

## OBSAH

### EDITORIAL

- K. Gecík:* Jubileum aj na úseku starostlivosti o zdravie 129—130

### PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

- P. Štěpánek, V. Krížek:* Vliv cvičení na bílkoviny těla při redukcii váhy . . . . . 131—138
- L. Štolba, J. Blažek:* Rehabilitace senzitivních poruch v oblasti nervi trigemini . . . . . 139—143
- O. Fedorová:* Přínos farmakoterapie v rehabilitaci závažných následků nezávažných poranění ruky . . . . . 145—148

### METODICKÉ PRÍSPEVKY

- I. Štěpařová, V. Mastný:* Návčik denních úkonů v LP . . . . . 149—151
- J. Suchan, M. Kučera, V. Šuchmanová:* Léčebná tělesná výchova u nemocných po infarktu myokardu po propuštění z nemocnice . . . . . 153—158
- K. Kadeřávková:* Psaní na stroji v léčebné rehabilitaci . . . . . 159—166

### SÚBORNÉ REFERÁTY

- Š. Kišoň, M. Palát:* Farmakoterapia v oblasti liečebnej rehabilitácie — II. . . . . 167—175

### HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ

- O. Vojtišek:* Vzpomínka na profesora Lenocha . . . . . 177—179

### RECENZIE KNÍH

180—186

### SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ

187—190

### SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

191—192

# **Re**habilitácia

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

*Vydáva Vydavateľstvo OBZOR v Bratislave, ul. Čs. armády, 29/a. Tlačia Nitrianske tlačiarne, n. p. Nitra.*

Redakčná rada:

*Miroslav Palát, šéfredaktor, Marta Bartovicová, Vladimír Lánik, Karel Lewit, Štefan Litomerický, Miloš Máček, Květa Pochopová, Marie Večeřová, členovia.*

*Grafická úprava: Jozef Hrazdil.*

*Jazyková úprava: Mikuláš Rumpel.*

*Adresa redakcie: Bratislava-Kramáre, Limbová ul.*

*Adresa administrácie: Vydavateľstvo OBZOR v Bratislave, ul. Čs. armády 29/a.*

## **LEKÁRSKY OBZOR**

prináša súborné referáty a pôvodné práce určené pre ďalšie vzdelávanie lekárov.

Informuje o pokrokoch lekárskej vedy, dôležitých pre lekársku prax.

Vychádza ako mesačník a cena jedného čísla je Kčs 6,—.

Objednávky prijíma administrácia Vydavateľstva OBZOR,  
BRATISLAVA, ul. Čs. armády 29/a.

**Re**

# habilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK IV/1971

ČÍSLO 3

EDITORIAL...

**JUBILEUM****AJ NA ÚSEKU STAROSTLIVOSTI O ZDRAVIE**

Starostlivosť o zdravie ľudu a jej úroveň nie je výsledkom náhod a neznámych okolností, ale objektívnym prejavom záujmu spoločenského zriadenia o obyvateľov. V takomto nazeraní treba hodnotiť starostlivosť o zdravie ľudu aj v súčasnosti a podľa týchto kritérií posúdiť minulosť.

V jubilejnom 50. roku založenia Komunistickej strany Československa sústredila sa pozornosť našej verejnosti popri plánoch na budúce roky i na porovnávanie súčasnosti s minulosťou. Predmetom pozornosti a zdrojom poučenia bola aj úroveň starostlivosti o zdravie v minulosti, a to predovšetkým pokiaľ ide o organizáciu, rozsah a úroveň služieb a ich výsledky. A možno veľmi vecne konštatovať, že minulosť v tomto smere bola príliš macošská.

Nezamestnanosť, bieda a hlad boli najčastejšou charakteristikou prvých rokov po druhej svetovej vojne, ale aj ďalších mierových rokov. V tých rokoch vládnuca buržoázia sledovala namiesto sociálneho programu pre široké vrstvy ľudu výlučne svoje úzke záujmy, záujmy továrnikov, statkárov, rentierov a kapitalistov. Je len prirodzené, že v podmienkach masovej nezamestnanosti nemohla byť ani úroveň zdravotného stavu obyvateľstva na výške. Bieda a podvýživa boli príčinami úmrtnosti dojčiat, nedostatočné hygienické a výživové podmienky zdrojom nákaz a sociálnych chorôb. Za tejto situácie nedostatočná sieť zdravotníckych inštitúcií nemala významnejší spoločenský efekt.

No tieto základné otázky, podmieňujúce spokojnosť jednotlivca i spoločnosti nezostávali celkom nepovšimnuté. Bol niekto, kto na ne sústavnne myslel, nastroľoval ich na fóra spoločenského riešenia a bojoval za ich realizáciu. Bola to Komunistická strana Československa, strana robotníkov a ostatných pracujúcich, ktorej vznik sa datuje od roku 1921. Program KSČ bol programom ľudových vrstiev, pretože sa zameriaval na požiadavky v oblasti sociálnej starostlivosti, za právo na prácu a spravodlivé mzdy, za zdravotnú starostlivosť počas choroby a invalidity, za sociálne zabezpečenie v produktívnom veku i počas staroby. Aj keď buržoázne zriadenie predmníchovskej republiky neumožnilo realizovať tieto požiadavky v širšom rozsahu, treba povedať, že Komunistická strana bola tou silou, ktorá nastroľovala a prebojovávala tieto požiadavky a urýchlňovala ich dejinné riešenie. Čo sa nepodarilo za vlády

buržoázie, mohlo sa uskutočniť v oslobodenej ľudovodemokratickej republike po roku 1945. Hneď prvá československá vláda vyhlásila v Košiciach vládny program, ktorý obsahoval humánne zásady budúcej zdravotnej politiky. Národným poistením sa sledovalo zabezpečenie pracujúcich i ostatného obyvateľstva počas choroby, úrazov, staroby i v iných sociálnych okolnostiach. V úpravách, ktoré nasledovali, sa presnejšie špecifikovalo právo občanov na ochranu zdravia. Ochranu zdravia prevzal na seba štát a jeho zabezpečovania začal plánovitým budovaním systému ochrany zdravia. Všetky tieto plány a úsilia boli zavŕšené v päťdesiatych rokoch v zjednotenom zdravotníctve. Podľa vzoru sovietskeho zdravotníctva boli u nás vytvorené podmienky pre najhumánnejšiu sústavu ochrany zdravia, bezplatnú, vedeckú, prístupnú, s charakterom komplexnosti a širokej a včasnej prevencie.

V systéme socialistickej ochrany zdravia stal sa základným článkom obvodný systém, vytvorili sa podmienky pre jednotu ambulantnej a lôžkovej starostlivosti. Vytvorili sa mnohé celkom nové zariadenia a služby. Vznikli orgány a zariadenia hygienicko-epidemiologickej služby, v liečebno-preventívnej starostlivosti začala sa výrazná orientácia na predchádzanie chorôb. Prednostná starostlivosť sa venovala matkám, deťom, pracujúcim v závodoch.

Výsledky takejto starostlivosti nedali na seba dlho čakať a naše zdravotníctvo stalo sa platným činiteľom upevňovania a rozvíjania zdravia ľudu. Jeho výsledky sú za obdobie dvoch minulých desaťročí poučné a prínosné nielen pre našu spoločnosť, ale sú predmetom záujmu a poučenia pre zahraničných záujemcov.

Dvadsaťročné výsledky a skúsenosti socialistickeho zdravotníctva sú dokladom o principiálnom, humánnom a modernom riešení zabezpečenia obyvateľstva zdravotnou starostlivosťou. Ide o starostlivosť socialistickeho štátu, ktorého politika sa opiera o program Komunistickej strany Československa.

Nedávny XIV. zjazd Komunistickej strany Československa bilancoval výsledky rozvoja spoločnosti a vytýčil v tomto smere ďalšie perspektívy. Sme radi, že všetky plány rozvoja našej spoločnosti zamerané sú v konečných cieľoch na zvyšovanie životnej úrovne ľudu, v čom sa vo veľkej miere podieľajú práve sociálne a v nich i zdravotné a kultúrne potreby. Je to program v tradíciách jubiliujúcej KSČ, za ktorý sa aj zdravotníckym pracovníkom vždy vďačne bojovalo.

Dr. KAROL GECÍK,

Ministerstvo zdravotníctva SSR, Bratislava

VLIV CVIČENÍ NA BÍLKOVINY TĚLA  
PŘI REDUKCI VÁHY

P. ŠTĚPÁNEK, V. KRÍŽEK

*Výzkumný ústav balneologický v Mariánských Lázních  
Ředitel MUDr. Jaroslav Benda, CSc.*

V naší populaci stále přibývá otlých. S úkolem redukovat své pacienty se setkává stále častěji nejen lékař-internista, nýbrž i specialisté jiných oborů.

U otlého člověka jde v podstatě o nadměrné nahromadění tukové tkáně v těle. Natolik nadměrné, že tuk přestává být užitečnou rezervou organismu a stává se balastem ovlivňujícím nepříznivě výkonnost, zdravotní stav i vyhlídky na dožití vyššího věku.

Redukce, aspoň redukce odborná, se zaměřuje logicky na to, aby zbavila tělo nadbytečného tuku. Měla by proto postihovat podstatu otlosti tj. tuk, nikoliv jiné, funkčně cenné tělesné tkáně, které souborně označujeme jako aktivní tělesnou hmotu (ATH).

Při sestavování účelné redukční diety se snažíme zabránit ztrátám tělesných bílkovin. Dosahujeme toho především tak, že dieta sama obsahuje bílkovin dostatek, a to bílkovin kvalitních, z velké části živočišného původu. K ochraně tělesných bílkovin (a tím i cenných tkání) by bylo dále žádoucí, aby dieta obsahovala dostatek tuků a glycidů, které šetří bílkoviny těla („nitrogen sparing action of carbohydrate and fat“). Splnění tohoto požadavku je ovšem obtížné. Zvýšíme-li přívod tuků a glycidů, stoupne nám i kalorická hodnota diety a ztráty tělesného tuku budou malé nebo dokonce žádné.

Je ovšem ještě jedna možnost, jak dosáhnout uspokojivého hubnutí a při tom chránit bílkoviny těla před odbouráváním. Je to použití intenzivního svalového cvičení, jak u nás svého času prokázala Slabochová se spolupracovníky (1962).

Samí jsme měli možnost sledovat vliv různé dávkovaného svalového cvičení na složení váhového úbytku při redukci. Otlé jsme sledovali na klinickém pracovišti Výzkumného ústavu balneologického v Mariánských Lázních. Hlavním a konečným cílem práce bylo, jak vyplývá z poslání našeho ústavu, zhodnotit význam léčebné tělovýchovy při lázeňské redukci váhy, najít optimální metodu i dávkování cvičení.

Vybrané otlé jsme sledovali formou dlouhodobého metabolického bilančního pokusu. Prvých šest dnů byla podávána strava, která kalorickou hodnotou a složením zaručovala udržení původní váhy. Následovala redukce prováděná několika odlišnými způsoby po dobu 24 dní. Celý pokus trval tedy 30 dní. Po celou tu dobu jsme evidovali přívod tekutin a analyzovali vzorovou porci, která byla shodná s porcemi jídla, které konzumovali naši pacienti. Pokusné osoby musely po celých 30 dní sbírat veškerou stolici a moč. Jejich analýzou spolu s daty získanými rozbořením vzorové porce jsme mohli vypočítat pro jednotlivé trojdy bilanci dusíku, vody i řady elektrolytů. V této práci

se budeme zabývat výhradně změnami tělesné váhy a bilancí dusíku. Vynásobením dusíku číslem 6.25 získáváme bilanci bílkovin. Dalším vynásobením, a to číslem 4 získáme přibližnou váhu odpovídajících „bílkovinných“ buněčných tkání, např. tkáně svalové.

Z hlediska pohybového režimu jsme mezi sebou porovnali

- skupinu žen s bohatější redukční dietou a mírným cvičením a skupinu žen s přísnější dietou a intenzivním cvičením,
- skupinu mužů s přísnější redukční dietou bez cvičení a skupinu mužů se stejnou dietou a velmi intenzivním cvičením.

Podrobnosti vyplynou z tabulek.

Tabulka č. 1: Hlavní údaje o srovnávaných skupinách žen (průměrné hodnoty)

	Bohatší dieta, mírné cvičení	Přísná redukční dieta, intenzivní cvičení
Počet	5	5
Věk (roky)	34	35
Výška (cm)	165	165
Váha (kg)	106.5	106.0
Nadváha podle Broca	+64 %	+52 %
<i>Použitá redukční dieta:</i>		
kcal	1695	1070
bílkoviny (g)	101	94
tuky (g)	72	43
glycidy (g)	159	76

Tabulka č. 2: Hlavní údaje o srovnávaných skupinách mužů (průměrné hodnoty)

	Obě skupiny měly přísnou redukční dietu, lišily se svalovou aktivitou na:	
	Skupina intenzivně cvičící	Skupina necvičící vůbec
Počet	4	4
věk (roky)	37	45.5
výška (cm)	173	175
váha (kg)	116.6	108.2
nadváha podle Broca	+61 %	+45 %
<i>Použitá redukční dieta:</i>		
Kcal	1170	1189
bílkoviny (g)	94	97
tuky (g)	44	45
glycidy (g)	84	97

Pohybový režim v průběhu redukce: rozsah našeho sdělení dovoluje jen stručnou charakteristiku.

*Osoby necvičící:* nebyl předepsán žádný léčebný tělocvik. Terenní kúry, v lázních obvyklé, nebyly rovněž ordinovány. Po obědě povinná ležena 1 hodinu. Jinak pohyb po budově a vycházky do nejbližšího okolí v okruhu 1—2 km. Tempo zcela volné, vycházkové.

*Osoby mírně cvičící:* dávka pohybu odpovídala přibližně průměrné svalové námaze běžného lázeňského pacienta. Dopoledne 1 hodina základní gymnastiky. Hodina měla tuto skladbu:

---

A. Úvodní část — zahřátí chůzí a klusem	1 min.
B. Cvičení na místě vstoje bez náčiní	3 min.
C. Cvičení na místě vstoje s tyčemi	11 min.
D. Cvičení na žebřinách	10 min.
E. 1. Cvičení na žíněnkách v lehu vzadu	13 min.
E. 2. Cvičení na žíněnkách v sedu	3 min.
E. 3. Cvičení na žíněnkách v lehu stranou	3 min.
E. 4. Cvičení na žíněnkách v lehu (vpředu)	3 min.
E. 5. Cvičení na žíněnkách ve vzporu klečmo	3 min.
E. 6. Cvičení na žíněnkách v lehu vzadu	2 min.
F. Hra (házení, chytání, odbíjení míče)	5 min.

---

Tempo cvičení a volba cviků při zachování základního schématu se v průběhu redukce měnilo tak, jak se zlepšovala výkonnost cvičících.

Odpoledne od 14. do 16.30 hod. plavání v bazénu (33 °C) nebo tanec, případně vycházky do obtížnějšího kopcovitého terénu. To vše pod vedením rehabilitačního pracovníka.

Uvedený program platil pro pondělí až sobotu. V neděli byla organizovaná volná zábava pod dozorem.

*Intenzivní cvičení:* Převzali jsme postup vypracovaný Šonkou a Žbírkovou a používaný na 14-denních táborech pořádaných Turistou. Metoda je zevrubně popsána autory (3, 4, 5). Autentičnost provedení zaručovalo to, že cvičení vedla doc. Žbírková jednak sama, jednak se svými spolupracovníky. Program:

Dopoledne (denně včetně neděle):

10.—11.30 hod. pohybové hry, příprava ke sportovním hrám, házení, chytání, odbíjení, kopaná, hry se zjednodušenými pravidly (umožňujícími rychlejší spád hry).

14.—15.30 hod.: střídavě cvičení v bazénu (33 °C) a plavání. Střídáno s gymnastikou (14.—15. hod.), na kterou navazovaly (15.—16. hod.) pohybové hry. V sobotu odpoledne vycházka. V neděli odpoledne volno.

Dvakrát týdně navíc povinný tanec (nejméně 1 hodina).

Určitá odchylka od praxe běžné na táborech byla v tom, že bylo nutno snížit náročnost cvičení, a to asi o 30 % (Žbírková — ústní sdělení). Souviselo to s povahou otylých, které máme v lázních k dispozici. Liší se od otylých na táborech vyšším stupněm obezity i hojnějším výskytem komplikací.

### Výsledky

*Tabulka číslo 3. shrnuje průměrné váhové poklesy vyjádřené v kilogramech, jak jich bylo dosaženo v různých skupinách.*

Tabulka č. 3

	Muži	Ženy
1. Přísná dieta + intenzivní cvičení	9.34	6.88
2. Mírné cvičení + bohatší redukční dieta	/	6.75
3. Bez cvičení a s přísnou redukční dietou	8.66	/

Ukázali jsme jinde (1), že vyjádření váhového úbytku v procentech počáteční váhy je daleko výstižnější a charakterističtější než vyjádření v kilogramech.

Procentuální vyjádření výsledků redukce (opět průměrné hodnoty) uvádíme v tabulce č. 4.

Tabulka č. 4

	Muži	Ženy
1. Přísná redukční dieta + intenzivní cvičení	8.08 %	6.72 %
2. Mírné cvičení + bohatší dieta	/	6.28 %
3. Bez cvičení a s přísnou redukční dietou	8.20 %	/

V tabulce číslo 5 podáváme přehled dusíkové bilance v jednotlivých skupinách. Pozitivní bilance je označena znaménkem +, negativní znaménkem —. Hodnoty jsou uvedeny v gramech. Způsob, jak se přepočítává dusík na bílkovinu, je uveden výše.

Tabulka č. 5

	Muži	Ženy
1. Přísná dieta + intenzivní cvičení	—21.4 g	+21.0 g
2. Mírné cvičení + bohatší dieta	/	— 2.4 g
3. Necvičící + přísná redukční dieta	—48.4 g	/

### Diskuse

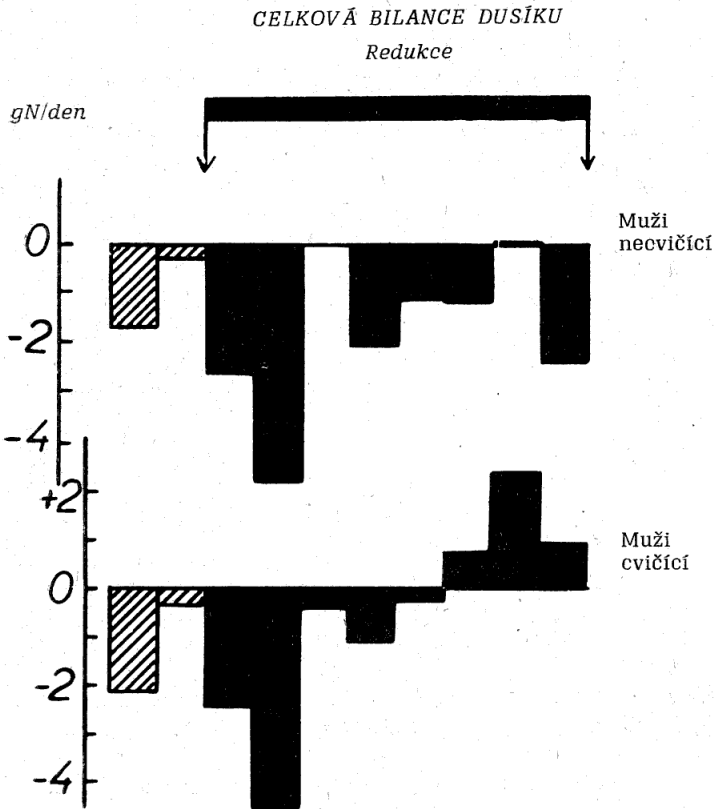
Z dat, které jsme zde ve výběru předložili, vyplývají některé závěry:

1. Při identickém režimu (intenzivní cvičení + přísná dieta) je výsledek lepší u mužů nežli u žen a to jak při vyjádření poklesu váhy v kilogramech tak



v procentech výchozí váhy. Muži hubnou rychleji. Je to ve shodě i s jinými našimi pozorováními.

2. Mezi oběma skupinami žen není podstatný rozdíl v poklesu váhy. Ženy intenzivně cvičící a s dietou o 600 kalorií denně chudší nezhubly podstatně více než kontrolní skupina. Rozdíl je ve složení váhového úbytku, jak ukážeme níže.



Graf č. 1:

Bilance dusíku vyjádřena v gramech za jednotlivé trojdný metabolického pokusu. Prvé dva trojdný jsou označeny šrafovánými sloupci a odpovídají „udržovacímu“ šestidennímu období. Za 8 trojdnů (24 dny) vlastní redukce došlo k poklesu váhy přibližně stejnému u mužů intenzivně cvičících i necvičících vůbec. Dusíková bilance byla v první polovině redukce celkem shodně negativní. Ve druhé polovině redukce je patrné rozdílné chování bilance u cvičících (kde se stává pozitivní) a u necvičících (kde si uchovává negativní charakter).

3. Mezi intenzivně cvičícími muži a necvičícími muži (při identické redukční dietě) není téměř žádný rozdíl ve ztrátě na váze (malý rozdíl v kilogramech, žádný v procentech váhy). Rozdíl je opět ve složení váhového úbytku, jak ještě uvidíme.

4. Porovnáváme-li skupinu intenzivně cvičících žen s větším kalorickým omezením a skupinu mírně cvičících žen s bohatší dietou, vidíme rozdíl v dusíkové (bílkovinné) bilanci. Vzhledem k „bílkoviny šetřícímu vlivu glycidů a tuků“ bychom čekali, že bílkovinná bilance bude příznivější při dietě o 600 kcal bohatší. (Bílkovin dostávaly obě skupiny prakticky stejně 95–100 g denně.) Vidíme však, že ženy s přísnější redukční dietou mají příznivější — *pozitivní* — bílkovinnou bilanci. Je to nepochybně vlivem právě jejich intenzivního cvičení. V daném uspořádání pokusu mělo cvičení na bilanci bílkovin větší a příznivější vliv než suplement 600 kcal denně.

5. Muži s útočnou redukční dietou byli v obou skupinách v negativní bílkovinné bilanci. Souhlasí to s naší zkušeností, že u mužů je daleko obtížnější udržet dusíkovou bilanci v rovnováze. Negativita u necvičících mužů byla však více než dvojnásobná ve srovnání s muži intenzivně cvičícími. Opět se tedy projevil příznivý vliv intenzivního svalového cvičení.

6. Graf číslo 1 znázorňuje bilanci dusíku v jednotlivých troj dnech u mužů cvičících a bez cvičení (opět průměrné hodnoty). Prvé, šrafované, dva sloupce odpovídají trojdnům s udržovacím režimem. Další sloupce se pak kryjí s vlastní redukcí. Prvých 6 respektive 9 dnů redukce probíhá u cvičících i necvičících bilančně poměrně shodně. Zřetelný rozdíl nastává od pátého troj dne, kdy bilance cvičících přechází do pozitivy. Škoda, že Šonkův režim, uskutečňovaný zatím pouze ve 14-denních cyklech, končí vlastně ve chvíli, kdy se začnou zřetelně projevovat příznivé vlivy intenzivního cvičení.

### Závěr

Naše pokusy jednoznačně potvrdily příznivý vliv intenzivního svalového cvičení na ochranu tělesných bílkovin při redukcí. Komplikace a přidružené choroby jsou samozřejmě limitujícím faktorem, který nedovoluje využít při redukcí intenzivního cvičení — nebo aspoň ho nedovoluje využít v dostatečné míře.

Je zcela pochybené, začíná-li se s léčbou otylosti — včetně lázeňské léčby — teprve tehdy, když se tyto komplikace vyvinuly a cvičení je možné jen ve zcela omezeném rozsahu.

Cvičení podle Šonky a Žbirkové je poměrně značně náročné. Jeho účelnost je mimo pochyby. Řada novějších poznatků z fyziologie svalové činnosti svědčí, že by bylo možno vypracovat metodu cvičení, která by na jedné straně chránila tělesné bílkoviny redukcí a na druhé straně nebyla tak náročná na tělesnou výkonnost i funkci orgánů respiračních, kardiovaskulárních a jiných.

**Poznámka:** Děkujeme doc. J. Šonkovi, DrSc. za cenné rady při použití jeho metodiky. Doc. A. Žbirkové, CSc. a jejím spolupracovníkům děkujeme za spolupráci, která zaručila autentičnost metodiky během pokusu.

## LITERATURA

1. Krížek, V., Štěpánek, P.: Choroby výměny látkové — léčebné postupy při lázeňském léčení. Monografie. V tisku.
2. Slabochová, Z., Rath, R., Placer, Z., Mašek, J.: L'influence de l'exercice sur le bilançe d'azote des obèses. Nutr. Dieta. 4, 1962 : 251.
3. Šonka, J., Krížek, V., Štěpánek, P., Kučerová, M., Zdvíhal, J., Žbirková, A.: Svalová činnost a redukční režim. Vnitř. Lék. 11, 1965 : 245.
4. Šonka, J., Žbirková, A.: Pohybem a dietou proti otylosti. SZdN, Praha, 1963.
5. Šonka, J., Žbirková, A., Kubička, J.: Terapie otylosti pohybem, fenmetrazinem a dietou. Acta Univ. Carol. Med. 6, 1961 : 353.
6. Štěpánek, P.: Teoretické zdůvodnění léčebné tělovýchovy u otlých. Rehabilitácia 1, 1968 : 101.
7. Štěpánek, P., Kučerová, M.: Léčebná tělovýchova v komplexní léčbě otylosti. Prakt. Lék. 43, 1963 : 569.
8. Štěpánková, J.: K vlastní metodice léčebné tělovýchovy u otlých. Rehabilitácia. 1, 1968 : 109.

*П. Штепанек: Влияние физических упражнений на белки тела при редукации веса*

## Выводы

Наши опыты недвусмысленно подтвердили благоприятное влияние интенсивного мышечного упражнения на охрану белков тела при редукации. Осложнения и присоединенные болезни являются, конечно, ограничительным фактором, который не позволяет использовать при редукации интенсивные упражнения, или не позволяет использовать их в достаточной мере. Совсем ошибочно, если лечение полноты — курортное лечение в том числе — начинается только тогда, когда эти осложнения развились и упражнения возможны лишь в совсем ограниченном объеме.

Упражнения Шонка и Жбирковой сравнительно требовательны. Их целесообразность несомненна. Ряд новейших познаний из физиологии мышечной деятельности свидетельствует о том, что было бы возможно обработать метод упражнений, который, с одной стороны, охранял бы белки тела редуцирующих и, с другой, не был бы настолько требовательным к физическим способностям и функциям респираторных, сердечно-сосудистых и др. органов.

*P. Štěpánek: Effect of Exercise on Body Proteins in Reduction Cures*

## Summary

Our experiments have explicitly proved that intensive muscle exercise has a favourable influence upon body proteins in reduction cures. Complications and diseases are of course a limiting factor, preventing the full application of exercise in reduction cures.

Exercise according to Šonka and Žbirková is rather exacting although its object is beyond doubt. Recent knowledge in physiology and muscle activity prove the possibility of a composition of exercise methods that on the one hand would protect the body proteins and on the other would not be so exacting to physical performance of functions of the respiratory, cardiovascular and other systems.

*P. Štěpánek: Influence de l'exercice sur les albumines du corps lors de la réduction du poids*

## Résumé

Nos expériences ont univoquement confirmé l'influence favorable d'un exercice intensif des muscles pour la protection des albumines du corps lors de la réduction. Les complications et maladies associées sont évidemment un facteur limitant qui ne permet pas de profiter de l'exercice intensif — ou du moins ne permet pas d'en profiter en partie suffisante.

Il est tout à fait erroné de commencer par une cure d'amaigrissement — les cures thermales comprises — seulement alors que ces complications se sont produites et les exercices étant possibles que dans une étendue limitée.

L'exercice d'après Šonky et Šbirka est relativement essez exigeant. Son efficacité est sans aucun doute. Une série de connaissances les plus récentes de la physiologie de l'action musculaire prouve qu'il serait possible d'élaborer une méthode d'exercices qui protégeraient d'une part les albumines du corps des personnes réduquant leur poids et d'autre part, ne seraient pas si exigeants sur l'actiité du corps et la fonction des organes respiratoires, cardiovasculaires et autres.

*P. Štěpánek: Der Einfluß des Turnens auf das Körperweiß bei Gewichtsabnahme*

#### Zusammenfassung

Unsere Versuche haben die günstige Einwirkung intensiver Muskelübungen auf die Bewahrung der Eiweißstoffe des Körpers bei Gewichtsabnahme eindeutig bestätigt. Komplikationen und interkurrente Erkrankungen sind freilich ein limitierender Faktor, der intensive Turnen während der Gewichtsreduktion verhindert oder zumindest seine Anwendung in zureichendem Maße nicht gestattet.

Es ist durchaus falsch, mit der Behandlung der Fettleibigkeit einschließlich der Kurbehandlung erst dann zu beginnen, wenn sich diese Komplikationen schon eingestellt haben und das Turnen nur in sehr beschränktem Maße möglich ist.

Die von Šonka und Žbírková ausgearbeiteten Turnübungen sind verhältnismäßig sehr anspruchsvoll. Ihre Wirksamkeit steht außer Zweifel. Mehrere neuere Erkenntnisse auf dem Gebiet der Physiologie der Muskeltätigkeit deuten darauf hin, daß es möglich wäre, eine Turnmethode auszuarbeiten, die einerseits das Körperweiß bei der Fettreduktion bewahren könnte und andererseits doch nicht so große Ansprüche auf die körperliche Leistungsfähigkeit und die Funktion der Atmungsorgane, der kardiovaskulären und übrigen Organe stellen müßte.

## REHABILITACE SENZITIVNÍCH PORUCH V OBLASTI NERVI TRIGEMINI

L. ŠTOLBA, J. BLAŽEK

*Rehabilitační odd. a stomatologické odd. KNŠP  
České Budějovice*

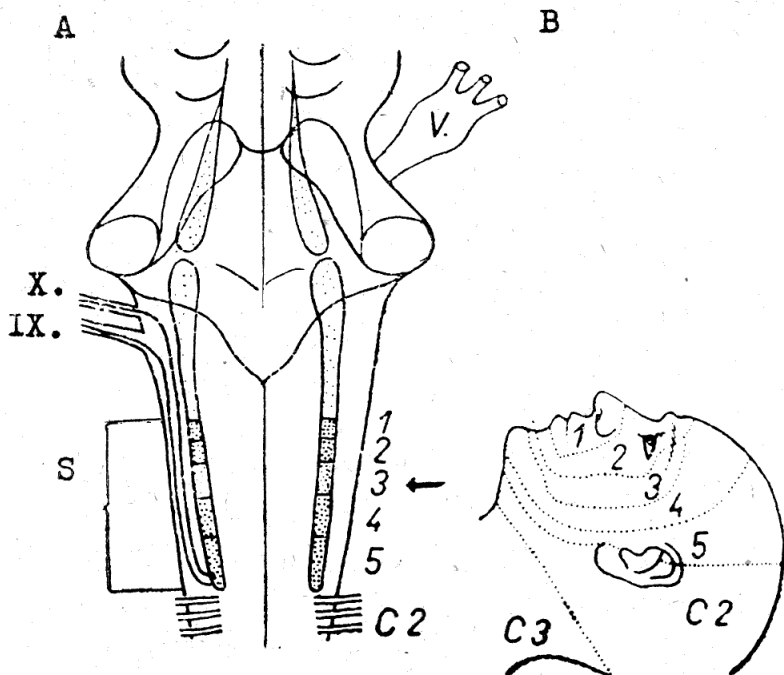
Poruchy senzitivního zásobení v oblasti n. trigemini jsou ve stomatologické a stomatochirurgické léčbě relativně velmi časté a to především v oblasti 2. a 3. větve. Stomatologická literatura popisuje senzitivní poruchy při traumatech, chirurgických výkonech a chorobách dosti okrajově a uvádí neurčitý časový údaj spontánní reparace. Sledujeme na našem odd. ve spolupráci se stomatologickým odd. již po 6 roků tyto nemocné, vedeni snahou o upřesnění časové reparace, lokalizace a možností ovlivnit tuto reparaci.

Nervus trigeminus zásobuje senzitivně celou obličejovou část, ohraničenou laterálně linií probíhající napříč temenem k ušním boltcům a podél hranice mandibuly ke krajině brady. (Scheitel-Ohr-Kinn-Linie německých autorů.) Uspořádání segmentů koncentricky k ústům je přirovnáváno ke slupkám cibule.

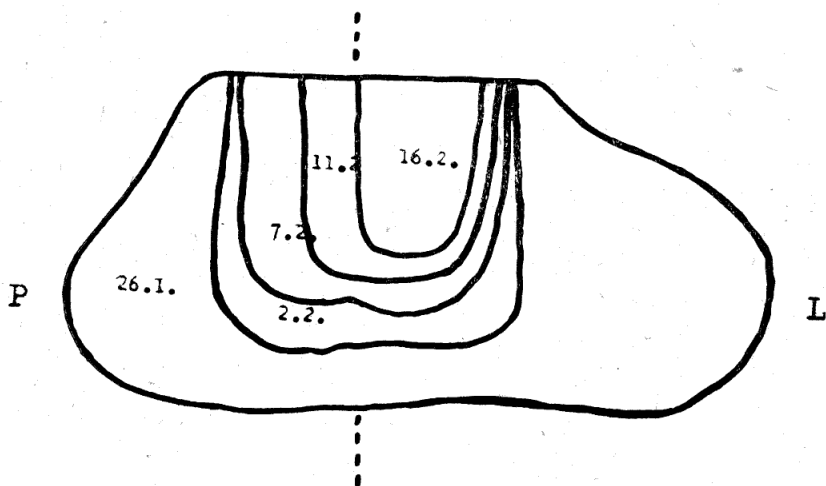
Je tedy n. trigeminus převážně senzitivní nerv, jehož buňky leží, v gang. semilunare jsou pseudounipolární. Vysílají neurit periferní a centrální jako portio maior vstupuje do kmene, větví se a končí u jader. Rozlišení kvality senzitivního podráždění není záležitostí specifických tělísek v kůži, ale otázkou jádra, čili tractus spinalis n. trigemini. (Obrázek 1.)

Je tedy n. trigeminus převážně senzitivní nerv, jehož poškození v senzitivní oblasti má za následek v periférii an-hyp-hyper- či parestézii. V naší sestavě, téměř 130 nemocných, jsme sledovali pouze senzitivní poruchy na kůži, a to pro snadnou stanovitelnost zánikových zón. (Ausfallgebiet německých autorů.) U poraněných a operovaných jsme se setkávali s anestézií a hypestézií příslušného kožního úseku a pouze jedenkrát s parestézií při zánětlivém procesu.

K zajímavým poznatkům jsme dospěli hned při stanovení hranic zánikových zón. Hranice těchto zón byly vždy velmi ostré, pacientem přesně určitelné a vždy pro všechny kvality senzitivní stejně. Ani jedenkrát jsme nedostali rozdílnou linii například pro bolest a teplo a podobně. Ústup hypestézie či anestézie se dál vždy koncentricky k určitému bodu v soustředných obrazcích, při čemž centrum obrazce bylo velmi často excentricky od foramen infraorbitale či mentale. Zůžování pole bylo vždy koncentrické, rychlost ústupu byla však z některé strany rychlejší, často se dála ve skocích, mnohokrát pole zůstalo několik dní stát. Ústup zón byl pro všechny senzitivní kvality stejný. Kvalita senzitivního vzruchu byla nemocnými přesně určována. Pouze u jediného nemocného (fractura maxilly) jsme pozorovali, že několik dní vnímal bolest jako teplo.



Obr. 1 — Schéma senzitivního podráždění



Obr. 2 — Hranice zánikových zon

Stanovení hranic zánikových zon bylo poměrně jednoduché. Tlak jsme sledovali standartní tyčinkou, bolest vpichy jehlou, teplo smotkem namočeným v teplé vodě, chlad kouskem ledu, lokalizaci příkládáním malých závaží. Postupovali jsme se zdravého k zániku, obrazec zakreslili na kůži nemocného, přenesli na papír. (Obrázek č. 2.) Po dobu hospitalizace jsme sledovali pacienty každý den, po propuštění do domácího léčení 2—3× týdně.

Při rehabilitaci jsme zánikové místo dráždili všemi uvedenými kvalitami. Postupovali jsme vždy ze zdravého k zaniklému místu a při anestéziích volili i silně nadprahové hodnoty dráždění. Šlo-li o lézi jednostrannou, volili jsme dráždění strany zdravé jako první a potom přecházeli na stranu nemocnou. Ani jednou jsme nepoužili k dráždění elektrického proudu, ale vždy volili podněty fyziologické. Dobu jednoho sezení jsme volili kolem 30 minut, pacienty postup naučili, takže po propuštění z nemocnice pokračovali sami doma a k nám docházeli na kontroly.

Nehodláme v této zprávě uvádět jednotlivé stomatologické výkony či trauma, které mělo za následek poruchu v senzitivní oblasti trojklaného nervu. Přesný rozbor a příčiny budou sděleny v stomatologickém časopise. Pouze informativně: Nejdější doba rehabilitace je u zlomenin horní a dolní čelisti a reparace při rehabilitaci je na hranici dvou měsíců. Téměř 10% nemocných má trvalé zánikové změny, při čemž za trvalost považujeme neústup zon, při stále rehabilitaci po době půl roku.

Těmto našim závěrům se vymyká pouze jediný případ. Šlo o pacientku V. Š. stáří 30 roků, č. chor. 148/67, které byl mimo náš ústav extrahován v mandibulární anestézii zub (dolní 5. vpravo). Již večer po extrakci pozorovala plně anestetickou zonu v oblasti pravého n. mentalis velikosti  $3 \times 4$  cm. Pacientku jsme zachytili náhodou po 16 měsících od extrakce, při čemž zánikové pole se po celou tuto dobu nezmenšilo. Po 12 návštěvách na našem odd. a dráždění nadprahovými hodnotami se stav během 40 dnů upravil ad normam.

### *Diskuse*

Zánikové jevy v oblasti senzitivního zásobení trojklaného nervu jsou v stomatologické praxi relativně velmi časté. Podle dostupné literatury nejsou však léčeny a předpokládá se spontánní vyléčení v neurčitém časovém úseku. Dokázali jsme však, že část nemocných má změny trvalé, které je někdy značně obtěžují a jsou zdrojem nespokojenosti se stomatologickým výkonem. Soudíme proto, že bychom i těmto pacientům měli věnovat péči na našich rehabilitačních pracovištích.

### *Závěr*

Uvedli jsme způsob vyšetření, sledování a rehabilitaci nemocných se zánikovými jevy v oblasti senzitivního zásobení n. trigemini. Po 6 letém sledování těchto nemocných dospěli jsme k závěru, že reinervace těchto poruch postupuje po fyziologických podnětech rychleji a je v 90% upravitelná ad normam. Dráždění elektrickým proudem nepokládáme za fyziologické.

## LITERATURA

1. Clara Max: Das Nervensystem des Menschen, Leipzig Barth Verl. 1953 S. 367—369.
2. Gutmann E.: Funkční regenerace periferálních nervů. Praha ČSAV 1955.
3. Kunc Z.: Čs. neurologie 27, 1964, 6. S. 353—359.
4. Rosenthal W.: Speziele Zahn, Mund und Kieferheilkunde, Leipzig Barth Verl. 1951 S. 173—174.
5. Schuchardt K.: Die Zahn, Mund und Kieferheilkunde. München Urban und Schwarzenberg Verl. Bd 3 S. 653—1096.
6. Schulte W.: Knochenregeneration nach Ausschaltung grosser Kieferzysten. Dtsch. Z. M. Kieferheilkunde Bd 45 H. 5—8 1965, 190.
7. Toman J., Sovadina M.: Stomatochirurgie. SZdN Praha, 1967, 99.
8. Urban F., Sazama L.: Úrazy obličejových kostí, SZdN Praha, 1960, 273.

*Л. Штолба, Й. Блажек: Реабилитация чувствительных нервов в области тройничного нерва*

## Резюме

Авторы занимаются в своей работе явлениями отмирания в области чувствительного снабжения тройничного нерва. Эти отмирания нередко встречаются в стоматологической и стоматохирургической практике. Специальная стоматологическая литература приводит самопроизвольное заживление через некоторое время. Авторы исследовали на 128 больных с приведенными нарушениями возникновение и отступление зон отмирания и доказали, что у 10 % больных остаются прочные последствия. Они убеждены, что реабилитация может оказать влияние на время исправления и одновременно снизить процент таким образом пораженных больных. Авторы описывают ход и методику реабилитации.

*L. Štolba, J. Blažek: Rehabilitation of sensitive disorders in the region of the nervus trigeminus*

## Summary

The paper deals with the extinction phenomena in the region of the nervus trigeminus. These extinction are frequent in the stomatologic and stomatosurgical practice. Stomatologic references quote spontaneous healing at an indefinite time. The authors have observed in 128 patients suffering from these disorders the occurrence and decline of these extinction zones and have proved that 10% of all these patients suffer from permanent consequences. The authors are persuaded that the time of reparation can be influenced by rehabilitation and that the number of stricken patients can be decreased. Methods and course of rehabilitation is described.

*L. Štolba, J. Blažek: Réhabilitation des troubles sensitifs dans le domaine du nervi trigemini*

## Résumé

Dans leur travail les auteurs s'occupent des phénomènes ayant tendance à disparaître dans le domaine de l'approvisionnement sensitif du nerf trifide. Cette décadence se repète souvent dans les pratiques stomatologique et stomatochirurgique. La littérature spéciale de stomatologie mentionne une guérison spontanée dans une période de temps indéterminée. Sur 128 malades atteints de ces troubles, les auteurs ont suivi la formation et la retraite des zones en décadence et ont démontré que 10% de ces malades souffrent de conséquences durables. Ils sont persuadés que pour la réhabilitation on peut influencer la durée de réparation et réduire le pourcentage des malades ainsi affectés. Ils mentionnent le procédé et la méthode de réhabilitation.



L. Štolba, J. Blažek: *Rehabilitation sensitiver Störungen im Bereich des Nervus Trigemini*

### Zusammenfassung

Die Autoren behandeln in ihrer Studie Entzündungserscheinungen im Bereich der sensitiven Funktion des Nervus Trigemini. Diese Entzündungen kommen in der stomatologischen und stomatochirurgischen Praxis häufig vor. Die stomatologische Fachliteratur berichtet über spontane Gesundungen in unbestimmten Zeitspannen. Die Autoren verfolgten bei 128 an diesen Störungen leidenden Patienten die Entstehung und das Verschwinden der Entzündungszonen und konstatierten, daß bei 10% dieser Patienten dauernde Folgen eintreten. Sie geben der Überzeugung Ausdruck, daß durch Rehabilitation der Zeitpunkt der Wiederherstellung beeinflußt und die Rate der dauernd geschädigten Patienten verringert werden kann. Sie führen auch die Art und Weise sowie die Methodik der Rehabilitationsbehandlung an.

LUKL P.:

**VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ**

*Avicenum, zdravotnické nakladatelství, Praha 1971, str. 816,  
obr. 420, Kčs 85,—*

Vo štvrtom vydaní, ktoré je vydaním prepracovaným a doplneným, konečne vychádza v roku 1971 celoštátna učebnica vnútorného lekárstva, ktorá je určená pre lekárske fakulty. Od doby dokončenia rukopisu v roku 1967 do doby vydania tejto základnej učebnice v roku 1971 uplynuli plné štyri roky.

Luklova učebnica má klasické delenie všetkých učebníc vnútorného lekárstva a zaoberá sa v jednotlivých kapitolách oblasťami chorôb, ktorých znalosť je potrebná pre absolvovanie lekárskej fakulty z internej medicíny. Táto celoštátna učebnica je charakteristická jednou zvláštnosťou — je dielom jedného autora, i keď jednotlivé kapitoly prezrel celý rad odborníkov, špecializovaných na jednotlivé oblasti vnútorného lekárstva. V súčasnosti tento typ učebnice nie je obvyklou formou v porovnaní so svetom, pretože väčšina učebníc je kolektívnym dielom. Druhou základnou vecou je skutočnosť, že i keď toto štvrté vydanie je vydaním doplneným, prepracovaným, predsa len pravdepodobne pre dlhú výrobnú lehotu knihy od doby dodania rukopisu po objavenie sa publikácie na knižnom trhu, uplynuli štyri roky, ktoré pre každú publikáciu, a to platí zvlášť pre učebnice, nie je dobou zanedbateľnou z hľadiska vývoja vedy. A aj v ob-

lasti vnútorného lekárstva sa vykonalo veľa nového.

Nechcem v tejto krátkej recenzii rozoberať jednotlivé nedostatky. Toto bude iste predmetom rozsiahlejších recenzií, i tak však je určitým nedostatkom, ak sa používa napr. v kapitole o vyšetrowaní dýchacieho ústrojenstva stará terminológia pre jednotlivé časti vitálnej kapacity a pod., keď už pred mnohými rokmi bola prijatá a publikovaná terminológia v oblasti fyziológie dýchania a táto terminológia sa taktiež používa.

Luklova učebnica je celoštátnou učebnicou. V úvode sa hovorí o vývoji vnútorného lekárstva a o vývoji českého vnútorného lekárstva. Bolo by iste vhodné v budúcom vydaní zaradiť krátku kapitolu o vývoji slovenského vnútorného lekárstva.

„Vnitřní lékařství“ z pera prof. Lukla, jedného z našich najskúsenejších internistov, je publikáciou, ktorú veľmi vítame na knižnom trhu, pretože súborné spracovanie celej rozsiahlej problematiky v oblasti vnútorného lekárstva nájde medzi čitateľmi iste záujem. Pre budúce vydanie, ktoré istotne bude doplneným vydaním, by bolo však žiaduce, aby drobné nedostatky, ktoré sa objavujú v tomto vydaní, sme našli opravené.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

## PŘÍNOS FARMAKOTERAPIE V REHABILITACI ZÁVAŽNÝCH NÁSLEDKŮ NEZÁVAŽNÝCH PORANĚNÍ RUKY

O. FEDOROVÁ

Rehabilitační oddělení OÚNZ, Ml. Boleslav  
Vedoucí MUDr. O. Fedorová

Při poraněních ruky se často setkáváme i s trvalou invaliditou jako následkem nezávažných poranění, ba i prostého znehybnění sádrovým obvazem. Mezi převahou výborných výsledků se čas od času objeví ztuhlá bolestivá ruka, funkčně naprosto nevyhovující, která je navíc neustálým zdrojem bolestivé iritace. Co je příčinou těchto stavů?

Může to být dlouhodobá immobilizace, ale naopak zase znehybnění příliš krátké s následným předčasným pracovním zatížením, mohou to být řezy, vedené tak, že napomáhají vzniku flekčních kontraktur, reflektorické nervové cévní projevy, které mohou vyvolat dlouhodobou pracovní neschopnost i u prostých kontuzí a distorzí, kostní panaritia s tvrdými póoperačními infiltráty, poranění penetrující do pouzdra kloubního s následným jizevnatým svrašněním tkání, u poranění měkkých tkání sec infekce s následnými srůsty, které komprimují cévy, nervy a někdy i šlachová pouzdra a šlachy.

Při poraněních šlach musíme mít na zřeteli, že sešitá šlacha srůstá v místě sutury granulacemi se svým okolím. Čím více je těchto granulací, tím obtížnější bývá rehabilitace, neboť granulace mají velkou tendenci měnit se ve fibrózní vlákna. To je zvláště nebezpečné u ruky. Proč, pochopíme z prosté anatomie ruky.

Již kůže ruky, spojená s dlaňovou aponeurózou, je málo pohyblivá. Podkožní tkáň je protkána vertikálně probíhajícími fibrózními vlákny, spojujícími kůži s aponeurózou a směrem do hloubky je dlaňová část ruky rozdělena dvěma fasciálními listy na tři vedle sebe ležící oddíly. Tyto vertikální fasciální listy se v hloubce spojují s hlubokou dlaňovou fascií. Při přechodu ze dlaně na prsty se nervové cévní svazky protahují kommisurálními otvory, uloženými ve výši hlaviček 2—5 metakarpu. Pochvy šlach flexorů prstů se táhnou od hlaviček metakarpů 2.-4. prstu k poslednímu prstovému článku. V každé pochvě jsou šlachy hlubokého a povrchního flexoru.

Dlaňová fascie falang se připojuje po straně prstových článků a tvoří spolu s periostem fibrózní kanál pro šlachy flexorů, vystlaný synoviálním listem, složeným ze dvou částí. Jedna vystylá vnitřek šlachové pochvy, druhá obaluje šlachy. Obě části jsou směrem k periotu zpravidla spojeny, jen místy tvoří tzv. mesotenon — otvory, jimiž přicházejí cévy pro šlachy. Dle Knoblocha a Niederleho většinou v oblasti mezičlánekových kloubů.

Tyto šlachové kanály jsou zejména v krajině mezičlánekových kloubů zesíleny zkrí-

LITERATURA

1. *Delaunay, A., Basin, S.*: Le Collagene, Presse medic. 15, 547—549, 1969
2. *Emmerich, R.*: Chronische Krankheiten des Bindegewebes, Leipzig 1961, 364—365
3. *Haase, W.*: Zur ambulanten Behandlung posttraumatischer Schwellzustände, Hippokrates 36, 118, 1965
4. *Lánik, V.*: Liečebná telesná výchova a rehabilitácia I, Osveta 1969, 116—117
5. *Lenfeld, J., Kroutil, M.*: Farmakoterapie zánětů, StZdN Praha 1961, 38—43
6. *Lubockij, D. N.*: Osnovy topografičeskoy anatomii, Medgiz, Moskva 1953, 120—135
7. *Sarkisov-Serazini, I. M.*: Lečebnaja fyzičeskaja kul'tura pri povražďenijach mjagkich tkanej, Medgiz, Moskva 1954, 130—131
8. *Schweinitz, H. A.*: Zur Wirkung von Hormonen und antirheumatica auf den Entzündungsvorgang, Acta Rheum. Scand., Suppl 8, 70—76, 1964
9. *Vejšvalka, J., Königova, R.*: Pooperační ošetření v chirurgii ruky, Acta chir. orthoped. traumat. čechosl. 36, 342—347, 1969
10. *Vělé, F.*: Základy fyziologie a patofyziologie hybného systému, stať ve Funkci hybného systému autorů: Janda V., Poláková Z., Vělé F., St ZdN Praha 1966

*O. Fedorová: Вклад фармакотерапии в реабилитацию серьезных последствий не веских ранений руки*

Выводы

Описан результат пробного применения Дельта-Томанола в травматолого-хирургических указаниях — в качестве предупреждения и лечения болезненной окоченелой руки. Было достигнуто быстрого расслабления фиброзно измененной соединительной ткани и тем самым и обновления функциональной способности руки.

*O. Fedorová: Contribution of Drug Therapy in Rehabilitation in Serious Consequences of Slight Injuries of the Hand*

Summary

Results are described of experimental application of Delta-Tomanol in traumatologic-surgical, indications as preventive means and therapy of the painfully rigid hand. Quick relaxation of the fibrose changed tissues and renewal of the functional capability of the hand was achieved.

*O. Fedorová: Apport de la pharmacothérapie dans la réhabilitation des conséquences graves de blessures insignifiantes de la main*

Résumé

Contient les résultats de l'emploi empirique du Delta-Tomanolu dans les indications traumatologiques-chirurgicales comme préventif et traitement de la main douloureuse raidie. Obtention d'un soulagement rapide du ligament fibreusement modifié et ainsi donc la régénération de la bonne fonction de la main.

*O. Fedorová: Der Nutzen der Pharmakotherapie bei der Rehabilitation von schwerwiegenden Folgen geringfügiger Handverletzungen*

Zusammenfassung

Im Artikel werden die Ergebnisse der versuchsweisen Anwendung von Delta-Tomanol bei traumatologisch-chirurgischen Indikationen als Prävention und Heilbehandlung von schmerzhaften Handverkrampfungen beschrieben. Mit dieser Behandlung wurde eine schnelle Lockerung des fibrös veränderten Gewebes und damit auch die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit der Hand erzielt.

Adresa autorky: MUDr. O. F., rehabilitační odd. OUNZ, Mladá Boleslav

## NÁCVIK DENNÍCH ÚKONŮ V LP

I. ŠTĚPAŘOVÁ, V. MASTNÝ

Rehabilitační oddělení FN, Brno, Ponávka 6

Přednosta MUDr. Václav Mastný, CSc.

Nácvik denních úkonů považujeme v pौरázové rehabilitaci za důležitou součást léčby prací. Viděli jsme totiž velmi dobré funkční výsledky hlavně u starších žen v důchodu a z domácnosti, které prováděly jen podle instrukcí denní úkony včetně domácích prací, poněvadž nemohly docházet k ambulantní rehabilitaci. Na druhé straně někteří dobře rozvíčení pacienti používali pro osobní obsluhu pomoc druhé osoby.

Nácvik denních úkonů vyžaduje jen jednoduché pomůcky, nepotřebuje zvláštní místnosti a proto jej můžeme provádět i tam, kde není zavedena léčba prací. Úkony jsou pacientovi běžné, rád je vykonává a snadno pochopí instrukce. Učí se být soběstačným v běžném životě, tím se zvyšuje jeho sebevědomí, zlepšuje nálada a šetří námaha obsluhujícím personálu jak u ležících, tak u chodících pacientů. Po léčebné stránce představují denní úkony řadu cílených komplexních pohybů, které napomáhají již během imobilizace zlepšovat svalovou sílu a koordinaci, udržují hybnost volných kloubů, podporují krevní oběh a působí tak proti otokům a vzniku Sudeckova syndromu. Po fixaci jsou vhodným doplňkem LTV. Připomínáme také jejich národohospodářský význam, neboť schopnost denních úkonů je nezbytným předpokladem pro pracovní zařazení zraněného.

Charakter denních úkonů je individuálně různý, liší se u mužů a u žen. Společným základem je však osobní obsluha. Její nácvik jsme rozdělili do 3 skupin. Přihlíželi jsme k složitosti jednotlivých úkonů, k vyžadovanému rozsahu pohybů a pracovním polohám jednotlivých kloubů, k svalové síle a koordinaci. Každou skupinu je možno individuálně doplňovat.

Do první skupiny jsme zařadili úkony prováděné převážně jednou, a to řídicí horní končetinou. Pacient se učí užívat jídelní příbor, psát tužkou nebo perem, manipulovat s elektrickým vypínačem, s klikou u dveří, s vodovodním kohoutkem, odmykat a zamykat klíčem. Jídelní příbor a psací potřeby pomáhají cvičit zápěstí a prsty bez větší svalové síly a s menšími pohyby v loketním a ramenním kloubu. Manipulace s klikou u dveří vyžaduje exkurze v zápěstí a určitou svalovou sílu, kterou můžeme ještě dozovat odporem instruktora. Pro elektrický vypínač, vodovodní kohout a zamykání jsou důležité rotace v předloktí. Tato skupina úkonů se nám osvědčila po poranění ruky, po zlomeninách předloketních a pažní kosti, po luxaci v lokti a v rameni.

Do druhé skupiny jsme zařadili složitější úkony, které vyžadují souhry obou horních končetin. Zraněný zapíná knoflíky, váže zástěru nebo šátek, obléká košili a kabát, čese se hřebenem, nacvičuje umývání. V této skupině je zapotřebí vedle síly a obratnosti prstů určitý rozsah pohybů ve všech kloubech horní končetiny. Zvláštní nárok na loketní kloub činí zapínat knoflíky, vázat šátek, česat se nebo umývat. Větších pohybů v ramenním kloubu se současnou rotací vyžaduje oblékání, vázání šátku a česání. Skupina se ukázala vhodnou k výcviku po frakturách prstů, metakarpů, po Collesově zlomenině, v časných i pozdních stádiích při omezení loketního a ramenního kloubu po zlomeninách předloktí, lopatky, klíčku, po luxaci v rameni a v lokti.

Třetí skupina obsahuje nejsložitější úkony, ke kterým je zapotřebí koordinované činnosti horních a dolních končetin. Učíme zraněného obouvat a šněrovat boty, oblékat a svlékat ponožky, punčochy a kalhoty. Návčik této skupiny měl dobré výsledky po poranění ruky, ale také při současném nebo izolovaném omezení kolenního a kyčelního kloubu po zlomeninách bérce, stehenní kosti, po luxaci v kyčli, po fraktuře acetabula, po operaci menisku a poranění vazů kolena.

Návčik jednotlivých úkonů musí zahrnovat také příslušné pracovní polohy těla a končetin. Máme na mysli předklon pro umývání, sezení k jídlu a k psaní, klek pro obouvání, elevaci v ramenním kloubu pro česání a pod. Uvedené cviky se proto uplatnily i po zlomeninách páteře.

Při návčiku denních úkonů přihlížíme stejně jako u LTV k subjektivním potížím pacienta, k omezené hybnosti kloubu a k svalovému testu. Při značně oslabených svalech polohujeme v závěsu nebo na podložce, zejména při omezené hybnosti v ramenním a loketním kloubu, např. při česání nebo jídle. Pacient si může také vypomáhat zdravou končetinou. Někdy začínáme výcvik na modelech, které lze umístit do různé polohy a výšky, např. pro šněrování a zapínání knoflíků. Jindy musíme volit z počátku i náhradní pohyby, např. rotaci v rameni místo předloktí, dřep v náhradě za předklon pro obouvání a oblékání ponožek. Pokud je to možné, snažíme se však od počátku provádět výcvik správným způsobem, abychom nemuseli později pacienta pracně odvykat náhradním stereotypům. Repertoár cviků postupně rozšiřujeme o další úkony podle možnosti zraněného, např. v první skupině o vaření, různé řemeslné práce a nákup, v druhé skupině o úklid, šití a ruční práce, ve třetí skupině o práce v zahradě a na poli.

Za důležitou považujeme také psychologickou přípravu zraněného. Od počátku zdůrazňujeme výhody denních úkonů. Osvědčily se nám krátké písemné návody pro domácí práce a nástěnky s názornými fotografiemi denních úkonů.

#### LITERATURA

1. *Krusan, Rusk*: Year Book of Physical Medicine and Rehabilitation, 1949, Chicago.
2. *Henry, Kessler*: The Principles and Practices of Rehabilitation, 1950, London.
3. *Novák a spol.*: Rehabilitace po úrazech, 1953, Praha.
4. *Lánik a kol.*: Liečebná telesná výchova a rehabilitácia II, 1968, Bratislava.
5. *Kol.*: Die posttraumatische Entzündung und ihre Behandlung. 1965, New York.

*И. Штепаржова, В. Мاستный: Заучивание повседневных действий в процессе трудотерапии*

Резюме

При заучивании повседневных действий в процессе трудотерапии авторы исходят из личного обслуживания, разделяя его в три группы: 1. действия, выполняемые главным образом управляющей верхней конечностью, 2. действия, выполняемые обеими верхними конечностями, 3. действия, требующие содействия верхних и нижних конечностей. Необходимо и заучивание рабочих положений. Каждая группа может быть индивидуально дополнена. Подобно лечебной физкультуре, заучивание учитывает ограниченную подвижность суставов и мышечный тест.

*I. Štěpařová, V. Mastný: The Daily activity Test in occupational therapy*

Summary

The paper deals with daily activity test in occupational therapy classifying it according to personal service into three groups: 1. activity carried out mainly by the upper extremity, 2. activities carried out by both upper extremities, 3. activities requiring the cooperation of the upper and lower extremities. The training of working positioning is also important. Each group can be individually complemented. Just like in physical therapy is the training here connected with the limited articular movement and the muscle testing.

*I. Štěpařová, V. Mastný: Exercice des opérations quotidiennes dans le traitement par le travail*

Résumé

Dans l'exercice des opérations quotidiennes, les auteurs prennent pour base dans le traitement par le travail du service personnel qu'ils divisent en trois groupes: 1. les opérations effectuées pour la plupart par l'extrémité supérieure de commande, 2. les opérations effectuées par les deux extrémités supérieures, 3. les opérations exigent une harmonie des extrémités supérieures et inférieures. L'exercice des positions de travail est aussi nécessaire. Chaque groupe peut être complété individuellement. Comme dans l'éducation physique thérapeutique l'exercice part de la mobilité réduite des articulation et du test musculaire.

*I. Štěpařová, V. Mastný: Das Einüben der Alltagsverrichtungen im Rahmen der Arbeitstherapie*

Zusammenfassung

Die Autoren gehen beim Einüben der Alltagsverrichtungen im Rahmen der Arbeitstherapie von der persönlichen Bedienung aus, die sie in drei Gruppen von Verrichtungen einteilen:

1. Verrichtungen, die mit der überwiegend leitenden oberen Extremität ausgeführt werden; 2. Verrichtungen, die mit beiden oberen Extremitäten ausgeführt werden, und 3. Verrichtungen, die ein Zusammenspiel der oberen und unteren Extremitäten erfordern. Wichtig ist auch das Einüben der Arbeitspositionen.

Jede Gruppe kann individuell ergänzt werden. Ebenso wie bei der Heilgymnastik geht man hierbei von der beschränkten Gelenkbeweglichkeit und vom Muskelleistungstest aus.

TOŠOVSKÝ V., STRYHAL F. a spolupracovníci

**OSTEOMYELITIS**

Avicenum, zdravotnícké nakladateľstvá, Praha, 1970. Vydanie I.  
Strán 164, vyzobrazení 67, cena 23 Kčs.

V posledných rokoch obvodný lekár, pediater, pediatrický chirurg aj všeobecný chirurg pociťujú narastanie problému diagnostiky a liečby osteomyelitídy. Zlatá doba suverénneho zvládnutia tejto veľa rás celý život poznačujúcej choroby antibiotikami, je už za nami. Znovu sa stretávame s perakútnym priebehom, i keď nie tak často končiacim exitom, ako si ho pamätáme z obdobia predantibiotického, ale zato zanechávajúceho rozsiahle sequestre, dlho trvajúce púšťale i následné deformity postihnutých oblastí.

Je potrebné preto privítať, že Avicenum, zdravotnícké nakladateľstvo, vydalo v tomto roku nie príliš rozsiahlu, ale zato tým presvedčivejšiu a názornejšiu publikáciu z pera prof. MUDr. V. Tošovského, DrSc. a spolupracovníkov.

Kniha komplexne rozoberá problematiku osteomyelitíd. Veľmi zaujímavým a pútavým spôsobom kladie vedľa seba obraz osteomyelitídy, ako nám bol známy z predantibiotickej éry, s obrazom, ktorý vznikol zavedením antibiotík. Prevrat, ktorý v terapii priniesli antibiotiká, priniesol so sebou aj bezstarostnejší pohľad na spomínané ochorenie. Nutnosť korekcie náhľadu na priebeh a následky osteo-

myelitídy priniesla súčasná doba. Kniha veľmi výstižne zaznamenáva diagnostické a liečebné problémy, s ktorými sa všetci v súčasnej praxi stretávame. Vyčerpávajúcím spôsobom je objasnená nielen symptomatológia, diagnostika, diferenciálna diagnostika a röntgenová diagnostika pri rôzne lokalizovanej osteomyelitíde v detskom veku, ale aj v dospelosti.

Podobným spôsobom oboznamuje kniha čitateľa aj s problémami chronickej osteomyelitídy, následkami a prevenciou osteomyelitíd. Sú v nej zhrnuté najnovšie poznatky diagnostické i liečebné. Vidieť veľkú osobnú skúsenosť autorov v kapitolách o chirurgickej liečbe akútnej i chronickej osteomyelitídy. Početné röntgenové snímky a vyzobrazenia robia knihu veľmi zrozumiteľnou, takže ju treba odporúčať aj poslucháčom medicíny.

Publikácia je nesporným prínosom pre prácu lekárov v teréne, ale aj vysoko špecializovaných odborníkov, a to tým viac, že naša lekárska verejnosť dostáva do rúk mimoriadne šťastne napísanú knihu o tak vypukle narastajúcich problémoch spojených s diagnostikou a liečbou osteomyelitídy v správny čas.

Dr. V. Pohl, CSc., Bratislava

SKOŘEPA J.:

**MOLEKULOVÁ FYZIOLOGIE LIPIDŮ A JEJÍ KLINICKÁ APLIKACE**

Avicenum, zdravotnícké nakladateľstvá, Praha, 1971, str. 360, obr. 110, Kčs 42,50

Skořepova monografia o molekulovej fyziológii lipidov a jej klinickej aplikácii, vydaná tohto roku zdravotníckym vydavateľstvom Avicenum, predstavuje súborné spracovanie modernej problematiky súčasnej fyziológie lipidov a je prvou monografiou tohto druhu v našej literatúre. Kniha je rozdelená do niekoľkých kapitol, venovaných masným kyselínám, vstrebávaniu lipidov v črevách, ukladaniu v tkaníve a transporte lipidov v krvnej plazme. Záverečná kapitola od ing. Mareša rozoberá problematiku plynovej chromatografie a hmotovej spektrometrie, teda metódy, ktoré slúžia k precíznemu určovaniu masných kyselín. Záver knihy má register. Za každou kapitolou je veľmi rozsiahla literatúra,

takže záujemca o problematiku danej kapitoly si môže nájsť potrebné znalosti ešte v ďalšej literatúre.

Skořepova publikácia predstavuje v našej literatúre ojedinelý čin — aktuálnu informáciu o súčasných názoroch na problematiku lipidov. Táto oblasť je v súčasnosti nielen záujmovou sférou biochemikov, fyziológov, ale aj klinikov, pretože mnohé choroby sú charakterizované práve zmenami v spektre lipidových látok.

Knihu je nutné uvítať, i keď sa nájde len obmedzený počet záujemcov, no podľa môjho názoru aj klinik by tu našiel niektoré zaujímavé informácie, doplnujúce klinické poznatky.

Dr. M. Palát, Bratislava



## LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA U NEMOCNÝCH PO INFARKTU MYOKARDU PO PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE

J. SUCHAN, M. KUČERA, V. ŠUCHMANOVÁ  
*Rehabilitační oddělení FN v Plzni*  
*Ved. lékař MUDr. J. Suchan,*  
*I. interní klinika lékařské fakulty KU v Plzni*  
*Přednosta prof. MUDr. J. Sova, DrSc.*

Úkolem léčebné tělesné výchovy (LTV), prováděné u nemocných po infarktu myokardu (IM), je navrátit postižené do normálního života a pokud lze, i do jejich zaměstnání. Z tohoto předpokladu jsme vycházeli při sestavování cvičebního programu.

Současně jsme brali v úvahu, že poškození myokardu po prodělaném IM a porucha koronární cirkulace jsou limitujícími faktory pro fyzickou i psychickou zátěž. Pro toto svědčí i některé práce z poslední doby, které prokazují laboratorními metodami u nemocných s ischemickou srdeční chorobou (ISCH) projevy srdeční nedostatečnosti při námaze, zejména tehdy, jestliže vznikne anginózní bolest (2, 8, 10, 11, 13).

Je dosud nevyřešenou otázkou, zda LTV je schopna u většiny nemocných po IM výrazně zlepšit stav myokardu a koronární oběh. Je málo pravděpodobné, že by se při přítomnosti velké poinfarktové jizvy mohla výkonnost srdečního svalu podstatně zlepšit. Pokud se týká cévního zásobení myokardu, prokazují sice práce Ecksteina a spol. (3, 4) zlepšení koronární cirkulace otevřením kolaterál po navozené hypoxii, avšak podle našeho soudu je třeba mít na mysli možnost utržení sklerotického plátu v koronární tepně, nebo krvácení do tohoto plátu při zvětšené srdeční práci.

Novou cestu při provádění LTV ukazuje práce Clausena a spol. (1), v níž je zjišťováno, že příznivý efekt tréninku nemocných po IM spočívá ve zlepšené utilizaci kyslíku v kosterním svalstvu zmnožením enzymatického systému mitochondrií při snížení minutového srdečního volumu.

Na základě těchto zjištění s ohledem na bezpečnost nemocných jsme stanovili cvičební program pro nemocné po IM. Snažili jsme se při tom o splnění těchto požadavků:

1. Soustavným tréninkem dosáhnout u nemocných po IM (s ohledem na základní onemocnění) maximálně možného tělesného výkonu při co nejmenší zátěži srdečního svalu. Tu jsme posuzovali podle hodnot pulsu a krevního tlaku, které jsou orientačním ukazatelem vykonané srdeční práce a spotřeby kyslíku.

2. Návčikem správného dýchání zabezpečit dostatečnou a ekonomickou ventilaci během fyzické práce.

3. Přípravou kosterně svalového aparátu na zatížení snížit možnost vzniku patologických vertebrogených reflexů, zvláště vertebrokoronárních.

4. Postupným zapojováním co největšího počtu svalových skupin do cvičení zlepšit adaptační mechanismus kosterního svalstva na zátěž, spočívající v zlepšené utilizaci kyslíku ve svalovém aparátu.

5. Přiblížit cvičební program co nejvíce denním potřebám nemocných, eventuelně jejich profesi. Proto jsme začlenili do cvičebního programu i některé silové a emoční prvky.

Cvičební program obsahuje stále obtížnější a náročnější cviky. Do skupiny s větším zatížením zařazujeme po kontrolním objektivním zhodnocení nemocného, jestliže puls nepřekročil hodnoty 100/min, systolický tlak nestoupl o více než 10 procent, neobjevila se bolest na hrudi, dušnost nebo únava při cvičení během deseti dnů. Při zařazení do příslušné cvičební skupiny průběžně registrujeme EKG, puls a krevní tlak kontrolujeme každou minutu. Pomocí Douglasových vaků měříme spotřebu kyslíku během jednotlivých cviků. Abychom zjistili, zda prováděná cvičební sestava je pro nemocné zátěž, sledujeme před cvičením a po cvičení fagocytózu leukocytů a neesterifikované mastné kyseliny (NEMK); z hladiny NEMK v séru soudíme na účast katecholových látek při cvičení. Tato vyšetření opakujeme před zařazením nemocných do náročnější cvičební skupiny. Při každém cvičení je průběžně kontrolován puls a krevní tlak.

Pro objektivizaci vlivu LTV na námi léčené nemocné kontrolujeme rehabilitované systémem dalších vyšetřovacích metod, které uvádíme jinde.

Naši nemocní cvičí dvakrát týdně na rehabilitačním oddělení pod kontrolou rehabilitační pracovnice. Je-li odpověď pulsu a krevního tlaku přiměřená, provádějí zbývající dny v týdnu stejné sestavy doma. Mimo cvičení mají stanoven i program vycházek.

Plán cvičení v jednotlivých skupinách:

### III. stupeň.

#### 1. Cvičební jednotka III. stupně.

I. 1. Stoj rozkročný, střídavě vzpažit levou a pravou.

2. Stoj rozkročný, upažením vzpažit.

3. Stoj spojný, skrčit levé koleno a vzpažit pravou. Vystřídat.

4. Stoj spojný, upažit a unožit levou. Vystřídat.

5. Stoj spojný, střídavě kroužit levým a pravým kotníkem.

6. Stoj rozkročný, upažením vzpažit, úklon vlevo. Opakovat s úklonem vpravo.

II. 1. Leh na zádech, velké čelné kruhy.

2. Leh na zádech, vzpažit levou, přednožit pravou. Vystřídat.

3. Leh na zádech, „jízda na kole“ střídavě levou a pravou nohou.

4. Leh na zádech, vzpažit a napnout špičky nohou, připažit a skrčit špičky nohou.

5. Leh na zádech, střídavě úklony trupem vlevo a vpravo.

6. Leh na zádech, upažit a přitáhnout levé koleno k břichu. Totéž s pravým kolenem.

7. Leh na boku, komíhat nohou vpřed a vzad.
8. Leh na boku, upažit a unožit.
9. Leh na boku, přitáhnout koleno k břichu, napnout nohu do unožení a přinožit.
10. Leh na zádech, vytočit ruce dlaněmi ven, lopatky k sobě, uvolnit.
11. Leh na bříše, střídavě ohýbat levé a pravé koleno.
12. Leh na bříše, upažit vzad.
13. Leh na bříše, vzpažit, protahovat se střídavě za levou a pravou rukou.
14. Leh na bříše, ruce skrčit upažmo v týl, kroužení v ramenních kloubech.
15. Sed snožný, velké čelné kruhy.
16. Sed roznožný, vzpažit levou, úklon trupu vpravo. Vystřídat.
17. Sed roznožný, upažit a otočit trup vlevo. Vystřídat.

III. 1. Stoj spojný, výpon a vzpažit levou. Vystřídat.

2. Stoj spojný, upažit levou a unožit pravou. Vystřídat.
  3. Stoj spojný, vzpažit levou a zanožit pravou. Vystřídat.
  4. Stoj rozkročný, vzpažit a úklon vlevo. Vystřídat.
  5. Stoj rozkročný, velké čelné kruhy.
  6. Stoj rozkročný, vytočit ruce dlaněmi ven, lopatky k sobě, uvolnit.
2. Cvičení na bicyklovém ergometru 15 W (3 min.)  
25 W (3 min.)
3. Mírný poklus — intenzita a doba je volena individuálně, podle okamžité dispozice cvičícího.
  4. Zdvihání břemene — váha činky nebo plného míče a dráha pohybu je volena individuálně, podle okamžité dispozice cvičícího.
  5. Vystupování na schody pro Masterův step-test: vystupování na dva schody o výšce 25 cm. Frekvence je volena dle kritérií pro Masterův diagnostický „two step-test“. Doba cvičení je volena dle okamžité dispozice cvičícího.
  6. Chůze po rovině 2 × 45 minut. Chůze se středním stoupáním 50 m.

II. stupeň.

1. Cvičební jednotka II. stupně.

I. 1. Stoj rozkročný, vzpažit zevnitř.

2. Stoj rozkročný, velké čelné kruhy.
3. Stoj rozkročný, ruce vbok: kroužení trupem.
4. Stoj rozkročný, úklon trupu střídavě vlevo a vpravo.
5. Stoj spojný, upažit a unožit levou, připážit zkřížmo a přinožit zkřížmo. Vystřídat pravou nohu.
6. Výpon spojný a zapažit, stoj na paty a předpažit.
7. Podřep výkročný pravou stranou, upažit. Totéž vlevo.
8. Stoj spojný: velké čelné kruhy spojené s podřepy.
9. Vylézt na žebřiny (3×).

II. 1. Leh na zádech: vzpažit a napnout špičky nohou, připážit a skrčit špičky nohou.

2. Leh na zádech: „jízda na kole“ dolními končetinami.
3. Leh na zádech: upažit a roznožit.
4. Leh na zádech: vzpažit a napnout dolní končetiny, připážit a kolena přitáhnout k břichu.

5. Leh na zádech skrčmo: velké čelné kruhy.
  6. Leh na boku: vzpažit a zanožit, předpažit dolů a přednožit.
  7. Leh na boku: unožit, spodní přinožit.
  8. Leh na zádech: vzpažit zevnitř a roznožit.
  9. Leh na zádech: předpažit levou dolů k přednožené pravé (hlavu zdvihnout). Vystřídat.
  10. Leh na zádech skrčmo: velké čelné kruhy.
  11. Leh na bříše, vzpažit: vytahovat se za pravou horní končetinou a za levou dolní končetinou. Vystřídat.
  12. Leh na bříše, skrčit vzpažmo ven, kroužit v ramenních kloubech.
  13. Leh na bříše, vzpažit: zdvihnout pravou horní končetinu a levou dolní končetinu. Vystřídat.
  14. Leh na bříše: úklon trupem.
  15. Vzor klečmo: vzpažit pravou a zanožit levou. Vystřídat.
  16. V kleku sed na paty s oporou o ruce, klik klečmo, sed na paty.
  17. V kleku sed na paty: vzpažit, předklon (položit se předloktím na žíněnku).
  18. Sed roznožný s oporou o ruce: vzpažit levou, předklon k pravé noze. Vystřídat.
  19. Sed snožný s oporou o ruce: přitáhnout koleno k břichu.
- III. 1. Chůze se skrčováním přednožmo povýš.  
 2. Chůze ve výponu.  
 3. Chůze na patách.  
 4. Chůze s kroužením paží.  
 5. Volná chůze.
2. Cvičení na bicyklovém ergometru 20 W (3 min.)  
40 W (3 min.)
3. Jako u stupně III.  
 4. Jako u stupně III.  
 5. Jako u stupně III. Frekvence až do 30 výstupů za minutu.  
 6. Chůze po rovině 2 × 60 minut. Chůze se středním stoupáním 100 m.

I. stupeň A.

1. Cvičební jednotka I. stupně.
  - I. 1. Normální chůze.
  2. Chůze s kroužením paží.
  3. Chůze přísunná.
  4. Chůze ve výponu střídavě s chůzí na patách.
  5. Vystupování a sestupování po délce lavičky.
- II. 1. Stoj rozkročný: vzpažit levou a hmit, opakovat pravou.
2. Stoj rozkročný, ruce vbok: kroužení trupem.
3. Stoj spojný: upažit a unožit levou, připažit skřížmo a přinožit skřížmo. Vystřídat pravou nohou.
4. Stoj rozkročný: vzpažit, úklon trupu.
5. Stoj spojný: podřepy s komháním paží vpřed a vzad.
6. Stoj rozkročný, upažit dolů.
7. Sed roznožný: vzpažit, předklon k levé špičce, hmit. Vystřídat.
8. Sed snožný s oporou o ruce: přednožit střídavě levou a pravou.
9. Leh na zádech: vzpažit a roznožit.

10. Leh na zádech: vzpažit a posadit se.
  11. Leh na zádech s upažením a roznožením: přetáčet horní část trupu střídavě vlevo a vpravo.
  12. Leh na břiše: protahovat se za levou rukou a pravou nohou. Vystřídat.
  13. V kleku sed na paty s oporou o ruce: klik klečmo, sed na paty.
  14. V kleku sed na paty: vzpažit, předklon; protahovat střídavě levou a pravou paži.
  15. Vzpór klečmo: přitáhnout levé koleno k břichu, zanožit. Vystřídat.
  16. Leh na břiše, skrčit upažmo ruce pod čelo: úklony trupem.
  17. Leh na břiše, vzpažit: zdvihnout hlavu, ruce skrčit v týl.
  18. Sed roznožný: velké čelné kruhy.
  19. Sed roznožný: vzpažit s plným míčem.
  20. Sed roznožný: vzpažit s plným míčem, úklon.
  21. Chůze po lavičce v podřepu.
- III. 1. Házet míč střídavě levou a pravou rukou.  
 2. Dribling v chůzi.  
 3. Volejbalové přihrávky.  
 4. Přihrávat míč střídavě levou a pravou nohou.  
 5. Volná chůze.
2. Cvičení na bicyklovém ergometru 25 W (3 min.)  
50 W (3 min.)
  3. Jako u stupně III.
  4. Jako u stupně III.
  5. Jako u stupně III. Frekvence až do 45 výstupů za minutu.
  6. Chůze po rovině 2 × 60 minut. Střední stoupání 100 m.

## I. stupeň B.

1. Cvičební jednotka I. stupně.
2. Cvičení na bicyklovém ergometru 25 W (3 min.)  
40 W (3 min.)  
60 W (3 min.)
3. Jako u stupně III.
4. Jako u stupně III.
5. Jako u stupně III. Frekvence až do 60 výstupů za minutu.
6. Chůze po rovině 2 hodiny. Chůze se středním stoupáním 2 × 100 m.

## LITERATURA

1. Clausen, J. P., Larsen, O. A., Trap-Jensen, J.: Physical Training in the Management of Coronary Artery Disease. *Circulation*, 40, 1969, 2:143—154.
2. Cohen, L. S., Elliott, W. C., Rolett, E. L., Gorlin, R.: Hemodynamic Studies during Angina Pectoris. *Circulation*, 31, 1965, 409—416.
3. Eckstein, R. W.: Effect of Exercise and Coronary Artery Narrowing on Coronary Collateral Circulation. *Circulation*, 5, 1957: 230.
4. Hellerstein, H. K., Hirsch, E. Z., Cumler, W., Allen, L., Polster, S., Zucker, N.: Reconditioning of the Coronary Patient. *Coronary Heart Disease — The Seventh Hahnemann Symposium*; edited by Likoff, W., Moyer, J. H., 1963: 448—454.
5. Kellermann, J. J., Kariv, J.: Rehabilitation of Coronary Patients, 1968: 1—102.
6. Kruta, V., Horňof, Z., Seliger, V.: Úvod do fyziologie tělesných cvičení, SZdN, Praha, 1954: 11—200.

7. Navrátil, M., Kadlec, K., Daum, S.: Patofysiologie dýchání, SZdN, Praha: 17—153, 201—230.
8. O'Brien, K. P., Higgs, L. M., Glancy, D. L., Epstein, S. E.: Hemodynamic Accompaniments of Angina. Circulation, 39, 1969: 735—743.
9. Mainzer, F.: Diagnostic Differentiation of Coexisting Pseudoanginal Root Syndrom and Angina Pectoris. Amer. Heart Journal, 59, 1960, 2: 191—207.
10. Parker, J. C., Ledwich, J. R., West, R. O., Cose, R. B.: Reversible Cardiac Failure during Angina Pectoris. Circulation, 39, 1960: 745—757.
11. Parker, J. O., West, R. O., Ledwich, J. R., Di Giorgi, S.: The Effect of Acute Digitalization on the Hemodynamic Response to Exercise in Coronary Artery Disease. Circulation, 40, 1969: 453—462.
12. Sanz, E.: Die Atmung als Funktionsprobe des Herzens. Schweiz. med. Wschr., 100, 1970, 4: 193—196.
13. Sharma, B., Taylor, S. H.: Reversible Left — Ventricular Failure in Angina Pectoris. Lancet, 2, 1970, 7679: 902—906.
14. Wright, S.: Klinická fyziologie, SZdN, Praha, 1967: 193—276.

*И. Сухан, М. Кучера, В. Шухманова: Лечебная физкультура больных после инфаркта миокарда во время после их выписки из больницы*

Резюме

Обоснование лечебной физкультуры у больных после инфаркта миокарда. Приводится детальная программа упражнений у больных после инфаркта миокарда после их выписки из больницы соответственно группам, образуемым смотря по предложению СЗО.

*J. Suchan, M. Kučera, V. Šuchmanová: Physical therapy for patients after myocardial infarction and after Discharge from hospital*

Summary

Motivation of physical therapy for patients after myocardial infarction. A detailed therapeutic programme is described for patients after myocardial infarction after their discharge from hospital, divided into groups and divided according to proposals of the WHO.

*J. Suchan, M. Kučera, V. Šuchmanová: L'éducation physique thérapeutique chez les malades après l'infarctus du myocarde après la rentrée de l'hôpital.*

Résumé

Motivation de l'éducation physique thérapeutique chez les malades après l'infarctus du myocarde. Programme détaillé des exercices chez les malades après l'infarctus du myocarde après leur rentrée de l'hôpital, selon les groupes, divisés en respectant le projet SZO.

*J. Suchan, M. Kučera, V. Šuchmanová: Heilgymnastik bei Myokard-Infarkt-Patienten nach der Krankenhausentlassung*

Zusammenfassung

Der Artikel enthält die Begründung der Heilgymnastik bei Myokard-Infarkt-Patienten. Dargestellt ist das detaillierte Gymnastikprogramm für Myokard-Infarkt-Patienten nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus, spezifiziert nach Gruppen auf Grund der Empfehlungen der klinischen Abteilungen.

Adresa autora: MUDr. J. S., Rehabilitační odd. FN v Plzni.

## PSANÍ NA STROJI V LÉČEBNÉ REHABILITACI

K. KADERÁVKOVÁ

*Střední zdravotnická škola Ostrava**Ředitelka školy Ludmila Štefková*

Psaní na stroji je hlavním mechanizačním prostředkem v administrativě. Dnes je však nepostrádatelným prostředkem i v jiných profesích, kde se donedávna vystačilo s ručním psaním. Podle světového trendu dá se očekávat, že psaní strojem se bude zavádět i u nás do devítiletých škol a stane se pak součástí základního školního vzdělání. Důvodů je pro to několik. Především je to čitelnost, přehlednost, operativnost a ekonomické využití času písaře; deseti-prstovou hmatovou metodou je možno dosáhnout u vyškoleného písaře větší rychlosti než je čitelné psaní rukou. Proto, logicky uvažováno, měla by léčebná rehabilitace obsáhnout i toto pole působnosti právě tak, jako je znovunavrácení schopnosti nebo využití náhradních funkcí jiných činností. Avšak skutečnost, že pro mnohé tělesně postižené je strojopis velmi často jedinou možností společenské komunikace, vede k zamýšlení, zdali není nejvyšší čas se touto problematikou zabývat.

O vhodnosti psaní na stroji v léčebné rehabilitaci můžeme uvažovat ze dvou hledisek: a) využití psaní jako vhodného prostředku ke cvičení, b) psaní na stroji s cílem usnadnění společenské komunikace.

Ad a) Psaní na stroji zaměstnává horní končetiny, ruce, prsty, procvičuje pohyblivost, obratnost a vytrvalost. Umožňuje nám procvičování cílených pohybů a nervosvalové koordinace. Toto cvičení je pro pacienty nejen atraktivní, ale i velmi užitečné tím, že u začátečníků zatěžuje duševní oblast, proto je vhodným prostředkem psychologickým. Návik psaní strojem může být i cennou přípravou pro ty pacienty, kteří z důvodu svého postižení budou na strojopis odkázáni ve svém dalším životě ať už pro přeškolení na jiná zaměstnání nebo jen pro potřebu soukromou.

Ad b) Mezi tělesně postiženými je však i mnoho takových (stavy po amputacích, některé případy po dětské obrně, úrazech, při centrálních parézách s atetózou apod.), pro které je psaní na stroji jedinou možností, jak se písemně vyjádřovat. V knížce „Nikdy se nevzdávat“, která vyšla ve Státním zdravotnickém nakladatelství, píše autor Ivan Fr. Ondrák, sám postižený perinatální encefalopatií, o tom, jakým vydatným pomocníkem mu byl psací stroj při studiu i v dalším životě. Jeho postižení bylo velmi těžké a naprosto mu znemožňovalo psát rukou. Úkoly na obecné škole mohl jen diktovat. V jedenácti letech začal psát na elektrickém psacím stroji a psal na něm všechny úkoly, i matematické. Složil úspěšně maturitu a vystudoval sociálně právní školu. Ivan Ondrák uvádí také příklad tělesně postižené, která pro značné atetoidní

pohyby nebyla schopna psát rukou ani na psacím stroji. Psala tak, že mezi zuby držela ploché dřívko, kterým vyfukávala na elektrickém psacím stroji písmena. Vystudovala s vyznamenáním nejen střední školu, ale i universitu a stala se normálně pracujícím člověkem.

V některých státech (NSR, Anglie, Dánsko, USA) se snaží využít zbylých funkcí a pracovního potenciálu postižených v daleko větší míře a mnohem efektivněji, než je tomu u nás. Tak např. v Dánsku a v NSR existuje pro tělesně postižené jedince učební obor zaměřený na kancelářské práce. Učební obor je určen jednak pro tělesně defektní mládež, jednak pro dospělé, kteří pro změněnou pracovní schopnost (úraz, nemoc) se přeskolují na nová zaměstnání. Pro usnadnění psaní se vyrábějí rozmanité pomůcky, které pak jsou publikovány v odborném tisku mnohdy i s návody, jak si je možno vyrobit po domácku. Četné pomůcky vyrábějí také v dílnách léčby prací. Tak např. New York University Medical Center Institute of Physical Medicine and Rehabilitation vydává odborný časopis Device News, ve kterém je uveden popis, vhodnost použití, ale i kontraindikace použití, plánků pro domácí výrobu i cena takovýchto pomocných zařízení. Velmi jednoduchou pomůcku pro postižené, kteří mají zcela afunkční horní končetiny, možno dostat na ortopedických odděleních v Dánsku. Je to upravená tyčinka, kterou lze obracet stránky i psát na stroji (pacient ji drží v ústech).

Pro quadruplegiky, kteří jsou zcela odkázáni na lůžko nebo invalidní vozík, vyrábějí v Anglii přístroj POSSUM, který umožňuje postiženému určitou soběstačnost. Tak může těžce postižený člověk ovládat rádio, magnetofon, televizní přijímač, telefon, elektrické osvětlení, elektrickou podušku, invalidní vozík, ale může i psát na elektrickém psacím stroji. Psaní umožňuje nepatrný tlakový podnět vzduchu z úst, který v naústku pomocí membrány působí na mikrospínače. Další elektrické podněty pak uskutečňují zapnutí nebo vypnutí s rychlou frekvencí. Pro elektrické psací stroje byla touto „nasávací a foukací“ metodou vyvinuta řada systémů, nejrychlejším je možno psát až 100 slov za minutu. Postižený píše — fouká a nasává — podle klíče, který má řazení ve svislé i vodorovné ose a má 8 rychlostí. Na válec psacího stroje je možno natočit až 500 archů papíru oddělených perforací, které se od sebe automaticky oddělují. Přístroj POSSUM byl vystavován na I. mezinárodním sympoziu o rehabilitaci v neurologii v Praze v září 1966 — obr. 1.

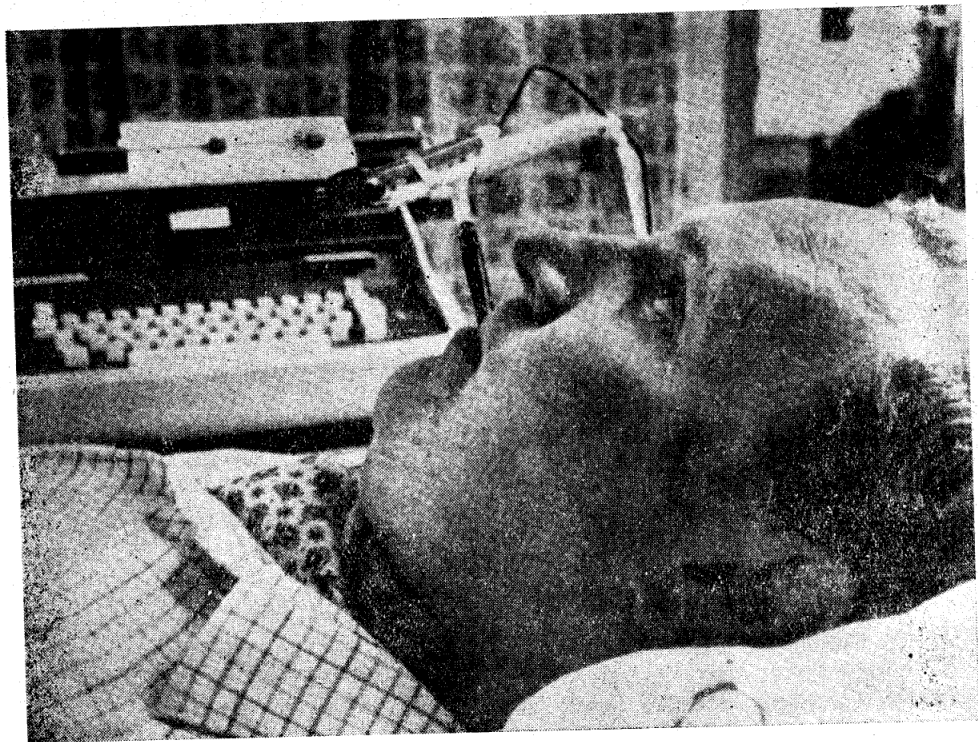
Přístroj POSSUM je ukázkou dokonale technicky zvládnutého a jistě nákladného přístroje, který náš průmysl nebude moci v dohledné době vyrábět a na který nebudeme mít v blízké budoucnosti devízy — i když by stálo za úvahu, zda by nebylo rentabilní zakoupení tohoto přístroje pro vysoce angažované pracovníky, vědce, spisovatele, skladatele, kteří jsou těžkým postižením vyřazení z aktivity a společnost tím mnohdy ztrácí více z jejich duševní produkce, než je cena přístroje.

V léčebné rehabilitaci nemusíme uvažovat o složitých dokonalých přístrojích. Je třeba přemýšlet o prostředcích, metodě výuky a pomocných zařízeních, která by usnadnila psaní různě postiženým jedincům, a o takových adaptacích, které by usnadnily výcvik psaní v rámci léčebné rehabilitace. A právě publikace v Device News jsou názorným příkladem, že mnohá pomocná zařízení nejsou pro naše podmínky nerealizovatelná.

Uvedené fotografie jsou ze jmenovaného časopisu Device News, legenda je volným překladem s případným komentářem.

Prvním předpokladem pro psaní na stroji je správná pozice, správné sezení





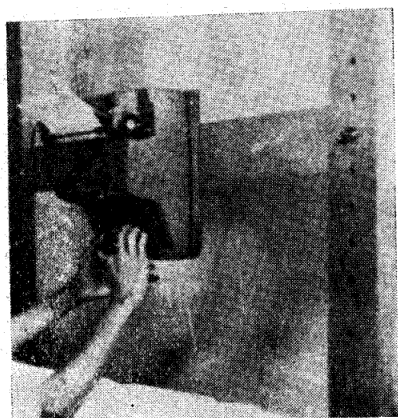
Obr. 1

Špatná pozice enormně zvyšuje únavu a snižuje výkon, hlavně u tělesně oslabených lidí. Židle má zajistit vhodnou oporu v oblasti pánve a trupu; nastavitelnou výškou židle umožní se opření chodidel o podlahu tak, aby bérce byly kolmo k zemi a chodidla se dotýkala podlahy celou plochou. Pracovní výška je správná tehdy, když lokty jsou u těla a předloktí je ve vodorovné poloze, zápěstí mírně vyklenuto a prsty dopadají na klávesy kolmo. Úprava stolku a židle má být adaptabilní i v distanci. Nevhodným předklonem hlavy je namáháno šíjové svalstvo, ze kterého se pak druhotně přenáší únava i na svalstvo zad a beder.

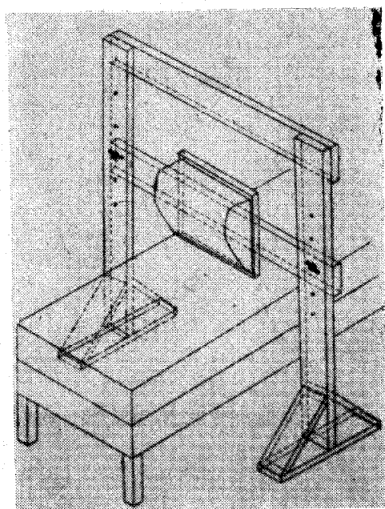
Pro postižené, kterým dělá potíže předklon nebo natočení hlavy, jsou vhodné konceptní stojánky s možností umístění v různých polohách, s řádkovačem, i s možností zvětšení opisovaného textu. Pro postižené ankylózou krční páteře je nutno umístit konceptní stojánek před pisatele a nikoliv mimo osu vidění; stojánek je adaptabilní pro sklon i výšku umístění.

U spondylarthritidy ankylopoetické, kdy pokročilé stadium znemožňuje sed, je výhodné umístění psacího stroje na regulovatelné konstrukci — obr. 2a, b.

Pro postižené, kteří mohou psát jen jednou rukou, je možno užít dvou způsobů psaní. Buď na univerzální klávesnici uzpůsobenou metodikou, nebo na upravené klávesnici podle Dvoraka. Druhý způsob je vhodný hlavně pro ty, kteří dosud na stroji nepsali a tudíž jim úprava nedělá potíže. Úprava spočívá v přeskupení nejužívanějších znaků buď na pravou nebo levou ruku. Psaní na



Obr. 2a



Obr. 2b

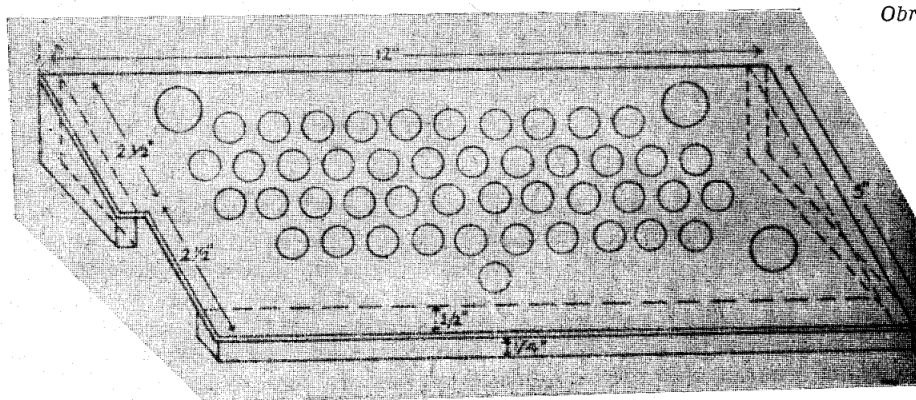
takto upravené klávesnici je méně namáhavé, rychlejší a je možno se naučit hmatové technice.

Pro tělesně postižené hudebníky — skladatele je vhodný psací stroj notový, má 44 kláves s 83 typy.

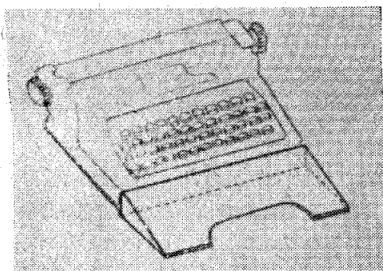
K vyloučení nežádoucího napětí, které může druhotně vyvolávat spasmy, dále při svalovém oslabení, při omezení pohyblivosti v zápěstí, je vhodná opěra předloktí. Je to vyleštěná hladká dřevěná destička, která je upevněna před klávesnicí ve výši přední hrany stroje — obr. č. 3.

Při poruše koordinace, kdy cílené pohyby dělají potíže, ale není omezena hybnost prstů, je vhodný kryt z plexiskla s perforací pro jednotlivé řady klávesnice nebo pro jednotlivé klávesy — obr. 4.

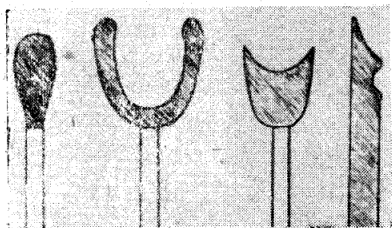
U jedinců se značným oslabením svalstva horní končetiny lze použít závěsové úpravy. Konstrukce je posuvná ve směru horizontálním i vertikálním, což umožňuje řadu variací — obr. č. 5.



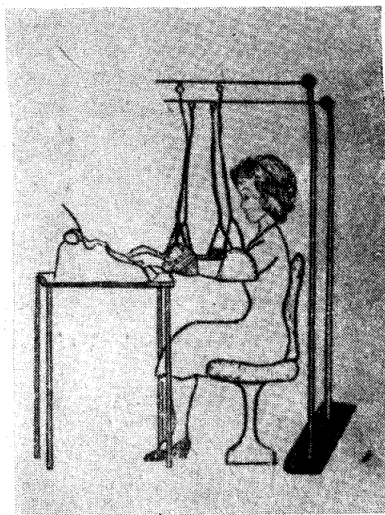
Obr. 4



Obr. 3



Obr. 5



Obr. 5

Postižení, kteří nejsou schopni provést extenzi v loketním kloubu, nebo neprovedou volární flexi a rotaci předloktí a nemohou provést úchop, avšak mají dostatečnou pohyblivost prstů pro psaní, nemohou vkládat papír do stroje bez pomocného zařízení. Navíc může být omezena flexe trupu nebo porucha rovnováhy. Pro takto postižené jsou rovněž pomocná zařízení, jako je adaptace „nekonečného“ válce papíru, který se posouvá pomocí klíče na klávesnici a odřízne se mechanismem ovládaným z klávesnice.

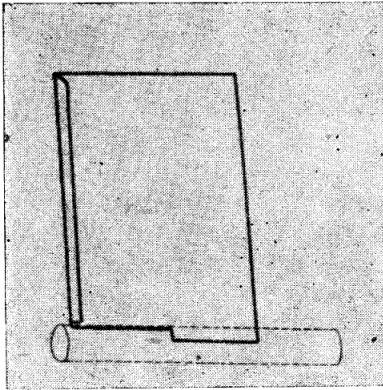
Na obr. 6 a 7 je zobrazena podpěra papíru z hliníkové folie, která umožňuje správné nasazení papíru do válce ústy. Natočení papíru na válec, jakož i řádkování, provádí se pomocí zařízení, které je nasazeno na kolečko válce v podobě víceramenné páky — obr. č. 8.

Je-li omezena flexe trupu i omezený pohyb v loketním kloubu, je možno ke vkládání papíru použít „ptačího zobáku“. Je to kovová trubička, jejíž jeden konec opatřený západkou vkládá postižený do úst a tlakem jazyka ovládá uchopení nebo uvolnění papíru — obr. č. 9.

Obr. 10a, b ukazuje zařízení pro těžce postižené, kteří nemohou ke psaní vůbec použít rukou, papír vkládají do stroje ústy, natočení provádějí pomocí tlačítka, které je ovládáno ústní trubičkou a ta umožňuje také psaní a vyprošťování papíru ze stroje. Na obr. 11 jsou různé typy ústních trubiček z rozmanitých materiálů jako je dřevo, nylon, hliník.

V časopise *Device News* jsou také uveřejňovány různé adaptace pro usnadnění ostatních kancelářských prací, jako je psaní adres, skládání dopisů a zakládání do obálek, lepení známek a obálek, telefonování apod. Pro různé defektní ruce jsou rovněž uvedeny rozmanité násadce a pomocná zařízení pro ruční psaní.

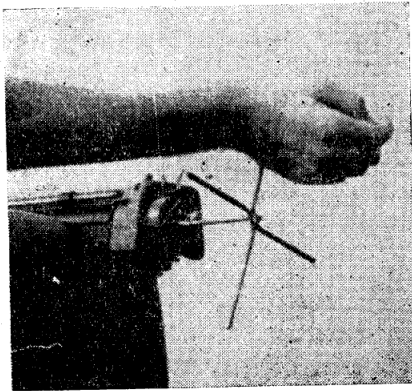
Všeobecně možno říci, že nejde vždy o unikátní objevy, neboť některá pomocná zařízení jsou nebo byla již dříve u nás používána, ku příkladu adaptabilní stojan pro psací stroj měli již před dvaceti lety v Kladrubech. Je však třeba připomenout důležitost rehabilitační péče i v této oblasti, neboť psaní strojem — jak již bylo uvedeno — je jedinečným cvičením pro mnohá posti-



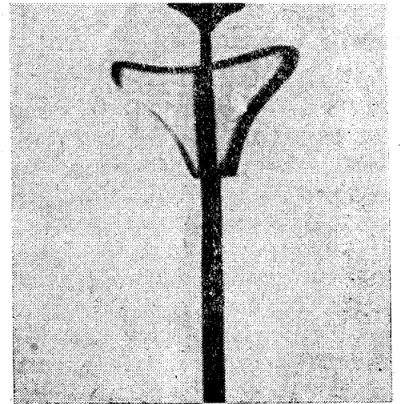
Obr. 6



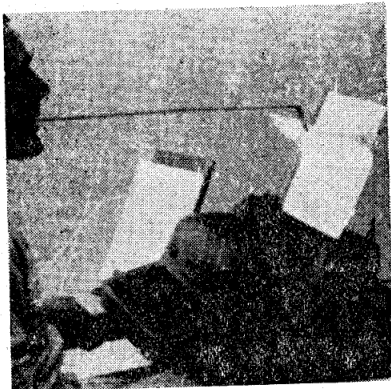
Obr. 7



Obr. 8



Obr. 9



Obr. 10a



Obr. 10b

žení a pro některá jediným prostředkem společenské komunikace. Psaní na stroji by proto mělo být zařazeno do léčebné rehabilitace a budoucí rehabilitační pracovníci by měli být již ve školní výuce seznámeni se zvláštnostmi psaní na stroji u tělesně postižených.

### *Souhrn*

Psaní na stroji je vhodné cvičení zaměstnávající horní končetiny, je součástí psychologické léčby, u některých postižení je jediným prostředkem společenské komunikace. Různé adaptace a pomocná zařízení mohou usnadnit psaní i velmi postiženým jedincům. Uvedeny jsou některá pomocná zařízení uveřejněna v časopise *Device News*, stručně popsán systém anglického přístroje POSSUM.

*K. Kaderžavkova: Машинописание в лечебной реабилитации*

### Выводы

Машинописание является подходящим упражнением, занимающим верхние конечности, составной частью психологического лечения, в некоторых случаях оно является единственным средством общественной коммуникации. Разные приспособления и подсобные оборудования могут облегчить машинописание даже сильно пострадавшим лицам. Приведены некоторые подсобные аппаратуры, публикуемые в журнале *Device News* кратко описана система английской аппаратуры POSSUM.

### Summary

*K. Kadeřávková: Typing in Sick Rehabilitation.*

Typing is a convenient exercise employing the upper limbs, it is part of a psychological treatment, in some afflicted patients it is a unique means of communication. The writing of gravely affected persons can be facilitated by means of different adaptations and auxiliary apparatus. Several device to a person's care published in the magazine *Device News* are quoted, the system of the English apparatus POSSUM is briefly described.

*K. Kadeřávková: L'écriture à la machine dans la réadaptation médicale.*

### Résumé

L'écriture à la machine à écrire est un exercice convenable faisant travailler les membres supérieurs; elle fait partie du traitement psychologique et chez certaines personnes affectées, elle est l'unique moyen de communication. Diverses adaptations et accessoires auxiliaires peuvent faciliter l'écriture chez les particuliers gravement affectés. L'article mentionne certains accessoires auxiliaires publiés dans la revue *Device News*; il contient également une brève description de l'appareil anglais POSSUM.

*K. Kadeřávková: Maschineschreiben in der Rehabilitationsbehandlung.*

Zusammenfassung

Maschineschreiben ist eine wertvolle Übung zur Beschäftigung der oberen Gliedmassen. Es ist zugleich Bestandteil der psychologischen Heilbehandlung, bei einigen Behinderungen sogar das einzige gesellschaftliche Kommunikationsmittel. Verschiedene Adaptierungen der Schreibmaschinen sowie Spezialbehelfe können auch sehr Beschädigten das Schreiben erleichtern. Im Artikel sind einige Spezialbehelfe beschrieben, die in der Zeitschrift **Device News** veröffentlicht wurden, kurz ist das System des englischen POSSUM-Apparates dargelegt.

Adresa autorky:

K. K., profesorka, Střední zdravotnická škola, Jeremenkova 2, Ostrava 3.

## SUBORNÉ REFERÁTY

FARMAKOTERAPIA V OBLASTI LIEČEBNEJ  
REHABILITÁCIE II.

Š. KIŠOŇ, M. PALÁT

*Oddelenie hromadné vyrábanych liečivých prípravkov  
Ústavnej lekárne v Bratislave na Kramároch,  
vedúci Dr. PhMr. Š. Kišoň**Katedra rehabilitácie Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP  
v Bratislave, vedúci MUDr. M. Palát*

## VI. ANTIDEPRESÍVA

Sú indikované u pacientov s patologicky vzniklou depresívnou symptomatológiou. Ich dlhodobější aplikácia (lebo majú nástup účinku za 7—10—16 dní) spravidla teda predchádza rehabilitačnej procedúre. Podľa ich účinku na hlavný cieľový symptóm delia sa na dve veľké skupiny:

a) *Tymoleptiká*, ktoré odstraňujú depresívne afekty v užšom slova zmysle, t. j. pocity smútku, beznádejnosti a nespokojnosti so sebou samým. U nás sa najčastejšie používajú tieto prípravky zo skupiny tzv. tricyklických anti-depresív:

1. **MELIPRAMIN** (Egyt) drg 50×10 mg a 50×25 mg, inj. 25 mg à 10×2 ml. Je indikovaný pri endogénnych, reaktívnych a neurotických depresiách, ako aj pri psychických poruchách s depresívnou symptomatológiou.

*Dávkovanie:* Počiatočná dávka 25—50 mg denne, pri dobrej znášanlivosti môže sa táto dávka po jednom týždni zvýšiť na 100—150 mg denne. Po zreteľnom zlepšení stavu pacienta podáva sa udržovacia dávka 50—75 mg denne. Nižšie dávky sa podávajú najmä starším pacientom a osobám s kardiovaskulárnymi poruchami.

*Kontraindikácia:* Predchádzajúce alebo súčasné podávanie inhibítorov monoamínooxidázy, epilepsia, glaukóm, obehová insuficiencia, hypertrofia prostaty, obštrukcia močových ciest. Podávanie psychostimulancií je tiež kontraindikované.

*Vedľajšie účinky:* Sucho v ústach, nauzea, poruchy spánku, tachykardia, sklony ku kolapsom, exantém, tremor, agranulocytóza, ikterus, obstipácia.

*Kombinácie:* Imipramín možno kombinovať s anxiolytikami, napr. meprobamatom, ďalej s neuroleptikami, ako je napr. levopromazín, tioridazín a chlórprotixén.

*Totožné prípravky:* TOFRANIL (Geigy a Spofa v licencií fy Geigy).

2. **AMITRIPTYLIN** drg 50×25 mg, inj i. m. 50×2 ml à 20 mg. Toto tricyklické antidepressívum na rozdiel od imipramínu nemá v trojčlennom aroma-

tickom jadre atóm dusíka. Táto zmena v chemickej štruktúre má za následok, že v porovnaní s imipramínom je antidepresívny účinok amitriptylínu silnejší, ale aj tlmivý efekt je výraznejší, čo môže byť niekedy želiteľný účinok. Amitriptylín je vhodnejší aj u starších pacientov. Nástup účinku sa tiež prejavuje asi za 7—14 dní.

**Indikácia:** Neurotické, involučné a reaktívne depresie a depresie s anxióznymi príznakmi.

**Dávkovanie:** individuálne, obvykle na začiatku terapie 3 dražé denne, z toho ráno jedno, večer dve, aby pacient nebol cez deň vystavený značnému tlmivému účinku lieku. V prípade potreby možno dávkovanie zvýšiť na 100 až 150 mg denne. Dávky používané v psychiatrii môžu byť ešte vyššie.

**Nežiaduce účinky:** suchosť v ústach, tachykardia, obstipácia, nauzea, poruchy akomodácie, ospalosť, tremor, závraty, alergické reakcie. Ak sa súčasne s amitriptylínom užívajú kontraceptíva, môžu vzniknúť zrakové halucinácie (7).

**Kontraindikácie:** Ako u imipramínu.

**Kombinácie:** Môže sa kombinovať s nortriptylínom a levopromazínom.

LIMITROL (Roche) = amitriptylín + chlórdiazepoxid.

**Totožné prípravky:** ELAVIL, SAROTEN a TRYPTIZOL (MSD), LAROXYL (Roche).

3. **NORTRIPTYLIN** drg 50×25 mg je demetylovaný amitriptylín. Terapeutický efekt po ňom nastupuje za 3—5 dní. Ďalšou výhodou je, že nevyvoláva útlm ako imipramín alebo amitriptylín.

**Indikácia:** Ako amitriptylín.

**Dávkovanie:** 3—4 dražé denne, pri dobrej znášanlivosti môže sa dávka zvýšiť, v závažnejších prípadoch až na 150 mg, prípadne sa kombinuje s amitriptylínom.

**Vedľajšie účinky:** ako pri užívaní imipramínu. Na začiatku terapie sa však môže objaviť výraznejší sedatívny až hypnotický účinok.

**Kontraindikácia:** ako pri imipramíne, okrem toho gravidita.

**Kombinácie:** AMITRIPTYLIN, MEPROBAMAT, RADEPUR, SEDUXEN, LEVOPROMAZIN.

Význam kombinácie amitriptylínu s nortriptylínom je v tom, že nortriptylínom sa dosiahne rýchlejší účinok a kým tento odoznie, už nastupuje aj účinok amitriptylínu, ktorý ďalej pôsobí.

**Totožné prípravky** (8): AVENTYL (Lilly), NORTRILEN (Lundbeck).

4. **PROTHIADEN** drg 50×25 mg. Patrí medzi naše originálne tymoleptiká a anxiolytiká. Toto tricyklické antidepresívum má v jadre atóm síry. Jeho antidepresívny účinok nie je taký mohutný ako pri predchádzajúcich antidepresívach, má však výraznejší antianxiózný účinok. Je vhodný najmä pri ambulantnej liečbe ľahších depresii, klimakterických rozladoch, neurózach s depresívnou a anxióznou symptomatológiou. Podáva sa aj pri psychosomatických ochoreniach spojených so stavmi úzkosti. Janík a Honsa (9) publikovali použitie PROTHIADEN-u v poúrazovej rehabilitácii.

**Dávkovanie:** u ambulantných pacientov možno dávky zvýšiť postupne až na 200—250 mg.

**Vedľajšie účinky:** mierne, najčastejšie malátnosť a ospalosť.

**Kontraindikácia:** 1. trimester gravidity, poruchy krvotvorby, glaukóm,



súčasné podávanie inhibítorov monoamínoxidázy, hypertrofia prostaty s retenciou moča, epilepsia, obehová insuficiencia.

5. **NOVERIL** (Wander) drg 30×40 mg a 20×80 mg, inj 40 mg i. m. alebo i. v. 10×2 ml. Patrí medzi novšie druhy tricyklických antidepresív. Má intenzívny antidepresívny efekt, menej nežiadúcich vedľajších účinkov, je vhodný aj pre ambulantnú terapiu, pre starších pacientov s organickými ochoreniami.

*Indikácia:* psychogénne, endogénne, organické a symptomatické depresívne stavy.

*Dávkovanie:* ambulatne 80—160 mg denne, u hospitalizovaných pacientov 160—240 mg denne. Liečbu možno začať aj parenterálne a keď sa dostaví tymoleptický účinok, prejde sa na udržiavaciu perorálnu dávku.

*Vedľajšie účinky:* únava, poruchy spánku, vnútorný nepokoj, bolesti hlavy, tremor, suchosť v ústach, poruchy akomodácie oka, tachykardia, strata chuti do jedla. Tieto prejavy však nedosahujú závažného stupňa.

*Kontraindikácia:* súčasné užívanie alkoholu a inhibítorov monoamínoxidázy, glaukóm.

- b) *Tymoeretiká* (inhibítory monoamínoxidázy) tvoria druhú, relatívne menej často používanú skupinu antidepresív, lebo majú celý rad kontraindikácií. Cieľovým symptómom tymoeretik je anhedónia, teda neschopnosť prežívať radosť. U nás sú k dispozícii iba tri prípravky:

1. **NARDIL** (Gödecke) drg 50×15 mg. Má rýchly nástup a proťahovaný účinok. Zo zažívacieho traktu sa dobre vstrebáva.

*Indikácia:* depresívne stavy všetkých troch hlavných druhov depresie: endogénne (involučné a klimakterické), reaktívne (neurotické) a somatogénne-symptomatické depresie, ďalej niektoré nedepresívne psychiatrické poruchy, fóbie, angína pectoris.

*Dávkovanie:* obvyklá terapeutická dávka je 3 dražé denne. Keď sa dosiahne zreteľný terapeutický efekt, možno dávku znížiť na 1 dražé denne alebo obdeň.

*Nežiaduce účinky:* ortostatická hypotenzia so sklonom ku kolapsu, závraty, poruchy spánku, nepokoj, vnútorné napätie, obstipácia, poruchy mikcie, nauzea, vracanie, suchosť v ústach, bolesti hlavy, svalové záškľby, zvýšenie chuti do jedla, zvyšovanie telesnej váhy, pokles libida a potencie (30). Ak sa objaví ikterus, treba prípravok ihneď vysadiť.

*Kontraindikácia:* epilepsia, ochorenie pečene a obličiek, súčasné užívanie imipramínu, petidínu, morfinu, amfetaminu, adrenalínu a liekov, ktoré zvyšujú TK.

*Totožné prípravky:* PHENELZIN (NDR), NARDELZINE (Labs. Substantia), STINERVAL (Warner).

2. **NUREDAL** (Egyt) tabl. 50×100 mg. Jeho antidepresívny účinok je nižší ako pri fenelzine, výhodou je však jeho nižšia toxicita.

*Indikácia:* anhedonické depresie a syndrómy, depresívne rozlady v klimakteriu, depresívne reakcie a hypokinetické formy u schizofrenikov. Podáva sa aj pri angíne pectoris, kde znižuje frekvenciu a intenzitu bolestivých anginózných záchvatov. Nenahradí použitie nitroglycerínu, ale umožní znížiť jeho spotrebu. Možno ho podať aj pri stavoch s ťažko zvládnuteľnými bolesťami a pri chronickej reumatoidnej artritíde. Podľa údajov výrobcu je indikovaný aj pri neuralgii trigemínu.

*Dávkovanie:* v internej medicíne a pri neurotických depresiách 75—200

mg denne. Pri reumatických ochoreniach sa podáva ako obvyklá denná dávka 100 mg, rozdelená na dve časti.

*Nežiadúce vedľajšie účinky:* sú mierne: slabosť, bolesti hlavy, niekedy suchosť v ústach, obstipácia, svalová dystónia, poruchy spánku.

*Kontraindikácia:* hepatitis, renálne poruchy, súčasné podávanie tymoleptík. Opatrnosť sa vyžaduje pri súčasnom užívaní saluretík tiazidového typu, lebo potencuje ich účinok.

*Totožné prípravky:* NIAMID (Pfizer), ESPRIL (Saba), PSICODISTEN (Cesalpino).

3. PARNATE (SKF) tabl. 50×10 mg. V porovnaní s predchádzajúcimi dvoma prípravkami je to nehydrazínový inhibítor monoamínoxidáz.

*Indikácia:* depresívne stavy najrôznejšej etiológie, keď nie je vyznačená súčasne anxióza a agitovanosť. Jeho účinok sa objavuje za 2—3—5 dní.

*Dávkovanie:* Počiatočná dávka je 20 mg denne (10 mg ráno, 10 mg popoludní). Ak sa terapeutický efekt neobjaví za 2—3 týždne, zvýši sa ešte dávka na 30 mg denne po dobu asi 7 dní. Po dosiahnutí žiadaného efektu zníži sa dávkovanie na udržiavaciu dennú dávku 20 mg. Pri súčasnom podávaní anxiolytika nie je dávkovanie PARNAT-u ovplyvnené.

*Nežiadúce vedľajšie účinky:* suchosť v ústach, nespavosť, závraty, slabosť, nauzea, obstipácia, anorexia. Možnosť vzniku toxikománie (29).

*Kontraindikácia:* súčasná alebo bezprostredná následná liečba tymoleptikami, sympatomimetikami (adrenalin, noradrenalin, efedrin) a psychostimulantami. Môže nastať aj potencovanie účinku barbituranov a antiparkinsoník. Pacienta treba upozorniť, aby súčasne nepožíval alkohol, ani ryby, syry, strukoviny a iné jedlá, ktoré obsahujú tyramín (možnosť vzniku až hypertenzných kríz). Relatívnou kontraindikáciou je arterioskleróza mozgu. Opatrnosť sa vyžaduje aj pri epilepsii a v gravidite. Pri hypertenznej kríze možno podať ako antidotum parenterálne REGITIN alebo PLEGOMAZIN.

## VII. MYORELAXANCIA (Myotonolytiká)

Svalové relaxanciá predstavujú popri antalgikách a antiartritikách ďalšiu dôležitú skupinu liečiv, používaných v liečebnej rehabilitácii. Svojím farmakodynamickým účinkom zmiernujú alebo odstraňujú bolestivé spazmy svalových skupín a znižujú tonus priečne pruhovaného svalstva. V oblasti liečebnej rehabilitácie sú indikované najmä centrálné myorelaxanciá, a to pri zníženej funkčnej zdatnosti a výkonnosti neuromuskulárneho systému a prispievajú k obnoveniu a zlepšeniu jeho činnosti. Relaxácia svalov je nevyhnutným prvkom každého rehabilitačného programu. Výhodou týchto liečiv je, že majú aj mierny antalgický účinok, prípadne potencujú účinok antalgík. Nevýhodou väčšiny týchto látok je, že nástup ich účinku trvá často oveľa dlhšie ako príslušná procedúra. Ďalšou nevýhodou je, že tieto liečivá majú aj tlmivý účinok na CNS pacienta, čo sa nevýhodne prejaví na duševnej a telesnej výkonnosti.

V oblasti liečebnej rehabilitácie majú dôležitý význam myorelaxanciá s centrálnym účinkom, z ktorých jedna skupina môže vyvolať celkovú svalovú relaxáciu a sem patria už spomínané anxiolytiká (tab. č. 1), do druhej skupiny zaraďujeme myorelaxanciá v užšom zmysle, medzi ktoré patria najmä tieto prípravky:

1. **CHLORMEZANON** tabl. 50×200 mg. Ovplyvňuje svalovú spasticitu centrálné tlmivým zásahom retikulárnych štruktúr. Má aj mierny trankvilizačný účinok, preto bol označený ako „svalove relaxačný trankvilizér“ (27). Jeho výhodou je, že účinok po podaní tablety sa prejaví už v priebehu jednej hodiny.  
*Indikácia:* bolestivé spazmy kostrového svalstva, k uľahčeniu funkčnej a masážnej terapie.  
*Dávkovanie:* u dospelých 3—4× denne 100—200 mg. Po zlepšení stavu možno dávkovanie primerane znížiť.  
*Nežiadúce vedľajšie účinky:* Po vysokých dávkach môže vzniknúť svalová ochablosť, tlak v žalúdku, anorexia, ľahšia nevoľnosť.  
*Kontraindikácie* neboli dosiaľ zistené.  
*Totožné prípravky:* TRANCOPAL (Winthrop).  
*Kombinácia:* TRANCOPAL COMPOSITUM (Winthrop) = chlórmezanón + paracetamol.
2. **PARAFLEX** (Cilag-Chemie) tabl. 20×250 mg. Z farmakodynamického hľadiska hodnotíme tento prípravok ako myotonolytikum so selektívnym účinkom na svalový tonus. Znižuje bolestivé napätie kostrového svalstva pri reumatoidných ochoreniach a pri traumatických stavoch. Podáva sa aj pri nočných lýtkových kŕčoch.  
*Dávkovanie:* Dospelí 3× denne 2 tablety. Dávkovanie u detí je odstupňované podľa veku a je uvedené na príbalovom letáku prípravku.  
*Vedľajšie účinky* sa vyskytujú len zriedka, napr. mierna hnačka alebo zápcha, takže liečbu nie je potrebné prerušiť.  
*Kontraindikácie* neboli v dostupnej literatúre popísané, ani výrobca ich neuvádza.
3. **MYDOCALM** (Richter) drg 30×50 mg. Predstavuje veľmi účinné myotonolytikum, relatívne netoxické, ktoré je indikované pri svalových spazmoch, svalovej rigidite, spinálnych automatizmoch, pri postencefalitickom a arteriosklerotickom parkinsonizme.  
*Dávkovanie:* individuálne, obvykle 3× denne 1—3 dražé, podľa závažnosti ochorenia a znášanlivosti.  
*Vedľajšie účinky:* pocity napätia v hlave, hypotenzia. Pozorovali sa len pri podávaní vysokých dávok (5× denne 2 dražé).  
*Kontraindikácie* neboli pozorované.
4. **CARISOMA** (Wallace) tabl. 50×350 mg. Je to myorelaxans s centrálnym účinkom, ktoré sa svojou chemickou štruktúrou veľmi podobá štruktúre meprobamatu. Malou obmenou molekuly meprobamatu dosiahol sa výraznejší analgetický a myorelaxačný účinok. Z tohoto myoanalgetického účinku vyplývajú aj jeho indikácie. Pre mierny ataraktický účinok je karizoprodol vhodný pri bolestivých afekciách kĺbov a svalov. Výhodou je relatívne nízka toxicita, pomerne rýchly účinok (už za 30—60 minút), ktorý pretrváva 5—6 hodín.  
*Dávkovanie:* 3—4× denne 1 tabletu.  
*Nežiadúce vedľajšie účinky:* Pri terapeutických dávkach sú zriedkavé. U precitlivelych pacientov sa môže objaviť slabosť, ospalosť, ojedinele nauzea.  
*Totožné prípravky:* SANOMA (Merck), SCUTAMIL (Egypt), SOMALGIT (Wallace).

5. **SCUTAMIL-C** (Egypt) drg 20. Obsahuje 150 mg karizoprodulu a 100 mg paracetamolu, ktorý je metabolickým produktom odbúravania fenacetínu v organizme.

*Indikácia:* reumatické svalové spazmy, myalgie, traumatické a pooperatívne myalgie. Možnosti jeho terapeutického použitia a skúsenosti s ním publikoval Šándor (28). Lakatošová (13) uvádza, že podávaním tohto prípravku možno dosiahnuť aj zníženie dávok antiflogistík, napr. aj Prednisonu.

*Dávkovanie:* Dospelí priemerne 3× denne 2—4 dražé. Deti podľa veku 2—3× denne 1—2 dražé.

*Vedľajšie účinky:* Pozorovala sa somnolencia, v niektorých prípadoch urtikária a žalúdočné ťažkosti.

6. **DISIPAL** (Brocades-Stheeman) tabl 25×50 mg. Chemickou štruktúrou je veľmi blízky antihistaminiku difenhydramínu (BENADRYL fy Parke-Davis), od ktorého sa líši iba jednou metylovou skupinou na benzénovom jadre (v polohe orto). Zavedením tejto funkčnej skupiny do molekuly zmenili sa však farmakodynamické vlastnosti tejto látky. Antihistamínový účinok orfenadrínu sa znížil a vystupňoval sa antispastický účinok. Prípravok bol pôvodne zosyntetizovaný ako antiparkinsonikum. Okrem tejto indikácie podáva sa však aj pri depresívnych stavoch, pri akinetickom syndróme a pri spastickom a bolestivom kostrovom svalstve. Jeho hlavný metabolit, tofenacín, je tiež účinný proti parkinsonizmu a pri svalových spazmoch (5).

*Dávkovanie* závisí od indikácie. Pri parkinsonizme je individuálne, pri spastickom a bolestivom svalstve sa užíva 3—5 tabliet denne.

*Vedľajšie účinky:* suchosť v ústach, nauzea, niekedy gastrointestinálne poruchy, závraty. Primeraným znížením dávok môžu sa nežiadúce účinky odstrániť.

*Kontraindikácia:* Orfenadrín môže byť príčinou reverzibilnej retencie moča u osôb s hypertrofiou prostaty.

*Totožné prípravky:* MEPHENAMIN (Boehringer), NORFLEX (Riker).

*Kombinácie:* PHASEIN (Boehringer) = orfenadrín + reserpín.

NORGESIC (Kettelhack) = orfenadrín citrát + aminofenazón + kofeín.

## VIII. BRONCHODILATANCIA

Sú to vitálne dôležité lieky, účinkom ktorých dosahujeme relaxáciu hladkého svalstva bronchov a tým zmiernujeme funkčné poruchy vyvolané bronchospazmom. Nazývame ich aj bronchiálne spazmolytiká. Samotné ich používame najmä pri akútnych záchvatoch prieduškových krčvov, na zlepšenie funkcie prieduškového systému, alebo v kombináciách ich podávame pri asthma bronchiale, čím zabezpečíme pacientovi zlepšenie expektorácie odstránením bronchiálnych spazmov a uľahčíme mu dýchanie. Medzi najčastejšie používané bronchodilatancia zaraďujeme tieto látky:

1. *Sympatomimetické aminy*, ku ktorým patrí:

- a) **ADRENALIN** inj 5×1 ml. Je to roztok chloridu adrenalína v pomere 1 : 1000.

*Indikovaný* je jednak pri ťažkých záchvatoch prieduškovej astmy, ale aj ako periférne analeptikum. Aplikuje sa subkutánne, dilatáciu bronchov vyvolá veľmi rýchlo.

*Dávkovanie:* U dospelých 0,5—1 ml, u detí prepočítané dávky podľa vekovej skupiny.

*Vedľajšie účinky:* tachykardia, palpitácie, vzostup krvného tlaku.

*Kontraindikácia:* ischemická choroba srdca, zlyhanie ľavého srdca, súčasná digitalizácia, celkové anestetiká, podmieňujúce vznik fibrilácie komôr myokardu, ďalej hypertenzia, traumatický šok, tyreotoxická kríza, manifestná ateroskleróza.

*Kombinácie:*

ASTHMA SPRAY = adrenalin + atropín + papaverín + lyzín-vazopressín.

SEDASTHMON inj = adrenalin + oxytocín + vazopressín.

BRONCHOVYDRIN sol. (fy Weil) = hormóny nadobličiek, hypofýzy + aminofylín + papavydrín.

- b) *EPHEDRIN* tabl 20×25 mg, inj. 5 % s. c., i. m., i. v. 10×1 ml. Je aj súčasťou viacerých našich antiastmatických prípravkov (*ASTHMIN*, *ANTASTHMAN*, *ASTMATOL*, *EPHESTMIN*, *SOLUTAN*, *SPASMO-ANTASTHMAN*, *XANTEDRYL*, *XANTEDRYLETTAE*, *YASTYL*). Tieto prípravky sa používajú pri liečení chronickej astmy, teda profylakticky. Údaje o ich indikácii, dávkovaní a kontraindikáciách sú v zozname Spofa (25).

*Nežiaduce účinky:* možnosť vzniku návyku pri dlhodobom podávaní i užívaní vyšších dávok (2).

- c) *EUSPIRAN* tabl 20×20 mg, 1 % roztok k inhalácii à 25 ml, *EUSPIRAN AEROSOL* 13 ml. Izopropylnoradrenalin má zo všetkých sympatomimetických aminov najmohutnejší bronchodilatačný efekt. Na priedušky pôsobí takmer selektívne, čo sa využíva pri akútnych záchvatoch bronchiálnej astmy. Pri častejšej alebo dlhšie trvajúcej aplikácii aerosolu môže dôjsť k jeho predávkovaniu a ku vzniku tachykardie.

*Kontraindikáciou* pre podanie izoprenalínu je súčasné podávanie adrenalínu. Zvýšená opatrnosť sa vyžaduje pri jeho podávaní pri asthma cordiale, ischemickej chorobe srdca a pri hypertyreóze.

*Totožné prípravky:* *ALEUDRIN* (Boehringer), *ISOPRENALIN* (Spofa), *ISUPREL* (Winthrop), *ISOPROTERENOL* (MSD).

- d) *ALUPENT* (Boehringer) inj 6×1 ml à 0,5 mg, *ALUPENT DOSIER-AEROSOL* à 20 ml, kompletný inhalátor. Orciprenalin má promptný bronchodilatačný účinok, najmä keď sa aplikuje ako aerosol, alebo parenterálne (i. m., s. c., alebo pomaly i. v.). Tablety 20×20 mg, určené k udržovacej terapii, sú len na žiadosť o individuálny dovoz.

*Dávkovanie* je individuálne u dospelých aj u detí. Výrobca ho podrobne uvádza v príbalovom letáčku. Prípravok sa dobre znáša. Pri prekročení terapeutických dávok tiež môže vzniknúť tachykardia a pokles diastolického tlaku, za súčasného vzostupu systolického tlaku.

2. *Dimetylxantíny* (purínové deriváty) majú prednosť pred podaním adrenalínu najmä pri astmatickom záchvate nejasnej etiopatogenézy a najmä pri status asthmaticus. U nás sú k dispozícii tieto prípravky:

- a) *SYNTOPHYLLIN* inj 2,4 % i. v. 5×10 ml, drg 50×100 mg, supp 10××350 mg. Účinnou látkou je adičná zlúčenina teofylínu s etyléndiamínom. Pri astmatickom záchvate sa podáva pomaly intravenózne a podľa potreby sa podanie v priebehu dňa ešte 2—3× opakuje, prípadne po i. v. aplikácii prípravku sa aplikuje ďalšie množstvo aminofylínu v i. v. infúzii 5 % alebo 10 % glukózy. Dražé sú určené k prevencii záchvatov. Deťom sa aplikuje v dávke 12 mg/kg a deň. Kojencom sa nemá podávať.

**Kontraindikácie:** Akútny infarkt myokardu, centrálny a periferný kolaps.

**Kombinované prípravky** s obsahom teofylínu:

**pri akútnych záchvatoch:** ASTMATOL, ANTASTHMAN, EPHESTMIN, SUPASTHMAN.

**k profylaxii:** XANTEDRYL, XANTEDRYLETTAE.

- b) **OXYPHYLLIN** tabl 50×100 mg, inj. i. m., i. v. 5×2 ml, supp 10×350 mg. Je to hydroxyetylteofylín, ktorý v porovnaní s aminofylínom má väčší dilatčný účinok na koronárne a mozgové cievy. Injekčný OXYPHYLLIN obsahuje ako prísadu aj teofylín. Pri perorálnej alebo rektálnej aplikácii je nástup účinku pomalší, preto tento spôsob aplikácie je vhodný len k profylaxii astmatických záchvatov.

**Dávkovanie:** 1—2 ampulky denne, tablety 2× denne, prípadne 3× denne 1 čípok.

**Kontraindikácia:** ako pri aminofylíne.

## IX. MUKOLYTIKA

Používame ich ku stekuteniu, uvoľneniu a vykašliavaniu väzkého alebo hustého sekrétu z dýchacích ciest. Z hľadiska chemickej štruktúry sú to rôzne látky, preto aj spôsob mukolýzy je založený na rôznych mechanizmoch ich účinku [mukolýza chemická, enzymatická, disperzia hlienov atď.]. U nás sa používajú tieto prípravky:

1. **MUCOMYST** (Mead Johnson) liquid. 20 %, 3×10 ml. Obsahuje acetylcystein, ktorý spôsobuje chemickú mukolýzu sekrétu dýchacích ciest. Preto je vhodnejším mukolytikom, ako napr. detergenčné látky, ktoré vyvolávajú len disperziu hlienov, prípadne proteolytické enzýmy, ktoré môžu dráždiť, čo je nevýhodné najmä u pacientov s alergickou dispozíciou.

**Indikácia:** ku stekuteniu väzkého hlienu pri mukoviscidóze, pri akútnych i chronických bronchopulmonálnych ochoreniach, k uľahčeniu expektorácie u chirurgických pacientov, v anestéziológii pri predchádzaní pooperačným pľúcnym komplikáciám, k príprave pacientov pre diagnostické výkony v bronchológii. Používa sa buď k inhalácii, alebo k priamej instilácii do trachey.

**Kontraindikácia** (relatívna): asthma bronchiale.

**Vedľajšie účinky:** niekedy nauzea, stomatitis, thinorhoea, bronchospasmus (u alergikov).

**Totožné prípravky:** BRONCHOLYSIN Spofa 20 %, 5×5 ml, RAKUMEX (Lappe).

2. **TACHOLIQUIN** (Bene-Chemie) liquid. 1 %, à 20 ml. Patrí medzi detergenciá, ktoré pôsobia fyzikálnou cestou tým, že znižujú povrchové napätie a tým stekujú hustý a väzký bronchiálny sekrét, hnisavé exsudáty a umožňujú ich ľahšie vykašliavanie. Toto sekretolytikum obsahuje okrem vlastnej účinnej látky (superinónu) aj 5 % glycerínu a 2 % kyslého uhličitanu sodného.

**Indikácia:** sekretostáza, uľahčenie expektorácie, pľúcny kolaps, príprava dychových cvičení (11), vehikulum a adjuvans pri terapii infekcií dýchacích ciest antibiotikami. Mŕže sa buď inhalovať, alebo sa podáva ako spray, alebo sa priamo instiluje. Bližšie údaje uvádza výrobca na príbalovom letáku.

**Totožný prípravok:** ALEVAIRE (Winthrop).

3. *CHYPSIN pro aerosol* (5 amp. + 5 amp. à 10 ml rozpúšťadla). Je to lyofilizovaný proteolytický enzým trypsín a chymotrypsín v pomere 1 : 1 o účinnosti 25 pankreatických jednotiek. Ako rozpúšťadlo je tu tetraboritan sodný o pH 8,2.

*Indikácia:* mukolytikum a sekretolytikum pri bronchiálnych afekciách, kde tieto proteolytické enzýmy rozpúšťajú sklovitý a tuhý hlien, spôsobujú trávenie a odlúčenie hnisavého povlaku bronchiálnej sliznice a odstránenie nekrotických častí sliznice. Prípravok uľahčuje i bronchografiu pri zahlienených pľúcach. Roztok sa použije inhaláciou z prístroja.

*Kontraindikácia:* ochorenia dýchacieho systému so sklonom ku krvavej expektorácii, alergia na proteolytické enzýmy. Alergicky disponovaným osobám sa podá 1 hodinu pred inhaláciou 1 dražé Analerginu, alebo Alfa-drylu, prípadne tableta Bromadrylu.

(Literatúra bude uvedená v 3. časti práce.)

**NAVRÁTIL J.:**

**KARDIOCHIRURGIE**

*Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, Praha, 1970, str. 408. Obr. 173, Kčs 78,—*

Po dlhých rokoch sa zjavuje na československom knižnom trhu prvá monografia o kardiouchirurgii. Pod vedením prof. Navrátila z 2. chirurgickej kliniky v Brne, v spolupráci s celým radom našich kardiológov a kardiouchirurgov, dostáva sa čitateľovi dielo, ktoré podľa autorov nie je učebnicou chirurgie srdca ani učebnicou kardiouchirurgickej operatívnej techniky. Ide o monografiu, ktorá informuje odbornú verejnosť o súčasnom stave tohto nového chirurgického odboru, ktorý v našej republike si získal už tradičné postavenie.

Kniha je rozdelená do šiestich častí, z ktorých prvá je venovaná metódam, ktoré umožňujú nápravu srdcových chýb v otvorenom srdci, druhá vrodeným chybám srdca a veľkých ciev, tretia získaným srdcovým chybám, štvrtá nádorom srdca, poraneniam srdca, ischemickej chorobe srdca, srdcovej stimulácii a ochoreniam perikardu. V piatej časti je rozo-

braná resuscitácia srdca a rehabilitácia po srdcových operáciách a konečne šiesta, záverečná časť tejto monografie sa venuje problematike transplantácie srdca. Kniha je zakončená písomníctvom, poukazujúc na niektoré špeciálne problémy srdcovej chirurgie.

Početné ilustrácie, sčasti farebné, dopĺňujú túto monografiu, vytlačenú na peknom papieri.

Hodnotiť túto monografiu si vyžiada určitý odstup od vydania, pretože rozvoj srdcovej chirurgie pokračuje stále veľmi rýchle. I tak však je nutné zdôrazniť, že už tá skutočnosť, že československé odborné písomníctvo má svoju monografiu o kardiouchirurgii z pera svetoznámeho kardiouchirurga, je veľkým činom, za ktorý treba poďakovať nielen autorom knihy, ale aj AVICENU, ktoré pripravilo pre našu verejnosť skutočne reprezentatívnu publikáciu.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

**DLHOŠ E., PROSS J. R.:**

**GYNEKOLOGIE A PORODNICTVÍ**

*2. české vydanie, 144 strán, 78 vyobrazení, cena 13,— Kčs, Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p. Praha*

Ide o 2. nezmenené vydanie učebnice pre stredné zdravotnícke školy, odbor zdravotných a detských sestier. Vydanie je nezmenené a i to už svedčí o tom, že je to dobre premyslená a dobre napísaná učebnica. Je písaná jasným, vecným a stručným štýlom v rozsahu, ako si žiada potreba uvedených odborov zdravotných sestier. Kniha obsahuje mnoho schematických obrazov, čo zvyšuje jej hodnotu ako učebnice.

V predhovore sa uvádza, že učivo určené len zdravotným sestram, je vyzna-

čené graficky vlnovkou a učivo určené pre detské sestry linkou. V učebnici možno nájsť časti označené linkou, ale časti označené vlnovkou sme nenašli. Odporúčame pri budúcom vydaní použiť aj vlnovku, ako sa uvádza v predhovore.

Učebnica je prínosom k zlepšeniu pedagogického procesu na stredných zdravotníckych školách a poskytuje dostatočné vedomosti sestram z gynekológie a pôrodnictva.

*Dr. I. Maňka, Bratislava*



**VZPOMÍNKA  
NA PROFESORA LENOCHA**

\* 17. 2. 1898 † 24. 9. 1970



I když neuplynul od smrti prof. Lenocha ještě ani rok, ukazuje se stále více a více, jakou ztrátou je jeho odchod pro čs. revmatologii, balneologii i fyziatrii a pro naše lékařství vůbec. Tuto ztrátu cítíme především my, kteří jsme žili v jeho blízkosti a kterým byl vždy otcovským rádcem nejen při řešení různých vědeckých problémů, ale i v různých životních situacích.

Vzpomínám-li na zesnulého jako žák na svého učitele, chtěl bych se zmínit nejdříve o jeho vědeckém profilu. Profesor Lenoch byl významnou vědeckou osobností se širokým rozhledem v balneologii, fyzikální medicíně a revmatologii, především však zůstával internistou, který se ujímal ochotně i nejsložitějších interních případů a s nevšedním zájmem je řešil. Své rozsáhlé medicínské zkušenosti předával s radostí svým žákům. Bylo o něm známo, že je vynikajícím didaktikem, který svým zajímavým výkladem při vizitách, na seminářích nebo na přednáškách dovede strhnout své posluchače a vzbudit v nich trvalý zájem. Z řad těchto posluchačů vznikali pak jeho žáci, kterých vchoval

velkou řadu. Můžeme říci, že profesor Lenoch, který se stal u nás zakladatelem revmatologie jako samostatného oboru, vychoval prakticky všechny revmatology v českých zemích. Také pisatel těchto vzpomínek uslyšel profesora Lenocha jako sekundář interního oddělení v Krči jednou náhodně v roce 1950 při revmatologické vizitě a byl jeho výklady při vizitě tak zaujat, že je začal pravidelně navštěvovat a stal se posléze jedním z nejstarších žáků a spolupracovníků profesora Lenocha. Již dříve jako medik ocenil učitelský dar profesora Lenocha při studiu jeho archů infekčních nemocí, vydaných po válce, které vynikaly nad ostatní studijní pomůcky svou stručností, jasností a výstižností. Lásku k lékařství, k umění a historii vzbuzovaly rovněž exkurze po čs. lázních, které profesor Lenoch sám pro mediky organizoval a vedl a na něž účastníci i po desetiletích rádi vzpomínají. Jako učitel měl profesor Lenoch neobyčejný dar, že srozumitelnou a při tom velmi poutavou formou dovedl vyložit věci i velmi složité. Na jeho přednášky v různých revmatologických a balneologických kursech zůstávají i po letech nejlepší vzpomínky a poznámky z těchto různých přednášek posluchači s pietou uchovávají. Medicinské pravdy opakoval ochotně znovu a znovu, takže nakonec vešly jeho posluchačům „do krve“. Je pravda, že měl zejména v prvních letech budování revmatologie poměrně vysoké požadavky na své spolupracovníky, že dovedl být, kde to bylo na místě i přísný, že při vizitách své žáky často zkoušel z vědomostí, takže jsme z jeho vizit mívali strach, přitom však byl vždy i při tom zkoušení velmi lidský a laskavý a jeho vizity se neobešly bez humorných scén. To platí i pro atestační zkoušky, při nichž byl examinátorem neobyčejně lidským a spravedlivým. Vědomosti svých žáků dovedl nejen veřejně pochválit, ale při zvláštních příležitostech dával i odměny, např. kovovou korunu za správné popsání složitého srdečního nálezu. A taková koruna od pana profesora byla pro nás mladé lékaře velkou ctí. Nepamatuji se za dlouhá léta, že by byl někomu úmyslně ublížil. Jestliže někdo z jeho žáků se dopustil nějaké chyby, nebo zavinil nějaké opomenutí, dovedl se na něho velmi rozlobit, ale jeho hněv neměl nikdy dlouhého trvání a mstivost byla vlastnost, která zcela chyběla v jeho povaze.

Vzbudilo-li něco jeho zájem, dovedl rozpracovat problematiku do podrobností a přivést otázku se svými spolupracovníky k úspěšnému vyřešení. Z mnohých příkladů uvedu pouze jeden, který dokumentuje neobyčejný zájem profesora Lenocha o léčebný tělocvik a rehabilitaci. V roce 1949 navštívil v Mariánských Lázních dětský tábor pro tělesně postižené, vedený prof. Hněvkovským a byl výsledky rehabilitačních metod tak nadšen, že se rozhodl uplatnit rehabilitační principy v léčbě Bechtěrevovy choroby. V následujících letech vypracoval se svými spolupracovníky komplexní lázeňskou léčbu této choroby. S ročními odstupy byla tato léčba prováděna se skupinami nemocných v Teplicích v Čechách, Trenčianskych Tepliciach, Františkových Lázních, Bojniciach a Bělohradu a její výsledky byly porovnávány. Zpracované závěry byly pak uveřejňovány ve Fysiatrickém věstníku a předávány tak do praxe. Z jeho iniciativy byla vypracována pohybová léčba rovněž u progresivní polyartritidy. Tak dosáhla rehabilitace revmatiků v tomto směru světového prvenství.

Profesor Lenoch byl nejen velkým klinikem a vědcem, ale také člověkem s všestrannými kulturními a uměleckými zájmy. Svou pozornost věnoval zvláště výtvarnému umění. Na svých četných cestách doma i v zahraničí nepoměl nikdy navštívit místní pamětihodnosti a muzea, zejména obrazárny. Nejednou vzbudil na exkurzích se svými žáky nelibost průvodců, protože při výkladu doplňoval nebo korigoval jejich údaje. Velkou předností profesora

Lenocha byly jeho značné jazykové znalosti, které mu pomáhaly získat prosulost a přátelství v zahraničí. U svých žáků dbal na to, aby ovládali alespoň pasivně několik jazyků. Jeho koníčkem byla latina, kterou ovládal stejně dobře jako živý jazyk, takže dovedl v ní pronést i nepřipravenou řeč. Zaváděl latinu do tabulek na přednáškách v zahraničí a snažil se tak použít tohoto jazyka jako dorozumivacího prostředku v mezinárodních lékařských společnostech. Byl lékařem humanisticky smýšlejícím. Jeho vztah k pacientům byl příkladný, a to nejen k dětem, ale i k dospělým. Jeho píle byla téměř příslovečná a jeho povaha byla v úplném kontrastu k jeho jménu, takže latinské přísloví nomen — omen v jeho případě sto procentně selhalo. Neznal oddechu ani v neděli a ve chvílích volna a vedl své žáky k tomu, aby si zvykli vyřizovat své důležité věci bezodkladně. V odborné literatuře byl velmi sčtělý. Při své vědecké práci se nespokojil nikdy pouze literárními odkazy, ale seznámil se vždy s pracemi původními. Často nám ukazoval, jak se při nedostatečné důkladnosti a pečlivosti přenášejí citacemi různé omyly z publikace do publikace. Měl rád i beletrii, ale k tomu mu zbýval čas jenom pozdě v noci nebo na dovolené. Rád chodil do divadla, měl rád hudbu, zejména hudbu operní. Často hořce vzpomínal na své mládí, kdy se živil kondicemi a na aktivní provozování hudby mu nezbýval čas. Velmi si zakládal na poctě, které se mu dostalo udělením doktorátu honoris causa university Friedricha Schillera v Jeně, neboť čestným doktorem této university byl i Goethe.

Těmito několika vzpomínkami jsem se snažil přiblížit čtenářům osobnost prof. Lenocha, zejména těm, kteří ho osobně neznali.

*Dr. O. Vojtíšek, Praha*

LEIBOWITZ J. O.:

**THE HISTORY OF CORONARY HEART DISEASE**

(Historie koronární choroby). Vydal Wellcome Institute of the History of Medicine, London 1970, 227 stran, 15 obrazových příloh, cena 60 s.

Londýnský Wellcome Institute of the History of Medicine vydal v roce 1970 ve své řadě historických monografií široce založenou studii o historii koronární choroby z pera profesora dějin lékařství na Hadassah Medical School Hebrejské university v Jerusalemě prof. J. O. Leibowitze. Tato monografie věnovaná problematice historie koronární choroby, která v současnosti je jedním z nejvážnějších onemocnění, ohrožujících civilizovanou společnost, je prvním dílem tohoto druhu v celé světové literatuře a představuje lékařské znalosti této problematiky od starověku po současnou dobu.

Knihla je rozdělená do šesti kapitol. Po kapitole úvodní, věnuje se ve druhé kapitole pozornost starověku a středověku, třetí kapitola se zabývá dobou začínající renesance až do konce sedmnáctého století. Čtvrtá kapitola pojednává o osmnáctém století, pátá o století devatenáctém a konečně šestá závěrečná kapitola se věnuje století našemu — dvacátému. Leibowitzova monografie je ukončená vybranými texty z Galena, Froissarta, Heberdena a Vulpiana a rozsáhlou bibliografií této problematiky až do roku 1968.

Historie choroby koronární, kterou známe také pod pojmem angina pectoris a infarkt myokardu, vedle jiných názvů, představuje pro současnou společnost jedno z největších nebezpečí. Není to však choroba nová, jak bychom mohli soudit z jejího masového výskytu v moderním životě, byla známá už u starých Egypťanů — pro zajímavost první popis kalcifikátů aorty u egyptských mumíí pochází od asistenta pražského fyziologického ústavu v roce 1852 J. N. Czermaka — a jako červená nit se táhnou zprávy o ní až po nejnovější dobu, kdy její výskyt dosahuje charakteru epidemie.

Srdce jako orgán lidského těla vždy mělo centrální postavení, ne vždy toto postavení vyjadřovalo fyziologicko-lékařský význam. O srdci se hovoří mnohokrát v bibli a talmudu, Hippocrates i Galen ve svých spisech věnovali po-

zornost klinickým popisům — symptomatologii, prognose i lokalizaci — u koronární choroby srdce. Caelius Aurelianus v 5. století před n. l. věnuje pozornost symptomatologii šoku cirkulačnímu, kterou přebírá od Aretaea. Cassius Felix ve své malé knize „De Medicina“ zařazuje kapitolu „Ad Cardiacos“. Avicenna, velká postava středověku (980—1037) ve svém „Canonu“ věnuje velkou pozornost srdečním chorobám a jejich symptomatologii. Maimonides (1135—1204) ve svých „Aphorisms“ napsaných arabsky a přeložených do latiny a hebrejštiny hovoří o analogii mezi obstrukcí mozku a obstrukcí srdce při trombotickém procesu. Mundinus (1275—1326) ve své „Anothomia“ popisuje anatomii srdce ve speciální kapitole.

Renesance charakterisovaná velkými postavami umění a vědy, je plně zastíněná v oblasti medicíny Leonardem da Vinci (1452—1519), který studoval anatomii koronárních cév velmi detailně a byl zaměřený při tomto studiu na změny krevních cév procesem stárnutí. Z této epochy pochází celá řada překrásných ilustrací a popisů mající vztah k srdci a jeho chorobám. Jména jako Vesalius, Lusitanus, a ostatní jsou jedny z vrcholů této doby. Jinou velkou postavu představuje Paracelsus (1493—1541) ve svém díle „Tartarus condis“ vysmívá se tehdejšímu lékařům a jejich názorům na srdeční onemocnění a hovoří „pulsus sine tacto, est ex sanguine coagulato, qui impedit essentiam“. Ambroise Paré (1510—1590) popisuje hemoragii toraxu po ruptuře cévy.

I v dalších stoletích se hromadí nové objevy a nové souvislosti, cesta je charakterisovaná jmény jako Hercules Saxonia, Felix Platter z Basileje, Marcello Malpighi, Thomas Willis, Pierre Chirac, známý prvním podvazem koronární arterie u psa, objevuje se slavný spis „De motu cordis“ od Williama Harveye. V tomto spise je použito i slovo „infarctus“, i když nevyjadřuje současný význam. Zajíímavá skutečnost je ta, že prvníkrát je popsána angina pectoris, ale tento popis nepochází od lékaře ale

od laika (Edward, Earl of Clarendon).

V osmáctém století defilují v historii kardiologie jména jako Raymond Vieussens, Adam Christian Thebesius, J. B. de Sénac, od kterého pochází první příručka o chorobách srdce, Johann Friedrich Crell, známý pozorováním koronární sklerosy, Morgagni, popisující anginní syndrom, William Heberden, lokalizující anatomicky anginu pectoris, Caleb Hillier Parry, známý nejen popisem exoftalmické strumy, ale i popisem symptomů a příčin anginy pectoris.

Devatenácté a dvacáté století přináší už podrobné znalosti o angině pectoris — koronární chorobě. Allan Burns hovoří o anginosních synkopách, John Warren publikuje poznámky k angině pectoris. Antonio Scarpa, J. B. Lobstein, Robert Adams, Jean Cruveilhier, R. T. H. Laënnec, Joseph Hodgson, Charles J. B. Williams, William Osler, Rokitanski, Virchow, Weigert, Cohnheim, Obrascov, Strašenko, Herrick, Gross, H. E. B. Par-

dee, F. N. Wilson, F. Wood, Mackenzie, Thomas Lewis, S. A. Levine, J. N. Morris, M. D. Crawford — to je jen několik jmen z historie posledních dvou století, které znamenají milníky na cestě historie koronární choroby. Jsou to jména kliniků a jsou to jména vědců experimentálně se zabývajících problémem koronární choroby.

Leibowitzova monografie o historii koronární choroby je knihou, se kterou by se měl seznámit každý, kdo se zajímá o choroby srdce a cév a zvláště o koronární srdeční chorobu. Je historickým přehledem snažení vědců mnoha století s jediným cílem — objasnit chorobu, která tak dlouho doprovází život člověka. A londýnskému Wellcome Institute of the History of Medicine je třeba jen poděkovat za snahu, s jakou připravila tuto monografii, představující dokument lidského myšlení a snažení — objasnit koronární chorobu.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

ČERNÝ L.:

### SEBEVRAŽEDNOST DĚTÍ A MLADISTVÝCH

*Strán 132, grafy 35, cena brož. 13,50 Kčs*

Samovražednost dětí a mladistvých stúpa. V technicky vyspelejších krajinách býva najväčšia. Prevencia nie je vždy na úrovni XX. storočia.

Na výskyt samovražednosti majú vplyv faktory sociálno-politické, spoločenské, pedagogické, etnické, náboženské, zdravotné a iné. Sú v spletitej vzájomnej súvislosti a závislosti. Popri tom ešte suicidálna aktivita detí a mladistvých má svoje špecifické zvláštnosti oproti dospelým.

Pre orientáciu dobre poslúžia štatistické údaje a grafy, ktoré autor účelne používa na ilustráciu a objasnenie problematiky. Vyhýba sa pritom samoučelným, nič nehovoriacim štatistickým údajom. Konfrontuje celosvetové údaje s vlastnými skúsenosťami ako detský psychiater a zaujímavo komentuje výsledky vlastného prieskumu.

Ak lekár nepochopí dobre problemati-

ku suicídií, môže často nevhodným postojom a frázami zhoršiť situáciu suicidanta. Preto z lekárskeho hľadiska sú zaujímavé kapitoly s praktickým terapeutickým a preventívnym zameraním, ako napr. „Léčka suicidálnych pokusů“, „Prevence suicidii deti a mladistvých“, „Výzkum sociálních vlivů působících na naši mládež“, „Duševní poruchy deti ve vztahu k prospěchu, k intelektovým schopnostem a k chování“, „Prevence rodinných konfliktů“, „Telefonická pomoc a poradny pro mládež“.

Závěry tejto užitočnej a aktuálnej knihy by mali byť „štandardné“ vo vedomí ľudí, zodpovedných za výchovu a duševné zdravie detí a mladistvých. Pochopenie problematiky samovražednosti detí a mladistvých nie je o nič ľahšie ako pochopenie problematiky telesných a zmyslových väd a ich rehabilitácie.

*Dr. L. Entner, Bratislava*

SINĚLNÍKOV R. D.:

## ATLAS ANATOMIE ČLOVĚKA I.—III.

Avicenum, SZN, Praha 1970,

I. svazok str. 460, obr. 401, II. svazok str. 472, obr. 319, III. svazok str. 392, obr. 286, spolu 1324 strán, 1006 obr., I.—III. svazok Kčs 300,—

Autor svoju prácu rozdelil do troch dielov s týmto rozdelením:

Názov I. časti: „Náuka o kostiach, kĺboch, väzoch a svaloch.“

Táto časť veľmi podrobne a názorne pojednáva o osteológii, arthrológii, syndesmológii, ako aj o myológii.

Názov II. časti: „Náuka o vnútorných orgánoch a cievach.“

Pojednáva o splanchológii a angiológii. V týchto častiach popisuje anatomicky tráviace ústrojenstvo, dýchacie a močopohlavné ústrojenstvo. V náuke o cievach popisuje srdce, krvné cievy a sústavu ciev miazgových.

Zväzok III. s názvom: „Neurológia, náuka o sústave nervovej, esteziológia, náuka o ústrojoch zmyslových, endokrinológia, náuka o žľazách s vnútornou sekréciou. Táto časť podrobne popisuje centrálné nervstvo, a vegetatívne autonómne nervstvo. V posledných kapitolách vysvetľuje anatomický základ ústrojov zmyslových a žľaz s vnútornou sekréciou.

Anatómia je základom pre ďalšie disciplíny, týkajúce sa medicínskych vied. Pre štúdium anatómie je bezpodmienečne nutný atlas, aj keď dnešné učebnice anatómie obsahujú veľmi podrobné ilustrácie. Ilustrácie v učebniciach však nemôžu tak do hĺbky napomôcť študujúce-  
mu vniknúť do priestorovej problematiky anatómie.

Naši lekári, medici a zdravotníci v ČSSR doposiaľ mali možnosť študovať zväčša len z rôznych cudzích atlasov, preto zaradenie vydania Sinelnikovovho atlasu do plánu bolo správne, lebo tento atlas, redigovaný autorom, ktorý má veľ-

ké pedagogické a výtvarné schopnosti, najlepšie vyhovuje potrebám praktickej výuky. I keď celoštátna učebnica Borovanského „Soustavná anatomie člověka“ je jednou zo základných, podrobných a veľmi vhodných učebníc pre štúdium anatómie, ktorá je taktiež veľmi pestro ilustrovaná a dáva možnosť našťudovať potrebný anatomický základ, predsa len atlas tohto formátu umožní záujemcom názorne a systematicky spojovať obrazy s hlavnými topografickými vzťahmi od povrchu až do hĺbky organizmu. Je to teda ten najvhodnejší doplnok ku štúdiu.

Práve pre tento podrobný, systematický, graficky a topograficky sprístupnený postup tohto atlasu odporúčame ho rehabilitačným pracovníkom, ktorí potrebujú poznať veľmi podrobne a názorne anatomickú skladbu človeka. Rehabilitácia v dnešnom ponímaní preniká už nielen do ortopédie a traumatológie, prípadne do neurochirurgie, ale do všetkých medicínskych odborov, a preto štúdium anatómie, nielen osteológie, arthrológie a myológie je dôležité, ale aj splanchológie, kardiológie, angiológie a neurológie, čo práve umožní štúdium zo všetkých troch zväzkov tohto atlasu.

Z dôvodu, že text sa napojuje zväčša na obrazy a najmä zložité časti, sú aj röntgenologicky zachytené, štúdiu ortopédie, röntgenológie, neurochirurgie a pod. veľmi pomôže pri fixácii vizuálnych vnemov.

V Sinelnikovovom atlase sa používa tzv. parížska nomenklatúra, teda nové medzinárodné názvoslovie.

Dr. J. Motajová, Bratislava

VACEK L.:

## MIKROCIRKULACE

Avicenum, zdravotnické nakladatelství Praha, 1971.  
124 strán, 12 príloh, 37 obr., Kčs 20,—

Publikácia, ktorá vyšla v Babákovskej zbierke, sa zaoberá problematikou kapilárneho riečiska. Otázka kapilárneho riečiska, jeho fyziológia a zmeny predstavujú závažnú problematiku v oblasti krvného obehu. Vackova publikácia je rozdelená do šiestich kapitol, v ktorých sa pojednáva o otázkach experimentál-

nej hypertenzie, a mikrocirkulácie z hľadiska súčasných názorov a metodických možností. Jedna kapitola reprezentuje výsledky, získané pri experimentálnych sledovaniach uvedenej problematiky. V kapitole nazvanej „Diskusia“ rozoberajú sa účinky niektorých vazoaktívnych látok a zmeny pri experimentálnej hy-

pertenzii. Kniha je doplnená prehľadom literatúry a obrazovou prílohou.

Autor vo svojej experimentálnej práci sa zaoberá predovšetkým modelom hypertenzívnej choroby a na základe pokusných výsledkov na krysách sa snaží definovať účasť mikrocirkulácie a jej zmeny na vznik experimentálnej hypertenzie. Výsledky, ktoré autor získal týmto pokusným usporiadaním, sú veľmi zaujímavé, i keď určitá časť výsledkov sa nedá zatiaľ bezo zbytku interpretovať.

Vackova publikácia z laboratória patofyziológie krvného obehu 2. internej kliniky v Brne predstavuje prínos pre všetkých, ktorí sa zaoberajú krvným obehom. Táto práca predstavuje vlastne prvé súborné spracovanie tejto problematiky v československom písomníctve. I keď nie je určená vyslovene pre klinikov, predsa každý klinik, ktorý sa zaoberá problematikou, najmä hypertenzívnu chorobou, nájde tu veľa aj pre seba.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

DUB O., BROŽEK I.:

### **CUKROVKA OD A DO Z. (RADY NEMOCNÝM)**

*Vydalo Avicenum v roku 1970  
255 str., Kčs 18,50*

Každú novú knihu, alebo brožúrku pojednávajúcu o diabetes mellitus, či je už venovaná pre poučenie lekárov, alebo pacientov laikov, jej vydanie vítame s veľkým porozumením. Príčinou je aj tá skutočnosť, že podobne ako v iných krajinách aj u nás stúpa počet diabetikov, a títo majú byť informovaní o svojej chorobe. Diabetes mellitus je jedna z mála chorôb, u ktorých sám pacient veľmi ovplyvňuje liečbu a preto je potrebné, aby vedel hodne o svojej chorobe, o jej priebehu, symptómoch, ale najmä o zásadách, ktoré musí dodržiavať, aby jeho metabolizmus bol vyrovnaný tak, aby v neskoršom čase nevznikli uňho pozdne symptómy diabetu, t. j. poškodenie zraku, poruchy ciev, obličiek a nervov.

Diabetes mellitus v terajšej dobe postihuje rôzne vrstvy obyvateľov s rôznym stupňom vzdelania, treba, aby na túto skutočnosť mysleli pisatelia osvetovej literatúry o diabete. Potrebujeme knižky s dôkladne prepracovaným obsahom, siahajúce do hĺbky problematiky diabetu, ale potrebujeme aj krátke brožúrky napísané s ľahko pochopiteľným obsahom. Knižku, ktorú máme pred sebou, môžeme zaradiť do stredu uvedených požiadaviek. Je písaná a zostavená trochu u nás nezvyklým spôsobom, tým, že encyklopedicky podľa abecedy autori odpovedajú na rôzne otázky, ktoré idú s diabetes mellitus. Autori ich veľmi starostlivo zostavili, či pacienti vo svojom dennom živote na ne narazia a potrebujú rýchlu odpoveď,

Ako už názov knižky hovorí, problémy, otázky a odpovede sú zostavené od A až po Z. Sú v nej zachytené problémy pre pacienta životne dôležité, podstata diabetu, komplikácie diabetu, liečba diétou, inzulínom, orálnymi antidiabetikami, vyšetrenie diabetika, symptomatológia diabetu. Sú však aj otázky a odpovede riešiace problémy manželského života diabetikov, rôzne spoločenské otázky a otázky sociálne.

Iste by bolo veľmi ťažké v krátkej recenzii posudzovať všetky otázky a odpovede, ktoré sú v knižke zachytené. My sme si všimli najmä najzávažnejšie z nich, ktoré sú základom liečby diabetu, z nich je to v prvom rade diéta. Autori ju dôkladne rozviedli, vypracovali tri druhy diét (150 g, 200 g, 250 g uhľohydrátov). Nejednotnosť predpisovania diéty či v gramoch, či v chlebových jednotkách autori vyriešili tým, že udávajú obe hodnoty. Liečbu inzulíni dôkladne prebrali a vysvetlili. Podobne osvetlili význam a účinok orálnych antidiabetík a ich správne indikácie. Pacient nájde, ako sme už spomínali, v knižke odpovede skoro na všetky otázky, ktoré kladie každodenný život diabetikovi.

Knižku „Cukrovka od A do Z“ hodnotíme ako kladný prínos do malého počtu osvetovej literatúry riešiacej problémy diabetikov. Môžeme si len priať, aby sa dostala do rúk čím širšieho okruhu diabetikov a pomohla im správne vyrovnať metabolizmus, a tým zaručila plné pracovné uplatnenie diabetikov.

*Dr. M. Rázus, Bratislava*

CHARVÁT J.:

## ŽIVOT, ADAPTACE A STRESS

Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p. Praha  
1970, 2. vydání, stran 136, váz. výtisk Kčs 15,—

MIKŠÍK O.:

## ČLOVĚK A SVÍZELNÉ SITUACE

Vydalo Naše vojsko, Praha 1969, stran 372,  
váz. výtisk Kčs 20,—

Člověk dnešní doby s jejím překotným vývojem, který prožívá lidstvo ve vědecko-technické revoluci, má obavy z následků přemíry tíživých situací, kterým je vystaven a které se odráží na jeho zdravotním stavu. Tyto situace, které bývají často příčinou onemocnění nervové soustavy a krevního oběhu, zejména koronárních cév a vyústující v srdeční infarkt a vyřazení z plného rozmachu tvůrčích sil, příp. ze života vůbec, vyžadují cílenou prevenci a jejich nepříznivé důsledky účelovou rehabilitací.

V poslední době vyšly dvě významné publikace pojednávající jedna z hlediska lékařského, druhá z hlediska psychologického o základních pojmech novodobého nazírání na život a jeho úskalí, zvláště v oblasti interpersonálních vztahů, které bývají nejčastějším původcem vzniku uvedených poruch.

Akademik Josef Charvát, vědec světového jména, podává v útlé knížce, vycházející již ve druhém vydání, odpověď na řadu otázek tíživých a zajímavých v tomto směru vzdělaného člověka. Publikace, která výstižně splňuje starolatinšské: non multa, sed multum, což v daném tématu může podat zejména vědecká osobnost formátu Charvátova, přibližuje v úvodu vznik života na zemi, vývoj organismů, vývoj a řízení v organismech a dále problémy informace, adaptace a stressu s jeho vlivem na vznik nemocí. S hlubokým vědeckým pohledem do tajů životních dějů komentuje autor učení Selyeho o adaptaci a stressu. Statě psané s příkladnou poutavostí lehkým a čistým slohem přečtou se jedním dechem a pak znovu a znovu se k nim musíme vracet, abychom objevovali nové obzory, na které autor naráží.

Publikace, obsahující v hutném přehledu vědecky vyzrálé axiomy a atomizující pohledy do záhad života a vyúsťující v osobitou životní filosofii lékaře-vědce, je perlou náročné odborné literatury pro lékaře i jiné odborníky a la-

hůdkou pro každého gourmana toužícího po dobrodružství poznání.

\*

Život připravuje lidem řadu situací nepříjemných, stravujících a ničících, že stejně tak rádi sáhneme po druhé publikaci na toto téma zaměřené s nadějí, že budeme poučeni, jak se jim bránit, nebo je varovat. Kniha vojenského psychologa Dr. Mikšíka splňuje tyto předpoklady a touhu po vědění a stává se u nás základní pomůckou pro rozbor a ověření příčin promadících se svízelných situací všedního dne. Autor zabývá se současně otázkou psychiky, kterou vidí v cílevědomé prevenci. Obohacen znalostmi rozsáhlé světové literatury, o kterou se opírá, řeší problém do detailů a rozvádí odvážně téma do nevidané, avšak žádoucí šířky.

V první části knihy pitvá a definuje autor psychickou zátěž a otázku adaptace a psychické reakce na zátěž. V druhé části, pojednávající o životních svízelných, pak rozebírá základní typy zátěže. Jsou to kapitoly řešící nepřiměřené úkoly a jejich důsledky: přepracování, vyčerpání, strádání, únavu, dále nepoznané problémové situace, zejména vpravení se do nových podmínek a složitých úkolů. Další kapitoly o překážkách, konfliktových situacích, stressu a specifických reakcích ma něj a vyrovnání se s typy zátěžových situací, uzavírají druhou část knihy. Třetí část zkoumá člověka jednak z hlediska jeho jednání a chování pod vlivem psychické zátěže za nahromadění se okolností představujících zvýšené nároky na psychickou činnost člověka, jednak uvádí základní metodologické principy a cesty ke zkoumání zátěže.

I když je publikace podbarvena autorovou profesí, má význam pro každou sféru lidské činnosti novodobého člověka a je cenným přínosem v naší psychologické literatuře a užitečnou pomůckou rovněž pro rehabilitační pracovníky.

Dr. M. Fejtek, Brno



FREUD S.:

## PRÁCE K SEXUÁLNÍ TEORII A K UČENÍ O NEUROSÁCH

Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství Praha, 1971.  
400 str., Kčs 56,—

Avicenum, zdravotnické nakladatelství, vo svojom edičnom programe si dalo za cieľ zoznámiť odbornú verejnosť vybranými spismi Sigmunda Freuda, zakladateľa psychoanalýzy. Prvé dva zväzky sa zjavili na knižnom trhu v minulom roku a boli okamžite rozobrané. S netrpelivosťou sa čakal zväzok III., ktorý predstavuje záverečnú časť vybraných spisov S. Freuda. V tomto zväzku sú uverejnené príspevky: Práca k sexuálnej teórii, Práca k učeniu o neurózach, a Práca k psychoanalytickej technike. Od uverejnenia prvej práce uplynulo 65 rokov. Od poslednej práce uplynulo 50 rokov. I tak však všetky práce uverejnené v tomto zväzku sú najvýznamnejšie Freudove práce vôbec. Moderná metóda psychoanalýzy, ktorej otcom je slávny viedenský profesor Sigmund Freud,

ináč náš rodák z južnej Moravy, získala od doby prvej formulácie značný rozvoj a rozvinutie v modernej medicíne. Je pochopiteľné, že táto metóda prekonala taktiež celý rad zmien. I tak je možné jednoznačne povedať, že psychoanalytickú metódu z rámca modernej medicíny, najmä psychiatrie, nie je možné vyškrtnúť. Zdravotnícke vydavateľstvo Avicenum sa podujalo na ťažkú úlohu, vybrať z obrovského množstva freudovských prác práve tie práce, ktoré majú svoj trvalý význam aj pre súčasnú medicínu. Myslím, že tento cieľ sa dosiahol a že naša odborná verejnosť dostáva v podobe vybraných spisov Sigmunda Freuda dielo, ktoré nielen informuje, ale ktoré aj inšpiruje.

Dr. M. Palát, Bratislava

DLHOŠ E. A KOTÁSEK A.:

## PORODNICTVÍ

Vydalo Státní zdravotnické nakladatelství, Praha 1969,  
II. vydanie, strán 483, Kčs 40,—

V r. 1969 vydáva SZdN v Prahe II. vydanie učebnice pôrodnictva pre stredné zdravotnícke školy. Autori knihy čerpali z bohatých skúseností výučby pôrodnictva a z riadenia starostlivosti o ženu na všetkých stupňoch. Predkladajú budúcim ženským sestram nielen učebnicu s predpísaným učebným textom, potrebným k získaniu absolútoría na strednej zdravotníckej škole, ale aj dobrého pomocníka pre prax.

V úvode knihy autori zdôrazňujú snahu zvýšiť nároky na vedomosti ženských sestier tak, aby zodpovedali súčasným požiadavkám starostlivosti o ženu a niektoré kapitoly rozpisujú veľmi podrobne.

Knihá je rozdelená do troch hlavných častí. V prvej sa pojednáva o pravidelnom pôrodnictve a v kapitolách tehotnosť, pôrod a šestonedelie sú rozobrané všetky otázky fyziologickej tehotnosti, pôrodu a šestonedelia. Mimoriadna pozornosť je venovaná pôrodu, povinnos-

tiam sestry pri pravidelnom pôrode, pri ošetrovaní novorodenca a šestonedielky. Text je vhodne doplnený kresbami a najmä kapitolá o pôrode sériou názorných fotografií.

Obsahom druhej časti je nepravidelné pôrodnictvo; patológia tehotnosti, pôrodu, šestonedelia a stavy ohrozenia plodu. V ďalších kapitolách sú uvedené zásady pri transfúzií, pôrodníckej operácie a kriesenie novorodenca.

Metodika práce ženskej sestry je popísaná v poslednej časti knihy a zhrňa náplň jej povinností v teréne, v ambulancii a nemocničnom zariadení. Túto časť uzaviera preventívny liečebný telocvičiek ženy v tehotnosti (cvičenie pri psychoprophylaktickej príprave) a v šestonedelí. Text je doplnený fotografiami.

Knihá je písaná jasne a zrozumiteľne. Je vhodnou učebnicou pre stredné zdravotnícke školy a dobrým pomocníkom ženských sestier pri výkone ich zodpovedného a namáhavého povolania.

Dr. J. Horský, Bratislava

## KOLEKTÍV AUTOROV:

### GYNEKOLOGIE

Praha, Státní zdravotnické nakladatelství, 1970, str. 768/8, obrazov 268/15, Kčs 61,—. II. doplnené vydanie.

Ide o kolektívnu učebnicu gynekológie, určenú hlavne pre poslucháčov lekárske fakult. Rozsah učebnice približne vyhovuje učebnému plánu. Kniha je súborom kapitol, ktoré písali poprední českí a slovenskí vysokoškolskí učitelia. Celá látka je rozdelená do 18 kapitol a je v nej obsiahnutá celá problematika ochorenia ženských pohlavných orgánov. Nezabudlo sa ani na fyziológiu ženy, na hraničné oblasti gynekológie a rovnako je správne, že je v učebnici i kapitola o chorobách ženského močového ústrojenstva. Na druhej strane však myslíme, že kapitola Dystrofia vulvy by nemusela byť ako samostatná kapitola. Dystrofia vulvy je vážny diagnostický i terapeutický problém, a je v tejto knihe napísaná veľmi dobre naslovovzatým odborníkom v tejto tematike (O. Dvořák), no napriek tomu nevyžaduje vari osobitnú kapitolu, ak ide o učebnicu pre medikov.

Kniha obsahuje už všetky najnovšie poznatky v odbore (genetické pohľady v gynekológii, najnovšie poznatky v endokrinológii). No vyskytujú sa i niektoré nepresnosti (klinická klasifikácia karcinomu hrdla maternice: III. st. infiltruje dolnú tretinu a nie strednú tretinu pošvy (str. 508), rovnako nepresná formulácia pre klinickú klasifikáciu I. st.: nádor je ohraničený na hrdlo maternice a nezasahuje ojedinelé uzliny v mieste kríženia deložných ciev s ureterom (str. 510).

Vcelku však znamená kniha prínos do našej gynekologickej literatúry. Vzhľadom na to, že ide o učebnicu, v ďalšom vydaní by bolo užitočné ešte viac užiť grafov, schém, a ešte viac zvýrazniť tlačovou úpravou to, čo je najpodstatnejšie, veľmi dôležité a to čo bezpodmienečne musí poslucháč medicíny vedieť.

Dr. I. Maňka, Bratislava

## KOLEKTÍV AUTOROV:

### POKROKY V PEDIATRII

Praha, Avicenum, zdravotnické nakladatelství 1970. 288 strán, Kčs 33,50

V roku 1968 vychádzajú knižne prvé „Pokroky“, ktoré usporiadali prof. Houštek, prof. Lhoták a Dr. Syrovátka. V pomere krátkom časovom odstupe dvoch rokov, tí istí autori zostavujú druhý diel tejto publikácie, ktorá sa teší veľkej popularite u pediatrov. Prvé „Pokroky“ obsahovali desať kapitol a na spracovaní sa zúčastňovali čiastočne aj zahraniční autori. Spracovanie druhého dielu je záležitosťou výlučne domácich pracovníkov.

V prvej kapitole (genetické poradenstvo v pediatrii) prof. Brunecký rozoberá príčiny vzniku dedičných chorôb, druhy mutácií. Uvádza prehľad dedičných chorôb, manifestujúcich sa v detstvom veku, ďalej venuje pozornosť vývojovým chybám. V závere rozoberá prácu genetickej poradne. V druhej kapitole (dermatoglyfika a jej využitie v pediatrii) Dr. Syrovátka a Dr. Sottner preberajú historický vývoj tejto vyšetrovacej metódy, vysvetľujú typy kresieb, vlastnú vyšetrovaciu metodiku, ako aj dermatoglyfické nálezy pri chromozomálnych aberáciách. Prof. Blažek a kol. sa v tretej kapitole (somatotyp v det-

skom veku) zaoberajú fyzickou typológiou dieťaťa. Prof. Poláček spracoval štvrtú kapitolu (peritoneálna dialýza) a rozoberá v nej infikácie a vlastnú metódu. Pripojené sú inštruktívne obrázky znázorňujúce techniku predvedenia. Piata kapitola (hemofília v detstvom veku) od doc. Hrodeka podáva v prehľade laboratórnu diagnostiku, klinický obraz a liečbu hemofílie. Doc. Hostomská v šiestej kapitole spracovala problém cukrovky u detí. Dr. Vinař preberá v siedmej kapitole psychofarmaká v pediatrii. Posledná, ôsma kapitola, spracovaná PhDr. Matějčekom sa zaoberá dyslexiami (o špecifických poruchách čítania).

Jednotlivé kapitoly prinášajú celkový prehľad nastolenej problematiky a pri ich spracovaní vychádzajú autori z vlastnej výskumnej práce. Spracovanie všetkých častí je prehľadné, doplnené grafmi, obrázkami, rtg. snímkami, tabuľkami a schémami. Na konci jednotlivých kapitol uvádzajú pracovníci prehľad najdôležitejšej literatúry. Kniha je medzi pediatriami očakávaná a možno predpokladať, že sa skoro rozoberie, ako to bolo v prípade prvého dielu.

Dr. E. Krák, Bratislava

### VIII. KONGRES SPOLOČNOSTI PRE REHABILITÁCIU V NDR

V dňoch 3.—5. mája 1971 konal sa v Lipsku, NDR, VIII. kongres Spoločnosti pre rehabilitáciu v NDR, ktorý bol usporiadaný za účasti Rehabilitation International a stáleho Komitétu expertov v rehabilitácii socialistických krajín. Z ČSSR sa zúčastnil na tomto kongrese doc. Dr. Vladimír Janda z Prahy a autor tejto správy.

VIII. kongres Spoločnosti pre rehabilitáciu v NDR bol otvorený dňa 3. 5. 1971 predsedníčkou Spoločnosti pre rehabilitáciu v NDR prof. Dr. Renkerovou, ktorá uvítala všetkých účastníkov, predovšetkým zahraničných hostí. Zo zahraničia okrem československej delegácie sa zúčastnila delegácia z Poľskej ľudovej republiky, Maďarskej ľudovej republiky, Bulharskej ľudovej republiky, ďalej jednotliví účastníci z USA, NSR, Dánska a Švajčiarska.

Program kongresu bol rozdelený do troch veľkých tematických okruhov. Prvý okruh bol venovaný problematike rehabilitácie pri základnom a ďalšom vzdelávaní, druhý okruh bol venovaný problematike výskumu v rehabilitácii. Jednotlivé referáty domácich a zahraničných účastníkov boli podľa tematiky zaradené do niektorého z týchto tematických okruhov. Väčšina zahraničných účastníkov mala svoje prednášky v prvom tematickom okruhu. Talktiež prednášky čs. účastníkov boli venované problematike základného školenia a ďalšieho vzdelávania rehabilitačných pracovníkov v ČSSR.

Ostatné prednášky, ako domácich účastníkov, tak účastníkov najmä zo socialistických krajín rozoberali problematiku základného, aj postgraduálneho štúdia jednak u lekárov, jednak u rehabilitačných pracovníkov na základe skúseností v jednotlivých krajinách. Z uvedených referátov vyplýva, že v socialistických krajinách nie je jednotný názor na koncepciu, štruktúru a organizáciu základného štúdia, i štúdia postgraduálneho, lekárov i rehabilitačných pracovníkov. Zatiaľ čo napr. v Poľsku majú okrem stredoškolského aj vysokoškolské štúdiá, u rehabilitačných pracovníkov (magistri), v ostatných štátoch toto štúdium je organizované predovšetkým na úrovni stredného školstva. Rovnako u le-

károv nie je jednotnosť v základných požiadavkách na to, čo by lekár, venujúci sa rehabilitácii, mal absolvovať v základnom štúdiu a neskoršie v postgraduálnom štúdiu. Zo všetkých referátov, ako domácich, tak zahraničných účastníkov, najmä socialistických štátov vyplýva, že je absolútne potrebné venovať ako základnému, tak postgraduálnemu štúdiu lekárov a rehabilitačných pracovníkov veľkú pozornosť, že je však tiež nutné vypracovať také modely tohto základného a postgraduálneho štúdia, aby odpovedali súčasnému stavu a súčasnému trendu v oblasti rehabilitácie.

V druhom tematickom okruhu VIII. kongresu pre rehabilitáciu v NDR boli rozobrané otázky výskumu a rehabilitácie. Nešlo iba o problémy výrazne medicínske, šlo i o problematiku sociologickú, resp. psychologickú. V jednotlivých referátoch bola zreteľná snaha nájsť adekvátne metódy, vhodné pre objasnenie jednotlivých vedecko-výskumných aspektov v modernej rehabilitácii, najmä pracovnej rehabilitácii. V NDR sa totiž venuje veľká pozornosť práve oblasti rehabilitácie a tento úsek rehabilitácie v NDR získal už pozoruhodné výsledky.

Celý rad referátov bol venovaný tiež problematike liečebnej rehabilitácie, využitiu súčasných moderných poznatkov pre posudzovanie výsledkov liečebnej rehabilitácie. Veľmi zaujímavé referáty predniesla skupina pracovníkov z NDR z oblasti vývoja protéz, apitéz a možnosti použitia bioelektriky pre vypadnuté funkcie svalov, resp. končatín.

V rámci VIII. kongresu v rehabilitácii NDR bola usporiadaná výstava odbornej medicínskej literatúry.

Okrem účasti na jazdových rokovaníach a prednesenia našich názorov v oblasti základného štúdia ďalšieho vzdelávania rehabilitačných pracovníkov, mali sme možnosť v priebehu kongresu na osobné diskusie s kolegami NDR a z ostatných štátov. Prekvapil ma záujem nemeckých kolegov o problematiku v oblasti rehabilitácie kardiakov. V NDR táto problematika sa stáva veľmi aktuálna a pracovníci NDR majú záujem o niektoré naše skúsenosti, ktoré poznajú najmä z literatúry. Výmena

vzájomných názorov bola veľmi úspešná a povedie v budúcnosti k ďalšej užšej spolupráci.

VIII. kongres pre rehabilitáciu v NDR

sa konal v príjemnom prostredí Haus Auensee v parku na okraji Lipska, kam sme denne dochádzali železnicou.

Dr. M. Palát, Bratislava

## ČESKOSLOVENSKÁ INICIATIVA V ROZVOJI ŠPORTU TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH MEZI SOCIALISTICKÝMI STÁTŮ

Československý svaz tělesně a zrakově postižených sportovců uspořádal II. Vědeckou konferenci s mezinárodní účastí

### „O problematice sportu tělesně postižených“.

Organizací důležitého jednání byl pověřen oddíl tělesně postižených TJ BANÍK OSTRAVA, který zajistil velmi příjemné pracovní prostředí v chatě Bytostavu v Malenovicích v Beskydách ve dnech 11.—12. září 1970.

Konference se zúčastnilo 50 hostů z 5 států. Z Francie prezident Evropských her z roku 1966 a Světových her z roku 1970 pan YVES NAYME, z NDR viceprezident Svazu pro tělesně postižené POPPE, Dr. KOCHOVÁ, Doc. Dr. SCHÜLLER, z Polska předseda Svazu tělesně postižených Mgr. FUTRO, Mgr. KOST, za ISOD Dr. BILIK, z Rakouska Ing. GARDAVSKÝ. Z našich předsednictvo ČSTZPS a další zástupci organizací a tělovýchovných oddílů.

Konferenci zahájil MUDr. Vladimír Knapek přehledným rozбором tělovýchovné činnosti tělesně postižených (dějiny sportu, zdravotný a společenský význam sportu, zdravotnické problémy, hodnocení tělesné zdatnosti, úrazová zábrana, protetická péče).

Další referáty přednesli: Doc. Dr. Fr. KÁBELE, CSc. (Vývoj sportu tělesně postižených v ČSSR), H. MARČÍKOVÁ (Problémy tělesné výchovy a náměty na jejich řešení), prof. V. SRDEČNÝ (Problematika sportu tělesně postižených — skupiny TP, sportovní disciplíny v lehké atletice, hodnocení výkonů v lehké atletice), Dr. V. SMETANA (Význam odbíjené tělesné postižených a vhodnost zařízení do světových soutěží), Mgr. KOST (Koncepce sportovní činnosti tělesně postižených v Polsku), Y. NAYME (Lyžování jako významná tělovýchovná činnost pro tělesně postižené), Doc. Dr. SCHÜLLER (Zkušenosti, úspěchy a organizace sportu v NDR), Dr. J. LÁB (Sportovní kategorie TP), prof. V. SRDEČNÝ (Hodnocení výkonů v lehké atletice s podkolenní amputací).

Večer shlédli účastníci krátké filmy, které se staly přehledkou tělovýchovné činnosti tělesně postižených v jednotlivých státech. Francie (Lyžování TP a nevidomých), NDR (Tělovýchovná činnost TP mládeže), Polsko (Sportovní činnost v léčebné rehabilitaci, hodnocení tělesných výkonů), Rakousko (Olympiáda paraplegiků), ČSSR (Sport tělesně postižených, Tři zlaté ze zájezdu amputovaných do Francie).

Druhý den byl věnován diskusi k jednotlivým referátům a k hlavním otázkám, které je nutno co nejdříve řešit (skupiny postižení, určení vhodných disciplín, sjednocení pravidel, mezinárodní tabulky ap.).

Při této konferenci se sešli zástupci Svazů TP jednotlivých států k přátelské a pracovní besedě. Na závěr této mezinárodní porady bylo doporučeno:

1. Všichni zástupci „Svazů“ doporučují, aby příští **Hry TP v r. 1972** se konaly pro všechny TP (paraplegie, amputace, polio, hemiparézy ap.).

2. Navrhuje se, aby tyto **mezinárodní hry** navazovaly časově a místně na IV. paraolympiádu. Doba trvání 3 dny. Jako sportovní odvětví se navrhuje: Lehká atletika, plavání, stolní tenis, bowling, odbíjená.

3. Doporučuje se, aby ISOD vydával každoročně kalendář sportovních akcí, vlastních i všech členských států, případně pravidelné zprávy o činnosti ISOD (aspoň 2—4 X ročně).

4. Přítomní konstatují, že při Světových hrách v St. Etienne mnozí účastníci vyslovili přesvědčení, že ISOD pracuje pouze pro paraplegiky a pro „ostatní“ se mnoho nedělá. To by mohlo vést k nežádoucí roztržce a ke snahám vytvoření samostatného Mezinárodního svazu pro „ostatní“ postižené sportovce.

5. Přítomní zástupci ISOD (Dr. BILIK a Doc. Dr. KÁBELE, CSc.) se pověřují, aby body 1—4 přednesli na generálním zasedání ISOD v březnu 1971 a poukázali na vážnou situaci.

6. Je vysloveno politování, že připravované generální zasedání ISOD se nemohlo konat v těchto dnech v Malenovicích, jako se původně plánovalo.

7. Doporučuje se vytvoření technické komise, která bude pokračovat v řešení sporných otázek v lednu 1971 v Polsku.

8. Zástupci Polska uskuteční mezinárodní závody v lehké atletice v září v Polsku, kam pozvou další zástupce soc. států.

9. Zástupci NDR uskuteční mezinárodní plavecké závody v listopadu v NDR za účasti pozorovatelů socialistických států.

10. Rakousko připravuje mezinárodní konferenci o sportu tělesně postižených v roce 1971, zástupci soc. států budou pozváni na jednání.

Konference byla velmi kladně hodnocena všemi účastníky a její závěry jsou předpokladem dalšího rozvoje nejen u nás, ale i v dalších socialistických státech. Jsme rádi, že jsme k tomu dali impuls.

*Dr. V. Knapěk, Ostrava*

## II. MEDZINÁRODNÉ SYMPÓZIUM O REHABILITÁCIÍ

V dňoch 4.—6. marca 1971 konalo sa v Madride II. medzinárodné sympóziium o rehabilitácii, ktoré bolo usporiadané v spolupráci s Ministerstvom práce a Svetovou zdravotníckou organizáciou.

Sympóziium po stránke tematickej bolo rozdelené do niekoľkých celkov, ktoré boli uvedené vždy základným referátom, predneseným väčšinou zahraničnými hosťami. Po tomto základnom referáte boli prednesené formou oznamu práce domácich účastníkov. Jednotlivé tematické celky sa týkali všeobecných otázok rehabilitácie a športu, sociálnej problematiky, rehabilitácie telesne postihnutých, rehabilitácie niektorých afekcií chrbtice a rehabilitácie encefalopatií. V jednotlivých tematických celkoch odznel celý rad pekných, bohato dokumentovaných referátov, zameraných na predjednávanú tematiku.

I keď hlavné referáty predniesli väčšinou zahraniční pracovníci, krátke ozná-

menia po týchto referátoch predstavovali španielsku produkciu k predjednávaným témam.

Úvodný referát dr. Simona z Tel Avivu rozbíral základné otázky rehabilitácie a športu. Priniesol súčasný stav názorov na túto aktuálnu problematiku. Nasledujúce krátke správy španielskych autorov riešili čiastkové otázky tejto problematiky. Druhý tematický celok o sociálnych problémoch telesne postihnutých bol uvedený referátom D. Jose Martinez Estradam, po ktorom nasledoval celý rad krátkych prác o problematike sociálnej rehabilitácie. Práve táto problematika je v Španielsku veľmi aktuálna a ako vyplýva z jednotlivých prednášok, venuje sa jej veľká pozornosť.

Druhý deň sympózia bol venovaný problematike chrbtice a jej afekcií. Dopoldňajšie sedenie bolo uvedené referátom W. J. W. Sarrarda zo Sheffieldu,



*Pohľad na kongresovú budovu*

ktorý v prekrásne dokumentovanej prednáške sa venoval spine bifide, jej komplikáciám a operatívnym výkonom pri tejto poruche v detskom veku. Prednášky, ktoré nasledovali po tomto základnom referáte, priniesli španielsky príspevok k tejto problematike. Vychádzali väčšinou zo Sarrardových skúseností, možno povedať zo Sarrardovej školy, pretože prof. Sarrard predstavuje v súčasnosti v uvedenej problematike európsku špičku.

V ten istý deň predniesol prof. R. Merle d'Aubigne z parížskej univerzity prednášku o liečení afekcií dolných končatín, na ktorú naväzoval základný referát prof. J. Trueta o etiológii a liečbe afekcií dolných končatín. Po týchto dvoch referátoch jednotliví španielski autori predniesli vlastné skúsenosti diagnostické a terapeutické z týchto poškodení. Posledný deň kongresu sa venoval rehabilitácii perinatálnych encefalopatií a uviedol ho referát profesora Tardieu z Paríža. Po tomto hlavnom referáte nasledovali jednotlivé oznámenia španielskych autorov k tejto problematike. Vedecké jednanie sympózia bolo ukončené spoločným zasadnutím, na ktorom boli odovzdané diplomy zahraničným a domácim účastníkom.

V rámci II. medzinárodného sympózia o rehabilitácii bol bohatý spoločenský program, kde bola možnosť získať mnohé informácie osobným kontaktom a možnosť bohatej výmeny skúseností.

V Španielsku je veľký záujem o modernú rehabilitačnú starostlivosť, o čom svedčí veľká účasť skoro 300 domácich a veľké množstvo zahraničných účastníkov. Tohto, pre Španielsko významného, sympózia sa zúčastnili vedeckí pracovníci z Anglicka, Francúzska, Talianska, Izraela, Brazílie, Portugalska, z ČSSR sa zúčastnil autor tohto referátu. Keď sa pozeráme na II. medzinárodné sympóziu o rehabilitácii z celkového pohľadu, možno vysoko hodnotiť snahu Španielska zoznámiť sa so súčasným trendom rehabilitácie vo svete. Mnohé pracoviská v Španielsku, ako to dokumentovali jednotlivé práce španielskych autorov, majú živý záujem o všetky otázky reedukácie a rehabilitácie. Toto sympóziu malo význam i v tom, že dalo nazrieť do súčasnej problematiky rehabilitácie v Španielsku. I keď niektoré práce boli skôr klinicky zamerané, predsa sa v nich prejavovala snaha zaradiť rehabilitáciu ako terapeutický proces do tejto klinickej sféry.

Celé sympóziu sa konalo vo veľmi peknom prostredí fakulty telesnej výchovy a športu madridskej univerzity v Ciudad universaria, pod predsedníctvom prezidenta II. medzinárodného sympózia o rehabilitácii dr. Jaime Pérez Bustamanteho. Osobnosť dr. Pérez Bustamante, jeho vedenie jednotlivých sekcií a jeho aktívna účasť na sympóziu, dodala lesk a vysokú úroveň tomuto vedeckému podujatiu.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

## VEDECKÁ KONFERENCIA „EVOLUČNÍ ASPEKTY V MEDICINĚ“.

„Fakulta detského lekárství UK v Praze oznamuje, že usporáda ve dnech 10.—12. listopadu 1971 vědeckou konferenci k 50. výročí KSČ a k 20. letům trvání fakulty detského lekárství UK, na téma: „Evoluční aspekty v medicíně“.

Zahájení v Karolinu dne 10. 11. 1971 o 9,30 hod. dopoledne.

Odpoledne tamtéž symposium o výuce pediatrie na lékařských fakultách, které pokračuje 11. listopadu 1971 odpoledne

v Ústředním kulturním domě dopravy a spojů, nám. Míru 9, Praha 2 — Vinohrady odpoledne od 14,30 hod. Dne 11. 11. 1971 celý den a 12. 11. 1971 dopoledne se tamtéž koná vědecká konference. Pro absolventy FDL UK bude dne 11. 11. 1971 dopoledne tamtéž paralelně organizováno zasedání s pracovní náplní. Týž den večer se koná přátelské setkání absolventů FDL s učiteli fakulty.

Z. S.

## SYMPÓZIUM „O PROBLÉMOCH TESTINGU V REHABILITÁCI“

Československá lékařská společnost J. E. Purkyňu a Československá rehabilitačná spoločnosť usporiadajú sympóziu s medzinárodnou účasťou

**O problémoch testingu v rehabilitácii kardiovaskulárnych ochorení**

v dňoch 10.—13. júla 1972 v Bratislave.

Odborný program — Hlavné témy:

1. Možnosti a hranice testingu v rehabili-

tácii kardiovaskulárnych chorôb

2. Problematika námahových testov (fyziológia, patofyziológia, metodika)

3. Voľné témy.

Príhlášky a bližšie informácie: Generálny sekretár sympózia MUDr. Miroslav Palát, rehabilitačné oddelenie, Nemocnica Bratislava-Kramáre.

— Red. —

**Ústav pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave, katedra rehabilitačných pracovníkov plánuje v školskom roku 1971/72 v jesennom termíne nasledujúce školiace akcie:**

**Kurzy :**

1. Tematický kurz pre zdravotné sestry pracujúce vo fyzikálnej terapii na rehabilitačných oddeleniach NsP a ostatných zdravotníckych zariadeniach.  
Termín: 6.—17. 9. 1971.  
Miesto konania: Bratislava.  
Počet účastníkov: 25.  
Náplň: fyzikálna terapia, jej teoretické predpoklady a praktické vykonávanie, tak ako to vyplýva z moderných názorov na fyzikálnu terapiu.
2. Tematický kurz v základných otázkach rehabilitácie pre zdravotné sestry ústavov sociálnej starostlivosti.  
Termín: 11.—22. 10. 1971.  
Miesto konania: Bratislava.  
Počet účastníkov: 25.  
Náplň: zvládnutie základných teoretických a praktických poznatkov rehabilitácie a ich základov s osobitným zameraním na rehabilitačné postupy pri niektorých chronických neurologických chorobách detského veku.
3. Tematický kurz pre rehabilitačných pracovníkov v liečebnej telesnej výchove.  
Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov v 3. roku pomaturitného štúdia.  
Termín: 3.—21. 1. 1972.  
Miesto konania: Bratislava.  
Náplň: špeciálna problematika v oblasti fyziológie, patofyziológie, objektivizácia rehabilitačného procesu, kinetologické rozbor, reedukačné techniky, metodické postupy, špeciálne metodiky a ich použitie pri jednotlivých klinických odboroch.

**Školiace miesta:**

1. Školiace miesto pre vedúcich rehabilitačných pracovníkov — celoštátne.  
Určenie: pre vedúcich rehabilitačných pracovníkov NsP.  
Čas trvania: 2 týždne.

Termín: 27. 9.—8. 10. 1971 — 2 osoby  
1.—12. 11. 1971 — 2 osoby  
29. 11.—10. 12. 1971 — 2 osoby.

Miesto konania: Bratislava.

Náplň: práca vedúceho rehabilitačného pracovníka na rehabilitačnom oddelení NsP. Organizácia práce rehabilitačného oddelenia a problematika rehabilitácie na poliklinickom úseku a na jednotlivých klinických oddeleniach NsP. Dokumentácia. Jednotlivé základné odborné problémy rehabilitácie na jednotlivých oddeleniach.

2. Školiace miesto pre rehabilitačných pracovníkov v liečbe prácou pri pľúcnych ochoreniach.

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí pracujú na oddeleniach pre tbc a respiračné choroby v liečebniach tbc a respiračných chorôb.  
Čas trvania: 2 týždne.

Termín: 6.—17. 9. 1971 — 1 osoba  
10.—21. 1. 1972 — 1 osoba

Miesto konania: Nitra.

Náplň: liečba prácou a pracovná rehabilitácia pri pľúcnych ochoreniach.

3. Školiace miesto pre rehabilitačných pracovníkov vo facilitáčnych technikách v pediatrii.

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov pracujúcich na rehabilitačných oddeleniach NsP.  
Čas trvania: 4 týždne.

Termín: 4.—29. 10. 1971 — 2 osoby.

Miesto konania: Bratislava.

Náplň: teoretické a praktické zvládnutie facilitáčnych techník pri poruchách raného detského veku.

4. Školiace miesto pre rehabilitačných pracovníkov v kardiologických postupoch na úseku liečebnej telesnej výchovy.

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí majú 3 roky praxe v kardiológii.

Čas trvania: 1 mesiac.

Miesto konania: Bratislava.

Termín: 31. 1.—25. 2. 1972 — 2 osoby  
28. 2.—24. 3. 1972 — 2 osoby.

Náplň: metodické postupy pri rehabilitácii v kardiológii (choroby srdca, ciev). Teoretické a praktické poznatky LTV pri kardiovaskulárnych ochoreniach. Objektívne hodnotenie rehabilitačného procesu. Testing.

**Celoštátne školiace miesta,  
ktoré usporiada ÚDV SZP v Brne:**

1. Školiace miesto v metódach elektrostimulácie a elektrodiagnostiky — celoštátne.

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí pracujú v horeuvedených metódach.

Čas trvania: 1 týždeň.

Termín: v priebehu školského roku.

Počet účastníkov: 10 (SSR: 5)

Náplň: stimulácia elektrickými impulzami rôzneho tvaru a dĺžky pri parézach a ostatných poruchách nervosvalovej dráždivosti. Elektrodiagnos-

tické metódy a kombinácie s LTV a farmakoterapiou.

2. Školiace miesto vo facilitačných technikách v pediatrii — celoštátne. Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov, prednostne pre tých, ktorí absolvovali pediatrické kurzy v Prahe a Košumbenku.

Čas trvania: 4 týždne.

Termín: v priebehu školského roku.

Miesto školenia: Praha.

Počet účastníkov: 10 (SSR: 3).

Náplň: teoretické a praktické zvládnutie facilitačnej techniky podľa Vojtu.

*M. Bartovicová, Bratislava*

*LESNÝ J. A KOLEKTÍV:*

**OBCENÁ VÝVOJOVÁ NEUROLOGIE**

*Avicenum, zdravotnícké nakladateľstvá, Praha 1971.  
384 str., 75 obr., Kčs 48,—*

Avicenum, zdravotnícké nakladateľstvá v Prahe, pripravilo po dlhšej dobe od roku 1967 obecnú vývojovú neurológiu z pera detských neurológov pod vedením prof. Lesného. Kniha sa člení do troch základných kapitol. Prvá kapitola sa venuje základom náuky o vývoji v detskej neurológii a prináša prehľad fylogény a ontogeny centrálnej nervovej sústavy, prehľad fyziológie centrálnej nervovej sústavy a prehľad biochemického vývoja centrálnej nervovej sústavy. Druhá kapitola rozoberá všeobecnú vývojovú neurológiu dojčata, s obecnými zásadami neurológického vyšetrenia, prehľadom novorodeneckých a dojčenských reflexov, charakteristickými neurológickými syndrómami novorodeneckého a dojčenského veku, rozvojom patologických hybných syndrómov dojčenského veku a normálnym vývojom dieťaťa do troch rokov.

Tretia kapitola sa venuje všeobecnej vývojovej neurológii staršieho dieťaťa, z hľadiska vývoja jednotlivých patologických syndrómov a funkcií. Kniha je zakončená literatúrou, registrom a súhrnom v anglickej a ruskej reči.

Publikácia kolektívu autorov pod vedením prof. Lesného predkladá odbornej verejnosti vlastne novú koncepciu detskej neurológie. Ide o vývojovú koncepciu, pretože ako hovorí autor v úvode, práve otázka a problém vývoja odlišuje detskú neurológiu od neurológie dospelých. I keď táto problematika je určená úzkemu kruhu detskej neurológie, treba zdôrazniť, že každý lekár v oblasti neurológie, pediatrie či psychológie nájde niektoré základné a súčasné informácie. Podľa môjho názoru mnohé kapitoly tejto publikácie sú potrebné aj pre rehabilitačných pracovníkov, pretože práve rehabilitácia svojou pohybovou časťou je jedna z metód voľby v terapii mnohých neurológických syndrómov a chorôb detského veku. Znalosť rozvoja patologických hybných syndrómov, práve tak ako znalosť normálneho vývoja detí, je predpokladom dobrej práce rehabilitačného pracovníka v programe terapie týchto detských pacientov. Knihu musíme uvítať, pretože vyplňuje medzeru v tejto oblasti.

*Dr. M. Palát, Bratislava*