielenej anamnéze spomína, že pobolievanie v krížoch začalo postupne, bolesti sa zvyrazňovali pri zmene polohy. Pri objektívnom vyšetrení je obmedzené a bolestivé pruženie zamerané na jednotlivé ligamenty. Flexia v bedre (k tomu istému ramenu), potom flexia s intrarotáciou v bedre – (kolenom k opačnému ramenu) a nakoniec flektované bedro na 90° do addukcie – (kolenom k opačnej koxe). Aj keď samotný SI kĺb nemá vlastný sval, ako hovorí Lewit, najefektívnejšie sa terapeuticky využíva pri SI entezopatiách postizometrická relaxia, ktorá sa pravdepodobne realizuje cez okolité svaly.

1.2. Sakroiliakálny posun

Býva spojený s blokádou torakolumbálneho prechodu a druhotným spazmom m. iliopsoas. Pacienti anamnesticky udávajú pseudoradikulárne vyžarovanie do oblastí L5 a SI, prípadne do podbruška. V objektívnom náleze nachádzame asymetriu na SI v kĺboch, palpačnú bolestivosť SI kĺbu, pozitívny hyperabdukčný Patrickov fenomén a torziu panvy. Pri anteflexii trupu postihnutý SI kĺb „predbieha“. Terapeuticky je zbytočná aplikácia fyzikálnych procedúr na SI kĺb, treba uvoľniť v prvom rade Th-L blokádu a spazmus iliopsoasu.

1.3. Sakroiliakálny blok

Z nepresných anatomicko-kineziologických predstáv vychádza častá mylná predstava

A. GÚTH, M. PALÁT / BOLESTIVÉ SYNDRÓMY A REHABILITÁCIA

o nepohyblivosti SI klbu – ten je však pohyblivý vo všetkých rovinách, prakticky pri každom kroku a keď príde k blokáde v smere niektorej z nich, pacient to pociťuje ako výraznú bolesť. Obyčajne sa mu ju však podarí čiastočne rozchodiť, opakuje sa ale vždy po zastavení, alebo sadnutí. Navyše sa niekedy pridáva pseudoradikulárne vyžarovanie do S1. V objektívnom náleze nachádzame obmedzenie pruženia – flektované bedro kolmo proti podložke a lokálnu bolestivosť SI klbu – čo sa dá odstrániť hlavne manipulačne, niekedy niektorou z mobilizácií.

1.4. Sakroileitis

Na túto afekciu treba myslieť pri bolestiach v krížoch, najmä u mladých mužov s uveitídou v anamnéze, symetrickým nálezom na SI a s torpídnyim priebehom. Výrazná bolestivosť lokálne, pozitívny Patrickov fenomén a sérologické zmeny sú typické. Len zriedka býva toto štátium vynechané a zmeny sa ukážu priamo na chrbitici.

2. Bolesti v krížoch vychádzajúce z koxy

2.1. Koxatróza

Okrem bolestí priamo v oblasti koxy a trochanteru udávajú pacienti vyžarovanie do L5, typická býva štartovacia bolesť, bolesť z únavy a bolesť pri chôdzi do schodov. Niekedy prichádzajú pacienti pre bolesti kolena (pes anserinus) a až druhotne sa ukáže, že ide o afekciu koxy. Objektívne býva prítomný typický svalový vzorec s oslabením brušného svalstva a gluteálneho svalstva (pozitívny Trendelenburgov príznak), spazmus paravertebrálneho svalstva a iliopsoasu, z čoho potom vyplýva aj postavenie krížovej kosti (sacrum acutum). Cyriax opisuje vzorec, kde je obmedzená intrarotácia a extenzia (obrátený Lassegueov syndróm). Patrickov fenomén pozitívny, nie je však diagnosticky jednoznačný (pozitívny je aj pri náleze na SI). Z terapeutických opatrení majú dnes ešte stále preferované fyzikálne procedúry len vedľajší význam – napríklad UZ na bolestivé miesta, podobný efekt majú miestne aplikácie Mesoacinu. Dôležitejšia je dôkladná analýza svalových pomerov a z toho odvodená príslušná pohybová liečba (s relaxáciou skrátených štruktúr na prvom mieste).

2.2. Coxitis

Je poznamenaná prudším nástupom príznakov ako predchádzajúca jednotka, pacienti navyše udávajú bolesti aj v noci (pri koxartróze len v pokročilom štádiu, respektíve po priekoxitíde, ktorú môžeme navodiť „príliš aktívnym prístupom“). Sú prítomné vysoké teploty, zmeny v krvi a pri funkčnom vyšetrení je pohyb v koxe obmedzený a bolestivý vo všetkých smeroch.

2.3. Fraktúra krčka femuru

Z rehabilitačného hľadiska treba povedať, že najmä u starších pacientov ju nemusí sprevádzať bolesť, taktiež niekedy nemožno získať správnu anamnézu (asociálni pacienti a pod.). Býva prítomné extrarotačné postavenie a vyššie uvádzaný Cyriaxov vzorec je porušený. Diagnózu jednoznačne potvrdí rtg nález.

2.4. Zápalové procesy v oblasti musculus psoas

Retroperitoneálne uložené zápaly v oblasti psoasu majú okrem internisticko-urológických príznakov (so zmenami teploty, sedimentácie a krvného obrazu) prítomné aj typické flexčné držanie v bedre s intrarotáciou, je pozitívny obrátený Lassegueov syndróm a pacient výrazne napáda na príslušnú nohu, lebo ju nemôže dostatočne exten-

dovať vo fáze dostupu. (Podobne sa môžu správať retroperitoneálne uložené nádory a cysty).

3. Bolesti v krížoch vychádzajúce z chrbtice

3.1. Bolesti v krížoch pri spondylitídach

Na tieto afekcie sa dnes už málokedy myslí. Rtg nález sa prejaví druhotne, klinika ho značne predbieha. Pacient udáva výrazné bolesti aj v noci, je prítomná pokleповá bolesť a výrazné reflexné paravertebrálne zmeny. Pri špecifickej spondylitíde býva navyše typický celkový klinický obraz pre tbc.

3.2. Bolesti v krížoch pri osteoporóze

Vyskytuje sa najmä u žien v období klimaxu a starších, respektíve pri aplikácii hormonálnych preparátov (vrátane antikonceptív). Bolesti bývajú nepresne ohraničené, bez radikulárneho vyžarovania, s pokleповou citlivosťou na procesy spinosy. Preukazný je rtg nález s „rybiami stavcami“.

3.3. Spondylolistéza

Máva v anamnéze údaj o nemožnosti nájsť si úfavovú polohu – bolí v sede, v stojí i v ľahu, nemožno ju rozchodiť, je spojená s reflexnými paravertebrálnymi zmenami. Jednoznačne ju preukáže rtg nález.

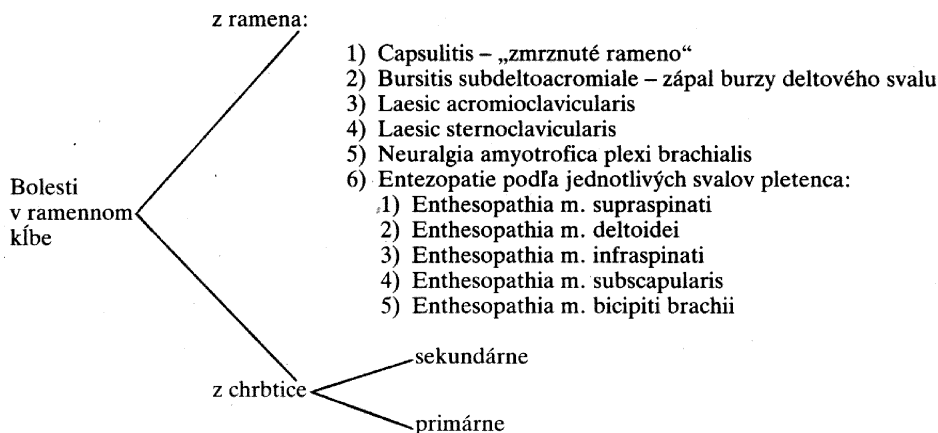
3.4. Bolesti v krížoch pri poruche pohybových stereotypov a z nich odvodených druhotných štrukturálnych zmenách

Môžeme ich ďalej deliť na poruchy pohybových stereotypov so svalovými dysbalanciami, blokády meniskoidov, diskopatie a sekundárne štrukturálne zmeny na krycích platničkách stavcov. Ďalej ich možno deliť podľa prítomnosti alebo neprítomnosti radikulárneho dráždenia, prípadne motorického deficitu; je to však už problematika, ktorú nemožno vtiesnať do takéhoto malého priestoru. Terapeuticky je potrebné zvážiť absolútnu indikáciu na chirurgickú intervenciu (syndróm caudy) alebo potrebu konzervatívneho prístupu, pri ktorom má byť terapeutická úvaha nasmerovaná po analýze svalového vzorca na relaxáciu skrátených štruktúr a potom na posilňovanie oslabených, s prípadným využitím izometrických prvkov.

Druhou oblasťou, charakterizovanou určujúcim bolestivým syndrómom, je Periarthritis humeroscapularis (periarthropathia humeroscapularia, Duplayova choroba). Aj tu možno z praktického aspektu poukázať na niektoré skúsenosti, ktoré nás môžu orientovať v práci na rehabilitačnom oddelení.

Fyziologický rozsah pohyblivosti najpohyblivejšieho kĺbu ľudského tela udávajú rôzni autori rozlične (závisí od techniky merania). Napríklad podľa Cordesa sú rozsahy takéto: flexia 90°, elevácia 180°, extenzia 30°, intrarotácia 80°, extrarotácia 90°, abdukcia 90°, addukcia 90°. Pri vyšetrowaní uvedených rozsahov odporúča Lewit realizovať najprv aktívny pohyb, potom pasívny a nakoniec pohyb proti odporu. Nám sa v praxi ukázalo ako dostatočné začať s pasívnym vyšetrowaním (samozrejme po cieľovej anamnéze), a v prípade, že sa nedopracujeme k výsledku (pasívne sú všetky smeru voľné a nebolestivé), zaraďujeme vyšetrowenie proti odporu. Za smerodajné považujeme vždy porovnanie oboch strán voči sebe.

Palpačne zisťujeme prítomnosť bolestivých bodov (najmä odstup dlhej hlavy m. biceps brachii, úpon m. deltoideus, akromioklavikulárny kĺb a sternoklavikulárny kĺb –



Obr. 2.

prípadne ich deformácie). Aspektom zisťujeme prítomnosť alebo neprítomnosť svalových atrofií.

Periarthropathia humeroscapularis nie je klinická jednotka, predstavuje strešný názov viacerých postihnutí (obr. 2) majúcich, ako sme už uviedli, spoločný symptóm – bolesť v oblasti ramena.

1. Capsulitis

Je typická svojím dlhým 4 – 5 mesiacov trvajúcim dvojfázovým priebehom. Pacient obyčajne nevie udať priamo príčinu vzniku bolesti a taktiež nevie povedať, odkedy presne začali. Zo začiatku im obyčajne nevenuje pozornosť, „myslí si, že to prejde“ – najmä keď sa dostávajú len cez deň. K lekárovi prichádza obyčajne až vtedy, keď ho bolesti začínajú budiť zo spánku pri obracaní sa, respektíve, keď si na ramenný kĺb ľahne. Intenzita bolestí postupne v priebehu 2 mesiacov stúpa a mení sa taktiež v priebehu dňa – výraznejšia býva k večeru, zhoršuje sa fyzickým zaťažením. Anamnesticky môže pacient sám opisovať, že si nevie vytiahnuť peňaženku zo zadného vrecka, zapnúť podprsenku, čo si pri cieľenej otázke ozrejníme. Objektívne je prítomný typický Cyriaxov kĺbový vzorec (Buran, Lewit) pri pasívnom vyšetovaní: na prvom mieste je obmedzená extrarotácia, na druhom abdukcia a na treťom intrarotácia. Typické je v prvej fáze (do druhého mesiaca) netolerovanie hypertermných procedúr (v domácom prostredí elektrická poduška, vaňa; na oddelení parafín, diatermia) a úfava pri aplikácii suchého ohľadu. Naopak v druhej fáze, keď sa už predpokladá ústup zápalu a dobiehanie len retraktívnych zmien, pôsobí hypertermná procedúra úfavu. V terapii sa nám javí využitie postizometrickej relaxácie s analgetikami a analgetickými fyzikálnymi procedúrami ako optimálne.

2. Bursitis subdeltoacromiale

Začína obyčajne po ochorení horných dýchacích ciest (s teplotami) nočnými bolesťami, ktorých intenzita sa zväzrána počas niekoľkých málo dní. Pri objektívnom vyšetrení je prítomná bolestivá blokáda pri pasívnom a aktívnom vyšetrení do abdukcie (okolo 70 – 80°), no keď sa cez ňu pacient dostane, je pohyb do ďalšej elevácie už voľ-

ný. V terapii suverénne dominuje obstrukcia Mesocainom priamo do oblasti burzy (pri všetkých ostatných afekciách sme k obstrukcii rezervovaní). Na rozdiel od dlhodobého priebehu predchádzajúcej kapsulitídy odoznie burzitída v priebehu 14 dní.

3. *Laesio acromioclavicularis*

Máva pravidelne v anamnéze úraz, najčastejšie pád na vystretú ruku, alebo pád na rameno. Typické sú preň bolesti cez deň, najmä po a počas práce s ramenami flektovaným do a nad 90°. V objektívnom náleze je prítomný pozitívny „šalový hmat“ (rameno s predlaktím otočíme okolo krku „ako šal“). Palpačne je bolestivé akromioklavikulárne spojenie. Terapeuticky sa nám javí optimálna postizometrická relaxácia v kombinácii s fyzikálnou procedúrou.

4. *Laesio sternoclavicularis*

Má podobnú anamnézu ako predchádzajúca afekcia, s tým, že je skôr bolestivá a obmedzená abdukcia a maximálny bod bolesti je v oblasti sternoklavikulárneho spojenia.

5. *Neuralgia amyotrofica plexi brachialis*

Postupne sa stupňujúce bolesti v ramennom kĺbe nemajú v anamnéze provokujúci moment. Hneď od začiatku majú kauzálny charakter a zvyčajne sa pri pohybe voči odporu, na EMG je prítomný obraz neuromyozitídy, pomerne skoro vznikajú atrofie. Priebeh je však obyčajne 2 – 3 týždne.

6. *Enthesopathe*

Zatiaľ čo pri predchádzajúcich piatich afekciách dominovalo v objektívnom vyšetrení zisťovanie pasívneho rozsahu pohyblivosti ramenného kĺbu, je potrebná pri entezopatiách vyšetrenie s redresiou. Možno využiť štandardne používaný spôsob vyšetrovania (poloha na chrbte), avšak nám sa z praktického hľadiska osvedčil skôr spôsob v stoju, s flektovanými laktami do 90°, pričom vyšetrujúci stojí za pacientom (Đuriano-vá). V anamnéze je obyčajne atypická dlhšie trvajúca fyzická záťaž, prípadne prechladnutie. Cypriax na toto miesto zaraďuje aj svalové ruptúry, pre ktoré je v anamnéze typický úraz.

6.1. *Enthesopatia m. supraspinati*

Je spojená s bolestivou a oslabenou abdukciou v ramennom kĺbe v prvých 10 – 15° (pacient vykonáva pohyb aktívne, proti odporu).

6.2. *Enthesopathia m. deltoidei*

Je spojená s oslabenou a bolestivou abdukciou nad 15° vyššie, prípadne môže byť postihnutá aj flexia.

6.3. *Enthesopathia m. infraspinati*

Je spojená s bolestivou a oslabenou extrarotáciou v ramennom kĺbe.

6.4. *Enthesopatia m. subscapularis*

Je spojená s bolestivou a oslabenou intrarotáciou v ramennom kĺbe.

6.5. *Enthesopathia m. bicipitis brachii*

Je spojená s oslabenou a bolestivou flexiou v lakti (nesenie „podnosu s pivom“).

Poradie jednotlivých entezopatií uvádzame takto zámerne, lebo pri vyšetrení možno podľa neho najrýchlejšie postupovať. V terapii poslednej uvedenej afekcie hrá jednoznačne najdôležitejšiu úlohu postizometrická relaxácia.

Bolestivé syndrómy vertebrogénneho i nevertebrogénneho pôvodu predstavujú pre modernú rehabilitáciu z hľadiska praktického zaradenia významný problém. V našej práci sme sa pokúsili poukázať na niektoré naše praktické poznatky z vyšetrovania bo-

A. GÚTH, M. PALÁT / BOLESTIVÉ SYNDRÓMY A REHABILITÁCIA

lestí v krížoch a bolestivého ramena. Oba syndrómové komplexy sú také časté vo frekvencii výskytu, že im treba venovať základnú pozornosť.

Záver

V práci sa poukazuje na bolestivé syndrómy, s ktorými sa veľmi často stretávame na rehabilitačných oddeleniach. Ide o komplex označovaný v bežnej praxi ako lumbago a o komplex bolestivého ramena. V práci sa zdôrazňuje diagnostický prístup, ktorý klasifikuje jednotlivé obrazy do určitých nozologických jednotiek. Neanalyzuje sa detailne patogenéza jednotlivých klinických stavov, skôr sa akcentujú praktické vyšetrovacie postupy pri jednotlivých bolestivých stavoch.

LITERATÚRA

1. CYRIAX, J.: Textbook of orthopaedic medicine. 7 th Ed London, Tindall, Bailliére, 1978, 431 s.
2. CYRIAX, J.: Illustrated manual of orthopaedic medicine. London, Butterworths, 1982, 245 s.
3. LEWIT, K., SACHSE, J., JANDA, V.: Manuelle Medizin in Rahmen der medizinischen Rehabilitation. 5. Auf. Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1987, 545 s.
4. PATTEN, J.: Neurological differential diagnosis. London, H. Starke, spolu so Springer Verlag, New York, Heidelberg, Berlin, 1977, 292 s.
5. SCHEID, W.: Lehrbuch de Neurologie. 4. prepracované a rozšírené vydanie. Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1980, 1159 s.

Adresa autora: dr. A. G., Rehabilitačná klinika NsP akad. L. Dérera, Limbová 5, 833 05 Bratislava

A. Гум, М. Палам БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Резюме

Авторы в статье сделали попытку указать на практический аспект дифференциального диагноза, синдромологии и некоторые терапевтические соображения относительно больных с больным плечом и болью в пояснице в условиях восстановительной медицины. Авторы прекрасно знают, что на этом месте невозможно исчерпать всю проблематику, но они решились на это с учетом потребностей широкой практики реабилитации.

A. Gúth, M. Palát PAIN SYNDROME AND REHABILITATION

Summary

In this contribution the authors discuss aspects of differential diagnosis, syndromology and certain therapeutic considerations in patients with painful shoulder and those with lumbal pain from the point of view of rehabilitation medicine. It is clear that in the given space this topic cannot be exhausted, but should be treated in consideration of extensive rehabilitation practice.

A. Gúth, M. Palát
DAS SCHMERZSYNDROM UND SEINE
REHABILITATIONSTHERAPIE

Zusammenfassung

Die Autoren machen in diesem Beitrag den Versuch, die praktischen Aspekte der Differentialdiagnose, der Syndromologie sowie einige therapeutische Ideen für die Behandlung von Patienten mit schmerzhaften Schultern und mit Kreuzschmerzen für die Bedingungen der Rehabilitationsmedizin darzulegen. Sie sind sich im klaren darüber, daß es auf dem zur Verfügung stehenden Raum nicht möglich ist, diese Thematik erschöpfend zu bearbeiten, entschlossen sich aber dennoch für diese Art der Darstellung, um den Bedürfnissen der zahlreichen Mitarbeiter der Rehabilitationspraxis entgegenzukommen.

A. Gúth, M. Palát
SYNDROME DOULOUREUX ET RÉADAPTATION

Résumé

Les auteurs ont tenté de signaler les aspects pratiques du diagnostic différentiel, de la syndromologie et certaines réflexions thérapeutiques chez les patients avec épaule douloureuse et douleurs dans les vertèbres sacrés, dans les conditions de la médecine réadaptative. Ils sont conscients que dans cet article le thème mentionné n'a pu être épuisé, mais les auteurs se sont décidés pour lui vu les besoins de la pratique réadaptative élargie.

M. NOVACKÝ, M. CZAKO
ZÁKLADY ETOLÓGIE

Bratislava, Slovenské pedagogické nakladateľství, 1987

Otázkám chování se věnuje v posledních dvaceti letech velmi vysoká pozornost. Etologie je novým vědeckým oborem, který se zabývá chováním živočichů i člověka a věnuje pozornost schopnostem učení se a učení živočichů. Ve slovenštině vychází v roce 1987 první učebnice etologie, určená primárně posluchačům přírodovědeckých fakult. V devíti kapitolách, členěných do menších podkapitol, autoři rozebírají jednotlivé otázky tohoto vědeckého oboru. Hovoří o předmětu etologie a její historii, metodách etologického výzkumu, o vrozeném chování živočichů, o otázkách učení a sociálním chování živočichů, o problematice etologie rozmnožování zvířat a péči o mláďata. V další kapitole se autoři zabývají hravým chováním a nepřiměřeným chováním zvířat. Poslední kapitola je věnovaná otázkám využití

etologie v jiných vědních disciplínách. Učebnice má mnoho ilustrací, je dobře členěná, informuje přehledně o základních poznatcích z této oblasti. Medicínské problematice je tu věnována minimální pozornost, ačkoliv v současném lékařství, hlavně v určitých oborech, se s těmito otázkami setkáváme. Jde o populárně laděné dílo – autoři tu citují práce Drvotovy a práce Eibl-Eibesfeldta, který podstatným a snad základním způsobem přispěl právě k rozvoji moderní etologie.

Kniha je dobrým úvodem do problematiky etologie, myslím však, že bude potřeba v dalším vydání věnovat větší pozornost otázkám etologie člověka a nezužovat tuto problematiku jen na oblast patopsychologie.

dr. M. Palát, Bratislava

RIZIKÁ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI REHABILITAČNÝCH PRACOVNÍČOK

V. REPTOVÁ, M. SOJÁKOVÁ, M. PALÁT

*Katedra rehabilitačných pracovníkov, Inštitút pre ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov, Bratislava**Vedúci: doc. MUDr. RNDr. Miroslav Palát, CSc.**Katedra FBLR, Inštitút pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov, Bratislava**Vedúci: doc. MUDr. RNDr. Miroslav Palát, CSc.**Rehabilitačná klinika, NsP akademika L. Déreera, Bratislava**Vedúci: doc. MUDr. RNDr. Miroslav Palát, CSc.*

Súhrn: Práca analyzuje výskyt zdravotných ťažkostí v oblasti pohybového systému u rehabilitačných pracovníčok a poukazuje na priamu súvislosť medzi výskytom bolesti chrbtice rehabilitačných pracovníčok a spôsobom vykonávanej práce. Vplyv fyzického zaťaženia pri výkone povolania rehabilitačnej pracovníčky sa negatívne odráža na pracovnej neschopnosti týchto pracovníčok. Východisko z danej situácie vidia autori v zlepšení pracovných podmienok zameraných na redukciu vynútených pracovných polôh, väčšie využívanie rôznych pomôcok, ako i v lepšej organizácii práce. Zdôrazňuje sa fyzické zaťaženie, ktoré si vyžaduje povolanie rehabilitačnej pracovníčky a fakt, že túto skutočnosť treba akceptovať i z hľadiska pracovnej neschopnosti týchto pracovníčok.

Kľúčové slová: Povolanie rehabilitačnej pracovníčky – bolesti chrbtice – pracovná neschopnosť – pracovné polohy – prevencia – organizácia práce.

Výskyt ochorení a porúch pohybového systému v súčasnosti narastá, zaznamenávame stúpajúci trend vertebrogénnych algických syndrémov a s ním súvisiaci vzostup pracovnej neschopnosti. Napríklad priemerné denné stavy práceneschopnosti žien pre dorzopatie, ktoré uvádzajú Vrbík, Glivický a Holub, boli takéto: v roku 1980 377 na 100 000 pracovníčok a v roku 1985 už 422 na 100 000, čo predstavuje vzostup o 12 %.

Zaujímalo nás, aká je situácia u rehabilitačných pracovníčok, u ktorých výkon povolania kladie vysoké nároky na ich organizmus a predovšetkým na pohybový systém. Veď ak sa pozrieme na pracovné polohy, v ktorých rehabilitačné pracovníčky vykonávajú pohybovú liečbu pacientov, vidíme, že sa tu priam vytvárajú podmienky na vznik porúch pohybového systému a predovšetkým chrbtice. Cieľom našej práce bolo zistiť výskyt a druh týchto ťažkostí v súvislosti s dlhoročným výkonom povolania rehabilitačnej pracovníčky. Zámerne hovoríme o pracovníčkach a nie pracovníkoch, pretože zastúpenie mužov v tomto odbore je stále minimálne. Ďalej sme sa zamerali na získanie informácií o pracovnej neschopnosti rehabilitačných pracovníčok súvisiacej s typom pracovného zaťaženia a pracovnými polohami, ako aj o ich subjektívnych názoroch na túto otázku.

V. REPTOVÁ, M. SOJÁKOVÁ, M. PALÁT / RIZIKÁ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI REHABILITAČNÝCH PRACOVNÍČOK

Metodika a materiál

Urobili sme orientačnú dotazníkovú akciu na ôsmich vybraných fyziatrisko-rehabilitačných oddeleniach NsP a na dvoch pracoviskách československých štátnych kúpeľov.* Pri zadaní dotazníkov sme uprednostnili vekové a služobne staršie rehabilitačné pracovníčky. Sme si vedomí, že dotazníková metóda môže byť pri hodnotení ťažkostí zaťažená určitým rizikom subjektívnosti, avšak toto riziko znižuje skutočnosť, že dotazníky nevyplňovali laici, ale odborní pracovníci, t. j. rehabilitačné pracovníčky.

Dotazník obsahoval 3 základné skupiny otázok:

1. skupina otázok sa týkala výskytu zdravotných ťažkostí pohybového systému, z ktorých sme na ďalšie spracovanie vybrali tie, čo sa týkajú bolesti chrbtice;
2. skupina otázok sa týkala pracovnej činnosti – pracovných postupov, pracovných polôh a druhu záťaže;
3. skupina otázok bola zameraná na získanie informácií o vykonávaní preventívnych opatrení.

Charakteristika súboru (tab. 1). Z pôvodného súboru sme vylúčili najmladšiu a najstaršiu vekovú skupinu a do súboru, ktorý sme analyzovali, sme zahrnuli celkovo 152 respondentiek. Priemerná dĺžka výkonu povolania rehabilitačnej pracovníčky v skupine 30 – 39 ročných bola 14,9 roka a v skupine 40 – 49 ročných 25,7 roka. Údaje o bolestiach chrbtice pred výkonom povolania rehabilitačnej pracovníčky a v súčasnosti sú v tabuľke 2. Rôzni autori udávajú, že 50 – 80 % dospeljej populácie má v určitom období života bolesti v chrbte. Ako vidieť z tabuľky 2, toto percento je u rehabilitačných pracovníčok v našom súbore vysoko prekročené. Na margo subjektívnych údajov o bolesti chrbtice: práce uvedené v odbornej literatúre hodnotia vplyv pracovného zaťaženia zdánlivo objektívnymi testami, najmä rentgenovým preukázaním degeneratívnych zmien na chrbtici. O vlastných ťažkostiach sa zmieňujú len okrajovo. Pritom však iné práce jednoznačne potvrdzujú starú skúsenosť z praxe, že vzťah ťažkosti – objektívny nález – rtg zmeny, najmä degeneratívneho typu, má len obmedzenú, predovšetkým vekovú závislosť. Z mnohých literárnych údajov vyplýva záver, že subjektívne ťažkosti sú skutočne časove predsunuté pred

Tabuľka 1. Vekové charakteristiky súboru

Vekové rozpätie	Počet	%
< 29	8	4,75
30 – 39	87	51,78
40 – 49	65	38,69
> 50	8	4,47
	> 152	> 90,47

n = 168
vek \bar{x} = 38,74 roka

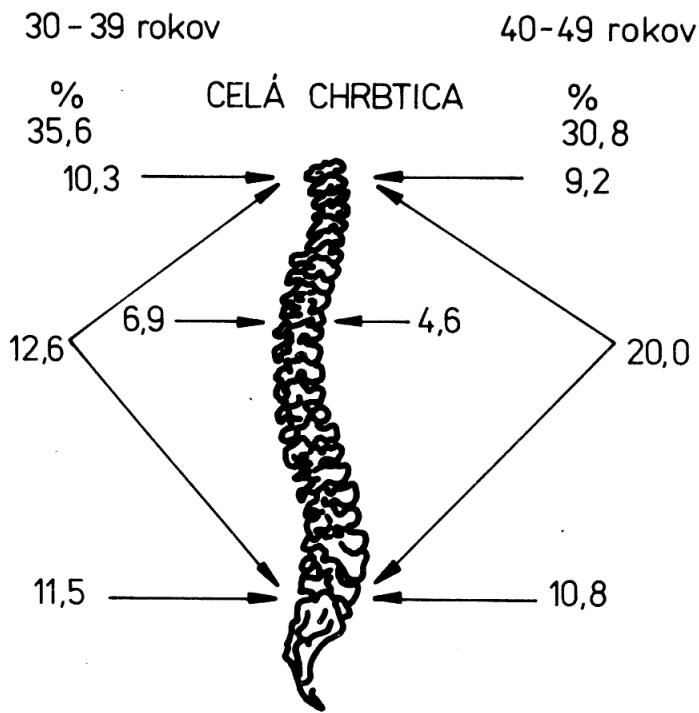
Tabuľka 2. Údaje o bolestiach chrbtice

Bolesti chrbtice	Vek	
	30 – 39 r.	40 – 49 r.
	%	%
Pred výkonom povolania RP	6,9	4,6
V súčasnosti	96,5	92,3

* Ďakujeme všetkým zúčastneným pracoviskám za spoluprácu.

V. REPTOVÁ, M. SOJÁKOVÁ, M. PALÁT / RIZIKÁ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI REHABILITAČNÝCH PRACOVNÍČOK

mnohé objektívne zmeny – najmä rtg – u sledovaných syndrómov. Na posúdenie prvých a jemných zmien signalizujúcich chybné zaťaženie svalovo-väzivového aparátu je nevyhnutné použiť práve údaje o subjektívnych ťažkostiach chorých.

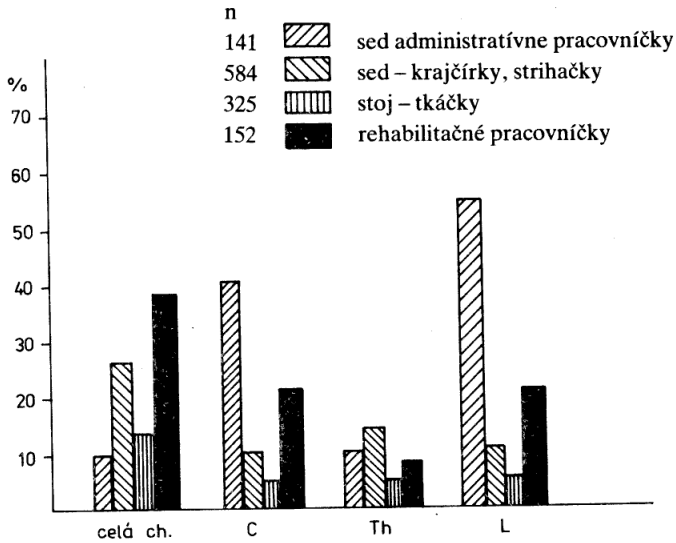


Graf 1. Výskyt bolestí chrbtice – lokalizácia

Z hľadiska výskytu bolestí podľa lokalizácie (graf 1) najviac rehabilitačných pracovníčok uvádzalo bolesti v celej chrbtici, na druhom mieste v krčnej chrbtici v kombinácii s driekovou a najmenej boli uvádzané bolesti lokalizované do hrudnej chrbtice. Tieto údaje o lokalizácii bolesti môžeme porovnať s údajmi o bolesti chrbtice žien, ktoré pracujú v sede a v stoji; konkrétne ide o administratívne pracovníčky, krajčírky a tkáčky (graf 2). Tieto údaje sú z výskumnej úlohy riešiteľov Sojákovej a Lánika. Z pozorovania vidieť zreteľné rozdiely v lokalizácii bolesti chrbtice pri rôznych druhoch povolania, čo má veľký súvis s pracovnou polohou. Pre výkon povolania administratívnych pracovníčok, krajčírovačky a tkáčky je charakteristická určitá stabilná poloha, t.j. sed alebo stoj, zatiaľ čo u rehabilitačných pracovníčok túto polohu nemožno tak jednoznačne vymedziť. K polohe v stoji alebo v sede sa pripája držanie trupu v predklone a súčasne práca hornými končatinami, ktoré často prekonávajú značný odpor. Polohy, v ktorých treba trup udržiavať v predklone, si vyžadujú dlhodobú statickú prácu chrbtových svalov, ktorú sprevádza ich zvýšené napätie. Konečným dôsledkom je únava svalov a preťaženie väzivového aparátu, čo môže byť vyvolávacím alebo spolupôsobiacim činiteľom (spolu s funkčnými poruchami) pri vzniku bolestí chrbtice.

Zistovali sme, aký má toto zaťaženie dopad na zdravotný stav rehabilitačných pracovníčok, čo ukazuje tabuľka s údajmi o pracovnej neschopnosti a o druhoch liečby (tab. 3). Napriek tomu, že sme očakávali určité percento pracovnej neschopnosti pre uvedené ťažkosti, musíme priznať, že nás výsledky neprijemne prekvapili. Veď 31 % pracovnej neschopnosti pre bolesti chrbtice reha-

V. REPTOVÁ, M. SOJÁKOVÁ, M. PALÁT / RIZIKÁ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI REHABILITAČNÝCH PRACOVNÍČOK



Graf 2. Bolesti chrbtice pri rôznych typoch zamestnania

Tabuľka 3. Údaje o PN a druhoch liečby

Pre bolesti chrbtice	Vek	
	30 - 39 r.	40 - 49 r.
	%	%
Pracovná neschopnosť	31,0	47,7
Užívajú (užívali) lieky	60,9	73,9
Vykonané liečebné zákroky:		
- manipulácia + mobilizácia	28,7	33,8
- mobilizácia	25,3	18,5
- manipulácia	18,4	16,9
- chirurgický zákrok	14,9	15,4

bilitačných pracovníčok vo vekovej skupine 30 - 39 ročných a dokonca až 48 % v skupine 40 - 49 ročných, nepotrebuje ďalší komentár. Vysoké percento aplikovaných manipulačných a mobilizačných výkonov zvädza ku predpokladu, že sú azda podmienené ľahkou dostupnosťou na vlastnom rehabilitačnom oddelení. Ak aj do určitej miery pripustíme túto možnosť, ako vysvetlíme percentá pri chirurgických zákrokoch?

Pri pohľade na údaje o pracovnej neschopnosti a liečebných zákrokoch sa natíska otázka, ako je to s prevenciou. Vychádzali sme z hypotézy, že rehabilitačné pracovníčky, ktoré informujú svojich pacientov o význame a spôsobe prevencie porúch pohybového systému, budú samy uplatňovať prevenciu vo vyššej miere, ako je to u ostatných pracovníčok. Túto hypotézu potvrdilo porovnanie s údajmi o prevencii, ktorú vykonávajú pracovníčky zo súboru z výskumnej úlohy Sojákovej a Lánika: aktívne preventívne opatrenia vykonáva 60 % krajčirok, 79 % administratívnych pracovníčok a z nášho súboru 92 % rehabilitačných pracovníčok. Čiže úvaha o možnom vzťahu: vysoká pracovná neschopnosť a veľký počet liečebných zákrokov na jednej strane a nedostatočná prevencia na strane druhej - tu neobstojí. Dovoľme si teda predpokladať, že uvádzané

V. REPTOVÁ, M. SOJÁKOVÁ, M. PALÁT / RIZIKÁ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI REHABILITAČNÝCH PRACOVNÍČOK

ťažkosti súvisia s dlhoročným vykonávaním povolania rehabilitačnej pracovníčky. K tomuto názoru sa prikláňajú aj respondenty nášho súboru, z ktorých to v dotazníkoch potvrdilo 89,7 % v skupine 30 – 39 ročných a 89,2 % v skupine 40 – 49 ročných rehabilitačných pracovníčok.

Diskusia

Naša práca poukazuje na priamu súvislosť výskytu bolestí chrbtice rehabilitačných pracovníčok a spôsobu vykonávanej práce. Za hlavné príčiny považujeme samotný charakter práce, ktorá kladie vysoké nároky na fyzickú záťaž vo vynútených pracovných polohách, v ktorých je veľmi zaťažovaná chrbtica. S tým súvisia aj častokrát nevhodné pracovné podmienky, predovšetkým práca s pacientom na nízkom lôžku, nedostatok miestností náležite zariadených na individuálne cvičenie, malé využívanie rôznych pomôcok, napríklad pri rezistovanom cvičení, cvičení v závesoch, cez kladky a pod. A nakoniec, ale nie na poslednom mieste, je potrebné zdôrazniť otázku kádrového vybavenia fyziatrcko-rehabilitačných oddelení, pretože nie je zriedkavým javom skutočnosť, že počet výkonov za deň je často na hranici únosnosti, čo vedie na jednej strane k veľkému fyzickému zaťaženiu rehabilitačných pracovníčok a na druhej strane k zníženiu kvality a odbornej úrovne liečebnej rehabilitácie. Myslíme si, že tieto príčiny možno do určitej miery pozitívne ovplyvniť na dvoch úrovniach: na úrovni vlastného vykonávania práce a na úrovni organizácie práce. Napriek tomu sa domnievame, že i pri zlepšených pracovných podmienkach ostane naďalej práca rehabilitačnej pracovníčky natoľko náročná, že je potrebné pri posudzovaní zdravotného stavu rehabilitačných pracovníčok prihliadať na charakter vykonávanej práce.

LITERATÚRA

1. DOUBRAVA, O., VLACH, P.: Zataženie krčnej chrbtice u pracujúcich v odevnom priemysle. *Pracov Lék*, 32, 1980, č. 6 – 7, s. 219 – 224.
2. SOJÁKOVÁ, M., LÁNIK, V.: Problémy metodiky a účinkov preventívnej telesnej výchovy pri jednostrannom preťažení chrbtice. *Záverečná správa VÚ 24-03-10*, 198 s.
3. THURZOVÁ, E.: Ovplyvnenie vertebrogénnych bolestí fyziatrckými procedúrami. *Bratisl Lek Listy*, 84, 1985, č. 1. s. 98 – 104.
4. VRBÍK, J., BLIVICKÝ, V., HOLUB, J.: Pracovní neschopnost žen pro veterborgénní potíže podle odborových svazů. *Pracov Lék*, 40, 1988, č. 2, s. 83 – 84.

Adresa autora: V. R., Smetanova 19, 811 03 Bratislava

В. Рептова, М. Соякова, М. Палат
УГРОЗА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МЕТОДИСТОВ

Резюме

В работе обсуждается встречаемость расстройств в области двигательной системы у методистов и отмечается прямая зависимость между наличием болей в области позвоночника методистов и способом их работы. Влияние физической нагрузки в профессии методиста отрицательно сказывается на нетрудоспособности этих работниц. Выход из этого положения авторы видят в улучшении условий труда, направленном на сокращение вынужденных позиций при работе, на лучшее использование различных пособий и на лучшую организацию труда. Подчеркивается нагрузка, которой требует профессия методиста; этот факт следует принимать во внимание и с точки зрения нетрудоспособности этих работниц.

V. REPTOVÁ, M. SOJÁKOVÁ, M. PALÁT / RIZIKÁ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI REHABILITAČNÝCH PRACOVNÍČOK

V. Reptová, M. Sojáková, M. Palát **THE RISKS FOR WORKING INCAPACITY IN REHABILITATION WORKERS**

Summary

The paper analyses the incidence of health complaints in the region of the locomotor system in rehabilitation workers and indicates the direct involvement of the occurrence of pain in the region of the spine and the type of executed work. The influence of physical load during the performance of this work as a rehabilitation worker is negatively reflected on their working incapacity. The authors see the solution of this situation in the improvement of working conditions and the aim at reduction of forced positions during the work, a better application of various aids and also a better organization of work. Stressed is the physical load which the profession of rehabilitation work imposes on the workers, and this reality has to be accepted also from the point of view of working incapacity in these cases.

V. Reptová, M. Sojáková, M. Palát **DIE RISIKEN EINER ARBEITSUNFÄHIGKEIT BEI REHABILITATIONS-THERAPEUTINNEN**

Zusammenfassung

Im Beitrag werden die verschiedenen Arten gesundheitlicher Beschwerden im Bereich des Bewegungssystems bei Rehabilitations-Therapeutinnen analysiert. Es wird auf den direkten Zusammenhang zwischen dem Aufkommen von Rückenschmerzen bei Rehabilitations-Therapeutinnen und ihrer Arbeitsweise hingewiesen. Die physische Belastung bei der Ausübung des Berufs einer Rehabilitations-Therapeutin bewirkt bei diesen Mitarbeiterinnen häufige Arbeitsunfähigkeit. Einen Ausweg aus dieser Situation sehen die Verfasser des Beitrags in einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Sinne einer Beschränkung gezwungener Arbeitsstellungen, einer erweiterten Anwendung verschiedener Behelfe sowie in einer besseren Arbeitsorganisation. Hervorgehoben wird die physische Belastung, mit der der Beruf einer Rehabilitations-Therapeutin einhergeht. Tatsache muß auch im Hinblick auf die Arbeitsunfähigkeit dieser Mitarbeiterinnen in Betracht gezogen werden.

V. Reptová, M. Sojáková, M. Palát **LES RISQUES D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL DES KINÉSITHÉRAPEUTES**

Résumé

Le travail analyse l'apparition des difficultés de santé dans le domaine du système moteur chez les kinésithérapeutes et attire l'attention sur la relation directe entre l'apparition des douleurs de rachis des kinésithérapeutes et le procédé par lequel elles effectuent leur travail. L'effet de la charge physique lors de l'exécution de la profession de kinésithérapeute se reflète de façon négative sur l'incapacité de travail de ces employés. Les auteurs voient l'issue de cette situation dans l'amélioration des conditions de travail orientées sur la réduction des positions de travail obtenues par la force, l'utilisation de différents accessoires, aides, ainsi que dans une meilleure organisation de travail. Est soulignée la charge physique nécessitée par la profession de kinésithérapeute et cette réalité doit être acceptée aussi du point de vue de l'incapacité de travail de ces employés.

PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA OSOB TRPÍCÍCH DLOUHODOBĚ NEPŘÍZNIVÝM ZDRAVOTNÍM STAVEM

J. ŘÍHA

*Katedra rehabilitačního lékařství ILF, Praha
Vedoucí: prof. MUDr. Vl. Janda, DrSc.*

Souhrn: Téma determinace psychiky chronickým onemocněním je ve stati uvedeno příkladem onemocnění roztroušenou sklerózou mozkomíšní a verte-brogenním algickým syndromem a je pojednáváno z aspektů vlastní fyziologické a psychické reakce na dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav, změněné sociální situace pacienta a reakce společnosti na potřebu komplexního zabezpečení stále narůstající části obyvatelstva, vyžadující péči z důvodů polymorbidity a stáří.

Klíčová slova: dezintegrace a integrace osobnosti nemocného – podmínky pro stáří a nemoc socialistického občana – pokusy o pracovní začlenění pracovníků s částečným invalidním důchodem.

Nelze nalézt vhodnější slova pro uvedení do jádra problematiky psychické reakce na dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav než výrok z časopisu postižených roztroušenou sklerózou mozkomíšní „Roska“: „Nemoc lze také považovat za šanci umožňující růst osobnosti a její zrání tím, že získáme novou zkušenost sami se sebou a vidíme, co je v životě důležité a co pomíjívé“. Jakou cestu však musí urazit ten, který trpí nemocí s trvalým zhoršováním stavu, aby dospěl k takovému poznání? Vždyť na počátku této cesty, po potvrzení diagnózy a jejím akceptování pacientem, stojíme tváří tvář hluboké depresivní reakci, tak jak na ni vzpomíná předsedkyně komise postižených roztroušenou sklerózou ing. A. Příkrylová: „Zhroutil se najednou celý můj svět. Věděla jsem, že toto závažné neurologické onemocnění povede k obrně nohou, k poruchám koordinace pohybů, k třesu, slabosti a dalším potížím, které jsem si v té době ani neuměla představit. Postupně se u mne objevily potíže s chůzí a další problémy, které vedly k tomu, že jsem teď už v invalidním důchodu.

Jaký podíl nemocných však dokáže na narůstající subjektivní i objektivní izolaci reagovat úsilím, jehož cílem bylo nejen založení komise stejně postižených a vlastního časopisu, ale i založení čtyřiceti klubů, v kterých se provádí rekondiční cvičení s cílem udržet hybnost končetin co nejdéle a víkendová setkání, která pomáhají překonávat pocit osamění a rehabilitují tak psychiku pacientů?

Svou zkušeností s pacienty s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem mohou potvrdit, že zhruba u dvou třetin pacientů ve fázi akceptování choroby nepřevládá v jejich subjektivním obrazu trpělivost, naděje a altruismus. To není pomluva, ale fakt, který by měl působit jako výzva všem, kteří pacientům na cestě poznání pomáhají.

Věnováno profesoru MUDr. Vl. Jandovi, DrSc. k jeho významnému životnímu jubileu.

J. ŘÍHA / PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA OSOB TRPÍCÍCH DLOUHODOBĚ NEPŘÍZNIVÝM ZDRAVOTNÍM STAVEM

S čím jsem při vyšetření pacientů převážně konfrontován? Jsou to jednak autoakuzace, které se týkají vlastního podílu viny na vzniku onemocnění. Ty se projevují u rodičů tělesně postižených dětí i u nemocných samých v nejrůznější podobě. Jinou tvář mají u děvčete, které při sebevražděném skoku utrpělo transversální lézi míšni, jinou u pacienta, jehož nejistá chůze je následkem neurolues.

Dalším modem viny, který na předchozí navazuje, je pocit bytí bez užitku pro druhé, bytí na obtíž, případně vlastní bytí jako zdravotní riziko pro druhé. Pociť bytí bez užitku má více podob. Jiný je u lékaře, který již nemůže vykonávat své povolání, u matky, která se nemůže starat o své dítě, jiný u automechanika, který ztrácí své příjmy pro výrazné vertebrogenní potíže. S pocitem bytí na obtíž druhým se setkáváme jak u babičky po ictu, jejíž bezmocnost se stává překážkou v kariéře dcery, tak u stárnoucího inkontinetního diplomata, kterého ošetřuje mladá manželka. Z tohoto negativního hodnocení interpersonálních vztahů rezultuje často touha po vlastní smrti.

Jaké prostředky máme v ruce ke zvládnutí těchto stavů? Je to především empatie, která musí rychle postihnout pravý důvod reaktivní deprese. Již samotné taktické sdělení pacientovi, že víme o příčinách, které mu podlamují kolena, působí terapeuticky. Následující exkulpace může mít přímo převratný účinek. Čím je začínáme? Široce založenou úvahou o lidské existenci jako řetězu životních zkoušek, které jsou čím dále obtížnější, protože ubývá životní síly. Pak snášíme pacientovi důkazy o tom, že není sám bez pomoci ve svém těžkém životním údelu. Jindy je důležitý důraz na skutečnost, že křehkost bytí je univerzálním jevem. Tento poukaz však musí vycházet z uvědomění, že vlastní utrpení je pacientem vnímáno jako jedinečné, nesouměřitelné a vyznačující se rozměry, které ten druhý těžko dokáže obsáhnout. Babičku po ictu je třeba přesvědčit, že má právo přijmout dceřinu pomoc, když sama, pokud jí síly stačily, pomáhala vychovávat vnoučata a starala se jí o domácnost, nemluvě o tom, že ji samu vychovala. Jak však vychovávala svou dceru nebo jak se změnil charakter dcery v dospělosti či doby vůbec, že uvažuje o možnosti, že by se dcera zřekla příležitosti se jí odvděčit pomocí nepřilíši velkou, protože je do značné míry při lehkém levostranném postižení soběstačnou? Někdy se dostávám do situace, že musím přesvědčovat pacienty, že mají právo na pomoc, i když již nejsou schopni poskytovat svým dětem materiální pomoc. Vzpomínám si rovněž na otřesný, ale asi ne tak úplně řídký případ, kdy pacientka oslepla a své dceři nemohla již dále pomáhat s výchovou jejího syna. Domácnost dcery na její práci stála a padala. Pacientka pochopila, že je žádoucí pouze jako síla v domácnosti, a proto se rozhodla nebojovat o svůj život při vážném jaterním onemocnění. Manželství dcery se po její smrti rozpadlo.

Jsou tyto bilanční úvahy pacientů dílem konzumního nazíření dětí na svět a jejich egoismu, což je obojí zavrženíhodné, nebo mají „zdravé, dravé“ děti pravdu tváří tvář celosvětově rostoucí populaci, zbídačování valné většiny národů světa a morovým ranám, jestliže se snaží od života utrhout, co lze? V podobných případech, které jsem právě uvedl, se vyplácí přistupovat vůči těmto „zdravým, dravým“ jedincům jako k lidem dvojí morálky. Je třeba stavět na jejich proklamacích, brát je s vážnou tváří a důsledně až do okamžiku nutného otevření karet. Asociálů, kteří se prezentují jako asociálové, je málo. Mnohdy postačí těm neochotným připomenout jejich povinnosti třeba prostřednictvím jejich sourozenců, kteří nebyli pomoci svých rodičů tak zvýhodňováni.

Jestliže se v ordinacích setkáváme stále častěji s důsledky egoismu dětí a životních partnerů, je třeba na tuto situaci náležitě reagovat, a to buď výrazným zrychlením tempa výstavby léčeben pro dlouhodobě nemocné, domovů důchodců či zařízení pro invalidy s pracovní možností (jako jsou dlouho plánované Kročehlavy), nebo podstatným materiálním zvýhodněním osob, které péči bezmocným poskytují (např. náhradou mzdy, zvýšením příplatku za bezmocnost, přidělováním dvougeneračních a bezbariérových bytů a podobně). Dalším jistým způsobem, jak překonat tento nepříznivý stav, je zajištění ekonomické soběstačnosti mladých rodin, zajištění jejich existence i za

J. ŘÍHA / PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA OSOB TRPÍCÍCH DLOUHODOBĚ NEPŘÍZNIVÝM ZDRAVOTNÍM STAVEM

předpokladu, že dlouhodobě vydělává pouze manžel. Taková možnost by měla rozhodující vliv na výchovu dětí v tom smyslu, že by pocítily vlastní funkci rodiny, tj. péči a starost o své příslušníky, na sobě i na předcházející generaci a poznaly nezadatelnou roli matky v rodinném životě.

V posílení vlivu rodiny lze najít účinný a dlouhodobý recept na překonání mnohdy nedůstojných podmínek pro stáří a nemoc socialistického občana a rovněž jediný způsob, jak upevnit v jádru zakotvení morálního cítění mladého člověka. Víím, že připomínám obecně známou pravdu, a že úsilí našich zákonodárců je napřeno tímto směrem.

Pokud je ten, který trpí dlouhodobým nepříznivým zdravotním stavem ještě v zaměstnaneckém poměru, a u nás je těchto pracovníků přes 200 000, pak ze změněného sociálního postavení a zdravotního stavu vyplývají další determinanty psychiky. U dlouhodobě nemocného pracovníka nelze počítat s permanentním pracovním nasazením a normálním pracovním výkonem. Proti hospodářským tlakům je pracovník chráněn změněnou pracovní schopností a zdravotně zkrácenou pracovní dobou, eventuálně přezazením na vhodnější práci. Zaměstnanec sice nemůže být propuštěn bez souhlasu národního výboru, ale jak vííme, je v podnicích vystavován tlakům, je přerazován na méně placené místa, neudrží vedoucí pozici. V době rozvíjejícího se chozrasčotního hospodáření budou tyto tlaky spíše silnější než naopak, pokud nebude pro podnik jinak ekonomicky výhodné takového pracovníka zaměstnávat.

Svého času vstoupilo v platnost pokrokové opatření pro nositele průkazu ZTP. Mám na mysli přidělování míst pro nositele ZTP průkazu nad plán pracovních sil podniku. V souvislosti se zřizováním těchto chráněných míst měl být patřičně posílen mzdový fond podniku; v Jedličkově ústavu svého času bylo pět ZTP míst nad plán pracovních sil, ale mzdový fond posílen nebyl. Mám dojem, že plným uplatňováním tohoto opatření lze rozšířit úspěšnou realizaci pracovní rehabilitace. Velkou skupinu občanů se ZPS tvoří lidé invalidizovaní pro duševní poruchy, pro které se hledá obtížné pracovní uplatnění. Moderní psychofarmakoterapie, jako je např. terapie depotními neuroleptiky, dává předpoklad pro pracovní rehabilitaci i mimo chráněné dílny družstva Obzor. Rehabilitantovi je třeba zajistit podmínky neohroženého pracovního místa právě plným uplatněním výše uvedeného, patrně novelizovaného opatření i pro tuto skupinu občanů se ZPS.

Před mnoha lety se v podnicích začala zřizovat místa podnikových psychologů. Pro jistou neznalost možností využití psychologů v podnicích tento proces ustal. Právě podnikoví psychologové by mohli ve spolupráci s posudkovými a závodními lékaři bdít nad skupinou pracovníků se změněnou pracovní schopností, případně vybavených průkazem ZTP. Předcházelo by se tak mnohým nedorozuměním v pracovních kolektivech, u skupiny pracovníků se ZPS – ŽTP pak především vzniku pocitů méněcennosti, pocitů víceméně trpěných, kteří ujídají ostatním chleba. Pro tyto pocity, zvláště výrazné u skupiny pracovníků invalidizovaných pro duševní poruchy, selhávají brzy i pracovní pokusy.

Domnívám se, že k pokusům o pracovní začlenění by se mělo přistupovat daleko seriózněji. Zatím, jak se s případy v praxi setkávám, je třikrát opakovaný a neúspěšný pokus o pracovní začlenění podmínkou pro převedení pracovníka z částečného do plného invalidního důchodu. Souvisí to jednak s tím, co píše profesor Pfeiffer o demotivující roli DIČ, a také s tím, že podniky nejsou motivovány k tomu, aby pracovníkovi připravily takové podmínky, aby pokus dopadl úspěšně. V zahraničí existují státem plně financované firmy, které jsou primárně zaměřeny na pracovní rehabilitaci. V nich se učí pracovat ti, kteří se hůře adaptují na pracovní proces, nebo ti, kteří utrpěli pracovní úraz a musí být přeškoleni na jinou práci, či nezaměstnaní, kteří si musí osvě-

J. ŘÍHA / PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA OSOB TRPÍCÍCH DLOUHODOBĚ NE- PŘÍZNIVÝM ZDRAVOTNÍM STAVEM

žit své pracovní dovednosti. Doporučení touto firmou velmi snadno nacházejí místa prostředkem pracovním úřadem i v době poměrně vysoké nezaměstnanosti.

Hovoříme-li otevřeně o demotivující roli částečného invalidního důchodu, pak je třeba hovořit o demotivující roli výšky příjmů některých zaměstnaneckých skupin a negativní úloze plných invalidních důchodů.

Z důvodu nízkých nebo příliš vysokých příjmu některých skupin pracovníků se v praxi množí případy „pacientů“ usilujících o plný invalidní důchod. Například zemědělské dělníci, která vede poměrně rozsáhlé hospodářství, se nevyplácí pracovat na plný pracovní úvazek – prací doma vyprodukuje více. Další skupina, jako jsou umělci na volné noze nebo zdravotnický personál si mnohdy nemůže dovolit ani dlouhodobou pracovní neschopnost či uvažovat o invalidizaci v případě vážného dlouhodobého onemocnění. Umělecký řezbář z nízké nemocenské neuživí čtyřčlennou rodinu; pohmoždění krční páteře si musí léčit při práci. Lékař s duševní poruchou nemůže uvažovat o plném invalidním důchodu 1500,- Kčs měsíčně, jestliže zaplatí za byt 600,- Kčs měsíčně a jeho potřebou je obdenní muzikoterapie v Rudolfinu.

Tento příspěvek jsme uvedli krásným příkladem seberealizace v tísni, kterou představuje progredující nervové onemocnění. Říká se, že v tísni se prokáže mistr. V dané situaci umělec života, premorbidně zralá osobnost či osobnost na dobré cestě. Pro mnohého je teprve nemoc onou zkouškou, která rozpoutává integrující tendence osobnosti. Člověk v tísni musí odložit vše nepodstatné, zavádějící, musí se naučit šetřit časem a silami. Musí se naučit působit na své okolí tak, aby mu usnadnilo plnění jeho vlastní role, ale ne za cenu, že ji ostatní převzou.

Matka stížená degenerativním onemocněním páteře se teprve po poznání, že plnění vlastní role doma i zaměstnání již bude stát čím dále tím více přemáhání, učí vychovávat děti k soběstačnosti. Teprve nyní překonává naprosto chybný sklon uhrabat před dětmi každou cestu.

Mnohdy teprve v tísni si klademe adekvátní životní cíle. Vychovat děti, udržet se v zaměstnání, zabezpečit rodinu po ekonomické stránce je někdy úkolem vyžadujícím hraniční úsilí. Najdou se i tací, kteří nejen v tomto směru vynakládají takové úsilí, že předčasně vyčerpávají své síly. Jsou výjimkou, krásnou výjimkou, prokazují sílu vůle, která dokáže založit třeba i nový vědní obor, ale ne vždy je průměrné okolí chápe; zvláště ne okolí, v kterém je každé úsilí předem podezřelé. Někdy konstatování, že dotyčný kompenzuje svůj handicap, kryje imanentní úsilí.

Ve skutečnosti nemají všechna individua stejnou šanci v boji o život na slunci. Pro dosažení určité pozice uvnitř skupiny je rozhodující míra agresivity a síly prorazit. Ty jsou opět v přímém vztahu k míře ergotropní látkové výměny organismu, neboť ta musí vykazovat jak psychicky, tak somatomotoricky zvýšenou aktivitu.

Teritorium tvoří současně životní prostor a prostor svobodné volby individua. Narážení osobních domén vede ke změnám teritoria, na což individua typicky reagují.

Vzledem ke zvířecí obhajobě teritoria nezaujímáme příliš odlišné způsoby chování. Setkáváme se s agesivním chováním v podobě výhrůžného chování, výhrůžné mimiky a hlasitých nadávek. V boji o udržení nebo rozšíření vlastního teritoria se u člověka objevují také intelektuální aktivity. Argumentujeme, verbálně hájíme, hrozíme, přičemž síla přesvědčení nemusí být v žádném poměru k intelektuálnímu významu argumentace. K boji patří získávání kompliků, sprádání intrik, získávání postavení, jeho udržení a rozšíření vlastního teritoria. Člověk zaujímá odpovídající místo uvnitř skupiny ne podle své kvality vůbec, ale podle své míry agresivity a schopnosti vybojovat, zaujmout a uhájit svou pozici. Tato schopnost je dána jak endogenními, tak exogenními faktory.

Při kolizi individuálních teritorií, při ztrátě svého postavení odvoláním z funkce či ztrátou zdraví, které je předpokladem udržení postavení, vznikají u individua soma-

J. ŘÍHA / PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA OSOB TRPÍCÍCH DLOUHODOBĚ NEPŘÍZNIVÝM ZDRAVOTNÍM STAVEM

tické mechanismy, které zabraňují, aby individuum, které v boji podléhá, překračovalo kapacitu svých ergotropních výkonů. Když individuum podléhá, začíná působit mechanismus reflexu stavění se mrtvým. Afektivně se navozují pocity strachu a bázně, které postupně přecházejí do depresivního stavu a mohou být doprovázeny somatickými jevy. Dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav vede pravděpodobně díky oslabení ergotropních mechanismů k přiškrcení aktivity sympatiku a koneckonců k ohrožení či ztrátě společenského postavení (1). Šíří se deprese láme integrující tendence osobnosti, která tak upadá do vetchého a zdánlivého bytí.

Naším úkolem je pomáhat překonávat nemocným tyto stavy, jejichž závažnost vyplývá jak z fyziologických, tak psychických a sociálních změn.

Abych mohl v krátkosti dokumentovat výše uvedené tvrzení o vlivu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na psychiku a společenské rozvíjení se individua, uvádím na závěr jeden z výsledků kontrolního vyšetření skupiny pacientů trpících chronicky vertebrogenním algickým syndromem, typickým psychosomatickým onemocněním.

Z hlediska četnosti neurotických příznaků uvádí 70 % mužů únavu a vyčerpanost; poruchy spánku, ospalost ve dne, smutnou nebo špatnou náladu, podrážděnost a vznětlivost uvádí polovina dotázaných; roztěkanost a nesoustředěnost, špatnou výkonnost, bolesti hlavy, neurčitou úzkost nebo napětí, pesimismus 45 %; mravenčení nebo stěhovavé bolesti, potivost, bolesti u srdce, pocity horka nebo chladu třetina mužů.

Ženy rovněž uvádějí nejčastěji (a to 80 % dotázaných) únavu a vyčerpanost; poruchy spánku, ospalost ve dne, bolesti hlavy, podrážděnost a vznětlivost, lítostivost nebo přecitlivělost, smutnou nebo špatnou náladu 65 %; polovina uvádí roztěkanost a nesoustředěnost, pocity horka nebo chladu, bolesti u srdce, pesimismus, neurčitou úzkost nebo pocit napětí či pocit „do ničeho se mi nechce“ a zhruba třetina dotázaných špatnou výkonnost, potivost, třesavku, vnitřní chvění, mravenčení a stěhovavé bolesti, dechové obtíže, červenání a blednutí, špatnou paměť, strach o zdraví nebo o svůj život a pochyby o sobě samých.

Posuzujeme-li četnost příznaků v závislosti na lokalizaci hlavních bolestí, pak vyšší četnost koreluje s projevy CC a CB syndromu; směrem kefalokaudálním počet neurotických příznaků průměrně udávaných klesá.

Uvážíme-li, jakou překážku v každodenní seberealizaci představují uvedené příznaky a jaké procento obyvatelstva trpí vertebrogenním onemocněním a fakt, že toto onemocnění je v případech polymorbidity spíše přehlíženo, pak mi nezbývá nic jiného než konstatovat, že na střední věk a stáří není člověk dostatečně vybaven ani po stránce volní, mravní a informační, ani není vždy dostatečně zajištěn po stránce zdravotní a sociální.

LITERATURA

1. BRÜGGER, A.: Die Erkrankungen des Bewegungsapparates und seines Nervensystems. G. Fischer Verlag, Stuttgart-New York, 1977.

Adresa autora: J. Ř., Katedra rehabilitačního lékařství ILF FN 10, pav. A, Šrobárova 50, 100 00 Praha 10

**J. ŘÍHA / PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA OSOB TRPÍCÍCH DLOUHODOBĚ NE-
PŘÍZNIVÝM ZDRAVOTNÍM STAVEM**

Й. Ржига

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ
ДЛИТЕЛЬНО НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ**

Резюме

Тема детерминации психики хроническим заболеванием освещается в статье на примере заболевания рассеянным склерозом и вертеброгенным алгическим синдромом. Она рассматривается с аспектов собственно физиологической и психической реакции на длительное неблагоприятное состояние здоровья, на измененную социальную обстановку больного и реакцию общества на необходимость комплексного обеспечения все нарастающей части населения, нуждающейся в обслуживании вследствие заболевания несколькими болезнями и вследствие старости.

J. Říha

**PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTIC IN SUBJECTS SUFFERING
FOR A LONG PERIOD FROM A DECREASED STATE OF HEALTH**

Summary

The topic of the determination of psychical chronic disease is discussed in this contribution on the example of diffuse cranico-spinal sclerosis and the vertebrogenic algic syndrome. Analysed are aspects of physiological and psychical reaction to long-term poor physical condition, changed social situation of the patient and the reaction of society to needs of comprehensive security for an increasingly great part of the population requiring care due to polymorbidity in old age.

J. Říha

**EINE PSYCHOLOGISCHE CHARAKTERISTIK VON LANGFRISTIG
AN SCHLECHTEM GESUNDHEITZUSTAND LEIDENDEN
PERSONEN**

Zusammenfassung

Das Thema der Determination der Psyche durch chronische Erkrankungen wird in diesem Beitrag durch ein Beispiel der Erkrankung an diffuser zerebrospinaler Sklerose und an vertebrogenem algischen Syndrom eingeleitet und wird dann vom Gesichtspunkt der eigentlichen physiologischen und psychischen Reaktion auf einen langfristigen schlechten Gesundheitszustand, auf die veränderte soziale Situation des Patienten und die Reaktion der sozialen Umwelt auf die Notwendigkeit einer umfassenden Fürsorge für einen ständig wachsenden Teil der Bevölkerung, der infolge von Polymorbidität und hohem Alter ständige Betreuung benötigt, behandelt.

J. Říha

**CARACTÉRISTIQUE PSYCHOLOGIQUE DES PERSONNES
AFFECTÉES D'ÉTAT DE SANTÉ DÉFAVORABLE PROLONGÉ**

Résumé

Le thème de détermination du psychisme par l'affection chronique est mentionné dans l'alinéa

J. ŘÍHA / PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA OSOB TRPÍCÍCH DLOUHODOBĚ NEPŘÍZIVÝM ZDRAVOTNÍM STAVEM

par l'exemple de l'affection par la sclérose en plaques et le syndrome algique vertébrogène. On traite ensuite du point de la réaction physiologique et psychique propre sur l'état de santé défavorable prolongé, la situation sociale changée du patient et la réaction de la société sur le besoin d'une sécurité complexe de la partie sans cesse croissante de la population exigeant la sollicitude pour des raisons de polymorbidité et de vieillesse.

R. KLINGE
THE ELECTROCARDIOGRAM
Elektrokardiogram
Stuttgart, New York, Georg Thieme Verlag, 1988
ISBN 3-13-649401-6

V edici Thieme Flexibook vychází v roce 1988 drobná knížečka kapesního formátu, věnovaná elektrokardiogramu. Jde o příručku, která má sloužit především studentům, ale je významná i pro prakticky pracující kardiology. Představuje totiž dobře sestavený přehled všech otázek, týkajících se moderní interpretace elektrokardiografických záznamů. Kniha má celkem pět kapitol, šestá kapitola je v podobě otázek, poukazujících na jednotlivé aspekty, diskutované v předchozích kapitolách. Věcný rejstřík ukončuje tuto dobře napsanou, přehledně uspořádanou a vysoce informativní příručku, kde na řadě příkladů a elektrokardiografických záznamů najde každý, kdo se zabývá elektrokardiografií, mnoho poznatků. Prvá kapitola je věnovaná základům – anatomii a fyziologii převodového systému srdce, otázkám elektrofyziologie, morfologii elektrokardiogramu, registraci a určování jednotlivých komponentů elektrokardiogramu.

V druhé kapitole se diskutují otázky abnormálního elektrokardiografického obrazu, třetí se zabývá problematikou speciálních otázek v elektrokardiografii, jako je intrakardiální elektrokardiogram, a pacemakerový elektrokardiogram. Předposlední kapitola věnuje pozornost námahovému elektrokardiogramu a poslední, pátá kapitola se zabývá rutinním elektrokardiografickým vyšetřováním.

Početné obrázky, záznamy a schémata doplňují text jednotlivých kapitol, zvláštní vyznačení v rámci kapitol poukazuje na základní a důležité informace.

Klingeho knížečka je anglickým překladem německé prvotiny, která vyšla v pěti vydáních – první bylo v roce 1978 – a už tato skutečnost svědčí o významu této drobné publikace, věnované otázkám moderní elektrokardiografie. Anglický překlad vyhotovil dr. Dalal.

dr. Miroslav Palát, Bratislava

E. KEPPLER
DIE LUFT IN DER WIR LEBEN
Vzduch, ve kterém žijeme
München, Zürich, Piper Verlag, 1988
ISBN 3-492-03191-9

Dr. Keppler po absolvování studia fyziky – je známý svou účastí na projektu infrastruktury kosmických cest – v současnosti pracuje v Max-Planckově ústavu pro aeronomii a vydává

v nakladatelství Piper v Mnichově v roce 1988 pozoruhodnou knížku, věnovanou otázkám ovzduší, atmosféry a jejího ohrožení. Podtitul knihy je Fyzika atmosféry. Autor se v deseti

kapitolách zabývá jednotlivými otázkami, jako je historie Země, fyzika ovzduší a vody, otázky větrů a počasí, otázky optických jevů a elektrických vlastností atmosféry, problémem chemických reakcí v atmosféře, problematikou ovzduší a života v budoucnosti. Poslední kapitola věnuje pozornost obstarávání energie, problémům životního prostředí a otázkám perspektiv do budoucnosti. V šesti doplňcích autor uvádí příslušná data a formule. Přehled literatury, slovníček, seznam tabulek a obrázků a rejstřík ukončují tuto pozoruhodnou, obsahově významnou, rozsahem ne příliš velkou publikaci, která se zabývá kardinálními otázkami moderního člověka – jeho životním prostředím, daným atmosférou Země. Jednotlivé kapitoly jsou doplněny obrazovou dokumentací a tabulkami.

Keplerova kniha stojí za to a každý člověk by se s ní měl seznámit. I když není lékařskou publikací, je spíše publikací pro širokou veřejnost, přináší mnoho, co zajímá lékaře a zdravotníky. Přesvědčivě poukazuje na jednotlivé závažné otázky týkající se atmosféry a varuje před tak zvanými klimatickými katastrofami. Samozřejmě zde nejde jen o globální pohled na celou problematiku, je potřebné si všimnout i dílčích otázek, které ve svém důsledku ohrožují život jedince. A tyto otázky je možné při pečlivém čtení Keplerovy publikace lehce objevit. I když knihu napsal známý přírodovědec, přináší poučení a varování i pro ostatní oblasti lidské činnosti, tedy i pro lékaře. Kniha je dobře napsaná, informující a aktuální.

dr. M. Palát, Bratislava

W. M. COWAN, E. M. SHOOTER, CH. F. STEVENS, R. F. THOMPSON
ANNUAL REVIEW OF NEUROSCIENCE, Vol. 11, 1988

Roční přehled věd o nervovém systému
Palo Alto, Annual Reviews Inc., 1988
ISBN 0-8243-2411-0

V roce 1988 vychází jako jedenáctý svazek Ročního přehledu věd o nervovém systému celá řada prací, zabývajících se aktuálními otázkami z oblasti neuroanatomie, biochemie, fyziologie, psychobiologie, neuropsychologie, molekulární biologie, neurologie, psychologie a psychiatrie. Úvodní práci napsal prof. Feng. Retrospektivně se zamýšlí nad svou vědeckou drahou. Prof. Feng pracuje na šanghajském fyziologickém ústavu Čínské akademie věd a je známý svými pracemi z oblasti neuromuskulární fyziologie.

V posledním svazku Ročního přehledu věd o nervovém systému je mnoho prací s vysokým aktuálním koeficientem. V jednotlivých příspěvcích se hovoří o tachykininech (J. E. Maggio), o proteinech mikrotubulů a jejich potenciální úloze v determinování morfologie neuronů (A. Matus), o modulaci pronikání iontů v neuronech a ostatních buňkách (I. B. Levitan), o topografii poznání (P. S. Goldman-Rakic), o studiích chování v podmínkách

pavlovovského kondicionování (R. A. Rescorla), o mutacích a molekulách, ovlivňujících biologické rytmy (J. C. Hall, M. Rosbach), o kontrole počtu neuronů (R. W. Williams, K. Herrup), o neuroetologii elektrické komunikace (C. D. Hopkins). Celá řada dalších zajímavých příspěvků doplňuje obsah posledního svazku Ročního přehledu věd o nervovém systému. Jednotlivé práce jsou dobře dokumentované, poznatky jsou uvedené na současný stav a prakticky všechny řeší moderní, aktuální problematiku z jednotlivých oblastí věd, které se zabývají nervovým systémem z různých aspektů. Literatura je uvedena vždy na závěr každé práce, v závěru je věcný rejstřík a kumulativní index autorů posledních pěti svazků tohoto ročního přehledu.

Kniha má obvyklý standard a je přehledem současných směrů z oblasti věd o nervovém systému.

dr. M. Palát, Bratislava

VYUŽITÍ OSOBNÍCH POČÍTAČŮ V RÁMCI ERGOTERAPIE

M. KRÍŽOVÁ, V. KRÍŽ, J. BERAN

*Rehabilitační ústav Kladruhy
Ředitel: MUDr. Vladimír Kříž*

Souhrn: Pracovníci Rehabilitačního ústavu v Kladruzech podávají základní informace o počítačích pro ergoterapeuty. Dále popisují vlastní zkušenosti s využitím počítačů Sharp NZ 821 a Atari 800 XL při léčbě prací. Počítače užívají k předpracovní rehabilitaci a pracovnímu tréninku pacientů, kteří se budou vracet do práce s výpočetní technikou, k výcviku práce s počítačem pro pacienty s těžšími trvalými následky, pro něž může být tato nová kvalifikace pracovní i životní seberealizací, pro výcvik psychomotorických reakcí pacientů včetně jejich automatického vyhodnocování i s možností samokontroly a pro zlepšení informovanosti o výpočetní technice a zlepšení komunikace mezi jejími obsluhovateli a těmi, kteří její výsledky používají, i pro konkrétní využití pro řídicí, organizační a evidenční činnost rehabilitačního pracoviště.

Klíčová slova: počítače – operační a paměťové možnosti – počítačové jazyky.

Převratný rozvoj vědy a techniky zasahuje dnes prakticky do všech oborů lidské činnosti – zdravotnictví nevyjímaje. Zaváděním nových metod do léčebné rehabilitace, v tomto případě výpočetní techniky, se snažíme udržet krok se společenskými potřebami v oblasti elektronizace.

Na oddělení ergoterapie našeho ústavu jsme si vytvořili podmínky pro zavedení výpočetní techniky zakoupením v ČSSR dostupných osobních mikropočítačů, které využíváme v cílené ergoterapii. Pacienti mají k dispozici 4 počítače SHARP MZ 821 (další 2 používá vedení ústavu) a jeden počítač ATARI 800 XL.

Samotný osobní počítač vypadá jako psací stroj; má klávesnici pro komunikaci s vlastním počítačem a uvnitř skrývá složitou mikroelektroniku, která umožňuje jednak ukládání dat do počítače, jednak manipulaci s daty – např. třídění dat, matematické, grafické či početní manipulace s nimi a ukládání těchto dat do paměti. Velikost – rozsah neboli obsah vnitřní paměti počítače – je jedním z faktorů určujících kvalitu, možnost využití a také cenu počítače. Druhým faktorem ovlivňujícím tyto vlastnosti je použitý mikroprocesor, na němž je závislý rozsah a rychlost prováděných operací. Do paměti počítače se vkládá jednak program, který počítači dává příkazy, jaké úkony má provádět, jednak data neboli údaje, s nimiž má počítač provádět úkony dané vloženým programem. Část příkazů a operací je do počítače vložena napevno, což znamená, že jsou k dispozici hned a vždy po jeho zapnutí. Druhá část příkazů a operací se musí do počítače pro každé použití vkládat, protože vypnutím počítače (tedy odpojením od zdroje elektrického proudu) se z paměti vymaže. To je zdánlivá nevýhoda, protože právě tato část paměti umožňuje použít počítač pro nejrůznější účely, např. pro aritmetické či geometrické výpočty a funkce, pro grafické funkce, pro různé manipulace s vloženými údaji, pro grafiku včetně použití omezeného počtu barev a jejich kombinací, pro registraci času včetně řízení vybraných operací ve stanovené době

a posloupnosti, pro výrobu tónů, šumů a jiných zvuků nebo pro tvorby různých znaků a obrazů včetně písmen. Počítač s příslušným programem a přídatnými zařízeními se dá použít např. jako psací nebo kreslicí stroj, hudební nástroj, hodiny, budík či časové zařízení ovládající některé další přístroje nebo jako běžně známá kalkulačka.

- Využití konkrétního počítače s jeho operačními i paměťovými možnostmi je závislé:
- na znalostech a zkušenostech operátora – tedy člověka, který s počítačem pracuje,
 - na druhu či množství programů pro konkrétní počítač – což se nazývá anglickým výrazem SOFTWARE,
 - na periferních zařízeních, t.j. vstupech a výstupech počítače – což se nazývá HARDWARE.

Vstupem do počítače je jednak klávesnice, pomocí které se dávají počítači různé příkazy, které počítač buď přímo ihned provádí, nebo je ukládá do paměti a provádí je až po zadaném povelu. Dále se do počítače pomocí klávesnice vkládají data – tedy údaje, s nimiž má počítač provádět různé příkazy a operace. Dalším stupem do počítače je magnetofon, z něhož je možné do paměti počítače nahrát soubory příkazů – tedy určitý program a soubory dat. V některých počítačích, např. v našich počítačích SHARP MZ 821, je již magnetofon zabudován, jiné počítače – např. k našemu ATARI 800 XL – mají magnetofon zvlášť. V podstatě je možné použít jakýkoliv magnetofon, ale jeho připojení vyžaduje další technické zařízení, převodník – anglicky INTERFACE, které je podmínkou pro připojení konkrétního periferního zařízení ke konkrétnímu počítači. Jednoduchým povelům např. z klávesnice centrální jednotky počítače se údaje (tj. programy a data) z magnetofonové pásky nahrají do paměti počítače. Jiným povelům je naopak možné nahrát programy a data na magnetofonovou pásku. Tím jsou programy a data trvale uloženy na pásece a mohou se z ní přehráním kdykoliv zpětně do paměti počítače vložit. Ukládání údajů z paměti počítače na pásku – neboli na vnější paměť – je už jedním z příkladů výstupu počítače. Nahrávání na magnetofon či přehrávání z něj je poměrně pomalé, je ovlivněno rychlostí magnetofonu a hustotou ukládaných informací. Je také jednosměrné, to znamená, že nahrávat nebo přehrávat můžeme jen v tom pořadí, jak jsou tyto údaje uloženy na magnetické pásece, a také program nebo data, neboť obojí současně musíme nahrát nepřerušeně v jednom bloku – tj. od začátku až do konce. Kapacita ukládání údajů na pásku je vždy (a zvláště u těchto osobních počítačů) větší, než je vnitřní paměť počítače, na což musíme brát ohled. Jakmile je program rozsáhlejší, než je paměť počítače, způsobí zastavení počítače po obsazení celé jeho paměti; s neúplným programem nelze pracovat. Při určitém režimu práce s počítačem můžeme mít vloženo na pásece či na jiném zařízení pro zápis do vnější paměti více údajů, než si může uložit počítač do vnitřní paměti, pak ale musíme použít takový program, který údaje z pásky jen čte a do své paměti si ukládá jen některé z nich. Tento režim programů či práce s počítačem se používá zvláště při práci s disketovými jednotkami. Na disketách může být uloženo mnohonásobně více údajů a také komunikace (čili přenos dat) mezi počítačem a disketovou jednotkou je neporovnatelně rychlejší, prakticky vteřinový. Disketová jednotka je tedy dalším možným vstupem a právě tak i výstupem počítače. Diskety jsou různě velké, s různou možností hustoty a rychlosti záznamu, jednostranné nebo oboustranné; vzhledem připomínají gramofonovou desku. Disketová jednotka může být zabudována v centrálním počítači, nebo může být připojena jako samostatné periferní zařízení. Mluvíme o počítačích, které se dnes už nenazývají osobními, ale školními, protože ve srovnání s tím, co se dnes ve světě nazývá osobními počítači, jsou tyto počítače jen primitivní pomůckou pro výuku práce s počítačem. Zopakujme si tedy doposud popsané vstupy:

- klávesnice,
- magnetofon,
- disketová jednotka.

Dalším vstupem, tedy zařízením, kterým je možné komunikovat s počítačem, je JOYSTICK, což je pákové, kulové, tlačítkové nebo jinak kombinované zařízení, kterým můžeme dávat omezený počet příkazů zasahujících do konkrétního programu uloženého v počítači. Práce s nimi je jednodušší než ovládání programu z klávesnice.

Základním výstupem je obrazovka – monitor, na kterém můžeme teprve kontrolovat to, co do počítače klávesnicí vkládáme, co je uloženo v paměti počítače nebo výsledky toho, co počítač podle vložených příkazů provede. K nejjednodušším počítačům je možno připojit běžný televizní přístroj, černobílý nebo barevný, propojením vývodu z počítače na anténní vstup televizoru. Některé televizory a všechny speciální počítačové monitory mají takzvaný videovstup, kterým se přenáší nízkofrekvenční signál. Současné televizory mají podstatně menší rozlišovací schopnost než počítače, takže zobrazený text, grafika či barva nejsou tak kontrastní, jako je tomu u speciálních počítačových monitorů. Některé počítače, např. SHARP, mají vlastní reproduktor zvuku, takže s monitorem stačí propojit jen obrazový signál. Dalším výstupním periferním zařízením je tiskárna nebo jiné grafiku zaznamenávající zařízení (plotter). Tiskáren je mnoho typů, lišících se možnostmi, způsobem i kvalitou zápisu. Také připojení tiskárny vyžaduje převodník – INTERFACE a většinou i program, který umožňuje komunikaci počítače s tiskárnou. Nejjednodušší je zakoupit od výrobce rovnou celý komplet, tj. centrální jednotku a vstupní a výstupní zařízení, čímž odpadá starost o jejich výběrem a propojením. Většinou je možné si koupit i základní nebo speciální programově vybavení. Je třeba připomenout, že centrální jednotka nejjednodušších počítačů, tedy to, co laicky nazýváme počítačem, je relativně levná, zatímco cena periférií je mnohonásobně vyšší.

Ale vraťme se k našemu momentálnímu vybavení. Počítače Sharp MZ 821 mají zabudovaný – a tedy i pevně propojený – magnetofon, videovýstup pro monitor a anténní výstup pro televizor. Používáme černobílé televizory Merkur nebo barevný televizor Tesla-Oravan, které jsou velikostí obrazovky a tím i potřebnou malou vzdáleností klávesnice a obrazovky vhodné z hlediska zraku. Máme dva JOYSTICKY, které jsou použitelné bez úprav pro oba typy našich počítačů. K počítačům Sharp máme připojenou tiskárnu Videoton 21 200, jejíž propojení (Interface) nám zhotovili přátelé z Tesly Lanškroun, a nově zakoupenou barevnou grafickou tiskárnu PLOTTER MZ – 1P16. Počítač Atari 800 XL má speciální externí magnetofon XC 12 a máme k němu originální malý zapisovač Atari 1020. Oba druhy počítačů mají paměť 64 KB, což umožňuje uložit v ní asi 64 000 znaků (např. písmen).

Komunikace s počítačem vyžaduje znalost některého z počítačových jazyků (Basic, Pascal, Logo, Fortran, Cobol atd.), které obsahují jednak povely pro práci s počítačem, jednak výrazy, kterými počítač komunikuje s jeho uživatelem. Bohužel tyto programy nejsou unifikované, takže např. Basic používaný pro jeden počítač se liší od Basicu počítače nejen jiné značky, ale dokonce i jiného typu počítače téže firmy, nebo jeden počítač může používat i více druhů jazyka Basic různě obsáhlých. Některé počítače, např. náš Atari, mají již svůj Basic zabudovaný v pevné vnitřní paměti a 64 KB paměti zůstává k dispozici k práci s počítačem. Do jiných počítačů, např. Sharp, se musí komunikační jazyk napřed nahrát. Tím se obsadí značná část inzerované vnitřní paměti. Totéž platí i pro počítač Atari, pokud bychom s ním chtěli pracovat v jiném

programovacím jazyku. Profesionální programy jsou psány ve strojovém kódu, který je z hlediska obsazení paměti méně náročný. Pro práci s určitým programem je tedy nutné znát, v jakém jazyku či režimu je nahrán, a podle toho je třeba počítač pro nahrání programu připravit. Většinou je nutné mít k programu též instrukce, které obsahují informace o tom, co program dovede a jakou technikou se s ním pracuje.

Pro koho používáme počítače v Rehabilitačním ústavu v Kladrubech v rámci léčby prací?

1. Jako předpracovní rehabilitaci těch pacientů, kteří s počítači profesionálně pracovali, a to nezávisle na momentálním či konečném postižení pacienta.
2. Jako zájmovou činnost pro pacienty, kteří již používali počítače v rámci svých zálib na různé úrovni znalostí, zkušeností či vybavení.

Obě tyto skupiny již práci s počítači znají, většinou ale pracují převážně s počítači jiných typů, takže je musíme seznámit s ovládním našich počítačů.

Je třeba si připomenout, že práce s počítačem může být kvalifikačně velmi rozdílná – od vysoce kvalifikované práce programátorů, oživovatelů programů (tedy tvůrců SOFTWARE čili programového vybavení); odborníků na opravy, úpravy a propojení počítačů a jejich příslušenství (tedy odborníků pro HARDWARE) až po běžné uživatele hotových programů – operátory, kteří buď jen vkládají např. prostřednictvím klávesnice do paměti vstupní údaje (což je práce na úrovni zdatné a hlavně pozorné písáčky), nebo kontrolují vložené údaje z hlediska jejich správného zapsání, nebo pracují již s vloženými programy a daty, dělají z nich zápisy, výpisy nebo i složitější analýzy. Nejjednodušším – a tak trochu vedlejším – využitím počítačů je hraní různých her, k němuž stačí jen seznámit se s principem hry a jejím ovládním.

3. Používáme počítače pro ty, kteří se chtějí seznámit s principy a možnostmi využití této techniky, a to za účelem jen všeobecné či rámcové informace, nebo při detailnějším zájmu je učíme pracovat s počítačem na různé úrovni, a to třeba i za účelem nového pracovního uplatnění. Zájem je i u některých pracovníků, kteří sice s výpočetní technikou přímo nepracují, ale používají její výsledky. Pro vzájemnou spolupráci je totiž důležité, aby např. vedoucí pracovník věděl, co mu může počítač udělat přesněji, snadněji, rychleji a přehledněji; jaké mu musí dodat požadavky a vstupní údaje; co počítač neumí nebo to, co je pro zpracování na počítači náročné či neúčelné, protože je to možné s menšími nároky provést jiným způsobem.
4. Používáme počítače pro ty, kteří s obsluhou programů – nejčastěji her – potřebují cvičit motoriku – např. koordinované jemné a cílené pohyby prstů nebo i náhradních úchopů, vytrvalost v určité pracovní poloze (nejčastěji je to vsedě) a především pak psychiku. Hry trénují schopnost soustředění pozornosti, rychlost reakce na známé i neznámé podněty, periferní vidění, koordinaci psychiky a motoriky, respektive cvičí celý složitý reflexní oblouk od zaregistrování, přijetí a zpracování podnětu přes rozhodnutí o reakci a provedení této reakce včetně kontroly rychlosti, správnosti rozhodnutí a konkrétního efektu.
5. Můžeme používat speciální programy pro psychologické i psychomotorické testy včetně jejich automatického, okamžitého a registrovaného vyhodnocení. Jiné programy mohou sloužit k nácviku i testování v rámci léčebné rozumové výchovy. Použitelné bez úprav či s úpravami jsou programy např. pro výuku v základech aritmetiky a k práci s množinami. Dále to mohou být zkušební programy ze zeměpisu, z dějepisu či testy z jakékoli jiné oblasti. Těchto programů může být mnoho a umožňují i samostatný a individuálně rychlý trénink afatika nebo několika afatiků současně (každý pracuje na svém počítači) včetně vyhodnocení úspěšnosti. To vše samozřejmě jako doplněk individuální práce logopeda.

6. Můžeme práci (respektive hraní) s počítači využít jako léčbu zaměstnáváním, tak jak to známe z komerčně používaných videoher.

Máme-li v našem rehabilitačním ústavu tuto techniku, můžeme ji využít i pro vlastní potřeby: například pro přehled o pracovnících, přehled o mzdách, k výpočtu výkonostních odměn, k počítání různých statistik, sestavování výsledkových listin u různých soutěží a podobně. V rámci léčby prací můžeme do těchto činností zapojit i v této oblasti pokročilejší pacienty a v neposlední řadě se s touto technikou mohou učit zacházet i pracovníci ústavu, kterým její využití může usnadnit práci.

Využití ve zdravotnictví i v rehabilitaci se prakticky nedá ani vyjmenovat. Záleží samozřejmě na tom, jaká technika je k dispozici, jaké máme odborníky pro práci s ní a jak jsou ostatní pracovníci schopni a ochotni s nimi spolupracovat. Naše technika je zatím velice primitivní. Také se s ní teprve učíme sami zacházet. Chceme však zachytit vývoj techniky a být na něj připraveni. Vždyť výpočetní technika je příležitostí pro životní uplatnění, ať již formou zájmové, nebo výdělečné činnosti, i pro nejvíce postižené pacienty. Není problém, aby tuto kvalifikovanou a společensky potřebnou práci vykonávali třeba i doma buď na vlastním, či zapůjčeném osobním počítači, nebo jen na terminálu spojeném s centrálním počítačem. Tato technika může být pro ně zdrojem zábavy, poučení i výděлку.

LITERATURA

1. BLATNÝ, J. et al: Číslicové počítače. Praha, SNTL, 1982, 496 s.
2. DLABOLA, Fr., STARÝ, J.: Systémy s mikroprocesory a přenos dat. Praha, NADAS, 1986, 524 s.
3. HAVLÍČEK, M.: Elektronika v národním hospodářství. Praha, SNTL, 1985, 320 s.
4. a 5. MINIHOFFER, O., KRATOCHVÍLOVÁ, J.: Anglicko-český a Česko-anglický slovník výpočetní techniky. Praha, SNTL, 1987, 496 a 336 s.
6. ŽELEZNÝ, V.: Labyrinty pro elektrony. Praha, NADAS, 1986, 184 s.
7. Speciální literatura firem a klubů Sharp a Atari.

Adresa autorky: M. K., Rehabilitační ústav, 257 62 Kladruby u Vlašimi

М. Кржидова, В. Кржиж, Й. Беран

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРОВ В ЭРГОТЕРАПИИ

Резюме

Работники Института восстановительного лечения в г. Кладрубы дают основные сведения о компьютерах для эрготерапевтов. В дальнейшем они описывают собственный опыт с использованием компьютеров Sharp MZ 821 и Atari 800 XL в лечении трудом. Компьютеры применяются в дотрудовой реабилитации и для тренировки в работе с ними больных, которые вернутся к работе с вычислительной техникой, для обучения работе с компьютером больных со стойким тяжелым последствием, для которых эта новая квалификация может стать трудовым и жизненным самоутверждением, далее для заучивания психомоторных реакций больных, включая их автоматическую оценку с возможностью самоконтроля и для углубления осведомленности в вопросах вычислительной техники и коммуникации между теми, кто ее обслуживает и теми, кто пользуется ее результатами, равно как для конкретного использования в руководящей, организационной и учетной деятельности института восстановительного лечения.

M. KRÍŽOVÁ, V. KRÍŽ, J. BERAN / VYUŽITÍ OSOBNÍCH POČÍTAČŮ V RÁMCI ERGOTERAPIE

M. Krížová, V. Kríž, J. Beran

THE USE OF COMPUTERS IN ERGOTHERAPY

Summary

The workers of the Institute for Rehabilitation in Kladruby present in this contribution basic information about computers for ergotherapists. They describe their experiences with the use of the computer SHARP MZ 821 and ATARI 800 XL in ergotherapy. The computers are used for pre-ergotherapeutic rehabilitation and training of work in patients who are to return to work with computer technique, for ergotherapy with computers in patients with more severe and persistent consequences for whom this new qualification means personal and working selfrealization. They are also applied for training of psychomotoric reactions in patients and their automatic evaluation, also with possibilities of selfcontrol and better information about computer technique and communication between their operators and those who use the results; for the factual application of control, organizational and evidence activity of the rehabilitation working place.

M. Krížová, V. Kríž, J. Beran

DIE NUTZUNG VON EDV-ANLAGEN IM RAHMEN DER ERGOTHERAPIE

Zusammenfassung

Mitarbeiter der Rehabilitationsanstalt in Kladruby (Rehabilitační ústav v Kladrubech) vermitteln grundlegende Information über EDV-Anlagen für Ergotherapeuten. Anschließend stellen sie ihre eigenen Erfahrungen mit der Nutzung von EDV-Anlagen der Marken Shapr MZ und Atari 800 XL bei der Arbeitstherapie dar. Sie nutzen die Rechner sowohl für die der Ergotherapie vorausgehende Rehabilitationsbehandlung als auch für das Arbeitstraining der Patienten, die zur Arbeit mit EDV-Anlagen zurückkehren sollen, ebenso wie für die Arbeit mit EDV-Anlagen bei Patienten mit ernsteren dauernden Schäden, für die diese neue Qualifikation ein Mittel zur Selbstverwirklichung in der Arbeitstätigkeit und im gesamten Leben werden kann, aber auch für die Einübung von psychomotorischen Reaktionen der Patienten einschließlich deren automatischer Auswertung mit der Möglichkeit der Selbstkontrolle und zwecks besserer Informiertheit über die EDV-Technik und der Kommunikation zwischen denen, die diese Technik bedienen, und denen, die die Ergebnisse nutzen, und schließlich auch für die konkrete Nutzung dieser Ergebnisse für die Leitungs-, Organisations- und Registrationstätigkeit der Rehabilitationsanstalt.

M. Krížová, V. Kríž, J. Beran

APPLICATION DES ORDINATEURS DANS L'ERGOTHÉRAPIE

Résumé

Le personnel médical de l'Institut de réadaptation à Kladruby présente les informations fondamentales sur les ordinateurs destinés aux ergothérapeutes. Il mentionne ses propres connaissances dans l'application de l'ordinateur Sharp MZ 821 et Atari 800 XL dans le traitement par le travail. Il utilise les ordinateurs pour la réadaptation appliquée avant le travail et l'entraînement au travail des patients qui retourneront travailler avec la technique de calcul, pour exercer le travail avec l'ordinateur, affectés de troubles durables graves pour qui cette nouvelle qualification peut être une autoréalisation vitale et de travail, pour l'exercice des réactions psychomotrices des patients y compris leur prise automatique avec les possibilités du contrôle par soi-même et l'amélioration de la mise au courant sur la technique de calcul et la communication entre ses agents de service et les usagers des résultats et pour l'application concrète à l'activité dirigeante, organisatrice et évidente du champ d'activité.

NAŠE ZKUŠENOSTI S EXPERIMENTÁLNÍ LÉČBOU V LÁZNÍCH MŠENÉ

H. HLADOVÁ, B. ŠESTÁKOVÁ, B. CHARVÁTOVÁ

*Rehabilitační oddělení fakultní nemocnice FN KÚNZ, Plzeň
Přednosta: dr. Václav Jiroušek*

Souhrn: V předložené práci se autor zabývá problematikou pacientů s vertebrogenním onemocněním. Od roku 1986 bylo ze Západočeského kraje posláno do experimentální lázeňské léčby ve Mšeném 71 nemocných. U všech pacientů byly zhodnoceny svaly zkrácené a oslabené podle svalového testu dle Jandy před a po absolvování lázeňské léčby. Autor sleduje subjektivní i objektivní výsledky léčby a zabývá se otázkou vlivu této léčby na snížení pracovní neschopnosti a nároků na farmakoterapii.

Klíčová slova: vertebrogenní algický syndrom – svalový test – pohybová léčba.

Onemocnění páteře se pro častý výskyt a dlouhodobou pracovní neschopnost stalo nejen společenským, ale i ekonomickým problémem. Tyto důvody vedly k zahájení experimentu v lázních Mšene, kam jsou posíláni pacienti z různých krajů s chronickým vertebrogenním algickým syndromem.

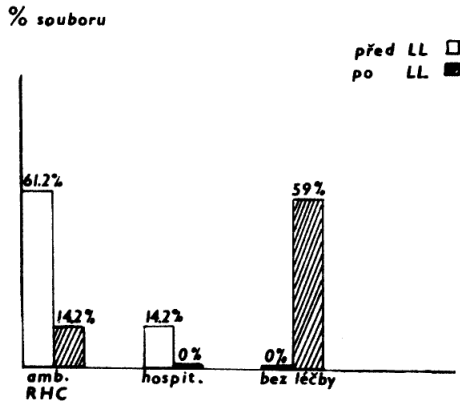
Hlavním cílem léčebného zaměření v těchto lázních je přebudování špatných motorických stereotypů a ovlivnění svalových dysbalancí. Největší důraz je kladen na léčebnou tělesnou výchovu, využívá se řady podpůrných vodoléčebných procedur a malé uplatnění nachází i léčba manipulační a mobilizační.

Charakteristika souboru

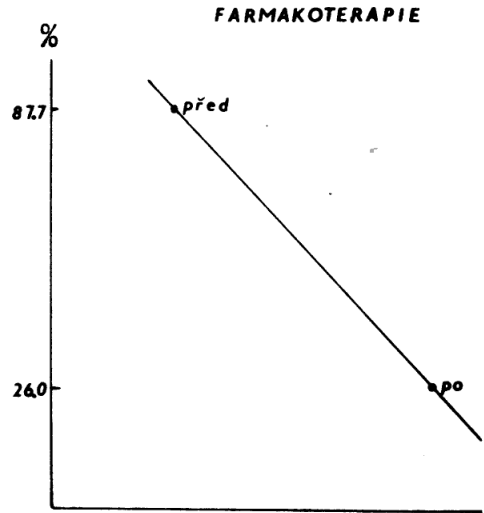
Lázeňskou léčbu v Mšeném absolvovalo od roku 1986 do roku 1988 71 pacientů ze Západočeského kraje. V tomto souboru bylo 83 % žen a 17 % mužů ve věku od 20 do 55 let. Kontrolní vyšetření bylo provedeno do 6 měsíců po absolvování lázeňské léčby. K tomu vyšetření se dostavilo 40 žen a 9 mužů, což bylo celkem 68,9 % léčených pacientů. Při kontrolním vyšetření jsme hodnotili stejné parametry jako při vyšetření vstupním. Navíc jsme provedli psychologické vyšetření těch pacientů, u nichž lázeňská léčba byla bez efektu. Podrobně jsme se zabývali otázkou profese, způsobu léčení před a po lázeňské léčbě, efektu lázeňské léčby na pokles farmakoterapie a sledovali jsme vliv lázeňské léčby na vývoj pracovní neschopnosti. V druhé části této práce jsme opakovaným hodnocením svalového testu dle Jandy objektivizovali stav pacienta před a po léčbě.

Výsledek

Jeden rok před nástupem do lázeňského léčení se 61,2 % pacientů opakovaně léčilo na rehabilitačním oddělení FN v Plzni, 14,2 % bylo hospitalizováno na rehabilitačním oddělení či neurologické klinice FN a 24,4 % nemocných bylo léčeno obvodním lékařem. Po skončení lázeňské léčby



Obr. 1.



Obr. 2.

bylo po půlroční kontrole 59 % nemocných bez léčby, 14,2 % léčeno ambulantně na rehabilitačním oddělení, 26 % užívalo občas analgetika (obr. 1).

Z ekonomického hlediska byl důležitý údaj o medikamentózní léčbě. Před nástupem do lázní 87,7 % pacientů užívalo léky, po skončení lázeňské léčby pouze nárazově 26 % (obr. 2).

Pracovní neschopnost v období jednoho roku před nástupem do lázní udalo až 73,5 % pacientů, po skončení lázeňské léčby během půl roku bylo v pracovní neschopnosti pouze 14,3 %. Dosti podrobně jsme se zabývali i otázkou profese. 67,2 % nemocných udávalo práci převážně v sedě, 14,2 % těžkou manuální práci, 18,3 % práci se střídáním poloh. Nevhodnou polohu během pracovního procesu uvedlo 71,4 % pacientů. Sedavý způsob zaměstnání, který často zhoršoval obtíže pacienta, bohužel nezlepšila ani momopracovní pohybová aktivita (obr. 3).

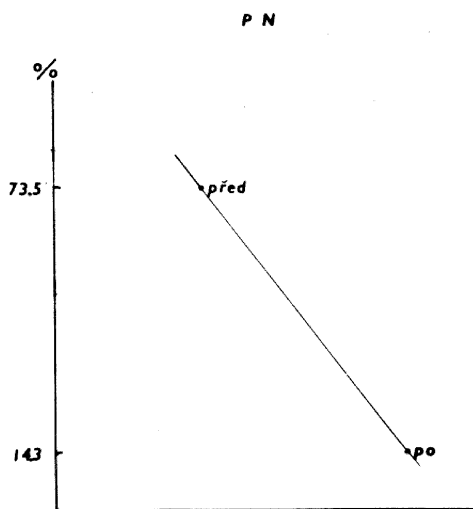
Před nástupem do lázní individuálně cvičilo pouze 32,5 % pacientů, po absolvování lázeňské léčby cvičilo denně či 2 – 3x týdně až 81,5 % pacientů. Tento ukazatel se zobrazil i při hodnocení svalového testu (obr. 4).

Před nástupem do lázní jsme provedli u každého pacienta svalový test dle Jandy, třemi stupni (0 – 2) jsme zhodnotili svaly zkrácené a oslabené, pohyblivost páteře jsme měřili známými zkouškami. Soubor 49 pacientů jsme rozdělili na 2 skupiny. První skupina byla zastoupena pouze pacienty s vertebrogenním algickým syndromem v počtu 20 žen a 3 mužů. Do druhé skupiny, kterou tvořilo 21 žen a 5 mužů, jsme zařadili nemocné s pseudoradikulárním syndromem a pacienty s kořenovým syndromem, převážně s kořenovou iritací S1 či L5. Pacienty z obou skupin jsme zařadili do horního a dolního zkříženého syndromu a do syndromu vrstvého. V obou skupinách převážoval syndrom vrstvý. První kontrola svalového testu byla provedena přímo po skončení lázeňské léčby a druhá s půlročním odstupem.

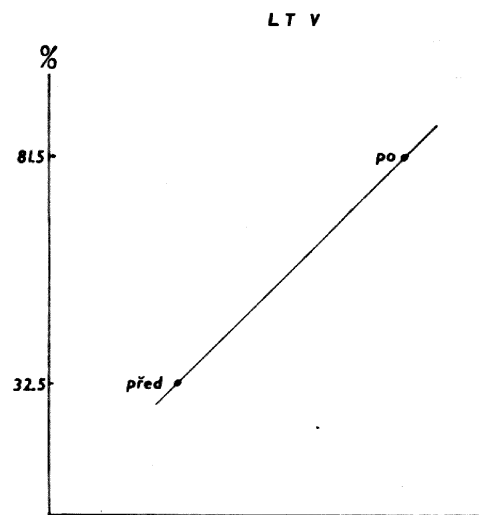
Po skončení lázeňské léčby došlo u pacientů s vertebrogenním algickým syndromem při hodnocení svalového testu v 95,6 % ke zlepšení, 4,3 % nemocných efekt lázeňské léčby neudávalo.

Po půlroční kontrole trvalo zlepšení u 91,3 % pacientů, 2 pacienti, tj. 8,6 % zůstali nezlepšení. Ve druhé skupině po skončení lázeňské léčby bylo zlepšeno 96,2 % nemocných, nezlepšen pouze jeden pacient. Po půlroční kontrole zlepšení trvalo u 92,3 % nemocných, v 7,6 % efekt léčby nebyl prokázán.

H. HLADOVÁ, B. ŠESTÁKOVÁ, B. CHARVÁTOVÁ / NAŠE ZKUŠENOSTI S EXPERIMENTÁLNÍ LÉČBU V LÁZNÍCH MŠENÉ



Obr. 3.



Obr. 4.

Z výsledku vyplývá, že nebyl významný rozdíl v efektu léčby mezi pacienty s vertebrálním algickým syndromem a pacienty s kořenovým syndromem a syndromem pseudoradikulárním. Z celkového počtu 49 pacientů se zlepšilo 45 pacientů, tj. 91,8 %, bez efektu na lázeňskou léčbu byli 3 pacienti, tj. 6,1 %. Tito tři pacienti byli pozváni na psychologické vyšetření. Dostavili se dva – muž 48 let, dělník, žena 43 let, zemědělská dělnice. U obou pacientů byla prokázána špatná neurotická adaptabilita na jakékoliv změny. Oba uvedli, že jsou přecvičení leváci, což potvrdila i zkouška laterality. Jejich vztah k pohybovým aktivitám byl ambivalentní. Psychologické vyšetření potvrdilo sníženou schopnost zácviku v motorických činnostech. Při náročnějších problémových situacích reagují regresivními formami chování. Osobní tempo obou je bradypsychické. Neurologické i psychologické vyšetření diagnostikovala suspektní MBD vývoj. V našem sledovaném souboru 49 pacientů se objevila skupina 7 sledovaných, tj. 14,2 %, kteří i nadále uváděli při kontrolním vyšetření subjektivní somatické obtíže, zvýšenou unavitelnost a nižší osobní tempo. Tito pacienti v dotazníku uvedli, že necvičí vůbec, či cvičí nepravidelně. Na základě dotazníkové metody jsme se zabývali fenomény, o kterých předpokládáme, že mohou uvlivnit homeostázu jedince. Podstatným znakem pro nás byl jejich osobní vztah k pohybovým aktivitám, způsob trávení volného času, sociální adaptabilita, aktuální osobní problémy. Vztah k pohybovým aktivitám u našich 7 sledovaných pacientů byl následující: většina z nich nikdy neprovozovala žádnou sportovní činnost, ve školním věku měli negativní vztah k základní tělesné výchově. Dále jsme zjistili, že v naší malé sledované skupině převažují přecvičení leváci – celkem 5 pacientů, kteří udávali i nižší úroveň své jemné motoriky. Z uvedeného sledování pro nás vyplynulo, že tito pacienti jsou celkově pohybově méně zdatní, což se manifestuje v nižší adaptabilitě na nové pohybové stereotypy. Vyhýbali se činnostem, které kladou zvýšené nároky na jejich psychomotorické funkce.

Dále jsme se zabývali tím, jak tito problémoví jedinci tráví svůj volný čas. Opět pře-

H. HLADOVÁ, B. ŠESTÁKOVÁ, B. CHARVÁTOVÁ / NAŠE ZKUŠENOSTI S EXPERIMENTÁLNÍ LÉČBU V LÁZNÍCH MŠENÉ

važuje pasivní odpočinek s převahou sezení. Za důležitý fenomén, který přispívá k celkové rovnováze člověka, jsme považovali jeho sociální adaptabilitu a komunikaci. Ve sledované skupině tři čtvrtiny pacientů udávají obtíže v sociálních kontaktech a nejsou spokojeni se svou sociální pozicí.

Jako poslední jsme sledovali aktuální problémy těchto pacientů. Dominují rodinné a partnerské disproporce, pak následují zbytečné obavy o vlastní zdravotní stav. Řešení náročnějších osobních situací zvyšuje senzitivitu pacienta a nelze vyloučit jejich agravaci do somatických obtíží. Vybrané sledované znaky u problémové skupiny se zdají být signifikantní pro úspěšnou aplikaci léčebné tělesné výchovy u chronických algických syndromů. Otevřená zůstává otázka pacientů s MBD vývojem a diferencované rehabilitační péče o ně.

Z á v ě r

Význam této novým směrem zaměřené lázeňské léčby spatřujeme především v tom, že většina pacientů se naučila cvičit pravidelně. Tím dochází k zpevnění svalového korzetu. Tato lázeňská léčba vede k významnému snížení počtu pracovních neschopností a k snížení nákladů na farmakoterapii. Značný význam má i zlepšení psychického stavu pacienta.

Adresa autorky: H. H., Gerská 14, Plzeň

Е. Гладова, В. Шестакова, В. Харватова
НАШ ОПЫТ С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ НА КУРОРТЕ
МШЕНЕ

Резюме

В настоящей статье авторы занимаются проблематикой больных с вертеброгенным заболеванием. С 1986 г. из Западочешской области для курортной терапии в г. Мшене был отправлен 71 больной. У всех больных оценивались сокращенные и ослабленные мышцы по мышечной пробе Янды до и после прохождения курортного лечения. Автор следит за субъективными и объективными результатами лечения и занимается вопросом о влиянии последнего на снижение нетрудоспособности и требования к фармакотерапии.

H. Hladová, B. Šestáková, B. Charvátová
EXPERIENCES WITH EXPERIMENTAL THERAPY IN SPA MŠENÉ

Summary

In the presented paper the authors discuss the problems in patients with vertebrogenic diseases. Since the year 1986 71 patients have been sent from the region of Western Bohemia for treatment to Spa Mšené. In all patients contracted and weakened muscles were evaluated according to the Janda test before and after spa treatment. The authors investigated subjective and objective results of the spa treatment and were also considering the question of the influence of therapy on a decreased working incapacity and needs of pharmacotherapy.

H. HLADOVÁ, B. ŠESTÁKOVÁ, B. CHARVÁTOVÁ / NAŠE ZKUŠENOSTI S EXPERIMENTÁLNÍ LÉČBU V LÁZNÍCH MŠENÉ

H. Hladová, B. Šestáková, B. Charvátová
UNSERE ERFAHRUNGEN MIT EINER EXPERIMENTELLEN
BEHANDLUNG IM KURBADEORT MŠENÉ

Zusammenfassung

Im vorliegenden Beitrag wird die Problematik der Behandlung von Patienten mit vertebrogenen Erkrankungen besprochen. Seit dem Jahre 1986 wurden 71 Patienten aus dem Westböhmisches Bezirk zwecks experimenteller Baderkurbehandlung nach Mšené eingewiesen. Bei allen Patienten wurden die verkürzten und geschwächten Muskeln gemäß dem Janda-Test vor der Baderkur und nachher getestet. Im Beitrag werden die subjektiven und objektiven Ergebnisse der Kurbehandlung zusammengefaßt und gewertet, unter besonderer Berücksichtigung der Auswirkung dieser Therapie im Sinne der Herabsetzung der Arbeitsunfähigkeitsrate und der Einschränkung des Bedarfs an Pharmakotherapie.

H. Hladová, B. Šestáková, B. Charvátová
NOS EXPÉRIENCES AVEC LE TRAITEMENT EXPÉRIENTAL
À L'ÉTABLISSEMENT DE CURE DE MŠENÉ

Résumé

Dans le travail présenté l'auteur s'occupe de la problématique des patients affectés de troubles vertébrogènes. A partir de 1986 71 patients du district tchèque occidental ont été soumis au traitement expérimental de cure à Mšené. Chez tous les patients on a procédé à l'évaluation des muscles raccourcis et affaiblis d'après le test musculaire selon Janda avant et après le traitement à l'établissement de cure. L'auteur suit les résultats de traitement subjectifs et objectifs et s'occupe de la question de l'effet de ce traitement sur la réduction de l'incapacité de travail et la prétention à la pharmacothérapie.

JOHN HARRISON SEVERE PHYSICAL DISABILITY

Ťažká telesná disaptibilita

London, Cassell Educational Limited, 1987

Prof. Harrison je autorom riportu The young disabled adult, ktorý vyšiel pod egidou Royal College of Physicians, pričom pod „mladými postihnutými dospelými“ sa myslia osoby, ktoré ešte nedosiahli vek starobného dôchodku. Prakticky to znamená vekovú skupinu od 16 do 64 rokov. Podtitul knihy Odpovede na výzvy, ktoré nám kladie starostlivosť je už vlastne aj programom: autor v nej fundovane, na základe širokého vlastného výskumu, ale i podrobnej znalosti literatúry (pravda, publiko-

vanej iba v anglickom jazyku) podáva súčasný stav, ktorý vo Veľkej Británii nachádzame na poli dlhodobej starostlivosti o postihnutých.

Situácia je komplikovaná aj tým, že vo Veľkej Británii okrem Národnej zdravotnej služby existuje ešte celý rad organizácií a inštitúcií, majúcich v programe pomoc chronicky chorým, a ich názory a metódy sa niekedy dosť rozchádzajú. Autorovo stanovisko je jasné: dlhodobá či trvalá inštitucionalizácia by sa mala realizovať len v krajných prípadoch, inak je

aj sociologicky a psychologicky výhodnejšia niektorá z iných foriem, a najmä ponechanie i pomerne ťažko postihnutej osoby vo vlastnom životnom prostredí, vlastnom byte či miestnosti. Pritom aj zdravotníctvo, aj lokálne štátne i súkromné ustanovizne výdatne pomáhajú jednak pri adaptácii budovy (odstránenie schodov a pod.), jednak sústavnou návštevou službou. Kniha obsahuje veľmi mnoho stručných a výstižných kazuistik, ktoré dokumentujú význam psychosociálnej zložky pre zdravotný stav a stupeň sebestačnosti pacienta, presnejšie povedané – postihnuteho.

Autor samozrejme podáva aj prehľad o historickom vývoji tohto aspektu britského zdravotníctva, o rôznych regionálnych stratégiách na jeho zvládnutie, o štatistických údajoch po-

stihnutých populačných skupín a o časových trendoch. Končí sériou veľmi konkrétnych odporúčaní na organizačné opatrenia a náčrtom kurzu výučby tzv. „disability medicine“; tomuto výrazu dáva prednosť pred trošku inak zameranou „rehabilitáciou“.

Aj keď kniha vychádza z konkrétnych podmienok britského zdravotníctva a jeho špecifických črt, obsahuje mnoho podnetných nálezov, názorov a i ľudsky zaujímavých ilustrácií, takže bude prínosným čítaním aj pre „kontinentálnych“ organizátorov zdravotníctva, špecialistov pre rehabilitáciu a sociálnych pracovníkov starajúcich sa o telesne postihnutých jedincov pred dôchodkového veku.

doc. R. Štukovský, Bratislava

F. M. WUKETITS
CHARLES DARWIN
München, Zürich, Piper Verlag, 1987
ISBN 3-492-15261-9

Franz M. Wuketits je profesorom viedenskej a grazkej univerzity pre teóriu vedy s akcentom na biologické vedy. Napísal celý rad publikácií, jedna z jeho posledných venuje pozornosť osobnosti Charlesa Darwina, zakladateľa evolučnej teórie. Táto evolučná teória prešla taktiež svojím vývojom, v súčasnosti predstavuje konkrétny pohľad na človeka ako reťaz evolučných procesov. Nie vždy to tak bolo. Našli a aj v súčasnosti sa nachádzajú priaznivci tejto teórie, práve tak ako je dostatok tých, ktorí ju odmietajú. Historickým protagonistom bol Engels, súčasným je Lorenz, ktorý hovorí, že veľkosť Darwina spočíva v tom, že poznal podstatné príčiny zmeny druhov.

V súčasnosti by sme mohli charakterizovať celý proces slovami M. Eigena, nositeľa Nobelovej ceny za chémiu z roku 1967: jednotkou dedičnosti je gén, jednotkou selekcie individuum a jednotkou evolúcie je biologický druh (species). Vraciame sa teda k Darwinovi a je aj nevyhnutné, aby sme sa k nemu vracali.

Franz M. Wuketits vydal dobre spracovaný životopis vo vydavateľstve Piper-Verlag v Mní-

chove v roku 1987. V drobnej publikácii, dobre napísanej, svedčiacej o znalosti celého problému, predstavuje autor Darwina ako revolucionára, venuje pozornosť jeho predchodcom, diskutuje o vývoji myšlienok Charlesa Darwina a o ďalšom vývoji jeho teórie. Je tu mnoho zo života tohto veľkého prírodovedca, je tu dostatok informácií o Darwinovi ako človeku. Záverečnú kapitolu nazval autor Výhľad: Darwin a my a prichádza k záveru, že svojou evolučnou teóriou aj dnes Darwin akcentuje, že človek je súčasťou prírody, že príroda je nositeľom nášho života, že aj keď nás príroda nepotrebuje, my potrebujeme ju, ak chceme ďalej existovať.

Knižička je dobre napísaná, dobre sa číta, prináša celý rad detailov, zaujímavých nielen pre biológov a prírodovedcov, ale aj pre každého, kto má záujem o prírodné vedy a evolúciu druhu zvaného homo sapiens. Kniha o Darwinovi a darwinizme, nevelká rozsahom, uspokojí aj náročného čitateľa.

dr. M. Palát, Bratislava

PŘEDLIDSKÁ LIDSKOST

M. HOLUB

Ode dne, kdy jsem se setkal s drobným aktem fyzického násilí i ve frontě na poezii Roberta Lowella, nedovedu si představit situaci, v níž by se mohly „agresivní instinkty“ nejevit. Pravděpodobně i při přijímání svátosti oltářní může dojít k násilnostem vůči těm, kdo jsou na řadě ve chvíli, kdy hostie docházejí. Ostatně i poměry mezi bohy, příkladně řeckými, byly povážlivé a nešlo jen o nějakou tu facku, jež by mýtu ani nestála za to: Kronos, který pozřel pět svých dětí, aby si uchránil trůn, byl svržen Diem po desetiletém strašném boji do věčné tmy, aby pak Zeus dvakrát po sobě skoro vyhubil lidi – prvně proto, že byli směšně slabí, podruhé proto, že po Prométheově inovačním zásahu byli nebezpečně mocní. Mýtus byl stvořen, jak se říká, k lidskému obrazu a bůh se nechoval příliš odlišně od historických a kulturních Athéňanů, kteří v peloponéské válce prakticky vyhubili občany ostrova Melos. Kulturní, historie a mýtů znalé občanstvo proto rádo hovoří o agresivní lidské podstatě a je to hovor velmi uspokojivý, neboť za podstatu nikdo nemůže, stejně jako nemůže za to, že si z cukerných zbytků neumí dělat vitamín C.

Ovšem, jakouže má člověk podstatu, když je mu – to jest jeho sapientní formě – něco kolem 300 000 let a jeho civilizacím dnes známým méně než desetina těchto let? Za ten okamžik v dějinách přírody se dědičná výzbroj takového poměrně dlouhověkého savce změnit nemohla, darwinský přírodní výběr se neuplatnil a nezměnila se ani mozková masa, racionalita a inteligence, jak soudí genetik Susumu Ohno (1978). Vrozenou inteligenci jedince neradno zaměňovat a tím, zač vděčíme kulturní a sociální evoluci; co vypadá jako individuální inteligence, je vlastně kolektivní inteligencí druhu. Kultura je znak předávaný rychlým, lamarckovským způsobem. Konrad Lorenz to dokládá příkladem řeči: neurosenzorický aparát lidské řeči byl dán kmenovým vývojem sahajícím do předlidských forem, ale plná funkce tohoto aparátu vyžaduje existenci kulturně rozvinutého jazyka, jehož osvojení věnujeme celé dlouhé dětství. V tomto smyslu člověk jako druh nemá svou podstatu, má jen své dějiny, či jak napsal Arthur Gehlen, člověk je svou podstatou tvor kulturní.

Je-li člověku v dnešním smyslu toho slova 300 000 let, je jeho biologické podstatě několik miliónů let, tak asi pět: od šimpanze a gorily nás dělí podle molekulárních hodin právě tento vývojový čas, ve sledech aminokyselin v bílkovinách se od těchto primátů lišíme podle Kinga a Wilsona v 0,8 %.

Čímž jsme biologickou podstatu vložili do hlubin přírodních. Není to na nás, je to na agresivních hominidech, s nimiž se ve svém nitru více či méně potýkáme.

Ohno ve shodě s částí kulturního obecnstva myslí, že naše „vnitřní konflikty vyvolané mnoha protikladnými nároky jednotlivých složek lidského genomu jsou nejdůležitějším lidským aktivem“ a že „vnitřní konflikty ... byly hnací silou, jež uvedla druh Homo sapiens na jedinečnou cestu společenského vývoje.“

Mezi protiklady dané genomem počítá Ohno například přetrvávání chrupu vhodné pro sběr lesních plodin se živící lesní opy v předlidských tvorech, kteří na savanách loví zvěř a byli všežravci; dále pak přetrvávání vzájemně agresivního chování, vlastního samcům druhů s harémovou organizací, u lovců, kteří přece potřebovali vzájemnou spolupráci. „Bojové sklony lidských samců vyvolané postpubertální aktivací specifických soustav genů mužskými pohlavními hormony“ vidí jako základ historických, stejně jako prehistorických vraždění; lvu, který převzal lvici a zabije neprodleně její mláďata z předešlého vrhu, není nepodoben Shakespearův Richard III. vraždící syny svého bratra, ani Černý princ Edward, který vyhubil veškeré obyvatelstvo dobytých Limoges.

Obraz je o to chmurnější, že domnělý předek měl „masožravou mentalitu“, aniž by byl masožravcem a šelmou. Profesionální masožravec, jak ukazuje Lorenz, by měl vestavené zábrany proti masovému zabíjení jedinců svého druhu. Ne tak tvor všežravý, v jádru neškodný a nešelmí, který může být dohnán až ke kanibalismu.

Na podstatě zla pak se mohl podepsat i rostoucí mozek. Arthur Koestler přičítá zvrženost, která vyplývá na povrch v aktech vražedných a válečných, překotnému růstu lidského mozku, který se za poslední dva milióny let zvětšil tak překotně, že kora jako sídlo racionality ztrácí kontrolu nad emotivními, animálními centry v hlubších vrstvách. Poplacen názorům z dvacátých let, pokládá Koestler mozek za nástroj i příčinu velkého skoku polidštění.

Od dvacátých let vládl totiž o nálezy dva milióny let starých Australopitéků opřený scénář Dartův, podle kterého tito drobní, vzpřímeně na dvou nohách se pohybující tvorové opustili lesní býložravé zvyky, na pomoc nedostatečně vytvořenému chrupu si zhotovili kostěné a kamenné zabíjecí zbraně, pro něž už měli volné ruce, a zvýšeným nárokům na inteligenci lovců vyhověli zvětšováním mozku. Jejich lebky nesly stopy po dezřelého násilí. Od zabíjení pavíánů byl krok k zabíjení druhových bratrů, jak velmi pěkně nafilmováno v Kubrickově 2001 : Vesmírná Odyssea.

Naším snad přímým předkem tedy byla vražedná poopice; jaký div, že z našich dějin poněkud kape krev. Naše biologická podstata je kainovská.

Je skutečně?

Už počátkem sedmdesátých let se ukázalo, že australopitéčí doličné předměty rázu proražených lebek a dírek po ostrých bodcích nutno přičísti na vrub levhartům a padajícím stropům jeskyní. Zoius Leakey, který našel nejvíce kosterních zbytků hominidů, nenašel žádné stopy zabíjení. Glynn Isaac objevil v Keni dva milióny let stará tábořiště či přesněji domovské základny, kam se primitivní hominidi opětovně vraceli, kam snášeli potravu včetně uhynulých zvířat (jejichž kosti nesou stopy kamenných nožů), kde tyto nože vyráběli – jak svědčí odštěpky a kde i pokojně natahovali brka. To jest tato dvounohá chůdata, neopice, nelidi, sdílela mezi sebou potravu, což způsobilo, že „vykloubené kotníky a horečky přestaly být fatálními nemocemi“ (S. L. Washburn). Protože se zbraně vhodné k lovu větší zvěře objevily až před miliónem let, protože kolébavé chození po dvou bylo tím nejméně vhodným způsobem, jak dohonit kořist, a protože se dá lev či levhart snadno zaplašit ráumem a máváním trnitými větvemi, tito hominidi asi nelovili, nýbrž sbírali plody a mrtvolky zvířat zabíjených šelmami. Na víc jim nevelký mozek ani nestačil. Začali chodit po dvou, aby mohli tahat zboží, nikoli zabíjet.

A na příslušný vývoj a selekci (geny mutují, jedinci jsou selektováni, druh se vyvíjí, shrnuje ortodoxní darwinismus David Hull) měli před tím dobré dva milióny let: od r. 1974 objevil Don Johanson v Etiopii více než 3,7 miliónu let staré kosterní zbytky Australopitéka, nejdřív „holčičky Lucy“ a potom celé rodiny, formy, která dávno před Dartovými hominidy chodila po dvou a nosila vzpřímeně svou zcela opičí hlavu. V r. 1982 našel tamže Desmond Clark ještě o 400 000 let starší zbytky asi šestnáctiletého „hošíka“ stejného charakteru. A dokonce s náznakem ohniště. Podobná forma zane-

chala dokonce v kameni stopy, jež našla r. 1976 Mary Leakeyová v Tanzánii. Šlo asi o tříčlennou rodinku, která prchala blátem před výbuchem sopky, jejíž popel stopy konzervoval. I tato stvoření požívala i plody i maso, jak svědčí elektronovým mikroskopem zjištěné stopy na zubech Johansonových hominidů. A jejich ruce mohly jemně uchopovat a tahat náklady, ale nemohly pevně tisknout zbraň.

Velkým, ba největším krokem polidštvání byla tedy chůze po dvou, spojená se sdílením potravy a zřejmě i se změnou sexuálního chování; podle Owena Lovejoye (1981) musel být důvodem, který přiměl zdatného samce vracet se s potravou domů, monogamní svazek s jedinou samičí, která – v příkrém protikladu k opičí říji – byla sexuálně trvale přitažlivá a receptivní. To umožnilo danému druhu mít mladé častěji a ve větším počtu, neboť samice nemusely běhat příliš daleko od základny a mohly pečovat o více závislých potomků. Chování vedoucí ke zvýšené reprodukci je rys, který se vyvíjí a upevňuje velmi rychle. Párové svazky znamenaly rozhodující vývojovou výhodu před opicemi a vedly asi také k tomu, že se začaly vyvíjet výrazné individuální obličejové rysy a zdůrazněné pohlavní znaky, mezi nimiž jmenujme aspoň prsy Afroditiiny... Podle Tannerové dávaly dané Afrodity přednost mírumilovným a kooperativním samcům, ochotným nosit potravu a chránit rodinu: tak se vrodům pro kooperaci dostalo vývojové výhody před tendencemi k mužným konkurenčním bojům.

A až za více než dva a půl miliónu let po Johansonově hominidu se zdvounásobila váha mozku, a to už ve větvi lidské, *Homo habilis* – *Homo erectus*.

To je tedy alternativní scénář biologické podstaty a povahy polidštvání. Žádná vražedná poopice, žádný běs mávající právě vynalezenou těžkou zbraní, ale krotký a nepříliš rafinovaný tvor, který tahá domů nákupy, stará se o ženu a její dítě, zachraňuje slabší před vyvržením a zbytečnou smrtí, nepoužívá hlasu jen pro signální výkřiky hordy nadhánějící lovenou zvěř, ale taky pro zbytnou domácí komunikaci a je vybírán podle schopnosti spolupráce, nikoli agrese. Správně předpovídal Lorenz, že lidské vlastnosti se mohly vyvinout jen v seskupeních přátelských. Jen zde byl prostor pro tvorbu artefaktů, od nožíků po nástěnné obrazy, jen zde je místo pro nejlidštější vlastnost, humor. Kainové se nikdy nesmějí. A protože „ritualizované chování jen reprodukuje kmenovým vývojem dané způsoby sociálního chování“, začali jsme se chovat jako lidi proto, že se tak začala chovat před čtyřmi milióny let ona dvounohá, metr dvacet vysoká poopičata. Naši biologickou podstatou je předlidská lidskost, nikoli agrese. Štrapáce dějin pozdějších jsou odchylkou od normy, nikoli biologickou normou.

Ale říkejte to Diům, Richardům Třetím a jim podobným. Neodvážil jsem se to říci ani v té frontě na poezii.



K ŽIVOTNÍMU JUBILEU MUDr. EDITY VOLFOVÉ

Růst každého vědního oboru se uskutečňuje skládáním malých kaménků, které ukládají teoretici, praktici a koncepční pracovníci do pestré mozaiky. Na této mozaice se podílí nejmladší, začínající generace rehabilitační (proto je někdy tak hrbatá, s vyčnívajícími kaménky) až po zkušené a ostřílené bojovnice. A snad životní jubilea jsou tím zastavením, kdy si máme připomenout zásluhu našich jubilantů na skladbě této mozaiky.

Proto je mi velkou ctí, že mohu popřát k životnímu jubileu MUDr. Editě Volfové, dlouholeté krajské odbornici FBLR a primárce rehabilitačního oddělení KÚNZ Ostrava.

Narodila se 10. 8. 1928 v Liberci a medicínu začala studovat v Hradci Králové. Po reformě vysokých škol byla předána na studium přes Prahu až do Plzně. Odtud cesta naší medičky vedla do Brna, kde v r. 1952 úspěšně promovala. Umístěnka rozhodla pro Ostravu. Tam prošla řadou klinických oddělení i řadou funkcí. Od zálibení v tělovýchovném lékařství přešla pak zákonitě na rehabilitaci a po dobu třiceti let, od r. 1958 do r. 1988, byla vedoucí lékařkou rehabilitačního oddělení. Dr. Volfová patřila k těm prvním nadšencům oboru, kteří se chtěli „naučit řemeslu“ – pohybové a fyzikální léčbě. Nechtěla jenom ordinovat, ale chtěla také poznat taje provádění této léčby. V té době byla řada kursů pro lékaře, kde se učili pohybové léčbě a různým technikám. Od této doby se také znám s prim. Volfovou. Při práci v rehabilitaci uplatňovala svůj široký medicínský rozhled a logické myšlení. Má schopnosti pedagogické a pochopení pro mladší spolupracovnice.

Je autorkou řady prací, přestože terénní praxe jí nedovolí plně se věnovat publikační a vědecké činnosti. Její práci, ještě pod dívčím jménem Nováková, nalezneme ještě dnes v citované poligrafické literatuře. Později je spoluautorkou článků o rehabilitaci kardiaků a o péči o revmatiky. Větší řadu tvoří nepublikované referáty na odborných sjezdech a další práce.

Jako krajská odbornice Severomoravského kraje se starala o školení nejen lékařů, ale i instruktovek v nových vyšetřovacích a cvičebních technikách. A že se jí práce dařila, to vidíme v dobré práci a úrovni léčebně rehabilitační péče v celém kraji. Proto také jí byl po právu udělen titul Zasloužilý lékař. Od začátku rehabilitační školy je zde stálou vyučující i examínátorkou.

Bohatá je i její veřejná činnost, vzláště v České rehabilitační společnosti. Od založení společnosti v r. 1967 je členkou výboru a předsedkyní úspěšné terminologické komise. Nemůžeme ani opomenout zásluhu oslavenkyně – uspořádala se svým kolektivem dva celostátní sjezdy Československé rehabilitační společnosti, které byly hodnoceny výborně. Za tuto obětavou práci byla oceněna diplomem Čs. rehabilitační společnosti a medailí České lékařské společnosti.

V této době pracuje opět na oddělení tělovýchovného lékařství. Nejen sportovci, ale i jejich tréneři budou moci ocenit její hluboké znalosti z léčebně rehabilitace, které jistě bude nezištně předávat dál.

Přání jsou různá. Proto jménem České rehabilitační společnosti i jménem svým Ti upřímně přeji ještě hodně úspěšných let a ať se naplní i biblické přání „ať jsi dlouho zdráva a dobře sa Ti vede na zemi“.

Za nás všechny

Eva Haladová, Praha

Redakcia časopisu Rehabilitácia sa pripojuje želaním dobrého zdravia, životnej pohody a ďalších úspechov pre československú rehabilitáciu.

NOVÉ KNIHY

D. DIEŠKA A KOL.
VNÚTORNÉ LEKÁRSTVO 2
Martin, Vydavateľstvo Osveta, 1988

Druhý svazek postgraduální příručky prof. Diešky a kolektivu vychází v nakladatelství Osveta Martin v roce 1988. Je současně 97. svazkem Dérerovy sbírky – edice určené pro doškolování lékařů a farmaceutů. Má celkem 7 kapitol – o chorobách endokrinního systému (P. Hnilica, A. Kreze), o vnitřním prostředí (R. Dzúrik), o poruchách látkové výměny a výživě (D. Dieška, P. Kolesár, B. Findo, A. Bučko, J. Beňo), o infekčních nemocech (J. Hruzík), o tuberkulóze (K. Virsík, A. Baján), o genetice ve vnitřním lékařství (V. Izakovič). Závěrečná kapitola je věnovaná vybraným partiím z geriatric (Š. Litomerický). Podobně, jak tomu bylo v prvním díle, i v tomto se jednotlivé kapitoly formou podkapitol zabývají jednotlivými otázkami a nosologickými jednotkami současného vnitřního lékařství, přičemž se dotýkají etiologie, patogeneze, klinického obrazu, diagnostiky i diferenciální diagnostiky a terapie. Tento klasický přístup je nutný z toho důvodu, že učebnice je určena především pro doškolování lékařů z vnitřního lékařství. Jednotlivé kapitoly jsou doplněny potřebnou dokumentací – obrázky, tabulkami, jsou zde i barevné přílohy. Seznam obrázků

a tabulek, rejstřík a obsah doplňují tento druhý díl široce koncipované učebnice vnitřního lékařství.

V československé literatuře existuje celá řada učebnic, věnovaných interní medicíně – jsou určeny jednak pro základní studium na vysokých školách, jednak monograficky zpracovávají dílčí problémy současného vnitřního lékařství. Dieškova učebnice však jak svým pojetím, tak svým zpracováním představuje základní dílo pro postgraduální studium. Toto její zaměření určuje i její rozsah – její snahou je poskytnout lékařům, připravujících se na atestace z vnitřního lékařství knihu, která moderním způsobem podává současné informace z této oblasti medicíny tak, aby každý, kdo ji použije, pronikl k poznání vnitřních nemocí nejen z hlediska teoretických poznatků, ale, a to především, z hlediska klinicko-praktického použití. Dieškova učebnice vnitřního lékařství najde jistě mnoho zájemců nejen mezi těmi, kteří se připravují na atestaci z vnitřního lékařství, ale i v široké obci československých internistů.

dr. M. Palát, Bratislava

H. DREXEL, R. BECKER-CASADEMONT, N. SEICHERT
ELEKTRO- UND LICHTTHERAPIE
Elektro- a světlotěčba
Stuttgart, Hippokrates Verlag, 1988
ISBN 3-7773-0826-9

Hippokrates-Verlag ve Stuttgartu vydává čtyřdílnou příručku, věnovanou fyzikální medicíně. V roce 1988 vychází čtvrtý svazek této příručky a je věnován otázkám elektroterapie a fototerapie. Prvé tři svazky jsou v přípravě a vyjdou později.

Čtvrtý svazek připravili do tisku prof. Drexel, prof. Becker-Casademont a dr. Seichert, všichni z mnichovských pracovišť. Po úvodním slově je kniha rozčleněná na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se v pěti kapitolách diskutují otázky fyziologie podráždění, patofyziologie denervace, elektromyografie a neurografie, problematika patofyziologie bolesti a otázky fyzikálních a fyziologických principů elektroterapie. V praktické části v dalších devíti kapitolách potom otázky použití galvanického proudu, problematika nízkofrekvenční elektroterapie, otázky nízkofrekvenční magnetoterapie. V dalších kapitolách se jednotliví autoři zabývají terapií střed-

ními vlnami, terapií vysokofrekvenční a ultrazvukovou, fototerapií; další kapitoly jsou věnovány otázkám myofeedbacku, problémům bezpečnostním a otázkám pracovně-právním v oblasti fyzikální medicíny.

Knížka není rozsáhlým dílem. Udivuje zpracování obsahu jednotlivých kapitol – je přesné, pedagogicky dobře podané, doplněné mnohými nákresey, které dokumentují text. Literatura je uvedena vždy na konci kapitol, věcný rejstřík doplňuje publikaci. Otázkám fyzikálního lékařství se věnuje od nepaměti velká pozornost. Vychází celá řada publikací, monografií a příruček, které se z různých aspektů zabývají jednotlivými otázkami fyzikální medicíny – otázkami teoretickými, klinickými a otázkami metodickými.

Elektro- a fototerapie trojice autorů představuje drobnou příručku, dobře zpracovanou, která poslouží především široké praxi.

dr. M. Palát, Bratislava

J. E. HODGKIN, T. L. PETTY
CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
Chronická obstrukční plicní choroba
Philadelphia, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Hong Kong,
W. B. Saunders Comp., 1987
ISBN 0-7216-1897-9

Rozsahem nepříliš velká, obsahem však velmi významná publikace vychází ve filadelfském nakladatelství. W. B. Saunders v roce 1987 a věnuje pozornost oblasti chronické obstrukční plicní choroby. Toto onemocnění se stále stoupajícím trendem výskytu představuje pro současnou medicínu i současnou rehabilitaci určitý problém. Monografie amerických autorů – vypracování jednotlivých kapitol se zúčastnilo celkem 24 autorů pod vedením prof. Hodgkina z kalifornské university v Davisu a prof. Pettyho z koloradské university v Denveru – má celkem 23 kapitol, doplňující slovníček a rejstřík. Autoři kapitol – přední američtí

klinici – se zde zabývají základními otázkami chronické obstrukční plicní choroby počínaje anamnézou a fyzikálním vyšetřením přes laboratorní vyšetření až po základní léčebná opatření. Významnými kapitolami jsou kapitola o farmakoterapii COPD (chronická obstrukční plicní choroba podle anglického názvu onemocnění), respirační terapii, fyzikální terapii a pohybové terapii.

Psychosociální rehabilitaci a plicní rehabilitaci (v naší terminologii bychom použili spíše název reedukace dýchání) a vyhodnocení poškození a disabilitě se věnují další kapitoly. Jsou zde dále kapitoly o předoperačním vyše-

tření, o ambulantní a domácí péči o nemocné s tímto onemocněním, o úloze brzké identifikace chronické obstrukční plicní choroby. Jednotlivé kapitoly jsou přehledně napsané, dobře dokumentované a uvedené na současný stav poznatků. Jak píše v Úvodu oba autoři, kniha formuluje nové koncepty, a jak uvádí v předmluvě prof. Glaser, kniha je vlastně následným dílem některých předcházejících monografií a publikací, které se zabývaly touto problematikou před lety a jejichž napsání se zúčastnili oba hlavní autoři.

Základní úlohou předložené publikace je formulování nových konceptů v oblasti kom-

plexní péče o nemocné s chronickou obstrukční plicní chorobou. Tento záměr se autorskému kolektivu podařil a předložená publikace je praktickým komentářem současných snah o komplexní postihnutí celé problematiky tohoto závažného onemocnění, které je problémem i u nás a kde komplexní přístup včetně moderní rehabilitační péče se všemi jejími složkami představuje jednu a snad i jedinou cestu zásahu.

Kniha je informující, přináší nové poznatky, je psaná z praxe a pro praxi.

dr. M. Palát, Bratislava

**F. C. ROSE, R. JONES
MULTIPLE SCLEROSIS. IMMUNOLOGICAL, DIAGNOSTIC AND
THERAPEUTIC ASPECTS**

Roztroušená mozko-míšň skleróza. Imunologické, diagnostické a terapeutické aspekty

London, Paris, John Libbey, 1987

ISBN 0-86196-109-9

Dr. F. Clifford Rose z Charing Cross Hospital v Londýně spolu s dr. Rosemary Jonesovou z onkologického výzkumného centra bristolské nemocnice připravili v nakladatelství John Libbey v Londýně a Paříži sborník přednášek ze symposia, které se konalo v Londýně na podzim 1986 a které pojednávalo o základních otázkách roztroušené mozko-míšň sklerózy. Publikace vychází jako 3. svazek Současných problémů v neurologii, vydávaných uvedeným nakladatelstvím. Po úvodním slově sestavovatelů je celá publikace rozdělena do tří částí. Autorský a věcný rejstřík ukončují tento velmi zajímavý sborník přednášek.

Prvá část diskutuje otázky imunologických aspektů – akcentuje roli lymfocytů, úlohu demyelinizační aktivity a problematiku komplementu. Jsou zde i práce hovořící o virové dimenzi a otázkách monoklonálních antilátek. Druhá část věnuje pozornost problematice diagnostiky – centrálnímu motorickému vedení, otázkám elektrické a magnetické stimulace mozku, problematice elektrofyziologické manifestace v demyelinizovaném očním nervu, elektoretinogramu a diagnostice pomocí magnetické rezonance. Třetí část řeší problémy terapeutické u sclerosis multiplex. Péče o močový měchýř a otázky sexuální dysfunkce – problémy modifikace svalových vlastností, dlouhodobý efekt fyzikální léčby, problémy diety,

otázky hyperbarické terapie kyslíkem a některé jiné problémy přinášejí práce zařazené do této třetí části sborníku přednášek ze symposia o sclerosis multiplex. Jednotlivé práce jsou dobře dokumentované, početné ilustrace, tabulky, obrázky a grafy doplňují text jednotlivých příspěvků. V závěru jednotlivých prací je zařazen seznam další literatury; polygraficky je celý sborník velmi dobře vybavený.

Sclerosis multiplex představuje dlouhodobé onemocnění s celou řadou medicínských problémů, s celou řadou sociálních problémů a s celou řadou psychologických problémů. Sborník se zabývá jen medicínskou stránkou – otázkami imunologie, diagnostiky a terapie, přičemž v rámci terapie jsou uvedeny některé fyziatrické postupy. I když zde nejsou otázky moderní rehabilitace v celém komplexu – a rehabilitace jako dlouhodobý program u nemocných se sklerózou multiplex představuje jednu ze základních cest – je sborník přednášek ze symposia o roztroušené mozkomíšň skleróze zdrojem informací „up to date“ především z pohledu imunologického diagnostického a základně terapeutického. Sborník má vysoký informační koeficient a poslouží jistě ka-
Jé-
mu, kdo se ve své profesionální práci setkává s nemocnými se sclerosis multiplex.

dr. M. Palát, Bratislava

F. C. ROSE
ADVANCES IN HEADACHE RESEARCH
Pokroky ve výzkumu bolestí hlavy
London, Paris, Nakladatelství John Libbey, 1987
ISBN 0-86196-097-1

Jako 4. svazek ediční řady Současné problémy neurologie vychází v roce 1987 sborník přednášek ze šestého mezinárodního symposia o migréně, které se konalo v Londýně v roce 1986. Editorem je dr. F. Clifford Rose z Londýna. Svazek obsahuje celkem 41 prací, autorový a věcný rejstřík. Jednotlivé práce jsou sestaveny do pěti tematických okruhů – první pojednává o patogeneze migrény, druhý věnuje pozornost cévním aspektům, ve třetím jsou diskutovány otázky terapie migrenózních stavů, čtvrtý se zabývá problematikou clusterových bolestí hlavy a pátý řeší otázky chronických bolestí hlavy. Jednotlivé práce, zařazené do tohoto svazku, jsou dobře dokumentované, přinášejí experimentální i klinické důkazy a pojednávají o otázkách širokého významu.

Otázky bolestí hlavy a migrenózní stavy představují v současné klinice nejen neurologických stavů, ale i mnohých jiných onemocnění závažný symptom. Migréna jako samostatná nosologická jednotka je klinicky zvláštním onemocněním se zajímavou patogenezi, pestrým klinickým obrazem a diferencovanou terapií. Ne všechny otázky jsou dořešené, toto onemocnění stále představuje chorobu základ-

ní důležitosti s množstvím problémů – na některé z nich upozorňují příspěvky zařazené do sborníku. Poukazuje se tu na některé nové aspekty celé problematiky – otázky krevních destiček a neuronů, otázky asymetrie proudu krve v mozku při migréně, problém funkce beta-adrenoceptorů a mozkové cirkulace, otázky leukotrienů, problematika plazmatických hladin metionon-enkefolidů, pozoruhodná je práce zabývající se problematikou volby slov u pacientů s bolestmi hlavy, kdy se akcentuje volba mezi operativním a emocionálním slovním termínem, otázky role okcipitálního nervu při unilaterální bolesti. Toto je jen malý výčet prací, poukazujících na některé problémy současné kliniky bolesti hlavy. Celá řada dalších prací řeší otázky farmakoterapie, otázky inervace a problémy účasti fyziologických systémů v patogenezi migrenózních stavů. Sborník přednášek ze 6. mezinárodního symposia o migréně je dobrým příspěvkem současných informací o této problematice. Je zajímavým pohledem na otázky migrény a bolesti hlavy, tak jak to v současnosti prezentuje moderní lékařská věda.

dr. M. Palát, Bratislava

R. DULBECCO
THE DESIGN OF LIVE
Náčrt života
London, Yale University Press New Haven, 1987
ISBN 0-300-03791-0

Prof. Renato Dulbecco ze Salkova ústavu obdržel v roce 1975 Nobelovu cenu za fyziologii. Vedle početných odborných prací se proslavil především spoluautorstvím slavné Mikrobiologie. V roce 1987 vydává v univerzitním nakladatelství v Yale v New Havenu velmi zajímavou knihu o náčrtu života. Kniha je i není vědeckým dílem – je vědeckým dílem, protože přináší, analyzuje a interpretuje vědecká fakta, a není vědeckým dílem, protože je určena široké veřejnosti a využívá volnost autorského podání pro širší okruh čtenářů, než je skupina dobře orientovaných vědců. Zabývá se vývojem a poznatky moderní biologie za posledních čtyřicet let. Je sestavena do dvaceti

kapitol a epilogu, kde se autor snaží odpovědět na otázku „co je život“. V jednotlivých kapitolách, dokumentovaných řadou ilustrativních obrázků, fotografií a schémat, vychází autor od moderních poznatků molekulární biologie přes mechanismy činnosti buňky k změnám DNK, k otázkám sexu, genetické a hormonální kontroly sexu a sexuálnímu chování, k otázkám lidského mozku a sexu. V dalších kapitolách autor diskutuje otázky genů pro obranu, funkce mozku, jeho topografie, problematiky excitace a inhibice a otázky základní a detailní organizace centrálního nervového systému. Zabývá se problematikou léčiv a chemických látek, motorickou aktivitou,

únavou, depresí, problémem psychóz a dopaminu, otázkami halucinací a problémem léčiv při chorobách.

Je zde však řešena i celá řada dalších otázek a problémů. Dulbeccova kniha je souborem vědeckých faktů, mistrně interpretovaných, analyticky sestavených do systému. Výsledkem jsou nejen úvahy, ale i fakta o životě jako procesu a jako systému.

Je jen málo knih ve světové literatuře, které jsou tak dobře napsané, jako Dulbeccův Náčrt života. Je jen málo knih ve světové literatuře, které využívají objektivní zjištěná fakta k interpretaci složitých a komplexních problé-

mů. Dulbeccova kniha toto činí. A činí to takovým způsobem, že je jen těžko najít srovnání s některou jinou publikací tohoto druhu.

Autor nejen mnoho ví, ale umí i svoje poznatky podat takovou formou, která je obdivuhodná pro odborníky a přijatelná pro laickou veřejnost, mající zájem o vědecká fakta a jejich interpretaci.

Jde o dobrou publikaci – informující a poučující, moderně koncipovanou a precizně zpracovanou, aktuální a poukazující na perspektivy.

dr. M. Palát, Bratislava

D. VON GRAMON, J. ZIHL
NEUROPSYCHOLOGISCHE REHABILITATION
Neuropsychologická rehabilitace
Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris,
Tokyo, Springer Verlag, 1988
ISBN 3-540-L8684-0

V ediční řadě Rehabilitace a prevence vychází v nakladatelství Springer Verlag jako 19. svazek monograficky zpracované dílo prof. von Cramona a prof. Zihla o neuropsychologické rehabilitaci. Sám název publikace je v naší literatuře neobvyklý. Spíše jde o rehabilitaci neurologických pacientů s přihlédnutím k psychické stránce. Podle autorů se pod neuropsychologickou rehabilitací rozumí aktivní proces, sloužící postiženým pacientům redukovat rozsah postižení, podmíněného poškozením mozku, a využít maximálně obnovení schopností s cílem překonat toto postižení. Jde tedy zásadně o obnovení funkcí postižených patologickým procesem na úrovni centrálního nervového systému. Kniha je zajímavě napsaná. Má celkem dvacet kapitol, členěných na podkapitoly. Jednotliví autoři – jde o autorský kolektiv ze dvou mnichovských pracovišť (oddělení neuropsychologie Městského ústavu v Mnichově-Bogenhausen a neuropsychologické oddělení Max-Planckova ústavu pro psychiatrii v Mnichově) – věnují potom pozornost jednotlivým základním otázkám, diagnostice a léčebným postupům. Předmětem jednotlivých kapitol jsou dílčí otázky ze široké škály rehabilitace dospělých s lézí centrálního nervového systému. Hovoří se tu o metodických předpokladech neuropsychologické rehabilitace, o otázkách prognostických faktorů, o elektrofyziologii v diagnostice, o psychopatologických symptomech a syndromech, o psychoterapii

a sociální terapii, o otázkách jednotlivých smyslů, o problematice pozornosti, učení a paměti, o řeči, čtení a psaní, o zpracování čísel a aritmetice, o poruchách funkce ruky. Věcný rejstřík je v závěru této zajímavě sestavené, dobře dokumentované a aktuální publikace, která se stane nejen prostředníkem dobrých informací v oblasti neuropsychologické rehabilitace, ale především zdrojem nové inspirace a idejí pro každého, kdo v oblasti rehabilitace pracuje s poruchami mozku.

Text některých kapitol je doplněn obrázky, schémata a tabulkami, na závěr kapitol je uvedený přehled literatury, eventuálně glosář. Publikace von Cramona a Zihla je pozoruhodná především svým pojetím. Spočívá nejen ve vlastních zkušenostech autorů kapitol ale přináší i konfrontace s literárními údaji, přičemž jsou použity prameny nejen z německy hovořící oblasti, ale i z oblasti anglofonní. Právě to činí tuto publikaci nejen zajímavou, ale i komplexní – zrcadlí názory v širokém mezinárodním měřítku.

I když je kniha určena nejen lékařům, ale i psychologům, logopedům, jazykovým odborníkům a ergoterapeutům, je potřebné zdůraznit, že právě rehabilitační lékaři tu najdou ze své a pro svou práci, protože jejich přístup při řešení komplexu rehabilitace je multidisciplinární.

dr. M. Palát, Bratislava

H. BARZ
VOM WESEN DER SEELE
O podstatě duše
Düsseldorf, Econ Verlag, 1988
ISBN 3-612-23005-0

Dr. Helmut Barz je psychiatrem a ve své praktické činnosti se věnuje psychoterapii. Ve své drobné knížečce, kterou vydalo v roce 1988 düsseldorfské nakladatelství Econ-Verlag a která představuje vlastně soubor přednášek pro rozhlas a je tudíž určená široké veřejnosti, se zabývá otázkami psychoterapie a hovoří o duševních chorobách, o vědomém a nevědomém, o problematice psychoterapeutů. V dalších drobných, dobře napsaných kapitolách rozebírá problematiku symbolů, archetypů a otázky viny.

Dr. Barz je zastáncem hlubinné psychologie C. G. Junga a ve své práci vychází také z jejich závěrů.

Psychoterapie jako jedna z moderních metod současné psychiatrie si našla své pevné místo v systému současných léčebných metod. Je vhodná v mnohých případech – a právě tato vhodnost použití je daná dobře postavenou indikací. Tuto léčebnou metodu jistě nemohou vykonávat všichni. Je k tomu potřebná odborná kvalifikace a jistě velmi mnoho zkušeností. Barzova drobná knížka naznačuje v deseti kapitolách jednotlivé aspekty celé problematiky. Je zajímavě napsaná a představuje jistě velmi dobrý krok v informovanosti široké veřejnosti o některých oblastech současné psychiatrie.

dr. M. Palát, Bratislava

V. LÁNIK A SPOL.
LIEČEBNÁ TELESNÁ VÝCHOVA 1
Učebnica pre stredné zdravotnícke školy
Martin, Vydavateľstvo Osveta, n. p., 1988, 280 s.

Prvý diel novej učebnice liečebnej telesnej výchovy dokazuje didakticko-pedagogickú snahu autorov inštruovať rehabilitačných pracovníkov o podstatnej zmene koncepcie rehabilitácie. V minulých rokoch sa preferoval liečebný telocvik, teraz je v popredí skôr sociálnoekonomická stránka, a to ergodiagnostika s ergoterapiou. Takto akcentuje vedúci autor učebnice, koryfej rehabilitácie na Slovensku, primár MUDr. V. Lánik štvrté vydanie tejto publikácie. Poukazuje na významné a výnimočné miesto rehabilitačného pracovníka a jeho podstatný rozdiel od ostatných stredných zdravotníckych pracovníkov, pretože je odborné školený liečiteľ a náplňou svojej práce stojí bližšie k lekárovi ako k ostatným kategóriám stredných zdravotníckych pracovníkov.

Lánik v skratke analyzuje podstatu a ciele LTV a zdôrazňuje význam teoretickej základne pre osvojenie si metodiky LTV podľa veku, štádia a pohybovej základne. Fixuje význam stavby rehabilitačnej liečby pri zachovávaní pedagogických zásad inštruktormi, a to názor-

nosťou jednotlivých prvkov rehabilitácie. Práve táto zásada sa pri komplexnej balneoterapii nedá systematicky organizačne zabezpečiť a taktiež ani detailné metodické zásady pri vstupnom vyšetrení a evalvácii.

Princípy prístupu podľa zásad uvedených v učebnici bude možné realizovať až pri určenej norme počtu pacientov na jedného rehabilitačného pracovníka na pracovnú zmenu a tiež lokalizovaním jednotnej dokumentácie. K trvalejšiemu efektu rehabilitácie iste by prispeli odporúčané inštruktážne listy pre jednotlivé choroby vydávané centrálna, a nie ako doteraz jednotlivými pracoviskami.

Veľkým prínosom učebnice je uvedenie funkčných priestorov rehabilitačného oddelenia s udaním rozmerov a potrebného základného vybavenia. Zabudlo sa však na sociálne zariadenie (prezliekárne) rehabilitačných pracovníkov a priestory na ergoterapiu.

Detailne je vypracovaná metodika cvičenia na kladkách a závesoch s bohatým obrázkovým materiálom, interpolovaná príkladmi. Zdôrazňuje sa ako štruktúra a analýza kondič-

neho cvičenia a kineziologických základoch potencujú liečebný účinok. V závere cvičebnej hodiny chodiacich pacientov spev psychicky stupňuje liečebný efekt. Vo všetkých kapitolách sa zdôrazňuje význam dýchacej gymnastiky pri aktívnych a pasívnych pohyboch, metódika relaxácie a polohovania s praktickými ukážkami.

Všetky state tejto učebnice sú napísané stručne, výstižne, zrozumiteľne a pedagogicky. Nie je to len učebnica, ale aj vademecum rehabilitačných pracovníkov a vďaka koncentrácii najnovších metód sa stala veľkým prínosom pre lekárov z oboru rehabilitácie.

MUDr. P. Škodáček, Piešťany

G. CLAUSS, H. EBNER
ZÁKLADY ŠTATISTIKY (PRE PSYCHOLÓGOV, PEDAGÓGOV
A SOCIOLOGOV) – CELOŠTÁTNA UČEBNICA
Bratislava, SPN, 1988, 502 strán, viaz., Kčs 37,-

Ide o širokokoncipovanú učebnicu štatistických metód, ktorá sa podľa slov autorov „obracia na čitateľov, ktorí robia empirické skúmania, namajú však zatiaľ dostatočné potrebné základné vedomosti o štatistických metódach“. Kniha ich chce oboznámiť s najdôležitejšími technikami indukčnej štatistiky, sprostredkovať im pochopenie pre štatistické myslenie a umožniť im vhodné využitie štatistických testovacích postupov. A tento cieľ môže kniha dosahovať nielen v rukách psychológov, pedagógov a sociológov, ale rovnako dobre aj v rukách lekárov a zdravotníkov vôbec. Vedie čitateľa od základných a všeobecných pojmov až po zložité multivariátne postupy a hodí sa preto dobre aj ako príručka pre všetkých, ktorí sú v rámci vyhodnocovania svojich vlastných údajov nútení si zopakovať logiku štatistického uvažovania i znosie mnohých výpočtových vzorcov.

O úspechu autorskej dvojice z NDR svedčí aj fakt, že ich kniha medzitým už vyšla v siedmom vydaní a že po bulharskom a poľskom preklade sa ako ďalšie slovenské texty pridružili preklad v ruštine a teraz aj v slovenčine.

Kniha sa člení na šesť kapitol. Prvá obsahuje všeobecné základy a terminologický úvod. Druhá kapitola je venovaná empirickým rozdeleniam, čiže opisnej štatistike, t.j. výpočtu rôznych ukazovateľov jedno a dvojrozmerných distribúcií. Tretia kapitola podáva veľmi stručne základy teórie pravdepodobnosti a informácie o základných teoretických rozdeleniach. Ťažisko celej knihy tvorí štvrtá kapitola Štatistické testovacie metódy, ktorá na 130 stranách pojednáva o postupoch pri overovaní sig-

nifikantnosti. Nachádzame tu aj upozornenia na predpoklady, pri ktorých možno danú metódu použiť, rozhodovacie kritériá a detailne prepočítané ukážkové príklady. Okrem teórie testovania hypotéz a podrobného opisu známejších parametrických metód tu autori uvádzajú mnohé, u nás azda menej bežné neparametrické testy a prehľad o sade rôznych koeficientov o vzťahoch medzi kvalitatívnymi znakmi. Nasledujúca piata kapitola podrobne analyzuje idey a postupy pri rozbere zložitejšie plánovaných experimentov, t.j. návod na výpočet analýzy rozptylu za rôznych predpokladov, a okrem toho aj niektoré neparametrické postupy pre viacvýberové pokusy. Posledná šiesta kapitola pojednáva o faktorovej analýze, a to aj ako o modeli, aj ako o numerickej metóde. Na konci knihy je ešte dodatok: základy maticového počtu, riešenia kontrolných úloh a množstvo tabuliek štatistických testovacích kritérií.

Kniha bude užitočná nielen pre začiatočníkov na poli empirického (i klinického) výskumu, ale aj skúsenejší pracovník bude profitovať zo systematického podávania metód, konkrétneho návodu na výpočet a z mnohých kontrolných tabelovaných veličín. Úprava knihy je dobrá a prehľadná, tlačových chýb veľmi málo. Prekvapuje nízky náklad (jedentisíc kusov) pre celoštátnu učebnicu adresovanú apriorne trom silne zastúpeným spoločenskovedným odborom a použiteľnú aj v mnohých iných disciplínach.

dr. M. Palát, dr. M. Štukovská,
Bratislava

E. KURTH A SPOL.
UNTERSUCHUNGEN ZUR ENTWICKLUNG INTELLEKTUELL
GESCHÄDIGTER KINDER

Výšetrenie vývoja intelektuálne poškodených detí
Berlin, VEB Verlag Volk Und Gesundheit, 1988

E. Kurth a kolektív autorov (Jükle H., Kirsten M., Risch I., Schneider D., Werner E.) predkladajú v tejto publikácii z hľadiska obsahu mimoriadne dôležitý zväzok prác. Prispievajú tak k širokému spektru otázok, týkajúcich sa problematiky výšetrenia vývoja mentálne retardovaných osôb a k ich riešeniu. Opodstatnenosť vedeckého skúmania uvedeného problému je zdôraznená výskytom mentálne retardovaných detí v celkovej populácii školopovinných detí v NDR (2,5 %).

Diagnostiku mentálnej retardácie považujú za základ (i keď sa ňou primárne v prácach nezaoberajú) ďalšej stimulácie vývinu mentálne retardovaných. V úvodných častiach prác sa zaoberajú základmi terminológie, objasnením pojmov, s ktorými sa pri vedeckom skúmaní mentálnej retardácie pracuje. Nevyhýbajú sa formovaniu otázok, ktoré s touto problematikou vznikajú (etiológia a symptomatológia mentálnej retardácie).

Publikované výskumné práce sa zároveň zaoberajú praktickými úlohami v práci s mentálne retardovanými deťmi v školskom veku a v

starostlivosti o ne (výskum vývoja adoptovaných detí mentálne retardovaných rodičov).

Popri základných teoretických, objasňujúcich štúdiách predkladajú autori predovšetkým praktické návody využitia stimulačných programov a to predovšetkým v spojení s včasnou diagnostikou. Zaoberajú sa „čiasťočným nadaním“ mentálne retardovaných detí a tým v základoch narúšajú často definovaný globálny pohľad na problematiku mentálnej retardácie. Parciálne riešenie otázok vývinu mentálne retardovaných umožňuje aplikáciu vedeckého skúmania.

Práce ďalších autorov riešia sociálnu kompetenciu mentálne retardovanej mládeže – ich praktických, teoretických a kognitívnych základov.

Publikácia má cieľ podnietiť rehabilitačných pracovníkov, špeciálnych pedagógov, psychológov, učiteľov a vychovávateľov k odbornému skúmaniu a riešeniu problémov spojených s vývinom mentálne retardovaných detí v školskom veku v podmienkach osobitného a pomocného školstva.

PhDr. Slavomír Krupa, Bratislava

SPRAVY
Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ

**16. SVĚTOVÝ KONGRES REHABILITATION INTERNATIONAL
V TOKIU, 5. – 9. ZÁŘÍ 1988**

Nynější 16. světový kongres RI se konal v Tokiu a byl první na asijské půdě. Podle seznamu účastníků se jej účastnilo 1500 osob, z toho více než polovina Japonců. Z ostatních zemí měly nejvíce účastníků Hong Kong (70), NSR (48) a Finsko (16). Celkem 19 účastníků přijelo z evropských socialistických zemí včetně SSSR. Řada účastníků byla postižena tělesně nebo smyslově.

Na kongresu probíhalo až osm různých programů současně. Odeznělo celkem 26 příspěvků na plenárních zasedáních, 127 příspěvků v sekcích, 75 příspěvků bylo součástí workshopů. Bylo prezentováno 90 posterů a 27 filmů. Tištěné texty příspěvků z jednotlivých sekcí byly účastníkům k dispozici. Tím bylo možno získat přehled o programu těch sekcí, které nemohl účastník vyslechnout.

Na kongres navazovala řada dalších symposií, seminářů, schůzí.

Před vlastním kongresem se konalo valné shromáždění RI, jehož se zúčastnili zástupci většiny členských zemí této organizace. V přednesené zprávě byla zmínka o rozšíření členských zemí RI a o jednání dosavadního předsedy Geieckera o plánovaném vstupu SSSR do této organizace. Na shromáždění byl zvolen nový předseda – F. Seton z USA. Aktivní účast rozvojových zemí na

shromáždění se projevila při volbě místa pro budoucí kongres RI v r. 1992. Bude se konat v hlavním městě Keni, v Nairobi.

Účastníci shromáždění se také seznámili s řadou dalších plánovaných akcí. V roce 1990 bude konference RI v Pekingu. Zástupci ČLR se celého kongresu velmi aktivně účastnili, měli řadu příspěvků. V roce 1990 bude rovněž III. mezinárodní Abilympic v Paříži. Je to soutěž postižených osob v různých řemeslných dovednostech, původně zavedená v Japonsku, které již má v této oblasti mnohaletou tradici.

Rozsáhlý program kongresu přinesl řadu zajímavých poznatků, vcelku však žádné úplně nové a převratné objevy. Ukázalo se především, jak širokou problematiku rehabilitace zahrnuje. Kromě oblastí medicínské i oblastí pracovní, sociální, pedagogickou, legislativní, organizační, volný čas, sport, ekonomii, veřejné sdělovací prostředky. Kromě pohybové postiženým byla věnována pozornost sluchově a zrakově postiženým, dětem i dospělým s mentální poruchou, toxikomanům i psychotikům, staré populaci. Samostatné sekce byly vyčleněny pacientům s leprou, sexuální problematice, architektonickým bariérám a v několika sekcích bylo tématem využití pomůcek a veškeré techniky v rehabilitaci.

MUDr. J. Votava, CSc., Praha

ZPRÁVA O CELOSTÁTNÍ KONFERENCI MANIPULAČNÍ A REFLEXNÍ TERAPIE VE DNECH 6. – 8. ŘÍJNA 1988 VE SPIŠSKÉ NOVÉ VSI

V krásném prostředí Domu kultury ROH ve Spišské Nové Vsi, s moderní krásnou posluchárnou vybavenou i videotechnikou, se konala vědecká konference pod záštitou Slovenské rehabilitační společnosti a Spolku spišským lékařů na téma Klinické poruchy v oblasti pánve. V prvních dvou dnech bylo předneseno přes 20 přednášek a sdělení a poslední dopoledne bylo věnováno demonstracím a videu. Konference se účastnilo přes 160 lékařů a rehabilitačních pracovníků.

Obsahem významný byl úvodní referát o anatomii pánve přednesený M. Tichým. V přednášce o osteoartikulačních funkčních poruchách pánve rozlišil K. Lewit trojí na sobě nezávislé poruchy, a to za prvé sakroiliakální posun a posun symfysy a sedacích hrbolů, které jsou poruchami postavení, a za druhé vlastní blokádu křížokyčelního kloubu: léčebný přístup je zcela odlišný u každé z těchto poruch. Funkčním svalovým poruchám se pak věnoval V. Janda. Ty se zpravidla neomezuji na určitou oblast, přičemž rozhodující úlohu hraje proprioceptivní aference, která je nejobtíhavší v oblasti hlavových kloubů a na plantě. Pánev se tak ocitá jako „na křižovatce“. Podrobně se zabýval otázkami bolesti a změn tonusu. Krásnými rentgenovými snímky dokládá A. Středa nutnost diferenciální diagnózy mezi funkčními a strukturálními změnami, zejména metabolickými a zánětlivými. V. Dvořák v úvodní přednášce o vztahu pánve ke gynekologii zdůraznil velký výskyt vertebrogeních poruch obzvláště po gynekologických operacích – asi ve čtvrtině případů. Šetrným zácházením s pacientkami jim lze zpravidla zabránit. V necelých 10 % případů jsou následkem porodu. Kromě mechanických vlivů zdůrazňuje reflexní vztahy mezi pohlavními orgány a pánevním pletencem.

Reflexními vztahy mezi rodidly a pávní se zabýval také M. Balek, který sdělil předběžné výsledky manipulační léčby při ženské sterilitě (v gynekologickém prostředí s kontrolní skupinou): Z 22 5 otěhotnělo, u 18 kontrol 1. J. Marek referoval o mnohem početnější skupině na rehabilitačním oddělení (135 žen), z nichž otěhotnělo 29. Kromě toho se zmínily bolesti a menstruace se stala pravidelnější. L. Mojžíšová vysvětlovala svou osobitnou techniku manipulací a demonstrovala svůj postup videofilmem. L. Zbojan se zabýval bolestivými myotendinózami v oblasti pánve a zdůraznil ochrannou úlohu svalových spasmů. Vidí obzvláště patogenní vliv myotendinóz bránice, působící přenesenou bolest v oblasti křížové. J. Buran měl velmi pečlivě připravenou přednášku o tunelových syndromech v oblasti pánve a dolních končetin.

Klinickými projevy sakroiliakální blokády se zabývala E. Henterová. Klinicky rozlišila blokády při horní a dolní pólu tohoto skloubení. M. Zánická ukázala na materiálu lůžkového rehabilitačního oddělení veliký výskyt svalových poruch, zejména poruch stereotypů u nemocných, kteří se rehabilitují po kořenovém syndromu (50 % – 60 %). E. Thurzová referovala o 130 dětech a mladých sportovcích s bolestivou kostrčí (nikoliv kokcygodynie!) a zdůraznila kromě úrazů u sportovců velikou roli psychického napětí. Další přednášky pak vhodně ilustrovaly to, co bylo řečeno v uvedených přednáškách. V panelové diskusi se kromě některých odborných otázek disku-

tovalo hlavně o možnostech dalšího rozvoje a výuky manipulační léčby a poukázalo na politováníhodnou stagnaci a zejména na téměř chybějící výuku lékařů v SSR v posledních letech.

Poslední dopoledne bylo věnováno demonstracím – L. Mojžíšková demonstrovala svoji techniku na přítomných a K. Lewit ukázal výukový videofilm mobilizačních a relaxačních technik v oblasti krční, natočený v ústředním ústavu železničního zdravotnictví v Praze.

Nutno se ještě zmínit o krásně organizovaném společenském večírku v hotelu Metropol, kde byli také účastníci konference většinou ubytováni, a konečně o výletu do Slovenského ráje, který se konal po ukončení odborného programu.

V usnesení, které vyplynulo hlavně z panelové diskuse, se zdůrazňuje potřeba dalšího výzkumu, zejména metod objektivizace účinku léčebné rehabilitace, potřeba většího počtu školicích akcí pro odborné lékaře a na Slovensku zavedení kursů v praktických základech terapie akutních poruch pohybového systému pro lékaře prvního kontaktu.

Závěrem byla konstatována vysoká úroveň odborného i společenského programu a vyzvednuta velká zásluha organizátorky, primářky MUDr. E. Korškošové.

**doc. MUDr. K. Lewit, DrSc.
Dobřichovice**

SOUL 15. – 24. 10. 1988: VIII. PARALYMPICS

Již od roku 1960 se z podnětu mezinárodních organizací pro sport zdravotně postižených a v posledních letech i pod přímou záštitou Mezinárodního olympijského výboru (MOV) každé 4 roky paralelně s olympijskými hrami (OH) pořádají i paraolympijské hry (PH) zdravotně postižených. Je nepsanou morální povinností země, které bylo přiděleno uspořádání olympijských her, aby rovněž uspořádala totéž pro zdravotně postižené. Vývoj a rozsah paraolympijských her nejlépe dokumentuje tento přehled:

rok:	město a země OH:	město a země PH:	počet zemí PH:	počet účast. PH:
1960	Řím, Itálie	Řím, Itálie	23	400
1964	Tokio, Japonsko	Tokio, Japonsko	22	390
1968	Mexiko-City, Mex.	Tel Aviv, Izrael	29	1100
1972	Mnichov, NSR	Heidelberg, NSR	44	1400
1976	Montreal, Kanada	Toronto, Kanada	42	2700
1980	Moskva, SSSR	Arnhem, Holandsko	42	2556
1984	Los Angeles, USA	New York, USA	45	2500
		Aylesbury, Anglie	41	1435
1988	Soul, J. Korea	Soul, J. Korea	65	4000

K propagaci vrcholového sportu zdravotně postižených přispěl MOV i zařazováním demonstračních závodů těžce zdravotně postižených (sjezdové lyžování nadkolenních amputovaných, dráhové atletické disciplíny vozíčkářů, běh na lyžích nevidomých) do programu mistrovství světa či Evropy. Jejich účastníci – sportovci, představitelé národních sportovních organizací, diváci a prostřednictvím sdělovacích prostředků i celý svět se seznámili se špičkovým sportem zdravotně handicapovaných sportovců a řada z nich si teprve při této „ocividné“ příležitosti uvědomila náročnost i vysokou sportovní a morální hodnotu jejich výkonů.

Uspořádání letní Paraolympiády je značně organizačně náročné. V Soulu ji zajišťovalo 231 domácích organizátorů, 100 členů mezinárodních organizací, 687 mezinárodních rozhodčích a 12 216 dobrovolníků a pomocníků. Dále bylo akreditováno 650 novinářů a televizních a rozhlasových reportérů. Na zahajovacím a závěrečném slavnostním ceremoniálu vystoupilo 9 590 sportovců (včetně tělocvičné skladby vozíčkářů), tanečníků, hudebníků a zpěváků. Olympijský stadion s kapacitou 70 000 diváků byl zaplněn do posledního místa.

Vlastní soutěže se odehrávaly ve čtyřech sportovních komplexech: ve sportovním olympijském komplexu (atletika, plavání, basketbal, goalbal), v Olympijském parku (stolní tenis, vzpírání, tenis a cyklistika), ve sportovním komplexu Sagmu (odbíjená vsedě i vestoje, judo, kopaná, šerm, střelba z pušky a pistole, lukostřelba, bowling) a v Chung-nip Polio Centru (kulečník a boccia).

Při průměrné velikosti národní výpravy 67 členů byla dvoučlenná československá delegace nejmenší výpravou (spolu s Guatemalou a Ecuadorem). Ze socialistických zemí se zúčastnily výpravy SSSR (30 členů) a Bulharska (12 členů) jen ve sportech zrakově postižených, dále pak Maďarsko (48), Polsko (56), Jugoslávie (53) a Čína (68). Největší výpravy byly z USA (502), Velké Británie (312), J. Koreje (308), NSR (247), Austrálie (252), Kanady (215), Japonska (184), Francie (151), Holandska (146), Itálie (136) a Švédska (133).

Úspěšnost československé výpravy byla 100 %, neboť jediný závodník, Josef Lachman z Prahy (amputace pod kolenem) získal v cyklistickém silničním závodě na 60 km stříbrnou medaili. Závod se jel na desetiproudé silnici kolem Olympijského parku a jeden okruh měřil 5 km. Přesto, že se v závodě dosti taktizovalo, byla průměrná rychlost 37 km/hod, přičemž v posledních třech kolech, kdy náš závodník vyprovokoval rozhodující únik spolu s Kanaďanem Dwerem, se průměrná rychlost této dvojice pohybovala mezi 43 – 47 km/hod. Oba závodníci dojeli s náskokem 2 min. před závodníky na 3. – 11. místě. Kanaďan se v úniku více šetřil a v závěrečném sprintu předjel našeho závodníka o délku kola.

Her se osobně zúčastnili předseda MOV J. A. Samaranch, nejvyšší představitelé mezinárodních organizací pro sport různých postižení: ISMGP (paraplegici), ISOD (tělesně postižení), CP – ISRA (spastici), IBSA (zrakově postižení), INAS – MH (mentálně postižení) a CISS (neslyšící) i nejvyšší představitelé pořádající země.

Druhým členem čs. výpravy byl MUDr. Vladimír Kříž ve funkci vedoucího, kapitána, lékaře a trenéra. Kromě toho pracoval i v lékařském týmu, který před zahájením musel u všech závodníků zkontrolovat zdravotní stav a správnost zařazení do skupin podle druhu a stupně postižení. Během her proběhla kromě organizačních schůzí i řada seminářů o současném stavu, zkušenostech a dalším rozvoji sportu různě postižených všeobecně i o jednotlivých sportech zvlášť. Osobní výměny zkušeností pokračovaly i na sportovištích a na recepcích, jejichž pořadatelé byli prezident J. Koreje, prezident her, prezident mezinárodní komise pro koordinaci sportů všech různých postižení (ICC), ministři zdravotnictví, sociálních věcí, školství a kultury i některé výpravy. Na recepci španělské výpravy obdrželi všichni účastníci pozvánku na příští olympiádu i paraolympiádu v Barceloně v r. 1992. Úkolem malé československé výpravy bylo i reprezentovat úroveň zdravotnické, rehabilitační a společenské péče našeho státu o zdravotně postižené občany, získat informace o současné úrovni tělovýchovy a sportu zdravotně postižených ve světě, na jehož počátcích se před dvaceti lety významně, úspěšně a ve větších počtech podíleli i naši sportovci.

MUDr. Vladimír Kříž
Kladruby u Vlašimi

**SPRÁVY Z INŠTITÚTOV
PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP**

Závěrečné zkoušky pomaturitního specializačního studia v úseku léčebná tělesná výchova se uskutečnily v době 3. 10. – 7. 10. 1988, 17. 10. – 21. 10. 1988 a 14. 11. – 18. 11. 1988 v IDV SZP v Brně. Studium zakončilo a specializaci získalo celkem 65 rehabilitačních pracovníků:

Baloghová Soňa
Beranová Alena
Bernhardová Pavla
Blábolová Ludmila
Brunclíková Jiřina
Čaňková Ladislava
Červinková Hana
Dixová Svatava
Drábková Marie
Drbová Marcela

VÚCHR Praha
OÚNZ Ústí n. Labem
OÚNZ Nymburk
RÚ Kladruby
OÚNZ Jablonec
ČSSL Teplice
OÚNZ Benešov
OÚNZ Mělník
ČSSL Františkovy Lázně
KÚNZ Ústí n. Labem

Duroňová Jitka
Dvořáková Zdeňka
Dvořáková Zuzana
Eftinová Jana
Elišáková Zuzana
Gregorová Dana
Fínová Hana
Fišerová Irena
Grauová Lenka
Hameršmidová Alena
Hennebergová Naďa
Hlinecká Jana
Hofmanová Jitka
Holbová Eva
Hroníková Jana
Chaloupková Mária
Chalupská Ludmila
Chroboková Ladislava
Ištvánková Eva
Janoušková Irena
Jarčevská Alena
Klaputová Pavlína
Kocarová Naděžda
Kohoutová Věra
Kubišová Věra
Kudrnová Věra
Kústová Eva
Libová Eva
Matějová Barbora
Ondráčková Jiřina
Palečková Oldřiška
Paseková Hana
Podhorská Bohumila
Pokorná Jitka
Pospíšilová Helena
Richterová Eva
Schützová Jana
Silbernáglová Hana
Smrčková Jana
Soukupová Marie
Svátková Zdeňka
Šmídová Kateřina
Šprinclová Stanislava
Štainiglová Eva
Švehlová Marie
Teclová Marie
Tesačková Pavla
Těšínská Magdalena
Tučková Petra
Valentová Hana
Vinklerová Iva
Votápková Věra
Zahradnická Ilona
Zemanová Alena
Zvára Jiří

OÚNZ Hodonín
KÚNZ České Budějovice
OÚNZ Most
OÚNZ Karlovy Vary
FN Praha 10
OÚNZ Karlovy Vary
OÚNZ Louny
IDV LF Praha
OÚNZ Náchod
ČSSL Bohdaneč
ÚVN Praha
OÚNZ Příbram
OÚNZ Mladá Boleslav
RÚ Kladruby
ÚNZ NVP Praha
OÚNZ Příbram
MÚNZ Plzeň
OÚNZ Karviná
OÚNZ Praha 9
OÚNZ Chomutov
OÚSS Jindřichův Hradec
ČSSL Balnea Praha
MÚNZ Brno
KÚNZ Plzeň
OÚNZ Brno
OÚNZ Praha 8
OÚNZ Chomutov
OÚNZ Příbram
OÚNZ NVP Praha 2
OÚNZ Děčín
MÚNZ Brno
KÚNZ FNŠP Brno
OÚNZ Liberec
SÚNZ Praha
OÚNZ Karlovy Vary
OÚNZ Praha 4
OÚNZ Chrudim
ČSSL Teplice
KÚNZ Brno
OÚNZ Praha 1
OÚNZ Jihlava
FN Motol Praha
MV ČSR Praha
KÚNZ Plzeň
OÚNZ Plzeň
KÚNZ České Budějovice
MÚNZ Brno
KÚNZ Ústí n. Labem
ÚZZ Olomouc
OÚNZ Karlovy Vary
MÚNZ Brno
OÚNZ Praha 5
KÚNZ Plzeň
RÚ Kladruby
RÚ Kladruby

B. Chlubnová, IDV SZP Brno

Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně, katedra rehabilitačních pracovníků, připravuje na školní rok 1989/90 následující školící akce:

Kursy

- 1. Kurs pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova**
Určení: pro rehabilitační pracovníky zařazené do dálkové formy PSS k 1. 9. 1989
Místo: Brno
Termín: 1. týden 27. 11. – 1. 12. 1989 2 týdny 2. 4. – 13. 4. 1990
Náplň: obtížnější úseky náplně pomaturitního specializačního studia

- 2. Kurs pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčba prací**
Určení: pro rehabilitační pracovníky zařazené do studia k 1. 9. 1989
Místo: Brno, Hrabyně
Termín: 2. 10. – 13. 10. 1989 19. 2. – 2. 3. 1990
Náplň: obtížnější úseky práce náplně pomaturitního specializačního studia

- 3. Inovační kurs pro vedoucí rehabilitační pracovníky**
Určení: pro vedoucí rehabilitační pracovníky, kteří absolvovali kurs v organizaci a řízení, přednostně pro vedoucí RP lázeňských zařízení
Místo: Brno
Termín: 11. 6. – 15. 6. 1990
Náplň: nové poznatky v léčebné rehabilitaci, seznámení s novými směry v oboru

- 4. Inovační kurs v rehabilitační doplňkové léčbě některých druhů ženské sterility**
Určení: pro vybrané rehabilitační pracovníky, kteří absolvovali školící místo a kurs v uvedené problematice
Místo konání: Brno
Termín: 12. 2. – 16. 2. 1990
Náplň: zhodnocení dosavadních zkušeností s touto metodou a prohloubení odborných znalostí a dovedností; příprava na funkci školitele v rámci kraje

- 5. Inovační kurs v reflexní lokomoci**
Určení: pro rehabilitační pracovníky, kteří absolvovali kurs v roce 1988
Místo: Praha
Termín: bude určen dodatečně
Náplň: vývojová kineziologie, reflexní lokomoce; teoretické a praktické zvládnutí uvedené problematiky

- 6. Tematický kurs v problematice reedukace afazií – celostátní**
Určení: pro rehabilitační pracovníky, kteří pracují v uvedené problematice a budou vykonávat funkci školitele v kraji
Místo: Brno
Termín: 5. 2. – 9. 2. 1990
Náplň: patofyziologie vzniku afazií, základní přístupy v reedukaci afazií v práci rehabilitačního pracovníka

- 7. Tematický kurs v rehabilitaci ruky – celostátní**
Určení: pro vybrané rehabilitační pracovníky, kteří absolvovali školící místo v uvedené problematice a budou vykonávat funkci školitele v kraji
Místo: Brno
Termín: 20. 11. – 24. 11. 1989
Náplň: metodické postupy léčebné tělesné výchovy po poraněních a plastických operacích ruky

8. Funkční kurs v organizaci a řízení zdravotnictví

Určení: pro vedoucí rehabilitační pracovníky a jejich kádrové rezervy, kteří řídí více jak 15 pracovníků

Místo: Brno

Termín: 28. 5. – 8. 6. 1990

Náplň: obtížnější úseky stanovené v náplni studia

Poznámka: V tematickém plánu školících akcí na rok 1989/1990 je tento kurs uveden pod hlavičkou katedry organizace a řízení

9. Soustředění v problematice organizace a řízení v oboru FBLR – společný s IDV LF

Určení: pro členy sboru hlavního odborníka, krajské odborníky a vybrané okresní odborníky, primáře rehabilitačních ústavů a rehabilitační pracovníky dle výběru uvedených odborníků

Místo: Praha

Termín: 18. 9. – 22. 9. 1989

Náplň: koncepce a perspektiva oboru, problematika řídicí práce, předpoklady pro rozvoj léčebné rehabilitace ve zdravotnických a lázeňských zařízeních

10. Tematický kurs v ergoterapii – společný s IDV LF

Určení: pro rehabilitační lékaře a rehabilitační pracovníky lůžkových rehabilitačních oddělení ÚNZ

Místo: RÚ Hrabyně

Termín: 14. 5. – 25. 5. 1990

Náplň: seznámení s možnostmi využití ergoterapeutických postupů u různých postižení v rámci lůžkového rehabilitačního oddělení

11. Tematický kurs v rehabilitaci v gynekologii – společný s IDV LF

Určení: pro rehabilitační lékaře a rehabilitační pracovníky podle výběru krajského odborníka v oboru FBLR

Místo: Praha

Termín: 15. 1. – 19. 1. 1990

Náplň: nové postupy v léčebné rehabilitaci v gynekologii, léčebná rehabilitace u vybraných gynekologických onemocnění, rehabilitační doplňková léčba u některých druhů ženské sterility

Školící místa

1. Školící místo v léčbě prací

Určení: pro rehabilitační pracovníky zařazené do dálkové formy studia PSS v úseku léčba prací k 1. 9. 1988

Místo: RÚ Hrabyně

Termín: bude uveden v tematickém plánu ŠA

Náplň: individuální práce s nemocným, praktická aplikace získaných teoretických a praktických poznatků

2. Školící místo v metodických postupech po operacích a úrazech hrudníku a břicha

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

Místo: Institut medicínského výzkumu Brno, Ponávka 4/6

Termín: bude uveden v tematickém plánu ŠA

Náplň: metodika před a pooperační rehabilitační péče se zaměřením na oddělení intenzivní péče a resuscitace; léčebná rehabilitace po úrazech hrudníku a břicha

3. Školící místo v elektroterapii se zaměřením na elektrodiagnostiku a elektrostimulaci

Určení: pro vybrané rehabilitační pracovníky, kteří absolvovali školící místo v uvedené problematice a budou vykonávat funkci školitele

Místo: Vojenská nemocnice, Brno, Klimentova 3

Termín: bude uvedený v tematickém plánu ŠA

Náplň: stimulace elektrickými impulsy různých délek a tvarů paréz a ostatních poruch nervosvalové dráždivosti, elektrodiagnostické metody

4. Školící místo v léčebné tělesné výchově v ortopedii – celostátní

Určení: pro rehabilitační pracovníky, kteří v uvedené problematice pracují

Místo: Fakultní nemocnice s poliklinikou, Brno

Termín: budou uvedeny v tematickém plánu ŠA

Náplň: metodika léčebné tělesné výchovy u endoprotéz; předoperační příprava, časná rehabilitace pooperační

5. Školící místo v léčebné tělesné výchově a kardiologii

Určení: pro rehabilitační pracovníky, kteří provádějí léčebnou tělesnou výchovu u pacientů v období rekonvalescence a porekonvalescence

Místo: Kardiologicko-rehabilitační oddělení Brno, Bratislavská 7

Termín: bude určeno v tematickém plánu ŠA

Náplň: II. fáze léčebné rehabilitace u pacientů po IM a srdečních operacích, skupinové cvičení dle funkčních tříd kardiaků

6. Školící místo v rehabilitaci v psychiatrii – celostátní

Určení: pro rehabilitační pracovníky, kteří pracují na psychiatrických pracovištích ÚNZ

Místo: Psychiatrická léčebna Brno-Černovice

Termín: bude určeno v tematickém plánu ŠA

Náplň: komplexní rehabilitační péče o psychiatricky nemocné v podmínkách psychiatrické léčebny

7. Školící místo v ambulantní ergoterapii

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

Místo: ZÚNZ Ostrava – Hornická poliklinika

Termín: bude určeno v tematickém plánu ŠA

Náplň: metodické postupy a praktické provádění ergoterapie u ambulantních pacientů

Poznámka: Vzhledem k tomu, že tematický plán ŠA je připravován s ročním předstihem, může dojít k určitým změnám v konečné úpravě. Sledujte proto tematický plán školících akcí. Pokud nastanou změny po jeho vydání, budou sděleny přes VVSKÚNZ každého kraje.

B. Chlubnová, IDV SZP Brno

V školskom roku 1989/90 Inštitút pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave, Katedra rehabilitačných pracovníkov, uskutoční tieto školiace akcie:

Kurzy

1. Sústreďenie pomaturitného špecializačného štúdia v úseku práce liečebná výchova, 1. rok štúdia

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov zaradených do PŠŠ k 1. 9. 1989.

Termín: 15. 1. – 26. 1. 1990

21. 5. – 1. 6. 1990

Miesto konania: Bratislava

Náplň: podľa pedagogického dokumentu tohto štúdia.

2. **Sústredenie pomaturitného špecializačného štúdia na úseku práce ergoterapia, 2. rok štúdia**
 Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov zaradených do PŠŠ k 1. 9. 1988.
 Termín: 30. 10. – 10. 11. 1989
 Miesto konania: Bratislava
 Náplň: podľa pedagogického dokumentu tohto štúdia.
3. **Inovačný kurz v štandardizácii a evaluácii rehabilitačných programov – celoštátny**
 Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí pracujú na fyziatrcko-rehabilitačných oddeleniach NsP III. typu a vybraných NsP II. typu
 Termín: 18. 9. – 29. 9. 1989
 Miesto konania: Bratislava
 Náplň: metódy objektívneho posudzovania rehabilitačného procesu pri jednotlivých chorobných stavoch. Funkčné, diagnostické a evaluačné metódy. Problematika štandardizácie a vyhodnocovania rehabilitačných programov.
4. **Tematický kurz – Rehabilitačné programy v traumatológii a ortopédii**
 Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí pracujú v zdravotníckych zariadeniach
 Termín: 30. 4. – 11. 5. 1990
 Miesto konania: Bratislava
 Náplň: vyšetrenie funkcií pohybového systému, stavba rehabilitačných programov a metodické postupy pri porážových stavoch a po operáciách pohybového systému.

Školiace miesto

1. Školiace miesto v metodikách liečebnej rehabilitácie

- Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí boli zaradení do pomaturitného špecializačného štúdia v úseku práce liečebná telesná výchova k 1. 9. 1989
- Čas trvania: 2 týždne
- Termín: 5. 2. – 16. 2. 1990
 17. 4. – 27. 4. 1990
 11. 6. – 22. 6. 1990
- Miesto konania: Bratislava
- Náplň: vybrané metodické postupy a vyšetrovacie metódy, ktoré si účastníci nemajú možnosť osvojiť na svojom pracovisku.

Školiace miesto v geriatricii – celoštátne

- Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov vybraných fyziatrcko-rehabilitačných oddelení NsP III. typu
- Čas trvania: 4 týždne
- Termín: 13. 11. – 8. 12. 1989
 12. 3. – 6. 4. 1990
- Miesto konania: Bratislava
- Náplň: metodické postupy v rehabilitácii geriatrických pacientov s osobitným dôrazom na kardiopulmonálny systém a pohybový systém. Psychosociálna problematika rehabilitácie v geriatricii.

3. Rehabilitačné programy u onkologických chorých – celoštátne

- Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov fyziatrcko-rehabilitačných oddelení NsP III. typu a vybraných NsP II. typu
- Čas trvania: 3 týždne
- Termín: 9. 10. – 27. 10. 1989
 19. 2. – 9. 3. 1990
- Miesto konania: Bratislava
- Náplň: najnovšie poznatky z rehabilitácie chorých s onkologickými ochoreniami. Stavby rehabilitačných programov s dôrazom na psychosociálnu zložku.

V. Reptová, Bratislava

Autoři se pokusili ve zajímavé studii znázornit průběh meridiánů, které představují jednu z nejdůležitějších elementů v teorii akupunktury, a tím prokázat jejich existenci. V experimentální studii u 34 zdravých dobrovolníků vpichovali v místě akupunkturálních bodů radioaktivní technicium (^{99m}Tc) a sledovali jeho transport v organismu. Je známo, že tato radioaktivní látka se váže na tyreoidu, která ji vychytává. Pomocí znázorňující techniky se konstatuje, že radioaktivní technicium se dostává do venosních a lymfatických drah a postupuje dále. Při blokování venosních spojů je blokován taktéž transport, při uvolnění této blokády, transport pokračuje. Autoři neprokázali tímto způsobem existenci meridiánů.

J. Simon a spol.: La Presse Médicale, 17, 1988, s. 1341 – 1344

Autoři ve své studii vyhodnotili celkem 3592 pacientů, u kterých v letech 1974 až 1982 byla provedena srdeční katetrizace. 363 pacientů (10,2 %) mělo ejekční fázi menší než 40 %. Z těchto nemocných 194 trpělo signifikantně potvrzenou koronární chorobou srdce. Retrospektivní analýzou byla sledována doba přežití u 173 z těchto 194 nemocných. 55 nemocných z těchto 173 sledovaných bylo operováno – byl založen bypass. Tato skupina byla porovnána se skupinou 115 pacientů, medikamentosně léčených. Výsledky získané v této studii doku-

mentují, že nemocní s ejekční fází menší než 25 % mají větší, signifikantně významnější naději na přežití – 61 % pacientů s bypassem oproti 29 % pacientům léčených konzervativně. Autoři uzavírají, že po založení koronárních bypassů u těch nemocných, u kterých ejekční fáze je menší než 25 %, je větší naděje na přežití, než je tomu u nemocných bez operativního kardiologického zákroku u koronární choroby srdce.

V. Balu a spol.: Texas Heart Institute, 15, 1988, s. 44 – 48

Autoři ve své práci věnují pozornost použití laserové techniky v oblasti ortopedické chirurgie. Zatím co tyto techniky našly plné použití v neurochirurgii a urologii, poměrně pozdě pronikají do ortopedie. V práci se věnuje pozornost experimentálním poznatkům při použití laserové techniky v artroskopické chirurgii na kolenním kloubu a v tak zvané vaporisaci nucleus pulposus. V porovnání s chemonukleolýzou, která má některé vedlejší nebezpečí, například anafylaktickou reakci, vaporizační technika vykazuje lepší předpoklady například při následném použití nukleotomie.

W. E. Siebert a spol.: Ortopädische Praxis, 24, 1988, s. 667 – 669

Autor v přehledném článku diskutuje o otázkách čínské a západní medicíny, poukazuje na důležitost konfrontace těchto medicínských směrů a akcentuje fakt, že oba medicínské směry v současnosti představují oblast vzájemného zájmu. Porovnává zásady tradiční čínské medicíny s těmi, které charakterizují západní lékařství.

P. U. Unschöld: Internist, 29, 1988, s. 503 – 509

Autor věnuje pozornost současným epidemiologickým a experimentálním poznatkům z oblasti rakoviny a výživy. Kriticky se staví k některým současným praktikám v dietoterapii u onkologicky nemocných. Věnuje pozornost problematice obesity a přívodu kalorií včetně otázky jednotlivých komponent výživy, jako jsou kuchynská sůl, vitaminy, káva a alkohol, stopové prvky a antikarcinogény. Doporučuje určité dietní opatření u rakoviny a kriticky se staví proti rozšířeným „rakovinným dietám“. Tam, kde je nemožné přivádět živiny per os, je nutno sáhnout k parenterálnímu přívodu příslušných látek, při čem zásadou by mělo zůstat, že pacient, který je schopný přijímat potravu ústy, by měl tak dělat.

W. F. Jung: Internist, 29, 1988, s. 492 – 498

Účelem studie bylo analyzovat efekty arteriálních baroreceptorů a kardiopulmonálních receptorů na regulaci kardiovaskulárních funkcí a na uvolňování reninu. Bylo sledováno vyšetření úlohy renin-angiotensinového systému na krevní tlak a možný vliv je interpretovaný jako syndrom neurogení hypertenze. Tento syndrom neurogení hypertenze vzniká v experimentálním uspořádání při denervaci arteriálních a kardiopulmonálních receptorů. Výsledky získané touto studií byly získané na pokusných zvířatech.

P. Persson: Acta Physiol Scand, Vol. 133, 1988, Suppl 570

Autoři se ve své práci zabývají akupunkturou ve vnitřním lékařství. Poukazují na princip účinku akupunkturistických technik, diskutují o otázkách systému yin a yang, poukazují na systém meridiánů a zabývají se otázkami diagnostické diferenciaci pro akupunkturu. Hovoří o možnostech použití akupunktury a předkládají indikace a kontraindikace pro tuto léčeb-

nou techniku v oblasti vnitřního lékařství. Těžiště akupunktury vidí u vnitřních chorob tam, kde selhává kausální analýza, to znamená, kde jde o chorobné stavy bez objektivního nálezu – tedy o stavy funkčních vegetativních a psychosomatických poruch.

G. Kampik, O. Bertsche: Internist, 29, 1988, s. 479 – 486

Ribbingova choroba (m. Ribbing) je epifysární dysplázie s variabilním vyjádřením a je charakterisována poruchou osifikace epifysy. Prvé příznaky jsou lokalizované na bederní kloub, a tu přichází do úvahy diferenciální diagnostika s m. Perthes, hypertyreoidismem a podobně. Autoři analyzují šest pacientů a docházejí k závěru, že operativní zákrok s cílem stimulovat porušenou osifikaci není řešením.

I. Michiels, B. Schmitz: Ortopädische Praxis, 24, 1988, s. 676 – 682