

## OBSAH

## EDITORIAL

- Št. Litomerický: K problematike rehabilitácie pri chronických respiračných chorobách . . . . . 129—130



## PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

- M. Beránková: Hodnocení pohybových schopností hemiparetiků . . . . . 131—135
- L. Samek, H. Geizerová, J. Perušičová: Význam pracovního elektrokardiogramu v epidemiologické studii ischemické choroby srdeční . . . . . 137—145
- J. Molčan, E. Floreánová, H. Kukučová, H. Vodná: Indikácie a realizácia rehabilitácie v psychiatrii . . . . . 147—153
- I. Müller: Otázky rehabilitace po nových operacích v ortopedické traumatologii . . . . . 155—163



## HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ

- Št. Litomerický: K 20-ročnému jubileu ústavu tuberkulózy a respiračných chorôb v Bratislave-Podunajských Biskupiciach . . . . . 164—165



- SPRÁVY Z PÍSOMNÍCTVA . . . . . 166—172



- RECENZIE KNÍH . . . . . 173—187



- SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ . . . . . 188—191



- SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP . . . . . 192

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,  
Kveta Pochopová, Jiřina Štefanová, 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.

## POKINY PRE PRISPIEVATELOV NÁŠHO ČASOPISU:

1. Príspevky musia byť písané strojom na jednej strane papiera formátu A/4.
2. Príspevky musia byť stručné, štylisticky i jazykove správne upravené. Každý rukopis sa podrobí jazykovej úprave.
3. Nadpis článku musí vyjadrovať stručne rozoberanú tematiku.
4. Mená autorov sa uvádzajú bez akademických titulov s uvedením pracoviska.
5. Práce zaslané na uverejnenie musia byť schválené vedúcim pracoviska.
6. U pôvodných prác treba uviesť základnú literatúru.
7. Redakcia si vyhradzuje právo na úpravu prác bez dohovoru s autorom.
8. Redakcia si vyhradzuje právo určiť poradie uverejnenia a právo konečnej úpravy do tlače.
9. Fotografický materiál a kresby musia byť dodané vo vhodnom prevedení pre tlač.
10. Práce, ktoré nebudú vyhovovať týmto požiadavkám, redakcia vráti autorom na doplnenie.
11. Práca musí obsahovať stručný súhrn v rozsahu 10—15 riadkov písaných strojom, napísaných v 5 exemplároch, každý na osobitnom liste papiera pre cudzojazyčné súhrny. Cudzojazyčné súhrny zadováži redakcia.
12. Citácia literatúry musí byť uvedená podľa platných medzinárodných zvyklostí. Napr. Rehabilitácia 1, 20—25, 1968 (t. j. ročník, strany a rok).
13. Práce publikované v časopise „Rehabilitácia“ sa honorujú.
14. Autor dostane zadarmo 50 separátnych výtlačkov publikovanej práce.
15. Nevyžiadané rukopisy sa nevracajú.
16. Odtlačať články možno iba po predchádzajúcej dohode s redakciou časopisu.

# Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK V/1972

ČÍSLO 3

EDITORIAL...

## K PROBLEMATIKE REHABILITÁCIE PRI CHRONICKÝCH RESPIRAČNÝCH CHOROBÁCH

*Chronické respiračné choroby v súčasnosti predstavujú problém medicínsky, ekonomický a sociálny. Ich prevalencia je vysoká; veľkou časťou participujú na celkovej úmrtnosti, a medzi chorobami zapríčiňujúcimi pracovnú neschopnosť a invaliditu zaujímajú popredné miesto. Príčin tohto stavu je mnoho a väčšina faktorov dôležitých v etiopatogenéze či zo stránky profylaxie, terapie alebo praktického riešenia je vážnym problémom.*

*Práce našich, ako aj zahraničných autorov poukazujú na neustály vzostup výskytu chronických respiračných chorôb, ako aj na vzrastajúcu úmrtnosť. Doteraz však nie sú k dispozícii spoľahlivé prostriedky pre včasnú diagnostiku, aby sa už v počiatočných štádiách mohla indikovať adekvátne liečba. Medzi vážne medicínske problémy patrí aj liečba týchto chorých. V terapii sa kombinuje viacero metód a zvyčajne sa odporúča fyzické šetrenie bez presnejšieho a zrozumiteľnejšieho vymedzenia aktivít, ktorých sa chorý má vystríhať. Tento smer vedie k zmätku chorého, ktorý nariadenie buď prijíma a oddá sa úplnej inaktivite, alebo podľa vlastnej úvahy volí určitý druh aktivity, ktorá vôbec nie je adekvátne jeho chorobe a poruchám respirácie. Interpretácia jedným alebo iným smerom je pre ďalší vývoj choroby škodlivá.*

*V súčasnosti nadobudol výraznú prevahu pokrokový smer, ktorého ústredným motívom v starostlivosti o chronicky chorého je rehabilitačný program, ktorého cieľom je naučiť chorého s obmedzenou kardiopulmonálnou rezervou*

rozumne žiť a trénovať ho k samostatnosti adekvátnej jeho psychickej a fyzickej kapacite.

Rehabilitácia pri chronických respiračných chorobách sleduje cieľ čo najlepšie pripraviť chorého na sociálno-ekonomickú reintegráciu, používajúc súbor špecificky zameraných prvkov a procedúr, ako aj celý rad opatrení pre konkrétne naplnenie definície.

V súčasnosti možno pozorovať, že rehabilitácia má uplatnenie vo všetkých štádiách vývoja chronicky prebiehajúcej choroby a mnohé vzťahy zložitého patogenetického procesu v progresii choroby možno ovplyvniť vhodným výberom a aplikáciou určitých rehabilitačných zostáv. Je pochopiteľné, že iné zostavy sa budú aplikovať pri stavoch, kde treba vylúčiť faktor fyzického zaťaženia, ako napr. vyžadujú stavy ohrozenia vitálnych funkcií pri zlyhávaní respirácie, pri zlyhávajúcom cor pulmonale a pod., teda za situácie intenzívnej starostlivosti a liečby, a iné zostavy v pokojnom priebehu choroby, kde sa vyžaduje náročnejšia reedukácia respiračných porúch, ale súčasne rehabilitácia nadobúda i charakter progresívnej fyzickej aktivity. Vo všetkých vývojových štádiách choroby rehabilitáciu nemožno redukovať iba na terapeutické procedúry, i keď túto úlohu bezpochyby plní, ale jej poslanie je ďaleko širšieho zamerania, pretože má i preventívne poslanie v zmysle predchádzania ďalšej progresii chorobe, ako aj funkčným respiračným poruchám. Okrem toho, a predovšetkým rehabilitácia rieši vážne problémy sociálne, ekonomické, profesionalizačné a mnohé ďalšie. Za tým účelom rehabilitácia využíva najnovšie vyšetrovacie a diagnostické metódy a iba z analýzy týchto možno robiť vhodný plán bezprostrednej, ako i dlhodobej povahy.

Využívanie prostriedkov rehabilitácie pri chronických respiračných chorobách u nás však nezodpovedá súčasnému svetovému trendu. Príčin tohto stavu je mnoho a budú vyžadovať vážnu analýzu. Pre skutočné naplnenie definície rehabilitácie na tomto úseku medicíny bude treba ešte veľa práce. Nepochybne táto namáhavá práca sa vyplatí, pretože včasné použitie rehabilitačných opatrení liečebno-preventívneho alebo sociálno-ekonomického charakteru je prospešná v prvom rade pre chorého a má ďalekosiahly význam ekonomicko-spoločenský.

Dr. Št. Litomerický

**HODNOCENÍ POHYBOVÝCH SCHOPNOSTÍ  
HEMIPARETIKŮ**

*M. BERÁNKOVÁ*

*Neurologická klinika FVL KU,*

*přednosta doc. MUDr. Josef Vymazal, DrSc.*

*Praha 2, Kateřinská 30.*

*Rehabilitační oddělení — ved. lékař as.*

*MUDr. JAN PFEIFFER, CSc.*

Vedení záznamů o stavu hybnosti spastiků a zvláště hemiparetiků je problémem, který nebyl dosud asi nikde zcela uspokojivě vyřešen. Střetávají se zde totiž tři hlediska, nebo tři různé přístupy k otázce. Jednak kritéria a techniky hodnocení stavu jako takového, za druhé účel, pro který se hodnocení provádí a za třetí možnosti pracoviště, na kterém se to děje.

Hybnost nemocných postižených hemiplegií nebo hemiparézou je, zhruba řečeno, dána parézami, spasticitou, stavem čítí a vyšší nervové činnosti. Přitom porucha žádné z těchto složek není vedlejším jevem nebo zvláštní komplikací, ale patří k obrazu centrální hemiparézy. Je již dosti obtížné zjistit stav samotné motorické inervace nebo stupeň spasticity a její druh, vyšetřit přesně poruchy čítí a poruchy vyšší nervové činnosti. Poněvadž však hybnost je dána souhrou všech těchto složek, je její hodnocení u hemiparéz velmi složité.

Hodnotit každou složku zvlášť může být účelné pro výzkum. Pro účely důchodového zabezpečení je prvořadé číselné vyhodnocení denních činností a výkonnosti. Pro oba tyto účely jsou již vypracované obsáhlé testy u nás i jinde ve světě. Jsou to však testy náročné jak na vyhotovení tak na odečítání. Ve vnitřním nemocničím provozu není potřeba sumárních číselných údajů a výzkum se všude nedělá. Kromě toho si každé výzkumné pracoviště vytvoří metody podle potřeb svého výzkumu. V nemocnicích, na rozdíl od rehabilitačních ústavů, není stav pacienta obvykle ještě ustálený, otestování nemá dlouhou platnost a čas investovaný do jeho příliš podrobného provedení by se nevyplatil.

Pro nemocnici s běžnými léčebnými úkoly a běžným personálním vybavením je třeba test, který by bylo možné pořídit pokud možná rychle a který by také rychle posloužil jako informace o současném stavu hybnosti pacienta a o tendenci jejího vývoje. Dále je třeba, aby test byl skladný a praktický jakožto tiskopis.

Tento formulář užíváme již šest let na našem rehabilitačním oddělení pro potřebu běžného provozu kromě výzkumných záznamů. Je použitelný pro dvě postupná vyšetření, je proto na tužším papíře a není překládací, aby se neničilo. Má formát, který lze přiložit k celostátnímu formuláři Záznam o průběhu rehabilitační péče a vložit do sešitu Výkaz práce. Vyplňuje se zaškrtváním nebo křížky. Slovy se označuje pouze výskyt kontraktur. Stupeň paréz a kontraktur se hodnotí pouze subjektivně a relativně, obdobně jako se hodnotí tyto a obdobné jevy v klasickém neurologickém chorobopise. Formulář je uzpůsoben pro použití u hemiplegií, paraplegií i quadruplegií. Data postupných vyšetření se zapisují různou barvou a touže barvou se značí i výsledky vyšetření. Při každém vyšetření se vyplňují obě strany formuláře.

Denní činnosti uvedené na první straně dovolují usuzovat i na další, jmenovitě neuvedené pohybové schopnosti. Např. je-li někdo schopen stoje bez opory, chůze o jedné holi a obleče se úpravně bez pomoci, je schopen i dojít k umyvadlu a umýt se. Kdo dokáže zavázat smyčku oběma rukama, dovede dobře i jíst a v případě levostranného postižení může dobře psát. Je-li postižena pravá ruka, ale pacient ji dokáže používat ve spolupráci s levou při vázání smyčky, mohl by se o psaní pokusit. Nepoužívá-li pravé ruky ani při

### Vyobrazení obou stran formulářů

(první strana formuláře)

#### Záznam o nemocných s poruchou CNS

První vyšetření se píše modře, druhé červeně.

Není-li určeno jinak, zatrhne se kladná odpověď.

Jméno: nar.: č. ev. 1. datum

Dg.: Sy.: 2. datum

Na lůžku: obrací se sám na bok — na břicho  
sám se posadí a dá nohy dolů s postele

Stoj: u stavěcího prkna s dlahami — bez dlah  
s oporou cvičitele — o kozičky — o berle — o hole  
bez opory

Chůze: s oporou o průvodce — v chodítku — aparátch  
s oporou o kozičky (2, 1) — o berle (2, 1) — o hole (2, 1)  
bez opory

Schody: po jednom nahoru střídavě nahoru  
dolů dolů

Terén nerovný: zvládne Svah: zvládne  
nezvládne nezvládne

Oblékání: navlékne si oděv bez pomoci  
obleče se úpravně bez pomoci  
zapíná knoflíky oběma rukama  
zapíná knoflíky zdravou rukou  
váže smyčku oběma rukama  
váže smyčku zdravou rukou

Obuje si bez pomoci pantofle — střevice — boty

Vozík nepoužívá — používá s pomocí — samostatně

Kontraktury vypsat:

[druhá strana formuláře]

VOLNÍ HYBNOST v jednotlivých kloubech bez stimulace nebo facilitace, za optimálních podmínek (poloha, teplo, klid).

Hodnotit od 0 do \*\*\*.

DK	pravá		levá
kyčel	flexe extenze abdukce int. rot.		flexe extenze abdukce int. rot.
koleno	flexe extenze		flexe extenze
kotník	čistá dors. flexe		čistá dors. flexe
HK pravá — levá			
rameno:	flexe	abdukce	ext. rot.
loket:	flexe		extenze
zápěstí:	dors. flexe		supinace
prsty:	extenze	palec:	abdukce

SPASTICITA v jednotlivých svalových skupinách za optimálních podmínek bez ovlivnění šijními reflexy.

Hodnotit od 0 do \*\*\*.

Paraplegie		v leže	ve stoje	v leže	ve stoje
flexory kyč. kloubu	p				
	l				
flexory kolene	p				
	l				
extenzory kolene	p				
	l				
adduktory	p				
	l				
Hemiplegie					
triceps surae					
pectoralis maior					
biceps brachii					
flexory prstů					

vázání smyčky ani při zapínání knoflíků, bude třeba uvažovat o nácvičku psaní levou rukou. Kdo si obuje boty, nikoli pouze střevice, navleče si většinou i ponožky. Kdo zapíná oběma rukama knoflíky, může zkoušet otočit postiženou rukou vypínačem. Do jaké míry mu k tomu může sloužit paže, zjistíme na druhé straně formuláře.

Na druhé straně formuláře je stručný rozbor hybnosti s hlediska paréz a spasticity. Vylučujeme při jejich hodnocení facilitační vlivy, protože v tomto formuláři nejde o rozbor hybnosti za účelem stanovení metodického postupu při LTV, ale o přehledné zaznamenání jejich výsledků.

Uvedu některé změny, které jsme během doby na formuláři provedli, abych na těchto příkladech konkrétně naznačila, jak k hodnocení přistupujeme. Původní rubrika „Zapíná knoflíky postiženou rukou“ představuje příliš vysoký požadavek. Ani zdravý člověk obvykle nezapíná knoflíky jen jednou rukou. Nyní dotaz zní, zda zapíná knoflíky oběma rukama, rozumí se současně. Při úplné neschopnosti postižené ruky spolupracovat, zbývá ovšem možnost vycvičit zapínání knoflíků pouze zdravou rukou, ale každý nemocný není schopen se naučit ani tomu, zvláště, jde-li o pravostranné postižení. Proto je pro tuto činnost zvláštní rubrika, ačkoli se týká zdravé strany. Na druhé straně formuláře jsme v rubrice pro volní hybnost ramene nahradili zapažení rotací, jako důležitější pro denní činnosti. Přidali jsme abdukci palce. Zdůrazňuji abdukci, nikoli opozici. Dobrá abdukce je vždy provázena alespoň možností náhradních mechanismů za opozicí a ruka je použitelná, avšak pouhá opozice bez náležité abdukce není užitečná.

Ze zakreslených rubrik je vidět i způsob zaznamenávání stavu paraparetiků. Pro quadruplegiky slouží hodnocení HK na druhé straně formuláře jen pro zcela základní orientaci. Předpokládá se, že u quadruplegiků, kde je na HK porucha periferního neuronu, bude vyhotoven běžný svalový test.

Nebylo naším záměrem sestavit test vyčerpávající všechny aspekty hybnosti. Šlo nám o to, získat a zachovat stručný a přitom výstižný přehled, srovnatelný snadno v celku i v podrobnostech se stavem jiných pacientů i se stavem téhož pacienta v různých dobách.

### *Závěr*

Testování spastiků je nutné a přitom velmi složité a obtížné. Pro běžný provoz byl na neurologické klinice FVL — KU v Praze navržen formulář, použitelný hlavně pro hemiparetiky, ale i pro paraparetiky. Má zachytit hlavní rysy volní hybnosti, spasticity a schopnosti k denním činnostem nemocného a směr vývoje poruchy hybnosti. Po šesti letech prověřování a oprav v provozu má test tvar a obsah, jak je uveden na vyobrazení.



*M. Beránková: Оценка двигательных способностей гемипаретических больных*

### Резюме

Тестация больных спастическим параличом необходима, а при этом очень сложна и затруднительна. Для повседневной практики был на неврологической клинике FVL — KU в Праге предложен формуляр, применимый главным образом для гемипаретических, но и для парипаретических больных. Он должен охватить основные черты произвольной двигательности, спастичности и способности к повседневной деятельности больного и направление развития дефекта подвижности. После шестилетней проверки и исправлений на практике тест имеет форму и содержание, как они приведены на изображении.

*M. Beránková: Exercise Testing in Hemiparetics*

### Summary

The testing of spastic patients is necessary though complicated and difficult. A special form to be completed was introduced at the Neurological Clinic FVL-KU in Prague to be used for the evaluation of exercise capability in hemiparetic and also paraparetic patients. Recorded should be in outlines the free motility, spasticity and capability for daily activities of the patient and the trend of development of disorders of motility. After six years of checking and adaptation for application the test has the form and content as given in the illustration.

*M. Beránková: Testing des exercices chez les hémiparétiques*

### Résumé

Le testing des spastiques est nécessaire et en même temps aussi très compliqué et difficile. Pour l'application courante, on a proposé à la Clinique neurologique FVL-KU à Prague, un formulaire utilisable notamment pour les hémiparétiques mais aussi pour les paraparétiques. Il doit comprendre les traits principaux de la mobilité libre, de la spasticité et la faculté aux activités quotidiennes du patient ainsi que le développement des troubles de mobilité. Après une période de contrôle et de correction en application pendant six années, le test a la forme et le contenu représentés sur la figure.

*M. Beránková: Die Beurteilung der Beweglichkeit bei Hemiparese-Patienten*

### Resümee

Das Testen von Spastikern ist notwendig, zugleich jedoch sehr kompliziert und anspruchsvoll. Für den Alltagsbetrieb wurde an der Neurologischen Klinik der Fakultät für allgemeine Medizin an der Karls-Universität in Prag ein Formular entworfen, das vor allem für Hemiparese-Patienten, aber auch für Paraparese-Patienten angewandt werden kann. Es soll die wichtigsten Momente der freien Beweglichkeit, der Spastizität, der Fähigkeit zu den alltäglichen Verrichtungen des Patienten sowie die Entwicklungsrichtung der Bewegungsstörung erfassen. Nach sechsjähriger Überprüfung und Vervollkommnung im klinischen Betrieb erhielt der Test seine jetzige Form und den Inhalt, wie auf der Abbildung ersichtlich.

Adresa autorky: M. B., Rehabilitační odd., neurolog. klinika, Praha 2, Kateřinská 30.

JEDLIČKA, P., KREJČÍ, F., VĚLE, F. A KOL.:

**VYBRANÉ KAPITOLY Z NEUROFYSIOLOGIE PRO KLINIKY**

Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, Praha 1972,  
obr. 112, str. 276, cena Kčs 45,50.

Skupina 9 autorů pod vedením pořadatele tohoto díla dr. Pavla Jedličky připravila do tisku velmi zajímavou monografii, věnovanou některým otázkám neurofyziologie z klinického hlediska. Podobně jako v jiných medicínských oborech, tak i v současné neurologii převládá neurofyziologické ponímání. Znalosti moderní neurofyziologie jsou předpokladem dobré klinické práce v neurologii. Tato skutečnost vedla autorský kolektiv, kde vedle klinických neurologů jsou zastoupení i fyziologové a psychiatři, k vypracování potřebné knížky, zabývající se klíčovými kapitolami neurofyziologie z hlediska klinické potřeby.

Kniha se skládá z mnoha kapitol, samostatně zpracovaných, dávající však jako celek informaci o současném stavu znalostí v příslušné oblasti neurofyziologie. Jednotlivé kapitoly jsou doplněné ilustrativními schémata a originálními fotografiemi z důvodů bližšího pochopení textu. Vedle otázek základní fyziologie neuronu, neurologie a mechanoreceptorů velká pozornost se věnuje centrálním strukturám a jejich funkci, vedle jiných otázek, jako je fyziologie citlivosti, hybridnosti, fyziologie a patofyziologie spánku, fyziologie paměti, řeči a fyziologie a patofyziologie vědomí. Všechny kapitoly jsou aktuální, jejich zpracování je mo-

derní a odpovídá současným poznatkům.

V moderní rehabilitaci jednou z oblastí velkého zájmu je právě neurologie. Klinické znalosti stavů jednotlivých nemocných je ovšem potřebné rozšířit o znalost neurofyziologických mechanismů a proto tato publikace je velmi potřebná i pro ty, kteří se zabývají rehabilitací, především rehabilitací v neurologii. Myslím, že tato knížka, nevelká rozsahem, ale bohatá obsahem najde svoje standardní místo i mezi pracovníky v rehabilitaci, především mezi lékaři.

Kniha je dobře vybavená, dobře se čte, každá jednotlivá kapitola je doplněná poukazem na další literaturu, závěr knihy tvoří rejstřík.

Knihu doporučujeme, protože je potřebná, vyplňuje mezeru v našem písemnictví, bylo by si jen přát, aby se stala inspirací dalších podobných publikací různého zaměření, které by přiblížily otázky moderní fyziologie a patofyziologie klinickým pracovníkům. Z důvodů praktických by snad bylo dobré, kdyby podobné publikace měly kapesní formát a byly připravené jako paperbaky, podobně jako je tomu u některých zahraničních nakladatelství — nižší cena a menší formát jistě by našly adekvátní odpověď v řadách čtenářů.

Dr. M. Palát, Bratislava

## VÝZNAM PRACOVNÍHO ELEKTROKARDIOGRAMU V EPIDEMIOLOGICKÉ STUDII ISCHEMICKÉ CHOROBY SRDEČNÍ

L. SAMEK, H. GEIZEROVÁ, J. PERUŠIČOVÁ  
*Katedra tělovýchovného lékařství fakulty všeobecného  
lékařství v Praze  
Ústav chorob oběhu krevního v Praze-Krč*

Statistické údaje příčin úmrtí za léta 1965—1967 v Praze odhalují závažný fakt: každý 4 muž, který zemřel ve věku mezi 45—54 lety, umíral na ischemickou chorobu srdeční. Obdobná, někdy i horší je situace v jiných částech světa, jak ukázal ve svém přehledu Fejfar (1965). Je proto jistě opodstatněná výzva Světové zdravotnické organizace hledat nové cesty v boji proti této novodobé světové „epidemii“. Jednou z cest jak zabránit fatálním důsledkům této choroby, je včasná diagnóza a účinný terapeutický zásah.

V naší epidemiologické studii, ve které jsme vyšetřovali muže ve věku od 52—57 let z Prahy 2, jsme vedle anamnézy, klidového ekg, hladiny cholesterolu, tělesného složení apod., zařadili také pracovní elektrokardiogram, který jsme zaznamenávali v průběhu stupňované zátěže na bicyklovém ergometru. Dnes bychom chtěli z rozsáhlejších vyšetřovacích výsledků diskutovat dvě otázky:

1. jaká je četnost nálezů, které v pracovním popřípadě popracovním ekg svědčí o možné až velmi pravděpodobné ischemické chorobě srdeční (ISCH),
2. jaká je shoda mezi nálezy v pracovním, případně popracovním ekg na straně jedné a mezi anamnestickými údaji a nálezy v klidovém ekg na straně druhé.

### *Metodika*

Byla vyšetřena skupina 302 mužů z městského obvodu z Prahy 2 ve věku 52—57 let. Jde o část reprezentativního souboru (n=400) vybraného v roce 1967. Pracovní elektrokardiogram byl zaznamenán u 282 osob. U zbývajících 20 osob nebylo možné z nejrůznějších příčin pracovní test provést (záněty žil, ankylózy apod.). Z tohoto souboru byly dále vyřazeni ti, kteří nebyli plně vytížení (n=34). Jako kritéria vytížení oběhu jsme užívali tepové frekvence, která musela dosáhnout minimálně 144 tepů, t. j. 90 % z průměru maximální tepové frekvence této věkové skupiny ( $\bar{x} = 160/\text{min}$ ). Pracovní test byl proveden na elektricky brzděném bicyklovém ergometru (LODE) vsedě. Zátěž

začala 1 W/kp nebo 0,5 W/kp tělesné váhy po dobu 6 minut a byla pak každé 2 minuty stupňována o 25 W až do té doby, kdy vyšetřovaná osoba udávala, že už dále nemůže pokračovat, anebo do objevení se příznaků, které indikují přerušení testu (ST deprese  $> 0,2$  mV, nakupené extrasystoly, polytopní extrasystoly, systolický krevní tlak  $> 250$  torr a další). V klidu vleže byly zaznamenávány čtyřsvodovým přímopíšicím elektrokardiografem (Karditest 4, Chirana) tyto svody: I., II., III., aVR, aVL, aVF,  $V_1$  až  $V_6$  a modifikovaný Nehbův svod anteriorní (druhé žebro parasternálně vpravo proti 6. mezižebří v medioklavikulární čáře vlevo). Při pracovním testu byly zaznamenávány svody:  $V_5$ , modifikovaný anteriorní Nehbův svod (jako v klidu) a někdy  $V_4$  přímopíšicím třisvodovým elektrokardiografem Galileo.

Podle standardizovaného anamnestického dotazníku (Rose a Blackburn 1968) a podle určitých elektrokardiografických změn doporučených komisí expertů při WHO (WHO Survey 1963), byly vyšetřované osoby rozděleny podle následujících kritérií do tří skupin:

A. *skupina s pravděpodobnou ICHS*. 1. Při výskytu typických anginózních bolestí, tj. bolestí za sternem s vyzařováním do paží, krku nebo epigastria, objevujících se při chůzi a mizících do 10 minut po zastavení. 2. Při anamnestických údajích, které by mohly svědčit o infarktu myokardu, tj. silná bolest na přední straně hrudníku, která trvala  $\frac{1}{2}$  hodiny případně i déle. 3. Při výrazných vlnách Q a při bloku levého raménka Tawarova. (Minnesotský kód 1—1, 1—2, 7—1, Rose a Blackburn, 1968.)

B. *skupina s možnou ICHS*. 1. Při anamnestických údajích, které by mohly svědčit o intermitentní klaudikaci, tj. bolesti v lýtku, které se objevují při chůzi a vymizí po zastavení do 10 minut. 2. Při elektrokardiografickém výskytu méně výrazných vln Q nebo horizontálních depresí úsek ST a inverze vln T (Minnesotský kód 1—3, 4—1, 4—2, 5—1, 5—2).

C. *skupina s negativní ICHS*. Osoby bez shora uvedených nálezů.

Na základě výsledků pracovního testu byly osoby rozděleny podle následujících kritérií do 4 skupin:

A. *Velmi pravděpodobný nále z pracovní koronární insuficience (PKI)*. Když se během zátěže nebo do 5 minut po ní objevila horizontální nebo descendentní deprese úseku ST 0,05 mV a více a pacient udával typickou anginosní bolest (Minnesotský kód: 11—1, 11—2, 11—3).

B. *pravděpodobný nále z PKI*. Při objevení se stejných změn jako sub A. ale bez anginosní bolesti.

C. *možná PKI*. Při objevení se změn jako sub B. ale při tom byla již také v klidovém ekg (vsedě na ergometru) patrná horizontální nebo descendentní deprese. (Minnesotský kód 11—5, 11—6, 11—7, pokud byl v klidu 4—1, 4—2, nebo 4—3.) Při výskytu extrasystolické arytmie, tj. alespoň 10 % extrasystolických stahů (Minnesotský kód 15—1, 15—2).

D. *negativní PKI*. Když se neobjevil žádný z výše uvedených stavů nebo změn.

### Výsledky

Absolutní a relativní počty osob rozdělených podle anamnézy a klidového elektrokardiogramu na straně jedné a podle pracovního testu na straně druhé jsou uvedeny v tabulce 1. Z tabulky vyplývá, že jsme téměř u  $\frac{1}{3}$  našeho

## VÝSKYT ISCHEMICKÉ CHOROBY SRDEČNÍ U MUŽŮ VE VĚKU 52—57 LET.

(Podle anamnézy a klidového ekg)		(Podle pracovního a popracovního ekg)	
Negativní	n — 193 = 77,8 %	Negativní	n — 133 = 53,6 %
Možná	n — 21 = 8,9 %	Možná	n — 40 = 16,1 %
Pravděpodobná	n — 33 = 13,3 %	Pravděpodobná	n — 71 = 28,6 %
		Velmi pravděpodobná	n — 4 = 1,7 %
<hr/>		<hr/>	
Celkem	n — 248 = 100,0 %	Celkem	n — 248 = 100,0 %

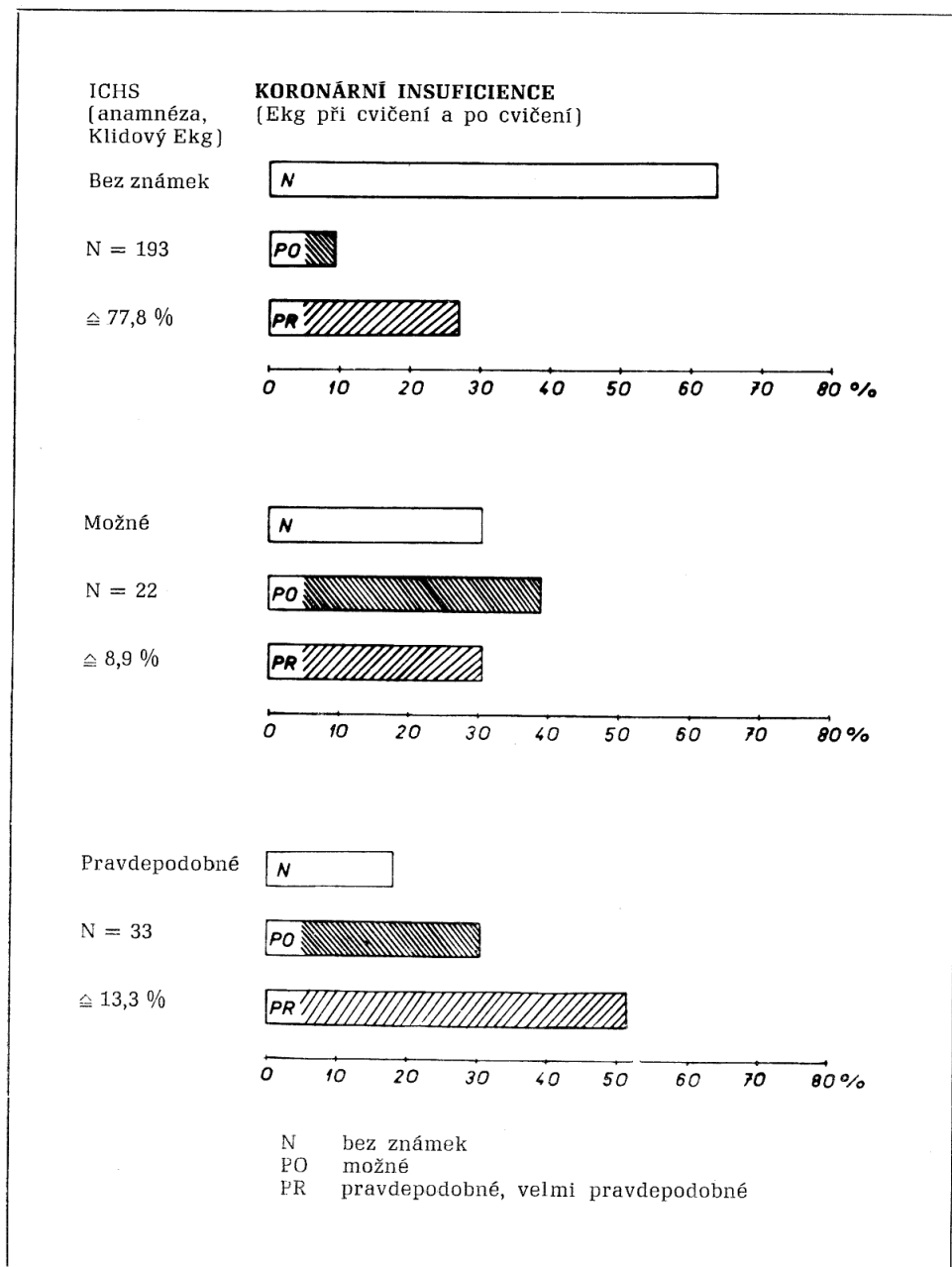
Tab. 1. Absolutní a relativní četnost osob se známkami svědčícími podle anamnézy a klidového ekg a podle pracovního a popracovního ekg o ischemické chorobě srdeční.

souboru zjistili nález, který svědčí o velmi pravděpodobné až pravděpodobné koronární insuficienci a že téměř u  $1/2$  (46,4 %) svědčí nález o velmi pravděpodobné až možné koronární insuficienci. Graf 1 znázorňuje výsledky pracovních testů v jednotlivých skupinách rozdělených podle anamnézy a klidového elektrokardiogramu. Ve skupině s negativním nálezem ICHS podle anamnézy a klidového ekg nacházíme ve 26,9 % velmi pravděpodobnou až pravděpodobnou PKI a u 10,4 % možnou PKI. Ve skupině s možnou ICHS podle anamnézy a klidového ekg je 72,7 % osob s pravděpodobnou až možnou PKI. Ve skupině s pravděpodobnou ICHS podle anamnézy a klidového ekg je 81,8 % osob s velmi pravděpodobnou až možnou PKI. Ze srovnání je zřejmé, že se stoupající závažností nálezu, který svědčí o ICHS, stoupá také počet nálezů v pracovním ekg. Tento stav je i statisticky silně významný ( $p < 0,001$ ).

### Diskuse

Při stanovení kritérií pro velmi pravděpodobnou až pravděpodobnou PKI jsme vycházeli z prací, které prokazují velmi těsné vztahy mezi horizontální nebo descendentní depresí úseku ST — tzv. ischemická deprese — s ischemií myokardu. (Mattingly 1962, Case a spol. 1966, Roskamm a spol. 1963, Robb a Marks 1967, Blümchen a spol. 1969, Buchem a spol. 1969 a další.) Dále jsme vycházeli z práce Bellea a spol. (1967), kteří považují frekventní výskyt extrasystol při zátěži taktéž za projev možné koronární insuficience.

Srovnání našich výsledků s jinými obdobnými studiemi je v některých částech velmi nesnadné, protože kritéria sloužící k výběru vyšetřovaných, posuzování výsledků a metodika vyšetřování je ve většině prací poněkud odlišná od naší metodiky a kritérií. Přesto bychom chtěli provést některé porovnání, aby alespoň v hrubých rysech byla zřejmá rozdílnost nebo shoda. Tak např. v tzv. „Basilejské studii“ (Schweizer a spol. 1968) byl nalezen u 1.610 mužů ve věku 45—64 let jen v 5,2 % pozitivní nález v pracovním nebo popracovním ekg za použití následujícího kritéria: snížení odstupu ST více než 1 mm a  $QX/QT > 0,5$ . Hlavní příčinu nízkého výskytu takto odchýlného ekg lze však spatřovati v malé zátěži vyšetřovaných osob, protože byl pro-



Graf 1. Srovnání nálezů negativní (no sings), možné (possible) a pravděpodobně (probably) ischemické choroby (IHD podle anamnézy a klidového ekg) s relativním výskytem koronární insuficience v pracovním nebo popracovním ekg u mužů ve věku mezi 52 až 57 let.

váděn jen dvojitý Masterův test. Podobně našel Rumball a Acheson (1963) u 660 osob leteckého personálu ve věku od 19 do 55 let jen v 9,7 % horizontální ST depresi. Také zde bylo použito pouze Masterova testu a navíc je věkové rozpětí a výběr osob těžko srovnatelný s naší skupinou. Doan a spol. (1965), kteří prováděli maximální test na běhátku, zjistili u 58 mužů ve věku od 50 do 59 let ve 26 % horizontální ST depresi > 0,1 mV v popracovním ekg. Strandell (1963) našel u čtrnácti 50—59 letých mužů během zátěže na ergometru prováděnou až do maxima v 21,5 % zmeny, které by mohly svědčit pro PKI. Nejvíce se našim výsledkům blíží práce Grimbyho a Saltina (1966), kteří zaznamenali u patnácti 50—59 letých zdravých mužů při pracovním testu na ergometru prováděném taktéž až do maxima v 37 % pravděpodobnou až možnou PKI.

Z přehledu a našich výsledků je zřejmé, třebaže přímé srovnání, jak jsme už uvedli, je velmi nesnadné, že v našem souboru je relativně více osob se známkami PKI než v jiných studiích. To by mohlo znamenat, že náš populační vzorek je více ohrožen ICHS než osoby v jiných studiích. Proti tomu ale mluví mortalita na ICHS z posledních let, která u náš nepřevyšuje anglosaské země. (Fejfar 1965.) Zdá se, že hlavní příčina je v tom, že námi vyšetřované osoby musely podstoupit velmi namáhavý test, který daleko převyšuje Masterův test, a že teprve při této náročné zátěži se objevila PKI. Jistěže ne všechny osoby s pozitivním pracovním testem mají koronární sklerózu, protože bylo dokázáno, že i jiné vlivy, jako např. změny v množství elektrolytů, hormonální vlivy, anaemie nebo blokáda určitých enzymů mohou vyvolat horizontální depresi (Kwoczinski a spol. 1961, Ostrander a Weinstein 1964, Buchem a spol. 1969). Na druhé straně však 46 % velmi pravděpodobných až možných PKI není nikterak číslo nereálné. Fodor (1968) totiž našel podle stejných anamnestických kritérií a kritérií pro klidový elektrokardiogram, jako jsme použili v naší studii u 443 mužů ve věku od 60 do 64 let taktéž z Prahy 2 v 61,8 %, pravděpodobnou až možnou ICHS. To by mohlo znamenat, že jsme tyto budoucí nálezy již diagnostikovali o několik let dříve. (3—12 let.) Také práce Fejfara a Vaněčka (1970) podporuje reálnost nálezů v našich pracovních elektrokardiogramech. Mezi 1000 pitvanými muži v letech 1962—1967 ve věku od 40 do 69 let zjistili v 53,6 % ischemickou chorobu srdeční.

Obraťme ještě pozornost k srovnání výskytu ICHS získané pomocí anamnézy a klidového ekg na jedné straně a k nálezů PKI na straně druhé. Již jsme uvedli, že existuje statisticky vysoce významná shoda. Přesto je nápadné, že jsme pomocí pracovního ekg určili u skupiny s negativním nálezem ICHS (podle anamnézy a klidového ekg) v 37,3 % velmi pravděpodobnou až možnou PKI. Na druhé straně jsme neprokázali změny v pracovním nebo popracovním ekg v 17,2 % u osob, které podle anamnézy a klidového ekg měli pravděpodobnou ICHS. Vysvětlení těchto zdánlivých diskrepancí lze hledat v následujících okolnostech. Za prvé: ne každá ICHS musí být provázena koronární insuficiencí, která by se projevila ischemickou depresí v pracovním nebo popracovním ekg. Nemusí to např. být při dobré kolateralizaci koronární cirkulace. Za druhé: 2—3 ekg svody nemusí zachytit všechny ischemické deprese. Např. při použití jen svodu V<sub>5</sub> unikne 11 % ischemických depresí, které jsou jinak patrné v některých ze zbývajících 11 svodů standardního ekg programu (Blackburn a Katigbak 1964).

Závěrem bychom chtěli podtrhnout, že podle našich zkušeností registrace pracovního elektrokardiogramu při schodovitě zvyšované zátěži až téměř do maxima podstatně rozšiřuje naši možnost diagnostikovat ischemickou chorobu srdeční a měla by proto v prevenci a diagnostice této choroby zaujímat velmi důležité místo.

#### Závěr

Bylo vyšetřeno 302 náhodně vybraných mužů ve věku 52 až 57 let žijících v Praze 2. U 248 osob byl zaznamenán pracovní a popracovní elektrokardiogram. Zátěž byla prováděna na bicyklovém ergometru vsedě. Začala 1 W/kp tělesné váhy po dobu 6 minut a byla stupňována každé 2 minuty o 25 % až do maxima. Byly zaznamenány svody: Nehb ant. s explorativní elektrodou v VI. mezižebří, V<sub>5</sub> a případně také V<sub>4</sub>.

Soubor byl podle anamnézy a klidového ekg rozdělen do tří skupin: 1. s pravděpodobným nálezem ICHS; 2. s možným nálezem ICHS; 3. s negativním nálezem ICHS. Podle výsledku pracovního a popracovního ekg byly osoby rozděleny do 4. skupin: 1. s velmi pravděpodobným nálezem pracovní koronární insuficience (PKI) (horizontální nebo descendentní deprese úseku ST s typickou anginózní bolestí); 2. s pravděpodobným nálezem PKI (jako u předešlé skupiny, ale bez bolesti); 3. s možným nálezem PKI (horizontální nebo descendentní deprese, která však byla patrna již před zátěží, podle Minnesotského kódu kodovatelné arytmie — 15—1 až 3); 4. s negativním nálezem.

Ve skupině s pravděpodobnou ICHS podle anamnézy a klidového ekg, která tvořila 13,3 % souboru, bylo 81,8 % osob s velmi pravděpodobnou až pravděpodobnou PKI. Ve skupině s možnou ICHS, která tvořila 8,9 % souboru, bylo 45,4 % osob s možnou PKI a 27,3 % s pravděpodobnou. Ve 3. skupině s negativní ICHS, ve které bylo 77,8 % souboru, bylo 62,7 % osob s negativním nálezem PKI, 10,4 % s možnou PKI a 26,9 % s velmi pravděpodobnou nebo pravděpodobnou PKI.

Výsledky naznačují, že ekg, zaznamenávané během a po stupňované ergometrické zátěži až do maxima, podstatně rozšiřuje a upřesňuje funkční stránku tzv. koronárních rezerv, případně ICHS.

#### LITERATURA

- Bellet, E., Roman, L. R., Nichols, J. G., Müller, F. O.*: Detection of Coronary Prone — Subjects in a Normal Population by Radioelectrocardiographic Exercise Test; *Amer. J. Cardiol.* 19, 1967: 783
- Blackburn, H., Katigbak, R.*: What Electrocardiographic Leads to Take after Exercise? *Amer. Heart J.* 67, 1964: 184
- Blümchen, G., Kiefer, H., Roskamm, H., Waldmann, D., Büchner, Ch., Reindell, H.*: Vergleich der koronarographischen Befunde von 127 Patienten mit Anamnese, Risikofaktoren für koronare Herzerkrankung, Ruhe und Belastungs — Ekg; *Z. Kreislaufforschg.* 58, 1969; 149—167
- van Buchem, F. S. P., Bosschieter, E.*: The Influence of Sympathicolytics on the Electrocardiogram; *Koninkl. Nederl. Akademie van Waten-Schappen — Amsterdam* 73, 1970
- Case, R. B., Roselle, H. A., Crampton, R. S.*: Relation of ST-Depression to Metabolic and Haemodynamic Events; *Cardiologia* 48, 1966: 32—41



- Doan, A. E., Peterson, D. R., Blackmon, J. R., Bruce, R. A.: Myocardial Ischemia after Maximal Exercise in Healthy Men; Amer. Heart, J., 69, 1965: 11—21
- Fejfar, Z.: Cardiovascular Disease as a World Problem. In: Conference on the Prevention and Control of Cardiovascular Disease, Bucharest 1965. WHO, Copenhagen 1966, 31—42
- Fejfar, Z., Vaněček, R.: Prevence ischemické choroby srdeční. Čas. Lék. česk. 109, 1970: 505—510
- Fodor, J.: Screening for Ischaemic Heart Disease. In: Presymptomatic Detection and Early Diagnosis 1968: 283—293. Pitman Medical Publishing Co., London 1968
- Grimby, G., Saltin, B.: Physiological Analysis of Physically Well-Trained Middle-Aged and Old Athletes; Acta Med. Scand. 179, 1966: 513—526
- Kwoczyński, J. K., Ekmerci, A., Toyoshima, H., Prinzmetal, M.: Electro-Cardiographic Ischaemic Patterns without Coronary Artery Disease; Dis. Chest. 39, 161: 305
- Kwoczyński, J. K., Ekmerci, A., Toyoshima, H., Prinzmetal, M.: Electrocardiographic Ischemic Patterns without Coronary Heart Disease; Dis. Chest. 39, 161: 305
- Mattingly, T. W.: The Postexercise Electrocardiogram. Its Value in the Diagnosis and Prognosis of Coronary Arterial Disease; Amer. J. Cardiol. 9, 1962: 395—409
- Ostrander, L. D., Weinstein, B. J.: Electrocardiographic Changes after Glucose Ingestion; Circulation 30, 1964: 67—76
- Robb, G. P., Marks, H. H.: Postexercise Electrocardiogram in Arteriosclerotic Heart Disease; J. Amer. Med. Ass. 200, 1967: 918—926
- Rose, G. A., Blackburn, H., Cardiovascular Survey Methods; World Health Organisation, Geneva 1968
- Roskamm, H., Reindell, H., Novakovič, N., Büchner, Ch., Blümchen, G.: Die klinische Bedeutung des Elektrokardiogramms während Ergometer — Belastung; Aertzliche Lab. 9, 1963: 277—295
- Rumball, C. A., Acheson, E. C.: Latent Coronary Heart Disease. Detected by Electrocardiogram before and after Exercise; Brit. Med. J. 5328, 1963: 423—431
- Schweizer, W., Burkhart, F., Creux, G., Widmer, L. K.: Über die Häufigkeit der arteriellen Hypertonie und der coronaren Herzkrankheit bei Berufstätigen (Basler Studie); Schweiz. Med. Wschr. 98, 1968: 869—872
- Strandell, T.: Electrocardiographic Findings at Rest, during and after Exercise in healthy old men compared with young men; Acta Med. Scand. 174, 1963: 479—499

*Л. Самек, Г. Гайцорова, Й. Перушичова: Значение трудовой электрокардиограммы в эпидемиологическом исследовании ишемической болезни сердца*

#### Резюме

Мы исследовали 302 случайно избранных мужчин в возрасте от 52 до 57 лет, живущих в Праге 2. У 248 лиц сделана электрокардиограмма во время работы и после нее. Загрузка осуществлялась на велосипедном эргометре сидя. Она начиналась с 1/кп веса тела во время 6 минут и повышалась каждые 2 минуты на 25 % вплоть до максимума. Были отмечены фидеры: Nehb. ant. с эксплоративным электродом в VI межреберье, V<sub>5</sub> или также V<sub>4</sub>. Исследуемые были согласно анамнезу и экг в покое разделены в три группы: 1. с правдоподобным диагнозом ИИШС, 2. с возможным диагнозом ИИШС, 3. с отрицательным диагнозом ИИШС. По результату экг во время и после работы были исследуемые разделены в 4 группы: 1. с весьма правдоподобным диагнозом рабочей коронарной недостаточности (РК1) (горизонтальная или десцендентная депрессия участка ST с типичной ангинозной болью); 2. с правдоподобным диагнозом РК1 (как у предыдущей группы, но без боли); 3. с возможным диагнозом РК1 (горизонтальная и десцендентная депрессия, которая, однако, была заметная уже до загрузки, по минусотскому коду кодируемые аритмии — 15—1 — 3); 4. с негативным диагнозом.

В группе с правдоподобной ИИШС по анамнезу и экг в покое, которая составляла 13,3% всех исследуемых, было 81,8% лиц с весьма правдоподобной или правдоподобной РКІ. В группе с возможной ИИШС, которая составляла 8,9% всех исследуемых, было 45,4 % лиц с возможной РКІ и 27,3 % с правдоподобной РКІ. В третьей группе с отрицательным диагнозом ИИШС, в которой было 77,8% исследуемых, было 62,7% лиц с отрицательным диагнозом РКІ, 10,4% с возможной РКІ и 26,9 % с весьма правдоподобной или правдоподобной РКІ. Результаты показывают, что экг, записываемая во время и после увеличивающейся загрузки вплоть до максимума, существенно расширяет и уточняет функциональную сторону т. наз. коронарных резервов, или также ИИШС.

*L. Samek, H. Gaizerová, J. Perušičová: Significance of the Exercise ECG in the Epidemiological Study of the Ischemic Heart Disease (IHD)*

### Summary

A group of 302 men (aged between 52 and 57) chosen at random and living in Praha 2, were examined. The exercise and postexercise ECG was registered, load being carried out on the bicycle ergometer. Exercise started with 1 W body weight for 6 min and was increased every two min. by 25 W up to the maximum.

ECG leads: Nehb. ant. with the explorative electrode in the sixth intercostal space,  $V_5$  and occasionally  $V_4$  were registered. According to case history and the resting ECG patients were divided into three groups: 1. with probable IHD, 2. with possible IHD, and 3. with negative findings of IHD. According to the results of the exercise and the resting ECG the patients were divided into four groups: 1. with very probable findings of Working Coronary Insufficiency (WCI) (horizontal and descending depression of the ST segment with typical angina pain), 2. with probable WCI (as under item 1. but without pains), 3. with possible WCI (descendent or horizontal depressions, findings evident even before load, frequent extrasystolic arrhythmia, according to Minnesota code 15—1, 15—2, 15—3), 4. with negative findings.

In the group with probable IHD (according to case history and resting ECG) which forms 13,3 % of the whole sample, there were 81,8 % with very probable to probable WCI. In the group with possible IHD forming 8,9 % of the sample there were 45,4 % patients with possible WCI and 27,3 % with probable WCI. In the 3. group with negative IHD which were 77,8 % of the sample there were 62,7 % patients with, negative findings of WCI, 10,4 % with possible WCI and 26,9 % with very probable or probable WCI.

The results indicate that ECG registered during and after graded load to maximum on the ergometer considerably help to determine exactly the functional indices of coronary reserve and of IHD.

*L. Samek, H. Gaizerová, J. Perušičová: Signification du cardiogramme électrique d'activité dans l'étude épidémiologique de la maladie ischémique du coeur (MIC).*

### Résumé

On a examiné un groupe de 302 sujets masculins choisis au hasard, dont l'âge respectif était de 52 à 57 ans, domiciliés à Prague 2. Chez 248 sujets on a enregistré un électrocardiogramme d'activité et de quiétude. L'effort physique a été effectué sur une bicyclette ergométrique dans la position assise. Au début, il était de 1 W/kp du poids physique pendant une durée de 6 minutes et on l'augmentait de 25 % toutes les 2 minutes, jusqu'au maximum. On a enregistré: Nehb. ant. avec électrode exploratrice dans la sixième intercôte,  $V_5$  et éventuellement aussi  $V_4$ .

L'ensemble a été selon l'anamnèse et l'EKG de quiétude, divisé en trois groupes: 1. avec diagnostic probable de la MIC, 2. avec diagnostic possible de la MIC, 3. avec diagnostic négatif de la MIC. Suivant les résultats de l'EKG d'activité et de quiétude, les sujets on été divisés dans quatre groupes: 1. avec diagnostic très probable de

l'insuffisance coronaire de travail (ICT), (les dépressions horizontales ou descendantes du segment ST avec douleurs typiques angineuses), 2. avec diagnostic probable ICT (comme dans le groupe précédent mais sans douleurs), 3. avec diagnostic possible ICT [dépressions horizontale ou descendante, évidentes déjà avant l'effort physique, selon de Code Minnesota de l'arytmie codée — 15—1 à 3]; 4. avec diagnostic négatif.

Dans le groupe avec probabilité de MIC selon l'anamnèse de l'EKG de quiétude qui formait 13,3 % de l'ensemble, on comptait 81,8 % de sujets avec ICT très probable et probable. Dans le groupe avec MIC possible qui formait 8,9 % de l'ensemble, on comptait 45,4 % de sujets avec ICT possible et 27,3 % avec celle probable. Dans le troisième groupe avec MIC négative, laquelle comptait 77,8 % de l'ensemble, on trouvait 62,7 % de sujets avec diagnostic négatif de ICT, 10,4 % avec ICT possible et 26,9 % avec ICT très probable ou probable.

Les résultats démontrent que l'EKG enregistré pendant et après l'effort graduel ergométrique jusqu'au maximum, agrandit et précise les indices fonctionnels des réserves coronaires, respectivement de la MIC.

*L. Samek, H. Gaizerová, J. Perušičová: Die Bedeutung des Arbeits-Elektrokardiogramms für die epidemiologische Erforschung der ischämischen Herzerkrankung*

#### Resümee

Es wurden 302 stichprobenartig gewählte Männer im Alter von 52 bis 57 Jahren untersucht, die im Bezirk Prag 2 wohnen. Bei 248 Personen wurde das Arbeits- und das Subsequenz-Elektrokardiogramm aufgenommen. Die Belastung erfolgte auf einem Fahrradergometer, in der Sitzlage. Sie begann bei 15/kp Körpergewicht für eine Dauer von 6 Minuten und wurde dann alle 2 Minuten um 25 % bis zur Erreichung des Maximums gesteigert. Es wurden folgende Stromableitungen verzeichnet: Unbew. Ant. mit explorativer Elektrode im VI. Intercostalbereich, V<sub>5</sub> eventuell auch V<sub>4</sub>.

Der Gesamtstand wurde auf Grund der Anamnese und des Ruhe-EKGs in drei Gruppen geteilt: 1. mit wahrscheinlichem Befund einer ischämischen Herzerkrankung; 2. mit möglichem ischämischen Herzerkrankungsbefund; 3. mit negativem ischämischen Herzerkrankungsbefund. Auf Grund des Ergebnisses des Arbeits- und des Subsequenz-EKGs wurden die Personen in 4 Gruppen geteilt: 1. mit sehr wahrscheinlichen Befund einer erbeitsmäßigen Koronarinsuffizienz (AKI); (namentlich von horizontalen oder deszendenden Depressionen der ST-Strecke mit dem typischen anginösen Schmerz; 2. mit wahrscheinlichem AKI-Befund (wie bei der vorigen Gruppe, jedoch ohne Schmerz); 3. mit möglichem AKI-Befund (von horizontalen oder deszendenden Depressionen, die jedoch schon vor der Belastung ersichtlich waren, und zwar laut dem Minnesota-Kode der kodierbaren Arrhythmie — 15—1 bis 3); 4. mit negativem Befund.

In der Gruppe mit wahrscheinlichen ischämischen Herzerkrankungsbefund auf Grund der Anamnese und des Ruhe-EKGs, die 13,3 % des Gesamtstandes bildete, befanden sich zu 81,8 % Personen mit sehr wahrscheinlicher bis zu wahrscheinlicher AKI. In der Gruppe mit möglichem ischämischen Herzerkrankungsbefund, die 8,9 % des Gesamtstandes darstellte, gab es 45,4 % Personen mit möglicher AKI und 23,3 % mit wahrscheinlicher. In der 3. Gruppe mit negativen ischämischen Herzerkrankungsbefund, die 77,8 % des Gesamtstandes umfaßte, waren 62,7 % der Personen mit einem negativem AKI-Befund, 10,4 % mit einer möglichen AKI und 26,9 % mit einer sehr wahrscheinlichen oder wahrscheinlichen AKI.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, daß das während und nach der bis zum Maximum gesteigerten ergometrischen Belastung aufgenommene EKG die Wertung des funktionellen Moments der sog. Koronarreserven, bzw. der ischämischen Herzerkrankung, wesentlich vertieft und präzisiert.

Adresa autora: MUDr. L. S., Katedra tělovýchovného lékařství fak. všeobec. lékařství, Praha-Krč.

SEDLÁK J., PETR B., HAVRÁNEK J.:

**MIKROBIOLÓGIA, EPIDEMIOLOGIA A HYGIENA**

*Učebnica pre stredné zdravotnícke školy.*

3. vydanie. Osveta, Martin 1971, 308 strán, cena Kčs 21,—

Do rúk žiakov stredných zdravotníckych škôl sa už v treťom vydaní dostáva učebnica mikrobiológie, epidemiológie a hygieny autorov Sedláka, Petra a Havránka. Všetky tri tieto medicínske odbory svojím zameraním na prevenciu, ako základný smer nášho zdravotníctva, zaujímajú osobitne dôležité miesto v zdravotníckej výuke a nesporne ho musia zaujímať aj vo vedomostiach každého, kto sa chce venovať práci v zdravotníctve.

Prvá časť učebnice, ktorá sa zaoberá mikrobiológiou, systematicky a didakticky skúsené vysvetľuje základné poznatky o mikroboch, najmä ich biologické vlastnosti, prežívanie v prostredí a v ľudskom organizme, teda od morfológie až po veľmi zložité ekologické vzťahy človeka a v jeho prostredí žijúcich mikroorganizmov. Stať sa neobmedzuje len na teoretické poznatky, ale v primeranej šírke a hĺbke vysvetľuje biologický faktor v prostredí, nezužujúc ho len na choroboplodné zárodky. Autor tejto časti, J. Sedlák, má na zreteli, že lekárska mikrobiológia nie je len teoreticky vedný odbor, ale zdôrazňuje najmä jej význam pre zdravotnícku prax. Patričnú pozornosť venuje reakciám organizmu na biologické prejav y mikrobov, patogenéze nákazlivých chorôb a imunologickým pochodom.

Stručný, dobre zrozumiteľný teoretický výklad dopĺňa vysvetlením klinického a epidemiologického významu virulencie a toxicity mikrobov a objasňuje celulárnu a humorálnu imunitu. Škoda, že sa širšie nezaobrá o ochranným očkovaním, ktorého teoretické zásady aj praktickú aplikáciu by mali ovládať najmä detské sestry.

Druhá časť učebnice — epidemiológia — o. i. obsahuje pre sestry osobitne dôležitú kapitolu o odbere biologického materiálu a manipulácii s ním, ako aj o mikrobiologickej diagnostike. Kapitola o nemocničných nákazách mala by hlbšie rozoberať závažnosť týchto ochorení.

V tretej časti učebnice, venovanej otázkam hygieny, autori Havránek a Petr podávajú dobre zostavený výklad o všetkých činiteľoch vonkajšieho prostredia, ktoré pôsobia na ľudský organizmus a o jeho reakciách na tieto vplyvy. Teoretické zdôvodnenia a najmä spôsoby uplatňovania hygienických zásad v praxi, uvádzané v učebnici, podčiarkujú prvoradý význam tohto predmetu vo výuke zdravotníkov. To platí aj o kapitole zaoberajúcej sa hygienickou problematikou nemocníc.

Učebnica spĺňa všetky požiadavky kladené na učebnú pomôcku tohto zamerania a druhu.

*Dr. F. Schulz, Bratislava*

PACHNER P.:

**HYGIENA PRÁCE**

*Učebnica pre stredné zdravotnícke školy.*

Martin, Osveta, 336 str., 59 obr. Cena Kčs 25,—

Ide o druhé vydanie učebnice pre stredné zdravotnícke školy, odbor asistentov hygienickej služby. Autor, skúsený a vzdelaný pracovník odboru, podáva základné poznatky o pracovnom prostredí, bezpečnosti práce, hygienických a klimatických zariadeniach, o vplyvoch rôznych škodlivých látok, o fyzikálnych vplyvoch, ako i o chorobách, ktoré tieto faktory vyvolávajú, choroby z povolania a priemyselné otravy. V šestnástich kapitolách, zostavených podľa jednotlivých odborov výrobnjej činnosti, nechýba ani pojednanie o niektorých fyziologických a psychologických zásadách organizácie práce a pracovné metódy v hygiene práce.

Toto vydanie bolo doplnené o nové poznatky. Podstatne boli rozšírené kapi-

toly o osveľení, hluku, vibráciách, ionizujúcom žiarení a fyziológii práce.

Vysoká odborná úroveň, podložená bohatými autorovými skúsenosťami, jasná, dobre prístupná formulácia, vytvára z tejto učebnice i príručku pre praktickú činnosť a zásah v teréne, nielen asistentami hygienickej služby, ale i závodnými a obvodnými lekármi. Tematicky možno z nej čerpať aj pri školeniach závodných zdravotných sestier.

Bolo by záslužné, keby autor aj tu venoval viac miesta hygienickým problémom zvráňania. Preklad do slovenčiny je starostlivý, ale miestami doslovný preklad pôsobí tvrdo.

*Dr. K. Fucker, Bratislava*

## INDIKÁCIE A REALIZÁCIA REHABILITÁCIE V PSYCHIÁTRII

J. MOLČAN, L. FLOREÁNOVÁ, H. KUKUČOVÁ, H. VODNÁ  
*Katedra psychiatrie LFUK v Bratislave,  
vedúci: prof. MUDr. E. Guensberger*

Ako je v psychiatrii známe, z troch základných zložiek rehabilitácie (liečebnej telesnej výchovy — LTV, fyzikálnej terapie — FT a liečby prácou — PT) sa využíva najviac liečba prácou, zatiaľ čo LTV a FT ostávajú nedostatočne využité. Okrem tradičného nedostatku pracovníkov vidí KOENIG (1968) príčinu tohto javu v nedokonalnej prepracovanosti spomenutých metodík a v nedostatočnej oboznámenosti lekárov s otázkami rehabilitácie.

Nesmieme však zabudnúť, že v psychiatickej rehabilitácii progres i napriek týmto fakticky negatívnym javom je nezadržateľný: — spomeňme iba moderné tendencie sociálnej rehabilitácie pri úsilí o reinzerciu napr. odstupňovaný sociálne rehabilitačný program (MARTIN, 1965), preškolenie; odstupňované ubytovanie chorých (EARLY, 1965) s prvou deinštitucionalizujúcou etapou, intímnu domácou etapou v širšom rámci ústavu s dochádzaním do práce a konečne s etapou samostatného internátneho ubytovania pracujúcich zamestnancov — doliečovaných bývalých pacientov ústavu. Týmto sa stáva PT nielen otázkou rehabilitácie a psychoterapie, ale zasahuje aj do sociálnej problematiky. Zúčastňuje sa reinzercie chorého do normálnych rodinných, pracovných a spoločenských vzťahov.

Vráťme sa však k vlastnej problematike.

Rehabilitácia v psychiatrii sa nezameriava na zaistenie urýchlenej reštitúcie pôvodného somatického stavu, naopak, dotýka sa viac psychopatologických porúch a globálne psychicky zmenej osobnosti. Somatická rehabilitácia má svoju psychickú zložku i keď sa nesústreďuje priamo na ovplyvnenie psychiky.

Psychiatrická rehabilitácia sa teda zameriava:

1. priamo na psychopatologickú symptomatológiu (liečba zamestnaním L. z. PT, LTV);
2. nepriamo ovplyvňovaním somatického stavu mení patologické psychické prejavy (zamestnávanie, LTV, FT) a konečne vplýva
3. priamo na somatické poruchy pri rôznych psychických ochoreniach (LTV, zamestnávanie, FT napr. pri progresívnej paralýze neurotických vegetatívnych dystóniách a pod.).

Pracovná terapia sa chápe v psychiatrii ako termín podstatne širší — obohatený či skomplikovaný psychologickým, resp. sociálnym komponentom podľa charakteru duševných ochorení.

Preto sa aj zdá, že termín „liečba zamestnaním“, užívaný menovite v anglosaských krajinách, vyhovuje pre túto zložku rehabilitácie v psychiatrii lepšie než termín „pracovná terapia“.

Zamestnávajúce chorého — teda iba púhe poskytnutie, či nariadenie zamestnania pacienta na oddelení nemôže predstavovať želateľnú hodnotu základného terapeutického postupu. Za liečebné zamestnanie považujeme spolu s MATULAYM (1944 a 1951): každú činnosť telesnú, či duševnú, istým spôsobom predpísanú, ktorá má ten osobitný cieľ, aby viedla ku zrýchleniu vyliečenia choroby. Sám citovaný autor pod „činnosťou“ rozumie:

- a) pracovné zaujatie,
- b) rekreačnú činnosť a
- c) edukatívne ovplyvňovanie.

Spôsob, akým sa tieto činnosti predpisujú — teda postavenie indikácií — je rozvedený pre jednotlivé diagnostické skupiny s pokusom vytvoriť určitý systém konkrétnych činností (napr. práce s jednoduchým materiálom, športové zápolenie či záujmové krúžky) v korelácii k jednotlivým duševným chorobám v rôznych štádiách — (napr. rozdielne pri melanchólii, demencii, neuróze a pod.).

Podľa toho treba indikovať konkrétne činnosti pri konkrétnych chorobách s ohľadom aj na premorbídnu osobnosť, záujmy, vzdelanie, na aktuálny duševný stav chorého a pod.

Ako všeobecné zásady sa najčastejšie udávajú: potláčanie chorobných, motorických či verbálnych stereotypov a nahradzovanie týchto novými, poskytnutými v rámci liečby zamestnaním; napr. stimulačný vplyv istých činností na inhibovaných a naopak tlmivý na vzrušených a pod.

Podobné zásady pri indukovaní liečebného zamestnávania v psychiatrii osvojujú si viacerí autori. Vytvárajú sa indikačné schémy, postupne sa kryštalizuje nadovšetko zaujímavý a komplikovaný problém indikácie rehabilitačných postupov v psychiatrii, kde na rozdiel od iných odborov nejde iba o návratné zaktivizovanie poškodeného orgánu, kde naopak treba zaujať celú osobnosť a v tomto rámci liečebne atakovať jednotlivé psychopatologické jej prejavy. (Pozri napr. DOBÍŠEK 1958; 1958; HADLÍK 1954 a 1955; GUENSBERGER a kol., 1963; TÖRÖK, 1959; TURČEK, 1963; ŠKODA a ŠKODOVÁ, 1959; PŘIBYL, 1969 a i.)

Úloha lekára — psychiatra sa pri tomto chápaní takmer rovnocenne prelína s úlohami rehabilitačných pracovníkov a naopak — na oboch stranách je potrebná rovnako kvalitná špecializovaná informovanosť v psychiatickej i rehabilitačnej problematike. Nevýhodou, ktorú chceme spomenúť, sa nám javí nemožnosť dokonalej špecializácie na najvyššom želateľnom stupni v oboch stretávajúcich sa disciplínach pri uskutočňovaní psychiatickej rehabilitácie, keď berieme do úvahy mimoriadne zafaženie ako psychiatrov, tak rehabilitačných pracovníkov vlastnou činnosťou.

Podľa nášho názoru majú byť úlohy pri psychiatickej rehabilitácii v rámci teamu spolupracovníkov rozdelené už v etape jej indikovania. Lekára tu očakávajú dve dôležité úlohy: informatívne a indikačné. Rehabilitačný pracovník má v zápatí povinnosť realizačnú s možnosťou voľby užitých metód. Oba



*Psychiatrická klinika FN, Bratislava, oddelenie liečby zamestnaním*

**Indikačný list pacienta pre liečbu zamestnaním (I 1 z 1)**

Meno a priezvisko ..... č. chorobopisu .....

Dátum narodenia ..... Oddelenie ..... č. izby .....

Diagnóza .....

Povolanie .....

Všeobecná charakteristika spôsobilosti .....

*Terapia:*

Biologická, psychoterapia, iná (druh, dávky): .....

Pracovná terapia (od dátum): .....

Rozcvička (od dátum): .....

Vychádzky, pozri dekurz

*Úlohy pracovnej terapie:*

iba zamestnanie	zaktivizovanie	
stereotypná činnosť	provokovanie rozhodnutia	
cvičiť preorientovanie činnosti	zvýšiť konc. pozornosti	psychickej mechanickej
znázornenie zážitkov	konc. pozor. odvieť od pat. obsahov	
pozdvihnutie nálady emotív. prostriedkami	cvičenie vytrvalosti	
tlmenie nálady	podporovať nadviazanie kontaktu	
koordinácia správania	cvičenie samostatnosti	
rac. využitie tendencií	iné .....	

*Chovanie terapeuta:*

výrazne striedme, vecné, citovo zvýraznené

*Nebezpečenstvo:*

útek  
negativizmus  
agresivita  
záchvaty  
suicídium  
únikové tendencie

*Stupeň možného telesného zaťaženia:*

.....

.....

*Bludy, ev. iné výrazné psychopat. sympt.:*

.....

.....

.....

Dátum: .....

.....  
podpis. ošetr. lekára



liste uvedených zámerov zaraďuje chorého do činnosti pri udržiavaní záhradky v okolí pavilónu, čím sa vytvoria predpoklady pre likvidáciu agresívneho správania sa chorého a možnosti zaradenia do skupiny voľno sa pohybujúcich pacientov.

Dementná pacientka pasívne zotrúva na lôžku a znečisťuje sa. Javí sa potreba zaktivizovať pacientku jednoduchou stereotypnou činnosťou, zvýšiť jej pozornosť a podrobiť nadviazanie kontaktu. Umožní jej tak udržať sa pri stole a s pomocou pacientiek dbať na telesnú čistotu (príklady podľa DOBÍŠKA 1967).

Uviedli sme niekoľko možností použitia nášho indikačného listu.

Ako uvádza JANZ a HILLESOVÁ (1965) nie je chorý pri psychiatrickej rehabilitácii na rozdiel od iných somatických spôsobov liečenia — púhym objektom terapie, ktorá môže pôsobiť i bez jeho aktívnej spoluúčasti. Na úspešnom liečebnom výsledku musí byť zainteresovaná a musí sa zúčastňovať osobnosť chorého. Psychické poruchy nie sú nejakým prívieskom, ktorý možno človeku ponúknuť alebo zobrať — ako napr. šaty. Naopak, vyžadujú zaujatie postoja k pocitu k subjektívnej zmenenosti, nastavenia na ošetrujúce postredie, konkrétne i na situáciu pracovnej terapie. Terapeut musí pristúpiť k chorému s maximálnym porozumením a dynamickými, nikdy nie rigidnými postojmi.

Spolu s uvedenými autormi sme toho názoru, že je oveľa dôležitejšie poznať základné línie a zábery liečebného zamestnávania a v ich zmysle rehabilitáciu realizovať, než stereotypne sa pridŕžovať triedenia chorých podľa nemoci a zamestnania a podľa toho rigidne indikovať improvizované činnosti. Realizácia má tu byť plne v službách základného úmyslu, základnej línie liečebných snáh.

Lekár — psychiater má za úlohu stanovenie diagnózy a indikácií s vyznačením hlavných príznakov choroby, vyžadujúcich rehabilitačné pokračovanie. Rehabilitačný pracovník na základe týchto indikácií môže voliť metódy zamestnávania, ktoré podľa jeho skúseností majú najväčšiu nádej na úspech s prihliadnutím na iné okolnosti (napr. vplyv skupiny, premorbídna osobnosť, vzdelanie, záujmy chorého a pod.).

### *Záver*

Autori vychádzajú z predpokladu, že v rámci spolupráce dvoch zainteresovaných disciplín má psychiaterovi prípadnú informáciu a indikačnú časť úlohy pri liečebnom zamestnávaní v psychiatrii, rehabilitačnému odborníkovi realizácie a voľba najvhodnejšej metódy.

Podľa toho má psychiater vyšetriť duševne chorého, poskytnúť základné informácie o ňom rehabilitantovi, odporučiť mu, aký postoj má k chorému zaujať a stanoviť hlavné zábery rehabilitácie.

LITERATÚRA

1. *Dobíšek, K.*: Ošetřování duševně nemocných. Státní zdravotnické nakladatelství, Praha 1958
2. *Early, D.*: Economic Rehabilitation. In: Freeman, H.: Psychiatrie hospital caro. Balliere 1965
3. *Guensberger, E. a kol.*: Všeobecná psychiatria a základy medicínskej psychológie. SPN, Bratislava 1963
4. *Hladík, L.*: Některé teoretické problémy léčby prací v psychiatrických zařízeních. Čs. neurol. psychiat. 50, 319, 1954.
5. *Hádlik, J.*: Návrh instrukcí pro léčbu prací v lůžkových psychiatrických zařízeních. Čs. zdravot. 11, 634, 1955
6. *Janz, H. W., Hillers, Er.*: Die Beschäftigungstherapie in der Psychiatrie, 1965
7. *Koonig, S.*: Podmínky rozvoje rehabilitace ve zmyslu nové koncepce. In: Rehabilitace v psychiatrii. Kroměříž 1968
8. *Kondáš, O., Török, I.*: Psychológia v rehabilitačnej starostlivosti, Obzor, Bratislava 1965
9. *Martin, D. V.*: A grades rehabilitation scheme for longstay patients. In: Freeman, H.: Psychiatric hospital caro, Ballion 1965
10. *Matulay, K.*: Liečenie duševných chorôb zamestnaním. Slov. lekár 6/17, 433, 1944
11. *Matulay, K. a spolupracovníci*: Liečenie zamestnaním. Vlastným nákladom, Pezinok 1951
12. *Příbyl, R.*: Prednáška, Praha 1969
13. *Török, I.*: Rehabilitačná liečba v psychiatrii. Čs. psychiat. 35, 31, 1959
14. *Turček, M.*: Problémy psychiatrických rehabilitačných úsekov. Prednáška, Bratislava 1953
15. *Škoda, C., Škodová, R.*: Liečba psychóz prostredím. Bratislava 1959

*Я. Молчан, Л. Флореанова, Г. Кукучова, Г. Водна: Показания и осуществление реабилитации в психиатрии*

Резюме

Авторы исходят из предложения, что в рамках сотрудничества двух заинтересованных дисциплин психиатру должна принадлежать в трудотерапии в психиатрии информативная и индикационная часть задачи, специалисту по реабилитации — реализация и выбор самого удобного метода. Согласно этому должен психиатр исследовать душевно больного, дать основные сведения о нем работнику по реабилитации, рекомендовать ему, какой подход принять в отношении к больному и определить основные цели реабилитации

*J. Molčan, L. Floreánová, H. Kukučová, H. Vodná: Indication and Realization of Rehabilitation in Psychiatry*

Summary

In the co-operation of the two engaged disciplines the psychiatrist's share in the task of occupational therapy is information and indication, the rehabilitation specialist's the choice of the most suitable method. According to this plan the psychiatrist carries out the examination of the patient and is to render basic information to the rehabilitation specialist, to recommend the attitude towards the patient and to determine the main scheme of rehabilitation.

*J. Molčan, L. Floreánová, H. Kukučová, H. Vodná: Indications et réalisation de la réhabilitation dans la psychiatrie*

Résumé

Les auteurs ressortent du fait que dans le cadre de la collaboration de deux disciplines intéressées, les parts informative et indicative de la tâche doivent, au cours de la thérapeutique physique dans la psychiatrie, incomber au psychiatre et la réalisation et le choix de la méthode appropriée, au spécialiste de réhabilitation. De ce fait, le psychiatre doit examiner le malade mental, donner des informations fondamentales au spécialiste de réhabilitation, lui recommander l'attitude à prendre envers le malade déterminer les schème principaux de réhabilitation.

*J. Molčan, L. Floreánová, H. Kukučová, H. Vodná: Indikationen und Realisation der Rehabilitationsbehandlung in der Psychiatrie*

Resümee

Die Autoren gehen von der Voraussetzung aus, daß innerhalb der Zusammenarbeit der beiden beteiligten Disziplinen dem Psychiater bei der Heilbeschäftigung in der Psychiatrie die Informations- und Indikationsphase, dem Rehabilitationsfachmann die Realisation sowie die Wahl der entsprechendsten Methode als Aufgaben zuzufallen haben. Dementsprechend soll der Psychiater den Geisteskranken untersuchen, dem Rehabilitationsfachmann die grundlegenden Informationen über den Patienten zur Verfügung stellen, ihm die Einstellung zum Patienten empfehlen und den Hauptzweck der Rehabilitationsbehandlung festsetzen.

KOLEKTIV AUTORŮ:

**SOCIÁLNÍ LÉKAŘSTVÍ**

*Avicenum, zdravotnické nakladatelství n. p., Praha 1970, stran 472, vobrazení 50, Cena Kčs 46,—*

*Učebnica „Sociální lékařství“ bola vydaná ako prvé vydanie v Zdravotníckom nakladateľstve Avicenum v roku 1970.*

*Redakčné práce riadili: † prof. MUDr. Z. Štich, prof. MUDr. R. Bureš, MUDr. J. Dedek, doc. MUDr. V. Heral a prof. MUDr. A. Žáček*

Vlastná problematika zahrnutá v učebnici bola rozdelená do 11 kapitol; na ich spracovaní sa zúčastnil kolektív učiteľov z lekárskeho fakult v Československu. Je určená najmä pre študujúcich na lekárske fakultách.

V jednotlivých kapitolách je podaný obraz o vývoji sociálneho lekárske, o vývoji zdravotníctva a zdravotníckych sústav u nás a vo svete. Teoretické základy starostlivosti o zdravie [teoretické vymedzenie pojmov zdravie a choroba, spoločenský a ekonomický význam zdravia, atď.] sú v druhej kapitole. Problematika štúdia zdravotného stavu obyvateľov a metódy štúdia boli rozpracované v samostatnej kapitole. Ďalšie tri kapitoly sa venujú otázkam riadenia a organizačnej štruktúre československého zdravotníctva, úlohám, organizácii a metódam liečebno-preventívnej starostlivosti a starostlivosti o pracujúcich. Niektoré špeciálne úseky zdrav. starostlivosti [starostlivosť o ženu, dieťa, dorast, starnúcich a starých občanov, diabetikov, atď.] sú podané v siedmej kapitole. V ďalších kapitolách sú zahrnuté úlohy hygienickej služby, zdravotnej výchovy a organizácie Červeného kríža. Posledné dve kapitoly boli venované výchovným a pracovno-právnym otázkam zdravotníckych pracovníkov a otázkam, spojeným s realizáciou lekárskeho výskumu a medzinárodnej spolupráce v zdravotníctve.

Celkove dáva učebnica viac v niektorých častiach, než bolo doteraz bežné. Je

potešiteľné, že nie je len suchým komentárom zákonných noriem a predpisov, ale snaží sa ukázať veci vo vzájomnej súvislosti. Snahou tejto učebnice sociálneho lekárske je ukázať, že zdravie a choroba sú nielen biologickým javom, ale aj javom sociálnym, sociálne podmieneným a ovplyvňujúcim danú spoločnosť. Autori tiež poukazujú na spôsoby, činnosti, opatrenia a inštitúcie, ktorými spoločnosť realizuje starostlivosť o zdravie obyvateľstva. Autori vyslovujú snahu, aby sociálne lekárske bolo jedným z odborov, ktorým by mala byť prekonaná atomizácia medicíny (rozdrobenosť) do jednotlivých klinických disciplín tým, že sa sústreďuje záujem na spoločenský aspekt jednotlivých problémov zdravia a choroby.

Aj keď si uvedomujeme, že organizačné formy, inštitucionálne vzťahy a metódy práce v zdravotníctve sa vyvíjajú pomerne rýchlejšie, než sa napíše kniha, že vyváženosť niektorých častí, týkajúcich sa špeciálnych úsekov zdravotníckych služieb, môže byť predmetom diskusie (možno tiež namietat, že pre cieľ, ktorý má postavený učebnica — výchova v pregraduáli — to postačuje), musíme konštatovať, že učebnica je veľkým prínosom na tomto poli (najmä ak vezmeme do úvahy, že posledná učebnica „Nauka o zdravotníctví“ vyšla viac než pred 10 rokmi) a zaiste poslúži aj lekárom v postgraduáli študujúcim tento odbor.

*Dr. E. Hostýn, Bratislava*

## OTÁZKY REHABILITACE PO NOVÝCH OPERACÍCH V ORTOPEDICKÉ TRAUMATOLOGII

I. MÜLLER

*Ortopedická klinika FN v Brně,  
zast. přednosta doc. dr. Z. Bozděch, CSc.*

V současné ortopedii, která se radikalizovala v léčbě úrazů a jiných patologických stavů, hraje i nadále významnou roli komplexní rehabilitace. Některé její metody bylo nutno během této „technické revoluce v medicíně“ revidovat či upravit pro nové potřeby. Podkladem pro tyto revize byly nové teoretické poznatky o stavbě a funkci pohybového ústrojí (GUTTMANN, WEISS, JANDA a spol. 1968), zavedení principů kybernetiky do medicíny (koordinace podnětů, modulace, přenos informací a zpětnovazební principy — WIENER 1963) a pokroky v samotné kineziologii (JUNGHANS, SMITH, FICAT 1966 aj.).

Mezi novou operativu na kostech, kterou jsme v poslední době rutinně zavědli na našem pracovišti, patří osteosyntéza kostí metodou AO u čerstvých úrazů a v traumatologii starých osob, jejichž prognóza quoad vitam byla dříve špatná. Ruku v ruce s těmito výkony postupuje i rehabilitační spolupráce, neboť mnohdy právě na ní závisí výsledek ortopédova snažení. Tím se naplňuje rada HIPPOKRATova, že „hojení kosti je záležitostí času, ale také záležitostí využití tohoto času“. Obecně lze říci, že zásadou rehabilitace u těchto výkonů je podle RUSKa 1964 řada momentů, které jsou uvedeny v tabulce 1. Závěr rehabilitační léčby musí nutně vyústit v její zhodnocení, doporučení další léčby včetně operací, pokyny pro doléčovací postupy v domácím ošetřování a pokyny pro zařazení do zaměstnání.

### ZÁSADY REHABILITACE U ORTOPEDICKÝCH NEMOCNÝCH Volně podle RUSKa 1964.

- individualita programu
- prevence deformit
- časná mobilisace
- boj s bolestí
- ochrana před oslabením
- zatěžování
- hodnocení, instruktáž, příprava do života.

### A. Rehabilitace po stabilních osteosyntézách.

Snaha po včasném pohybu nemocného po zlomenině, po vyloučení svalových atrofií a kloubních ztuhnutí po znehybňujícím obvaze, prevence tromboembolických příhod, posunutí možnosti operovat do vyššího věku a snížení úmrtnosti na pooperační komplikace spolu se zabezpečením pevného spojení kostních úlomků, vedla lékaře a techniky ke spolupráci. Toto snažení pak v roce 1958 vedlo k založení společnosti pro stabilní osteosyntézy (AO) ve Švýcarsku (MÜLLER, ALLGÖWER aj.).

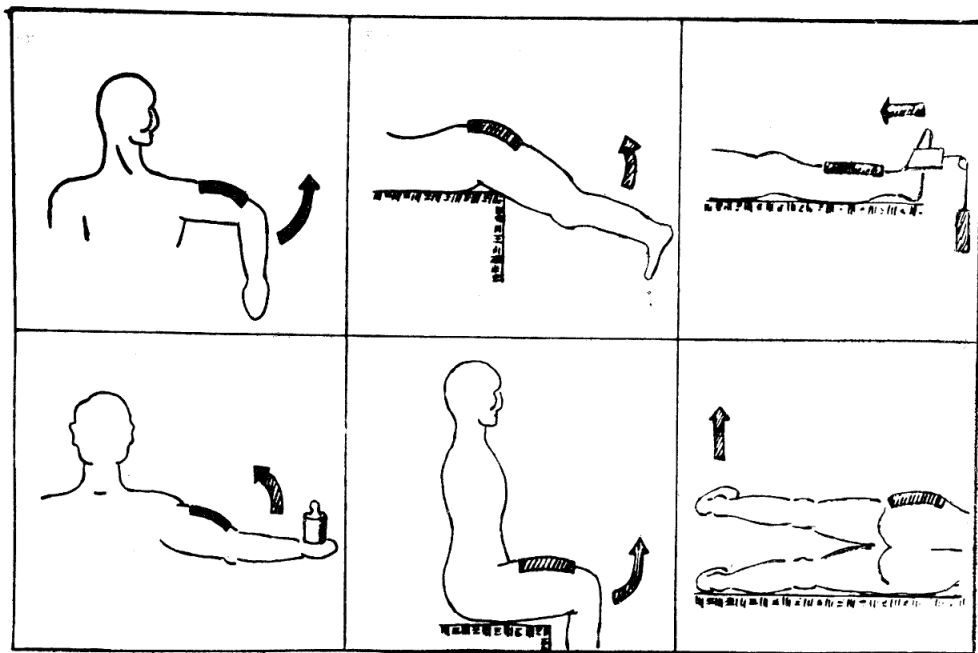
Principiálně navrhl společnost tyto typy stabilní osteosyntézy:

1. stabilní osteosyntéza pomocí tažného šroubu (řidší závit šroubu způsobuje přitažení protější části kosti a její kompresi — viz obrázky 1 a 2);
2. stabilní osteosyntézy pomocí tažného pruhu (pruh s hypomochliem rovněž komprimuje kostní úlomky k sobě — rovněž obrázky 1 a 2);
3. stabilní syntéza pomocí kompresní dlahy a šroubů (demonstrováno na obrázcích 3 až 6);
4. stabilní osteosyntéza pomocí silného Küntscherova hřebu s předvrtáním dřevové dutiny (obr. 7 a 8).

Na našem pracovišti používáme všech těchto typů syntéz. Po operaci ponecháváme v ráně Redonovu drenáž, kterou modifikujeme podle dostupných nám materiálů. Nemocný je po operaci zajištěn antibiotiky, enzymy typu trypsinu a antiflogistiky. Po 24—48 hodinách odstraňujeme drenáž. Nemocný má po 7 dní naloženou lehkou sádrovou dlahu, se kterou ho necháme brzo vstávat a chodit o berlích bez zatěžování. Společnost AO užívá po operaci rovněž krátkodobé znehybnění v antirotačních dlahách z pěnových materiálů. V pooperačním období jsou rovněž vhodné střídavé elevace postižené končetiny.

Schema rehabilitačních postupů je následovné:

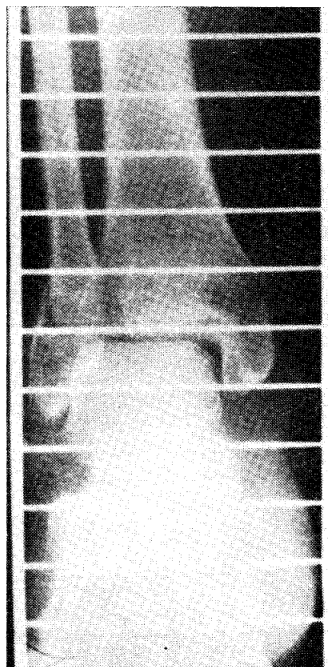
1. den — Cvičitelka se zaměřuje na kondiční cvičení nemocného v oblastech neoperovaných, na respirační cviky (se souhyby končetin, odporová dechová cvičení např. nafukování rukavice) a dále na nácvik isometrických stahů svalů v místě operace.
2. den — Cvičení se nese směrem posílení břišních a zádových svalů, které přispívají ke stabilisaci pánve. Nacvičuje se relaxace svalů, cviky na prevenci tromboflebitid („šlapání vody“, pohyby hlezem, elevace). Zvyšuje sa náročnost na nemocného, provádí se jeho instruktáž tak, aby cvičil denně sám v poměru 1 doba cvičení ke 3 dobám odpočinku. Sleduje se celkový stav nemocného (teplota, bolesti, vitální funkce) a podle toho se řídí další postupy.
3. den a další dny nemocný je posazován, pak nacvičuje vstávání a stání u postele o berlích bez zatížení operované končetiny, nacvičuje správnou chůzi s pomůckami (trojbodová chůze, kratší kroky — nejlépe pod 60 cm podle MOREHOUSE a se zevní rotací chodidla nejvíce 7 a půl stupně, jak uvádí MORTON). Tím docílujeme, že nemocný 5.—7. den chodí bez dopomoci. Cvičitelka pokračuje pak nadále v kondičním cvičení, v izometrických stazích a v nácviku sebeobsluhy („activities of daily living“ dle RUSKa). Zejména důležité je posilovat svalové skupiny, které zdůrazňuje LANGE 1961 (viz tabulku č. 2).



Tabulka č. 2

V prvních pooperačních dnech nešetříme analgetiky, spasmolytiky a centrálními myorelaxanciemi typu Quajacuranu či méně dosažitelného Paraflexu či Carysomy. Po sejmutí dlahy a odstranění stehů pokračuje perioda nezatěžování, která činí podle druhu, lokalizace a typu zlomeniny nejméně 10 týdnů v souladu s údaji VASILJEVOVÉ 1970. Tuto dobu tráví nemocný již doma. V ambulantní péči dbáme o kožní povrch nad zlomeninou, mobilizujeme jízvu, bojujeme s edémy (bandáže, elevace, Preissnitzovy obklady, Višněvského blokády, ganglioplegika, studené koupele), provádíme aktivní cvičení a lehké masáže svalových skupin vzdálených od místa operace (pozor na pasivní hyperemii!). Je možno využít proprioreceptivních cvičení v diagonálách dle KABATA jak uvádí TILLOVÁ 1967. Procvičuje se chůze, denní sebeobsluha, působí se na psychiku nemocného a povzbuzují se jeho snahy o léčbu prací.

Na ortopedické klinice v Brně jsme provedli v roce 1970 celkem 33 stabilních osteosyntéz u čerstvých úrazů, z toho 24× s použitím šroubů a dlah AO, 7× pomocí silného Küntscherova hřebu s předvrtáním dřene a 2× těžného pruhu. Výsledky hojení byly dobré, jen na bérkách jsme se setkávali častěji s dehiscencí rány. Hnisavé komplikace jsme neměli. Neúspěchy léčení tkví ve špatné operační technice, infekci, nedostatečné spolupráci nemocného, v tepelných a násilných rehabilitačních procedurách (tvorba poúrazového dystrofického syndromu ŠTASTNÝ 1969). Jindy se tvoří pes planus contractus a jiné doprovodné deformity, jak uvedl UHER 1966. Na možné žilní komplikace upozornil CULVER a spol. 1970 a DAUDERIS 1970.



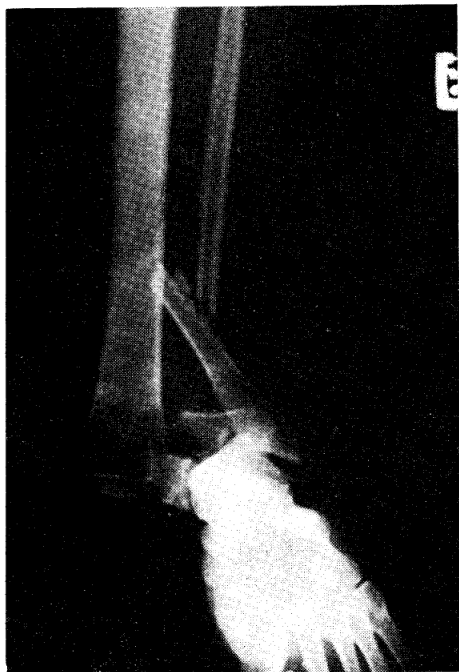
Obr. č. 1



Obr. č. 2







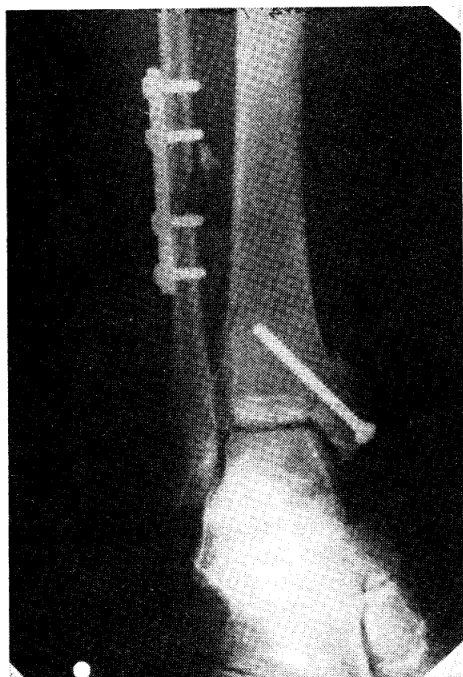
Obr. č. 3

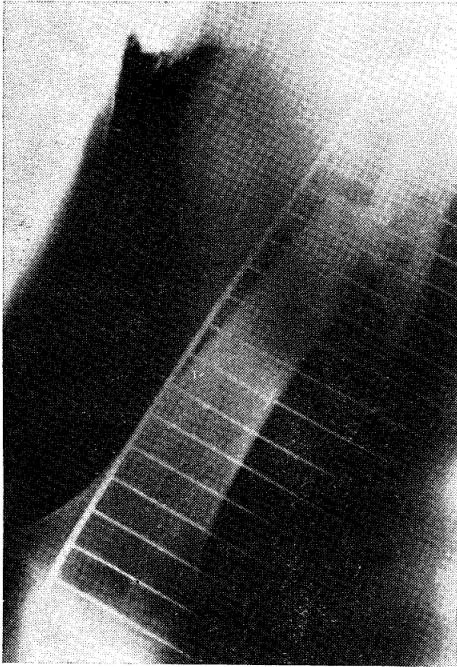


Obr. č. 6

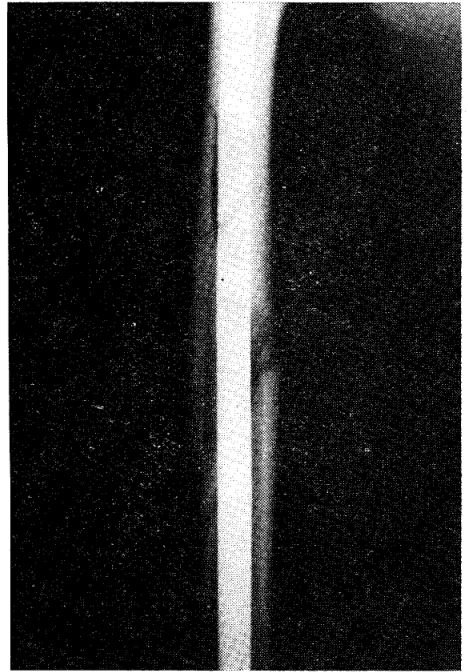
Obr. č. 5

Obr. č. 4





Obr. č. 7



Obr. č. 8

### B. Rehabilitace v traumatologii starých lidí.

Metodické postupy jsou v podstatě zachovány jako u shora uvedených operací, ale přistupují k nim problémy snížení odolnosti starého organismu zatíženého mnoha chorobami a na neposledním místě i změnami psychickými, které se úrazem rychle dekompenzují. U takto zraněného člověka vyššího věku je nejen anesteziolog a ortopéd, ale i rehabilitační pracovník postaven před úkol buď rychle nemocného zkompenzovat, operovat a postavit na nohy (elektivní léčba dle WONDŘÁKA 1971), nebo dlouho nemocného připravovat, odkládat výkon a tím i mobilizaci, což při znehybnění starého nemocného vede rychle k letálnímu konci interkurentní infekcí (MAŇÁK a spol. 1971). Také tam, kde je nedostatek spolupráce a vitality nemocného, je lépe neoperovat, protože prognóza je špatná. Obvyklými poraněními starých lidí jsou zlomeniny stehna v oblasti krčku a krajiny trochanterické, dále zlomeniny kosti pažní subkapitálně a zlomeniny předloktí na typickém místě. Pokud operujeme kompresními dlaha a šrouby či hřeby v oblasti krčku kosti stehenní, je mobilizace nemocného pozdější nežli po náhradě proximálního konce femoru cervikokapitální protézou či vzácně totální protézou kýčelního kloubu. Pak lze mobilizovat nemocného již 10. den od operace. Úkolem rehabilitačních pracovníků u těchto zraněných je:

- a) celkové tonizování nemocného včetně dechových, kondičních a odporových cviků, podpora peristaltiky, psychická podpora nemocného;
- b) boj proti trombembolické chorobě medikací dle DUPARC a TUBIANA, cvičením dle KRČILKA 1968, 1971;
- c) řádná ošetrovatelská péče a dozor nad ní (boj proti dekubitům, močové infekci, specializovaná ošetrovatelská péče — typu „Gruppenpflege“, jak uvádí PACOVSKÝ a spol. 1966).

Po starých lidech nelze žádat neúměrné cviky či mít na ně maximalistické požadavky. Snahou je zachovat alespoň takový pohyb, jaký byl před úrazem, minimem je nácvik sebeobsluhy (EIS 1970). Staré lidi není vhodné odesílat na cvičení do rehabilitačních ústavů, neboť nestačí tamnímu tempu a psychologické přizpůsobování novým podmínkám je u nich špatné. Vhodnější je rehabilitace na nemocničním lůžku s nácvikem jednotlivých cviků do zásoby a pak přeložení do domácího doléčení. Dokud nemocný leží, převažují u něho pasivní cviky do bolestivé krajnosti. Před nácvikem stoje a chůze je nutné aktivní posílení svalů břicha a zad, extenzorů dolních končetin a svalů gluteálních a vzhledem k použití berlí i zesílení svalstva horních končetin. Při nácviku je nutná velká trpělivost a vlídnost rehabilitačního pracovníka, někdy i pomoc více osob, protože je větší nebezpečí pádu starého nemocného. Neúspěchy operativního léčení u starých osob jsou častější a nelze je přičíst jen na vrub chybám a omylům uvedeným nahoře. Velký význam komplexní rehabilitace pro zachování starého člověka je nesporný. Těsnou týmovou spoluprací operátora, anesteziologa, sester a rehabilitačních pracovníků se dá udělat mnoho pro vyléčení mladých zraněných, ale i pro naši starou generaci.

### Závěr

Poukázáno na radikalizaci léčení v ortopedické traumatologii a na možnosti komplexní rehabilitace u stabilních syntéz čerstvých zlomenin. Zvláštní pozornost je věnována těmto otázkám u starých lidí. Na rozboru 33 osteosyntéz metodou AO provedených v roce 1970 uvedeno schema cvičení a péče, která je takto postiženým věnována.

### LITERATURA

1. Culver D. a spol.: Venous thrombosis after fractures of the upper end of the femur. J. B. J. S. 52-A, 1970, 1: 61—69
2. Duaderis I. P.: Travmy i travmatičeski-je trombozy ven nižnich konečnostej.
3. Eis E.: Léčebná rehabilitace u starších ortopedických nemocných lidí. Prakt. lék. 50, 1970, 10: 353—355
4. Eis E.: Rehabilitace v ortopedii a traumatologii. Prakt. lék. 46, 1966, 21: 805—808
5. Ficat P.: Kloub jako funkční jednotka. Rev. méd. Toul. 2, 1966, 9: 719—723 dle Prakt. lék. 47, 1967, 9: 359
6. Janda V. a spol.: Pokroky v rehabilitaci. SZN Praha, 1968, str. 299
7. Janda V. a spol.: Funkce hybného ústrojí. SZN Praha 1966, str. 276
8. Krčilek A.: Léčebná tělesná výchova v prevenci a léčbě žilných tromboz. Prakt. lék. 48, 1968, 3: 92—93
9. Kroupa J.: Stabilní osteosyntézy. Chirurgicalký seminář VÚT v Brně 5. 11. 1969

10. *Maňák P. a spol.:* Co rozhoduje o přežití poraněného se zlomeninou horního konce kosti stehenní. Č. L. Č. 110, 1971, 11: 241—244
11. *Pacovský V. a spol.:* Moderní systémy ošetrovatelské péče. Prakt. lék. 46, 1966, 2: 241—244
12. *Obrda K. a spol.:* Rehabilitace nervově nemocných. SZN Praha, 1960, str. 470
13. *Steinová K. a spol.:* Protahování funkčně zkrácených svalů — využití Kabatovy techniky. Prakt. lék. 46, 1966, 21: 812—814
14. *Šťastný V.:* Dystrofický syndrom po úrazech. Fysiatr. věstník 47, 1969, 5: 239—242
15. *Raušer V. a spol.:* Změny nervověsvalové dráždivosti způsobené immobilisací. Acta chir. ort. tr. Č. 34, 1967, 3: 202—206
16. *Rusk H. A.:* Rehabilitation Medicine. C. V. Mosby, St. Louis 1964, str. 668
17. *Tilleová M.:* Reflexní poruchy ve funkci svalové u poúrazových stavů. Acta chir. ort. tr. Č. 34, 1967, 1: 60—62
18. *Uher M.:* Poznámky k rehabilitaci zlomenin bérce. Acta chir. ort. tr. Č. 33, 1966, 1: 76—78
19. *Vasiljeva V. E.:* Lečebnaja fizičeskaja kultura. Fizkultura i sport, Moskva 1970, str. 367
20. *Wondrák E.:* Některé gerontologické problémy v úrazové chirurgii. Prakt. lék. 51, 1971, 5: 171—174

*И. Мюллер: Вопросы реабилитации после новых операций в ортопедической травматологии*

#### Резюме

Отмечается радикализация лечения в ортопедической реабилитации у прочных синтезов свежих переломов. Особое внимание уделяется этим вопросам у пожилых людей. На анализе 33 остеосинтезов методом АО, сделанных в 1970 году, приведена схема упражнений и забота, уделяемая таким образом пораженным лицам.

*I. Müller: The Problem of Rehabilitation after New Operations in Orthopaedic Traumatology*

#### Summary

The paper refers to the radicalization in the treatment of orthopaedic traumatology and to the possibility of complex rehabilitation in stabile synthesis of fresh fractures. Special attention is being paid to these problems in old people where the replacement of the proximal end of the femur after fractures is often carried out in this region by a cervicocapital prosthesis. In an analysis of 33 osteosyntheses by AO method carried out in 1970 a schema of exercise therapy and rehabilitation care was given.

*I. Müller: Problèmes de réhabilitation après nouvelles opérations dans la traumatologie orthopédique*

## R é s u m é

Observations concernant la radicalisation d'un traitement dans la traumatologie orthopédique et les moyens de réhabilitation complexe dans les synthèses stables des fractures récentes. Une attention spéciale est consacrée à ces problèmes chez les sujets âgés. Sur l'analyse de 33 ostéosynthèses effectuées en 1970, par la méthode AO le schème représente des exercices et des soins consacrés ainsi aux affectés.

*I. Müller: Zu Fragen der Rehabilitation nach neuen Operationen in der orthopädischen Traumatologie*

## R e s ü m e e

Es wird auf die Radikalisierung der Heilmethoden in der orthopädischen Traumatologie und im Zusammenhang damit auf Möglichkeiten einer komplexen Rehabilitation bei stabilen Synthesen neuer Knochenbrüche hingewiesen. Besondere Aufmerksamkeit wird diesem Fragenkreis in Hinblick auf bejahrte Personen geschenkt, bei denen das proximale Ende des Femurs nach Brüchen in diesem Bereich häufig durch eine cervico-capitale Prothese ersetzt wird. Auf Grund der Analyse von 33 Osteosynthesen mit Hilfe der AO-Methode, die im Jahre 1970 durchgeführt wurde, wird das Schema der Gymnastikübungen und der Rehabilitationsbehandlung, die den derart geschädigten Patienten zukommt, dargelegt.

## K 20-ROČNÉMU JUBILEU ÚSTAVU TUBERKULÓZY A RESPIRAČNÝCH CHORÔB V BRATISLAVE - PODUNAJSKÝCH BISKUPICIACH

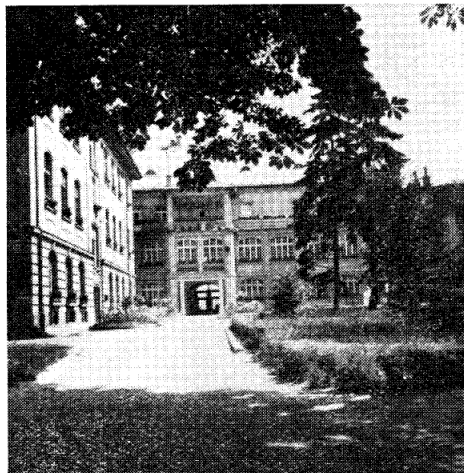
Ústav tuberkulózy a respiračných chorôb (predtým Krajská nemocnica tuberkulózy) bol zriadený dňom 1. 4. 1952 rozhodnutím Povereníctva a Ministerstva zdravotníctva a schválený v roku 1955 uznesením vlády o opatreniach v boji proti tuberkulóze.

Už 20 rokov Ústav plní svoje poslanie v boji proti pľúcnej, mimopľúcnej tuberkulóze a ostatným chorobám dýchacích orgánov.

Iba niekoľko slov o histórii budovania Ústavu. Hlavná budova Ústavu bola postavená v XVIII. storočí, v jeho druhej polovici, prestavaná v XIX. a XX. storočí, ale nespĺňala ani základné požiadavky pre zdravotnícku prevádzku a napriek úpravám išlo len o provizórne zdravotnícke zariadenie. Pri započatí činnosti bolo v týchto priestoroch 80 postelí. V prvých rokoch činnosti Ústavu sa postupne venovala starostlivosť výstavbe inžinierskych sietí a rekonštrukcii jednej z budov s kapacitou 100 postelí. V roku 1954 sa prestavbou prízemnia tejto budovy vy-

stavali laboratória. V tomto čase vedenie Ústavu získalo aj kaštieľ v Lehniciach, v ktorom po adaptácii sa umiestnilo 90 postelí a v r. 1955 sa otvorila jeho prevádzka. Pre plnenie úloh bola dôležitá výstavba hospodárskej budovy s modernou kuchyňou, kotolňou a práčovňou. V roku 1957 po adaptácii začalo prevádzku oddelenie pre tuberkulózu a respiračné choroby detí s kapacitou 45 postelí. Vtedy Ústav získal objekt v Novej Lipnici, kde sa po úpravách zriadil špeciálny dojčenský ústav pre deti matiek s otvorenou tuberkulózou s 50 lôžkami. V r. 1958 sa dokončila výstavba zverinca pre pokusné zvieratá a rekonštrukcia jedného traktu, kde sa umiestnilo oddelenie urogenitálnej tuberkulózy s kapacitou 30 postelí a oddelenie pneumológie a diferenciálnej diagnostiky chorôb hrudníka s 30 posteľami. V r. 1959 sa začal stavať pavilón pre mimopľúcnu tuberkulózu, hrudnú chirurgiu, oddelenie rtg diagnostiky a rehabilitácie. Budova sa dokončila v r. 1963. V r. 1964 prestavbou ľavého křídla hlavnej budovy sa vytvorili podmienky pre rozšírenie oddelenia pneumológie a diferenciálnej diagnostiky chorôb hrudníka s kapacitou 58 postelí. V r. 1965 sa dokončila výstavba stomatologického oddelenia a započalo sa s výstavbou administratívnej budovy a garáží. Oddelenie funkčnej diagnostiky kardiorespiračného ústrojenstva sa zriadilo r. 1967. V r. 1968 sa zahájila prístavba, kde bude ďalších 60 postelí pre diferenciálnu diagnostiku chorôb hrudníka a pneumológiu, oddelenie intenzívnej terapie pre osoby s poškodeným dýchaním z dôvodov respiračných chorôb a tuberkulózy pľúc, laboratória klinickej biochémie, patologickej anatómie a rehabilitačné oddelenie s komplexom fyzikálnej liečby. Od r. 1960 zlúčením zariadení v Podunajských Biskupiciach a v Nitre-Zobore, včítane v Horných Lefantovciach, vzniklo jedno funkčne spojené zdravotnícke zariadenie pre boj proti tuberkulóze a respiračným chorobám s kapacitou 1027 lôžok.

Väčšina objektov slúži liečebno-preventívnej starostlivosti o chorých s pľúcnou



Obr. č. 1 Ústav tuberkulózy a respiračných chorôb Bratislava-Podunajské Biskupice

a mimoplúcnu tuberkulózu a s nešpecifickými respiračnými chorobami. V Nitre-Zobore je aj stredisko pre preškolenie a výcvik osôb so zmenenou pracovnou schopnosťou z dôvodu tuberkulózy, a je jediným zariadením svojho druhu v CSSR.

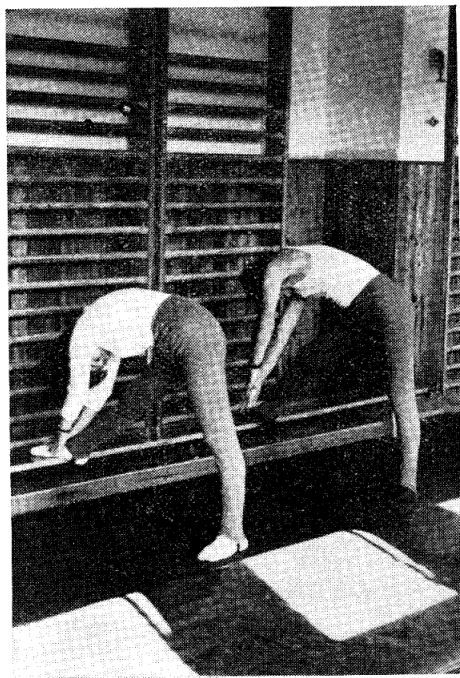
Od vzniku Ústavu plánovitá výstavba a zameranie činnosti boli v súhlase s jednotnou koncepciou boja proti tuberkulóze a respiračným chorobám v ČSSR, ako aj s ďalším vývojom zdravotnej starostlivosti a s pokrokom lekárskej vedy a zodpovedali požiadavkám komplexnej liečebno-preventívnej starostlivosti o chorých na tuberkulózu a respiračné choroby. V priebehu doterajších 20 rokov sa v tomto zmysle organizovala práca a pracovné podmienky Ústavu.

Takmer od vzniku Ústavu je na jeho klinickej základni umiestnená katedra tuberkulózy a respiračných chorôb Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov v Bratislave a Ústav ako celok slúži pre školiace akcie z odboru tuberkulózy a respiračných chorôb v meradle celoslovenskom, ale aj celoštátnom.

V súčasnosti na základe svojej vnútornej štruktúry Ústav zabezpečuje vysoko kvalifikované služby na úseku starostlivosti o chorých s pľúcnou i mimoplúcnou tuberkulózu a respiračnými chorobami pre spádovú oblasť Zs. kraja i hlavného mesta Slovenska Bratislavy a v špecializovaných službách pre ostatné kraje Slovenska najmä na úseku diferenciálnej diagnostiky, hrudnej chirurgie a zisťovania funkcie kardiopulmonálneho ústrojenstva.

V činnosti Ústavu prináleží významné miesto rehabilitácii chorých na tuberkulózu a respiračné choroby. Vedenie Ústavu už od svojich počiatkov venovalo veľkú pozornosť rozvoju rehabilitácie. Spočiatku nesmelé kroky v progresii pokrokových názorov na význam fyzickej aktivity a poslanie rehabilitácie v tuberkulóze sa čoskoro premenili na mocný nástup odbornej rehabilitačnej starostlivosti pri tuberkulóze pľúcnej a mimoplúcnej, pri respiračných chorobách, ako aj v špeciálnej oblasti chirurgických výkonov na hrudníku a osobitné miesto zaberajú špeciálne problémy reedukácie dýchania v intenzívnej liečbe chorých s akútnym zlyhaním dýchania. Rehabilitačné oddelenie má k dispozícii telocvičňu s potrebným náčiním a náradím a miestnosť pre výkon fyzikálnej liečby. Dokončením prístavby rehabilitačné oddelenie rozšíri svoju činnosť o celý komplex fyzikálnej terapie, v to počítajúc aj vodoliečbu.

Pracovníci rehabilitačného oddelenia v spolupráci s inými oddeleniami Ústavu vypracovali, predniesli na pracovných



Obr. č. 2 Liečebná telesná výchova v ústavnej telocvični

schôdzach a publikovali metodiky z liečebnej telesnej výchovy predovšetkým z oblasti mimoplúcnej tuberkulózy a nešpecifických respiračných chorôb. Sú spoluautormi niektorých knižných publikácií s problematikou rehabilitácie a zúčastňujú sa výskumných úloh. Rehabilitačné oddelenie sa pravidelne zúčastňuje výuky v školiaciach akciách Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov, ako aj Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotných pracovníkov a praktickým výcvikom i výuky žiakov strednej zdravotníckej školy — odbor rehabilitácie.

Personálnym doplnením a dobudovaním prístavby sa skvalitnila i podmienky pre vykonávanie rehabilitačnej starostlivosti, pretože až doteraz sa časť rehabilitačnej starostlivosti vykonáva za improvizovaných podmienok. Hlavným cieľom rehabilitácie v Ústave tuberkulózy a respiračných chorôb v úzkej spolupráci a návaznosti s celým komplexom odbornej starostlivosti je úplná reintegrácia chorých tuberkulózu a respiračnými chorobami do produktívneho spoločenského života.

Dr. Št. Litomerický, Bratislava

WILD J. B., GROOVER J. D.:  
**THE FIST AS AN EXTERNAL CARDIAC PACEMAKER**  
**Pěst jako zevní kardiostimulátor**  
*Lancet* 2, 1970, 7670: 436—437

Jednou z překážek pro zotavení se ze srdeční zástavy bývá metabolická acidóza. Podaří-li se totiž obnovit uměle do 5 minut respiraci i cirkulaci, musí pacient dostat během 20-ti minut intravenózně odpovídající množství natrium bikarbonátu, pokud se do té doby neobnoví spontánní kardiorepirační činnost. Jinak vzniká irreverzibilní acidóza.

Protože při srdeční zástavě jde především o okamžité zahájení účinné a při tom jednoduché resuscitace, předkládají autoři vlastní zkušenosti a dokazují, že takovou metodou jsou rytmicky opakované úderý pěstí na hrudník v krajíně srdeční (chest pounding).

U 60-tileté ženy s kompletním srdečním blokem byl zaveden před časem epikardiální kardiostimulátor (pacemaker). Při jeho náhlé poruše došlo ke komorové fibrilaci a zástavě srdeční činnosti. Rytmickými úderý pěstí na prekordium se vzápětí podařilo obnovit srdeční činnost a udržet ji po dobu 30 minut, než mohl být venózně zaveden trvalý kardiostimulátor. Ačkoliv nemocné nebyl podán i. v. bikarbonát sodný, nevznikla acidóza. Pacientka žije nyní s novým stimulatorem.

U 83-leté pacientky s kompletním atrioventrikulárním blokem došlo k zástavě srdeční 3 dny po akutním infarktu myokardu. Okamžitě úderý na srdeční krajínu, prováděné sestrou, vedly k obnovení komorové akce s dostatečným srdečním volumem, takže bylo možno prozatímně zavést venózně kardiostimulátor, nemocnou transportovat na rtg oddělení a zde provést jeho definitivní umístění. Po resuscitaci reagovala nemocná zcela normálně, avšak druhý den umírá za příznaků cerebrální léze.

77-letý diabetik s anginou pectoris, u něhož byl před pěti lety náhodně zjištěn zhojený anteroseptální infarkt. Nyní přijat pro srdeční synkopu na oddělení intenzivní péče, kde vznikl kompletní atrioventrikulární blok s velmi pomalou frekvencí (23—25/min). Během příprav

pro zavedení trvalého kardiostimulátoru vymizel na EKG komplex QRS. Při současně umělé respiraci bylo ihned započato s úderý na prekordium místo zevní srdeční masáže. Po každém úderu následovala silná pulzová vlna a na EKG se opět objevil QRS komplex. Obnovená akce srdeční byla synchronní s frekvencí úderů na hrudník. Pacient rychle nabyl vědomí ještě před zavedením trvalého kardiostimulátoru a žije v celkově dobrém stavu. Jsou připojeny 3 záznamy křivky EKG: na prvním je komplex QRS při frekvenci 23/min., druhý záznam, pořízený od počátečních úderů na prekordium zaznamenává ještě nepravidelnou srdeční akci, zatím co třetí, zachycený asi 1 minutu později, zachycuje již pravidelnou frekvenci 76/min.

Na základě vlastní praxe doporučují autoři pro resuscitaci pacientů se zástavou srdeční tento postup:

1. Ihned rázně udeřit pacientovi na hrudník vlevo od sternu nebo na jeho distální část.

2. Neobnoví-li se tím spontánně činnost komor, rytmicky opakované úderý na hrudník zajistí ventrikulární depolarizaci, jež je následována obnovením periferního pulzu.

3. Jestliže ani opakovanými úderý na hrudník není dosaženo komorové depolarizace a obnovení pulzu, zahájí se zevní srdeční masáž, umělá respirace, intravenózně se podá bikarbonát sodný, adrenalin, příp. intrakardiálně. Mezitím se občas znovu provádějí úderý na hrudník a transvenózně se zavádí kardiostimulátor.

Podle vlastních zkušeností považují autoři úderý na hrudník za praktickou metodu první pomoci. Je snadno proveditelná, vyvolává depolarizaci a systolu komor, nevzniká při ní metabolická acidóza. Je sice bolestivá, avšak nevyvolává fraktury žebere. Může být prováděna jedinou osobou bez velké odborné kvalifikace.

M. Strnad, Hradec Králové



**GRIP STRENGTH AS MEASURED BY THE JAMAR DYNAMOMETER**

**Měření síly úchopu pomocí Jamarova dynamometru**

*Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 51, 1970, 6: 321—327.*

Běžně se v literatuře udávalo, že u praváků mívá pravá ruka sílu úchopu asi o 10 % větší než levá, zatím co je tomu u leváků naopak. Pro ověření tohoto tvrzení bylo dynamometricky (Jamarovým dynamometrem, který je zobrazen na příložené fotografii) vyšetřeno 1128 mužů a 80 žen normální populace. Z vyšetřování byly vyloučeny osoby s deformitami rukou, po úrazech horních končetin, po sva-

lových obrnách a lidé, používající zcela rovnocenně obě ruce [ambidextrie]. Praváků bylo v souboru 88 %, leváků 12 %.

Ukázalo se, že „vedoucí ruka“ (major hand), t. j. u praváků pravá a u leváků levá, má u 97 % vyšetřovaných pouze o 3—3,5 % větší sílu než ruka druhá [minor hand], t. j. u praváků levá a u leváků pravá.

*M. Strnad, Hradec Králové*

LI-CHING YEN CHEN:

**MANUAL COMMUNICATION BY COMBINED ALPHABET AND GESTURES**

**Dorozumívání rukama při použití prstové abecedy a gest**

*Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 52, 1971, 381—384*

Interpersonální komunikace pomocí mluvené řeči a psaného slova je nejdůležitějším procesem při vývoji civilizace. Mnohé patologické procesy (cerebrovaskulární léze, mozkové tumory, traumata, degenerativní choroby centrálního nervového systému) mohou vést k afázii. Tato postižení bývají obvyklá u nemocných s pravostrannou hemiplegií. Mnozí nemocní i přes měsíce či léta trvajících intenzivních reedukací řeči stále mluví velmi špatně nebo naprosto nesrozumitelně, což jim znemožňuje potřebný kontakt s okolím a působí zpětně negativně i na ně samotné. Právě manuální dorozumívání jim může umožnit, aby vyjádřili svá přání.

Dorozumívání gesty a znamením je tak staré jako lidstvo samo. Gesto může mít v podstatě trojí význam: jednak vyjadřuje emoce, dále zdůrazňuje smysl užitých slov a konečně může nahradit svým vlastním způsobem smysl nevyřčeného slova.

Podle dochovaných údajů pochází první organizovaný ucelený systém posunkové řeči pro hluchoněmé z Francie z roku 1750, v Americe vznikla první škola tohoto druhu v roce 1817. Standardní manuální či prstová abeceda pro hluchoněmé používá všeobecně pravé ruky, kterou jsou vytvářeny znaky pro jednotlivá písmena. Při dostatečném treninku dosahují hluchoněmí, kteří jsou jinak psychicky na dobré úrovni, značné rychlosti při tomto způsobu dorozumívání.

Na rozdíl od nich jsou osoby s afázií

či velmi těžkou dysfázií po cerebrálních lézích ve značné nevýhodě, pokud jde o dorozumívání. Vzhledem k obvyklé pravostranné hemiplegii je pro ně tato standardní manuální abeceda pravé ruky nepoužitelná. Proto autor vypracoval manuální abecedu s užitím levé ruky. Protože však pro mnohé tyto pacienty zůstává vyjadřování všech jednotlivých hlásek každého slova ještě značně náročným problémem, přechází autor u nejdůležitějších a často se opakujících pojmů či úkonů na zjednodušenou formu dorozumívání, při níž kombinuje základní písmeno slova, tj. obvykle začáteční písmeno (např. voda = water — W, mléko = milk — M, čaj = tea — T) prstové abecedy se současným gestem, v tomto případě ukázaním prstem do úst. Bolest (= pain) je vyjádřena prstovou abecedou pouze písmenem P a prstem je ukázáno místo pocitu bolesti. Pro některá složitější slova se použije dvou či tří charakteristických písmen (např. koupelna = bathroom — B + R).

Tento systém kombinace prstové abecedy ve zkratkách a gest značně usnadňuje a zrychluje dorozumívání. U poloviny pacientů bylo dosaženo výborných výsledků, asi u jedné čtvrtiny výsledků dobrých a u zbývajících čtvrtiny byl neúspěch (senzorická afázie, těžké devastace mozkové, těžké postižení paměti, odpor k učení, nespoleupráce, analfabetismus).

*M. Strnad, Hradec Králové*

Rehabilitace je teamovou prací lékařů, fyzioterapeutů, sester, psychologů, sociálních pracovníků a techniků. Z interních indikací vyžadujících rehabilitaci stojí v popředí choroby kardiovaskulární, plicní a kloubní. Vůle pacienta k aktivní spolupráci a rehabilitaci je téměř podmínkou. Stimulem může být velký rozdíl mezi invalidním důchodem a očekávaným příjmem po znovuzačlenění do práce. Tato zdánlivě asociální opatření dalekosáhle ovlivňují výsledky rehabilitace a prospívají nejen celku, ale i samotnému pacientovi.

U osob s koronární chorobou a infarktem lze dosahovat zlepšeného koronárního oběhu, skupinově odnaučovat kouření, normalizovat váhu, i dietou upravovat další rizikové faktory jako hyperlipémie. Paušálně stanovené doby klidu a pracovní neschopnosti po infarktu (6 nebo 12 měsíců) jsou často zbytečně dlouhé a je možné je individuálně krátit. Další závažnou a častou chorobou je chronická bronchitis s emfyzémem, kde se nasazují cvičení obecná a dechová, celkový trénink, klimatoterapie. Ovlivnění morfologických změn u silikózy je problematické a je nadějně jen brzdění rozvoje cor pulmonale. Pohybová léčba u kloubních

onemocnění má velký význam. Terapie byla obohacena i např. chirurgickými synovektomiemi, které vyžadují nové techniky doléčování. Degenerativní kloubní choroby, juvenilní kyfóza a j. mají své vlastní rehabilitační přístupy.

Do sféry interní rehabilitace spadá i okruh gastroenterologických chorob s komplikovanou problematikou dietoterapie, oscilující někdy mezi extrémí iatrogenní invalidizace a skutečného uškození. Rovnítko poškození jater = lázeňská kúra je zcestné. Ústavní péče o diabetiky je účelná, zejména jsou-li vedeni k reálné životosprávě a je-li zde dbáno o léčbu prací tak, aby přechody z větší aktivity do menší nebo naopak, nepůsobily skoky v metabolické úpravě.

I mezi nefrologickými nemocnými přibývá těch, kteří potřebují trvalý režim (chronické pomalu progredující insuficience, stavy po transplantaci ledvin a j.). Dietní opatření spolu s protizánětlivou, a někdy imunopresivní léčbou zde mají význam.

Časné a energické nasazení rehabilitace je žádoucí. Výběr pacientů, počátek a trvání rehabilitace pak ovlivňují její výsledky.

V. Křížek, Mar. Lázně

LABAN M. M., GRANT A. E.:

#### OCCULT SPINAL METASTASES — EARLY ELECTROMYOGRAPHIC MANIFESTATION

**Elektromyografické změny při dosud neprůkazných maligních metastázích v oblasti páteře**

*Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 52, 1971, 223—226

Uveden soubor 38 nemocných s bolestmi v zádech, majících v anamnéze maligní neoplazma. Provedeno podrobné elektromyografické vyšetření paravertebrální muskulatury i dalších přilehlých svalových skupin. Byly zjištěny charakteristické nervové změny, které byly časnými známkami vertebrálních nebo paravertebrálních nádorových metastáz. U všech těchto nemocných s kořenovými bolestmi byla zjištěna výrazná denervace v oblastech ramus posterior při relativně malém postižení ramus anterior. Ostatní diagnostické metody, provedené ještě před

elektromyografií (rtg, radioizotopy, neurologické vyšetření), v té době neobjasnila příčinu progredujících bolestí.

Diagnóza vertebrálních či paravertebrálních metastáz odpoovídající lokalizace byla teprve později u všech nemocných potvrzena neurologicky, rentgenologicky, příp. sekčně. Na základě vlastních zkušeností docházejí autoři k závěru, že neobvyklé elektromyografické nálezy výše uvedeného charakteru lze považovat za časné objektivní známky maligních metastáz.

M. Strnad, Hradec Králové

**MEASUREMENTS OF DISEASE ACTIVITY IN  
DERMATOMYOSITIS**

**Sledování aktivity choroby při dermatomyositidě**

*Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 52, 1971,  
291—296

Uvedeno pozorování devatenáctiletého sportovce, u něhož onemocnění začalo celkovou svalovou slabostí a mnohočetnými nehojícími se kožními exulceracemi. Po počáteční neúspěšné ambulantní symptomatické léčbě byl hospitalizován, a na základě laboratorních vyšetření i podle dalšího klinického průběhu mohla být stanovena konečná diagnóza.

Po dobu 15 měsíců byla soustavně měřena svalová síla, sledována aktivita sérových enzymů, opakovaná elektromyografie a vyšetřovány tkáňové vzorky jed-

nak normálním, jednak elektronovým mikroskopem. Byla prokázána úzká závislost mezi aktivitou sérových enzymů a svalovou silou. Normální i elektronová mikroskopie prokazuje zánětlivou degeneraci i opětnou regeneraci svalových vláken.

Po osmiměsíční léčbě prednisonem při současně postupně dávkované fyzické zátěži bylo dosaženo jak obnovení normální svalové síly, tak i poklesu aktivity sérových enzymů.

*M. Strnad, Hradec Králové*

*GRIFFITH E. R., TAYLOR N., DELATEUR B. J., LEHMANN J. F.:*  
**ORTHOSTATIC HYPERTENSION FOLLOWING BRAIN TRAUMA:  
REPORT OF A CASE.**

**Ortostatická arteriální hypertenze po mozkovém zranění,  
kazuistika**

*Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 52, 1971,  
376—380

Sdělení se zabývá jednak problematikou posttraumatické arteriální hypertenze, jednak vlastním pozorováním nemocného, léčeného dlouhodobě na rehabilitačním oddělení. Šlo o dosud zdravého 17letého chlapce, který při autohavárii utrpěl mozkové zranění. Dopraven v bezvědomí do nemocnice, krevní tlak 165/100 mm Hg, dýchání nepravidelné, fraktura lebky v pravé frontální krajině, bulby oční stočeny doprava, obě zornice miotické, nereagující na světlo, Babinski bilaterálně pozitivní. Během několika hodin se vyvinula decerebrační rigidita. Provedena kraniotomie, odstraněny úlomky lebeční kosti a hematom. Zjištěna nevelká lacerace mozkové kory a generalizovaný edém mozku.

V pooperačním období přetrvávala arteriální hypertenze pohybující se v rozmezí od 200/120 do 170/90 mm Hg i při aplikaci hypotenziv (trimethaphan + barbituráty). Když byl asi po 2 měsících posazen, byl zjištěn vzestup krevního tlaku na 220/150 mm Hg.

Čtyři a půl měsíce po zranění byl přeložen na rehabilitační oddělení s výraz-

nou ortostatickou hypertenzí, která zprvu do značné míry znemožňovala jeho rehabilitaci. Ani směs hypotenziv (hydralazin, pentolinium + barbituráty) stav nezlepšila. V poloze naznak byl sice krevní tlak téměř normální, avšak při přechodu do vertikální polohy se pohyboval kolem 190/120 mm Hg. Teprve při aplikaci kombinace guanethidinu a mecamlaminu se podařilo zvládnout posturální hypertenzi, a proto byly tyto léky aplikovány dlouhodobě v postupně zvolna snižovaných dávkách.

U nemocného přetrvávala ataxie, spasticita, rigidita, sám nebyl schopen chůze. Za pomoci druhé osoby je schopen stát a krátké chůze, samostatný pohyb je možný pouze v pojižděném křesle po dvouleté intenzivní rehabilitaci. Zatím co hodnoty krevního tlaku vleže jsou normální, ve vzpřímené poloze odpovídají mírné „diastolické“ hypertenzi (100—105 mm Hg), při čemž systolický tlak zůstává i při vertikální poloze v rozmezí 135—145 mm Hg.

*M. Strnad, Hradec Králové*

**CAR INDEPENDENCE FOR PATIENT WITH TRIPLEGIA****Nezávislost při jízdě u nemocného s triplegií***Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 52, 1971, 80—81*

Problém nezávislosti při cestování u pacienta s triplegií byl vyřešen rekonstrukcí osobního automobilu a konstrukcí speciálního pojízdného křesla. Šlo o 23 letého vojáka (praváka) s těžkou posttraumatickou triplegií, postihující obě dolní končetiny a levou paži. Zrak, sluch i inteligence zůstaly nedotčeny.

Abyste mohla být obnovena jeho obvyklá denní životní aktivita, bylo nutno především vyřešit problém jeho přemístění z invalidního vozíku do automobilu. Proto byly na pravé straně karosérie upraveny široké dveře, které mohl nemocný sám jednou rukou otevřít. Stisknutím tlačítka je potom uveden do činnosti malý elektromotor uvnitř vozu, napájený ze zesílené autobaterie, který vysune z otevřených dveří lehkou hydraulickou nájezdovou rampu. Pacient se po uchopení kliky na vnitřní straně otevřených dveří přitáhne s vozíčkem na tuto rampu, spočí-

vající na zemi. Po stisknutí dalšího tlačítka je i s pojízdným křeslem zdvihnut a zvolna zajede do nitra vozu až k volantu, kde je vozík fixován na místě řidiče, rampa je vtažena zpět do kabiny automobilu a pacient zavře za sebou dlouhou rukojetí vstupní dveře na pravé straně. Pro případ selhání mechanismů je zařízení konstruováno tak, že zevnitř vozu může pacient i s křeslem vyjet pozpátku po nakloněné podložce z vozidla působením gravitace, takže mu nehrozí uvěznění uvnitř kabiny.

Akcelerace i brzdění jsou spřaženy a ovládají se tyčí, jejíž konec má pacient upevněn zepředu na pravém rameni, volant i vše ostatní je konstruováno tak, že je ovládáno pravou rukou. Vůz je snadno říditelný a nemocnému slouží k jízdě do zaměstnání. Sdělení je doplněno instruktivními fotografiemi.

*M. Strnad, Hradec Králové*

HENDERSON B., KOEPKE G. H., FELLER I.:

**PERIPHERAL POLYNEUROPATHY AMONG PATIENTS WITH BURNS****Periferní polyneuropatie u popálených***Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 52, 1971, 149—151*

Mezi 249 popálenými byla během hospitalizace u 44 klinicky zjištěna a elektrodiagnostickými metodami potvrzena periferní polyneuropatie (t. j. minimálně zpomalené vedení nejméně u dvou motorických nervů). Snížená vodivost v periferních nervech je prokazatelně časnou známkou neuropatie, často předcházející rozsáhlejší lézi nervu, která se ještě neprojevuje klinicky. U všech bylo provedeno manuální svalové testování, vyšetření vodivosti motorických nervů a elektromyografie opakovaně, poprvé ihned jak to bylo možné po přijetí na specializované oddělení pro léčbu popálenin.

Při kontrolních přezkoumáních přetrvávaly uvedené nervové poruchy celkem u 36 nemocných, tj. 15 % i po jejich propuštění z léčení. Postižení motorických nervů nebylo v přímé závislosti na lokalizaci popálenin. Polyneuropatie vznikaly teprve v průběhu hospitalizace až za několik týdnů po popálení. Kromě postižení motorických nervů byla u těchto nemocných ještě zjišťována svalová slabost, ztuhlost, zvonění a šelesty v uších, oslabení sluchu až hluchota, nadměrné po-

cení. U všech těchto pacientů vznikly během hospitalizace i poruchy metabolismu: diabetes mellitus 18 krát, renální postižení 17 krát, hepatopatie 17 krát. U všech však metabolické poruchy postupně vymizely a laboratorní hodnoty se vrátily k normě.

Rozsah popálenin u těchto nemocných zahrnoval 14—85 % povrchu těla, rozmezí věkové činilo 15—76 roků, v průměru 41 let. U 18 pacientů z 249 testovaných, mladších 15 let se u žádného nevyvinula polyneuropatie.

Vznik polyneuropatií může být vysvětlen metabolickými poruchami při postižení pankreatu, ledvin a jater — při vážnoucí detoxikaci i exkreci může docházet ke kumulaci neurotoických látek v organismu — a to jak látek vznikajících na základě popálení, tak i antibiotik, z nichž mnohá jsou více či méně neurotoická. Podobně mohou působit v kumulaci i různé anestetika. Autoři upozorňují na tyto mnohdy závažné trvalé komplikace, které vyžadují dalšího výzkumu.

*M. Strnad, Hradec Králové*

ENKE, H. — MALZAHN, B.:

**KLINISCHE REHABILITATION**

**Reisensburg-Gespräche**

*Hippokrates Verlag Stuttgart 1970. 212 str.*

Sborník živým způsobem zachycuje sympozium o klinické rehabilitaci, které se konalo pod patronací ulmské university. Řeší se zde v jednotlivých příspěvcích a v diskusi problematika nám poměrně blízká: rehabilitace, doléčování, lázeňské léčení i prevence v sanatoriích a lánzích, zdravotnický i ekonomický přínos pro pracující, pro pojištěnce i důchodce. Přibývá úrazů pracovních a dopravních, prodlužuje se věk i pracovní aktivita, choroby z nesprávné výživy, malého pohybu atd., hrají podstatně větší roli, než tomu bylo v minulosti. Debatuje se o pojmech sklerózy a „presklerózy“ a možnostech jejich ovlivnění. V sanatoriích pojištěnec přibývá neurotiků, psychosomatických nemocných a osob s význačnými vegetativními poruchami. Poměr pojištěnců pracujících v obyvatelstvu je tč. 3:1, ale perspektivně se snižuje na 2:1!

Věková hranice aktivity je někde značně vysoká, např. v Norsku 70 let, ve Švédsku 67 let, což sebou přináší problematiku nemocí stáří.

V debatách byly komentovány nešvary v NSR: dlouhé intervaly mezi hospitalizací a nástupem rehabilitační léčby. Ně-

kde je tato doba paušálně stanovena např. u infarktu minimem 6 měsíců a nepřihlíží se zde individuálně k tíži případu a funkční zdatnosti. Prof. Uexkühl kritizuje, že náklady na rehabilitaci jsou mnohdy v obráceném poměru k vědecky prokázaným efektům používaných metod. Je jisté, že mnoho terapeutických a rehabilitačních zásahů nebylo dosud dostatečně hodnoceno, takže může přetrvávat oprávněná skepse k těmto oborům.

Některé další práce se cíleně zabývají analýzou sociálních a psychických faktorů u léčených pojištěnců. Testy byla určována jejich neurotičnost, psychologické ovlivnění terapií a rehabilitací, interpersonální vztahy během léčby, sociologie výživy — především ve vztahu k tloušťce. Během pobytu analyzovány spánky, obtíže, subjektivní pocity, apetit, pobyt v přírodě, pohyb venku atd.

Objektivní hodnocení dosahovaných výsledků, subjektivního ovlivnění a zejména socioekonomických aspektů léčby zůstává závažným a většinou nedořešeným úkolem především u chronických chorob. (U náhle vzniklých stavů je otázka již lépe vyřešena.)

*V. Křížek, Mar. Lázně*

MAIGNE, R.:

**WIRBELSÄULEBEDINGTE SCHMERZEN UND IHRE BEHANDLUNG DURCH MANIPULATIONEN**

**Páteří podmíněné bolesti a jejich léčení manipulacemi**

*Hippokrates Verl. Stuttgart 1970. 295 str., 563 obr.*

Kniha je překladem známého francouzského autora zabývajícího se páteří a manipulacemi. Vyšla nyní německy jako 45. svazek Junghansovy řady věnované problematické páteři.

Ve všeobecné části jsou shrnuty základní poznatky anatomické a patologické, přehled symptomatologie a především bolestivých projevů. Je věnována pozornost terminologii, druhům manipulací, způsobu jejich dokumentace (zakreslování do schémat a preskripci). Jsou komentovány indikace, sledování reakce léčby, kontraindikace zákroků i riziko v souvislosti s jejich nadužíváním, zneužíváním i nedostatečným ovládním techniky. Druhá část knihy o 120 stranách je podrobně věnována vlastní technice manipulací.

Je doprovázena četnými fotografiemi a schématy. Třetí díl rozebírá indikace: bolesti hlavy, migrény, cervikální syndrom, stavy po úrazech lbi, cervikokraniální neuralgie, bolesti ramene a lokte, akroparestézie, bolesti v zádech, akutní ústřel, chronické lumbalgie a ischalgie, kokcygodynie, meralgie. V závěru je krátký kritický historický přehled o manipulační léčbě a např. osteopathii a chiropraxi, jak se široce praktikují např. v USA. Bibliografie na 14 stranách obsahuje převážně francouzské práce. Je připojen rejstřík autorský a věcný.

Kniha je velmi užitečným kompendiem a zasluhuje si rozšíření alespoň na specializovaných pracovištích.

*V. Křížek, Mar. Lázně*

Jedenáctý svazek Lichtovy serie knih z oboru fyzikální medicíny je věnován kloubním onemocněním a jejich fyzikální léčbě. V předmluvě je uvedena Richardsonova klasifikace kloubních chorob (4. kategorie: degenerativní, zánětlivé, infiltrativní a hypertrofické artropathie). Redford uvádí dále klasifikace mezinárodní Ligy proti revmatismu a Americké revmatologické asociace. Zvláštní pozornost je v přehledech věnována objektivizačním kritériím aktivity a stadia chorob. Tabulka eponymů v revmatologii obsahuje 118 názvů!

Od Caillieta je stať o mechanice kloubů a od Byerse přehled pathologie revmatických chorob. Vlastnímu vyšetřování kloubů je věnováno celkem 64 stran s mnoha instruktivními obrázky (Dixon a Kirk). Radiologie artritid je stručnější (Cook). Hollingsworth napsal stať o laboratorních vyšetřeních — zde chybí citace literatury. Další kapitoly jsou věnovány psychologickým faktorům (Wyatt), a dějinám léčení artritid (Snorrason). P. H. Kendall podává koncentrovaný pře-

hled medikamentózní terapie revmatismu a Marmor chirurgické léčby. Kapitola o fyzikální terapii je od S. Lichta, krátká a svrchovaně kritická. Fried ve dvou kapitolách řeší otázku klid versus aktivita a pojednává o významu dlah jako korektivu u artritid.

Pro fyziatra a revmatologa má mimořádný význam kapitola Lehmana a De Lateur-ové o použití tepla a chladu v revmatologii. Je napsána na 63 stranách a zahrnuje 247 citací literatury. Pozornost je věnována distribuci teplot ve tkáních při různých aplikacích tepla, jejich časovému průběhu a j.

Masáže, manipulacím a trakcím je věnována kapitola Kamenetz-e. Prof. Lenoch je autorem lázeňské terapie v revmatologii. Další drobné kapitoly jsou věnovány klimatu (Lawrence), léčbě prací (Tobis) a rehabilitaci (Harris). Knihu uzavírá stať o speciálních dlahách pro ruku a zápěstí (Bennett).

Knihy má 222 ilustrací, velmi podrobný věcný rejstřík a její výprava je tradičně dobrá.

V. Křížek, Mar. Lázně

KEENAN J. S.:

#### THE DETECTION OF MINIMAL DYSPHASIA

Zjišťování minimální dysfázie

*Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 52, 1971, 227—232

Soubor 29 nemocných s mozkovým postižením, majících aspoň minimální školní vzdělání, byl podle orientačního vyšetření rozdělen na dvě skupiny: 15 s velmi mírnou poruchou řeči a 14 bez zjevné dysfázie.

Potom byli pacienti posuzováni osmi odborníky pro poruchu řeči (speech pathologist), a to jednak podle standardní

konverzace, jednak podle standardního jednoduchého textu, psaného dle diktátu. První klasifikace byla provedena pouze podle mluvené řeči, druhá pouze podle napsaného textu. Srovnání u obou skupin nemocných prokázalo, že klasifikace podle psaného textu je mnohem citlivější metodou pro zjišťování minimální dysfázie.

M. Strnad, Hradec Králové

#### JOHNSON E. W., BRADDOM R., WATSON R.: ELECTROMYOGRAPHIC ABNORMALITIES AFTER INTRAMUSKULAR INJECTIONS

Elektromyografické změny po intramuskulárních injekcích  
*Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 52, 1971, 250—252

Provedena elektromyografická a histologická studie u opic v místech vpichů po intramuskulárních injekcích různých běžně užívaných léků a srovnána s elektromyografickým vyšetřením po i. m. injekcích u lidí.

Byly zjištěny pozitivní vlny, fibrilační potenciály a snížení aktivity. Tyto změny vznikají vlivem několika současně působících činitelů, jako jsou lokální chemotoxická injikovaná látka, vliv tlaku, trau-

ma způsobené samotnou injekční jehlou a zánětlivá reakce v tkáni. Získané záznamy se liší podle vzdálenosti monopólní jehly při měření od místa původního vpichu. Maximální změny záznamu byly získány ještě i po několika dnech z míst původního vpichu, zatím co při vzdálenostech nad 3 cm od místa původního injekčního vpichu byl získáván již normální elektromyogram.

M. Strnad, Hradec Králové

A. SVOBODA — V. HOLUB:

**NEUROLOGIA**Vydalo Vydavateľstvo Osveta n. p., Martin v roku 1971,  
II. vydanie, strán 172, cena Kčs 13,—

Kniha je určená pre stredné zdravotnícke školy, odbor zdravotných a ženských sestier.

Po úvodnej kapitole, v ktorej autori zoznamujú poslucháčov s úlohami a postavením neurológie v dnešnej spoločnosti, rozoberá učebnica základy anatómie a fyziológie nervovej sústavy, podáva prehľad chorobných zmien v nervovej sústave a ich príznaky. V kapitole neurologického vyšetrenia okrem popisu jednotlivých vyšetrení správne sa poukazuje na úlohy sestry pri ich vykonávaní.

Autori upozorňujú i na prevenciu neurologických ochorení a v prehľade zoznamujú i s rôznymi spôsobmi liečby neurologických ochorení medzi inými i s rehabilitačnou starostlivosťou, bez ktorej si

už dnes modernú liečbu nervových chorôb nevieme nijako ani len predstaviť.

Špeciálna časť učebnice je usporiadaná do jednotlivých celkov a podáva prehľad diagnostiky, kliniky a liečby jednotlivých nervových chorôb vhodne usporobených požadovaným vedomostiam sestry.

Ošetrovanie pacientov v neurológii je obzvlášť veľmi dôležité, a preto osobitná pozornosť v knihe sa venuje otázkam ošetrovania neurologických pacientov, pri ktorom sa sestry zverujú veľmi významné úlohy. Autori na tieto úlohy upozorňujú ako vo všeobecnej časti, tak i v špeciálnej časti učebnice. Kniha je vhodná i pre ostatné kategórie stredných zdravotníckych pracovníkov, ktorí sa chcú v prehľade oboznámiť s problematikou neurológie. *M. Bartovicová, Bratislava*

KOLEKTIV AUTORŮ:

**ODVĚKÉ TABU A DNEŠNÍ ČLOVĚK**Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, Praha 1971,  
počet stran 340, obr. přílohy 16, cena Kčs 22,50.

V edici „Život a zdraví“ vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství v Praze, velmi zajímavou publikaci v desetitisícovém nákladě, věnovanou sexu z hlediska různých civilizací a různých dob. Publikace mající formu Sborníku je dílem celé řady autorů. Sborník uspořádaly dr. Bayerleová spolu s dr. Heyrovskou a je věnovaný památce prof. Pertolda a doc. Černého-Krušiny, kteří byli předními našimi odborníky pro srovnávací vědy náboženské.

Kniha se zabývá otázkami pojmání a postavení sexu v jednotlivých civilizacích a jednotlivých obdobích. Od australských kmenů, přes starou Čínu a Indii, přechází se k antice a židovství, rozebírají se tyto otázky v moderním křesťanství a islamu, závěrečné kapitoly se dotýkají problematiky sexu v moderní konzumní společnosti.

Sexus hrál vždy velkou úlohu v myšlení lidí a v myšlení celých civilizací a národů. Ve starých dobách staly se tyto otázky tabu, v moderní společnosti toto

tabu ztrácí svůj význam. Otázky sexu souvisí velmi úzko s náboženskými představami jednotlivých vývojových epoch lidstva — z náboženských představ se formuluje sexuální tabu.

Publikace o „Odvěkém tabu a dnešním člověku“ je určena široké masě čtenářů a chce poukázat na tyto otázky, které stejně, ovšem z jiných výchozích aspektů, zajímají moderního člověka současné spotřební společnosti, jako zajímali minulé generace, opět z jejich hledisek. Čtenář v této nejen velmi zajímavé, ale současně i velmi poučné knize najde mnoho na zamyšlení. Vedle informací, které byly zde seřazené na základě bohatého studia různých pramenů, najde zde i ucelený, vědecky fundovaný názor, srozumitelně podaný, na dnes právě tak žhavou problematiku sexu v životě moderního člověka a současné společnosti.

Knihu doporučujeme širokému okruhu čtenářů. Je nejen informující, je i poučující.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

**SYNOVIAL EFFUSION — A NOSOGRAPHIC AND DIAGNOSTIC STUDY**
**Synoviálny výpotok — nozograficko-diagnostická štúdia**

*Acta rheum. balneol. Pistin. č. 5, 1970 a č. 6, 1971 (záujmová publikácia Čs. štátnych kúpeľov, Piešťany). Strán 200, tabuľiek 44, grafov 10, mikrofotozájmov 44. S predhovorom prof. MUDr. Š. Sitaja, DrSc.*

Autor monografie, pracovník v odbore patofyziológie kĺbu vo Výskumnom ústave reumatických chorôb, navodzuje v úvode čitateľovu pozornosť citovaním Hollandera, ktorý právom prirovnal rozbor kĺbového výpotku k „tekutej biopsii kĺbu“. Zhusteným výpočtom ďalších úvodných faktografických údajov o jednotlivých tkanivových zložkách kĺbu vymedzuje vzťahy synoviálnej tekutiny k synoviálnemu kĺbu ako k celku.

V kapitole o skladbe a vlastnostiach synoviálnej tekutiny a jej chorobných zmenách sa sústreďuje pozornosť najmä na hyalurónovú kyselinu, bielkovinové zložky a morfológický (citologický a kryštalografický) obraz. Pri hyalurónovej kyseline sa vysvetľujú zložité fyzikálno-chemické a rheologické parametre, ktoré majú prvoradý význam pre funkčné uplatnenie tohto glykozamínoglykanu v „mazacích“ pochodoch kĺbu a pri kontrole pasáže substancií (najmä bielkovinovej povahy) cez hematoartikulárnu bariéru. V ďalšom sa rozebierajú obecné znaky synovitídy; poukazom na funkčnú kontinuitu medzi kĺbovou dutinou a medzibunkovou hmotou synoviálnej blany vyzdvihuje autor významný fakt, že chorobné zmeny v synoviálnej tekutine sú integrálnou súčasťou synovitídy. Pri synovitíde s čiastkovým postihnutím synoviálnej blany sa podčiarkuje, že vyšetrenie kĺbového výpotku môže objektívnejšie zrkadliť chorobne zmenené vnútrokĺbové pomery než histopatologické vyšetrenie bioptickej vzorky synoviálnej blany, na slepo odobratej z oblasti dynamicky prípadne „nemej“. Vstupná kapitola sa tiež zaoberá niektorými patogenetickými mechanizmami a ich sprievodnými znakmi v synoviálnom výpotku (napr. lyzozomálny mechanizmus), ktoré sú spoločné syndrómom rôznej etiológie a ktorých prejavy nemajú preto zväčša nozologicko-diagnostickú validitu.

Vyššie 150-stránková časť o pôvodných vlastných sledovaniach pojednáva v samostatných kapitolách o skladbe kĺbového výpotku pri ochronotickej artropatii, artikulárnej chondrokalcinóze, epizodickej benígnej artritíde, systémovom lupus erythematosus, systémovej skleróze (sklerodermeii), ankylopoetickej spondylartri-

tíde s periférnym kĺbovým syndrómom, pri hydrops articularum intermittens a o otázke inklúzných buniek (ragocyty) pri progresívnej polyartritíde a iných chorobách. Pri každej z menovaných chorôb sa pomocou širokého spektra ukazateľov pri reprezentatívnych súboroch precizuje charakter kĺbového výpotku a štatistickým porovnaním s vyhranenými reprezentantmi zápalovej a degeneratívnej skupiny sa vymedzuje postavenie výpotku v doteraz zaužívaných klasifikačných kategóriách. Pri viacerých z uvedených nozologických jednotiek ide v danej monografii o prvý opis charakteru kĺbového výpotku vôbec vo svetovom písomníctve; pri zvyšných chorobách prináša práca početné podstatné nové poznatky, z ktorých niektoré znamenajú organické obohatenie doterajších znalostí, iné však predstavujú korektív doterajších vedomostí, respektíve celkom vyvracajú viaceré tradované údaje. Vychádzajúc z dlhodobej vlastnej skúsenosti, že z hľadiska nozograficko-diagnostického je vo výpotku rozhodujúcim nálezom nález v období plne rozvinutých príznakov (napr. pri ochorení rázu epizodickeho nálezu pri vrcholení chorobného náporu výpotku), autor prísne rešpektoval pri zostavovaní súborov — popri diagnostických kritériách — dynamické parametre kĺbového procesu. Takto sa vyhol chybám, ktorými sú zafažené i štúdie popredných zahraničných pracovník a osvetlil príčiny diskrepancií. — Pokiaľ ide o prínos vyšetrenia kĺbového výpotku pre diagnostiku, autor prísne rozlišuje medzi črtami špecifickými (patognomickými), charakteristickými a nespecifickými.

Vo vyššie 40-stranovej kapitole o synoviálnom výpotku pri hydrops articularum intermittens sa uplatňujú dynamické hľadiská v celej šírke, a to nielen z hľadiska krátkodobého jednotlivého náporu výpotku, ale tiež z dlhodobých aspektov prognostických, podložených longitudinálnym sledovaním skupiny chorých s týmto tajuplným ochorením. Okrem toho sa v tejto kapitole predkladá pokus o klasifikáciu synoviálnych výpotkov na podklade fyziologickej kvality (polymerizačného stupňa) hyalurónovej kyseliny. Na podklade odchýlok v proteínograme séra



sa kategorizuje hydrops articularum intermittens ako choroba v skupine reumatických chorôb. Vyraňujú sa rozdiely medzi rezorptívnym obrazom incipientnej a pokročilej synovitídy s prihliadnutím tak k spontánnej, ako aj liečebne navodenej rezorpcii. Ukazuje sa, ako v istých situáciách nestačí na vystihnutie skutočných kvantitatívnych vnútroklbových pomerov zaužívané vyjadrovanie v koncentračných pojmoch a prečo sú žiaduce bilančné testy. A napokon sa ilustruje pokus o detekciu skutočného začiatku konkrétneho náporu hydropsu meraním teplotného profilu postihnutých kĺbov za kontrolovaných podmienok.

Celá práca sa vyznačuje vedeckou kritičnosťou. Každé pozorovanie je doložené výstižnou tabelárnou, grafickou alebo mikrofotografickou dokumentáciou. Práca prináša mnohé pôvodné poznatky a pozorovania, ktoré sú významné z rôznych patofyziologických hľadísk kĺbu, predo-

všetkým z hľadiska patogenézy kĺbového syndrómu pri študovaných chorobných jednotkách a prekračuje takto podstatnou mierou rámec, ktorý si pôvodne vymedzila. Je cenným prínosom pre medicínske znalosti v odbore fyziológie a patológie kĺbu a s jej závermi by sa mali oboznámiť nielen pracovníci v odbore reumatológie, ortopédie, fyziatrie, traumatológie a pod., ale aj pracovníci v teoretických medicínskych disciplínach.

Hüttlova monografia zhrňuje v kritikom a synoptickom spracovaní výsledky dlhoročnej vedeckej práce a rozsiahlych zložitých, mimoriadne náročných výskumných sledovaní. Priniesla podstatné obohatenie, rozšírenie a spresnenie našich znalostí v danom odbore, čo potvrdila aj Medzinárodná liga proti reumatizmu, keď autorovi udelila cenu „International Geigy Rheumatism Prize“.

*Dr. G. A. Niepel, Piešťany*

*CAIRNS-SMITH, A. G.*

#### **THE LIFE PUZZLE**

##### **Záhada života**

*Vydal Oliver and Boyd, Edinburgh 1971, str. 165, obr. 45,  
10 fotografií na príloze. Cena 1,95 libry.*

Prof. A. G. Cairns-Smith, ktorý je profesorom chemie na univerzite v Glasgove, pokúša sa v této najnovšej knize poukázať na niektoré otázky, týkajúce sa vzniku života. Vychádza pri tom z bohatých zkušeností a experimentální práce především v oblasti molekulární biologie. Předložená monografie je pokusem o formulaci vztahů mezi neživým a živým, pokusem o nalezení vztahů mezi neživou a živou formou organizace hmoty.

Kniha je rozdělená do tří částí. V první části, která je popisná, věnuje se pozornost vztahů mezi krystaly a organismy — řeší se řada krystaly-subkrystaly-organismy. Druhá část se zabývá teoretickými vztahy mezi krystaly a organismy, danými čtyřmi aspekty této organizace — neadekvátností negativní entropie, organizací dědičnosti, biologickou organizací a informační kapacitou. Třetí závěrečná část Cairns-Smithovy publikace se zabývá původem života a vyjádřuje vlastní autorův názor na tuto otázku, kterou formuluje jako genetickou metamorfózu a uzavírá, že v současnosti je ještě nesnadnější najít odpověď na původ života.

Základní myšlenkou této zajímavé publikace prof. Cairns-Smitha je ta skutečnost, že je třeba upustit ortodoxní názory, rozdělující přírodu na živou a neživou, rozlišující krystaly a organismy, ale

že je potřebné hledat spojovací nitky mezi neživým a živým, mezi krystalem a organismem. Molekulární biologie, která se zabývá jednotlivými ději probíhajícími v živých organismech, vysvětluje některé procesy na základě akce a reakce mezi jednotlivými molekulami — tedy na podkladě chemickém. Poznatky molekulární biologie z oblasti živé přírody přinášejí mnohdy nálezy, které dovolují předpokládat jiný vztah mezi jednotlivými látkami klasicky dělenými na anorganické a organické, a které dovolují formulovat některé závěry užších spojení mezi tímto anorganickým a organickým. Cairns-Smith se pokouší najít tyto vzájemné vztahy, najít ony nitky, které by vysvětlily cestu od neživého k živému, najít společný jmenovatel přírodních dějů v oblasti neživě i živě. Tímto společným jmenovatelem podle Cairns-Smitha je krystal v jeho obecné podobě.

Kniha je velmi zajímavá nejen po stránce pojetí autora, jistě bude mnoho nadšených, ale i mnoho kritických hlasů, ale i po stránce zpracování jednotlivých kapitol, které přinášejí současný pohled na některé dílčí otázky molekulární biologie, ze kterých autor vychází při budování svojí vlastní koncepcí.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

Kniha je věnována památce prof. W. Raaba, který před lety emigroval před německým fašismem a vypracoval se v emigraci na kardiologa světového jména. Jeho práce byla právě z velké části zaměřena na prevenci v kardiologii.

Kniha je pojata velmi moderně. Vedle hlavních dvou autorů pracovalo na ní ještě dalších devět odborníků. Prof. Halhuber je naší nejširší lékařské veřejnosti znám jako spoluautor knihy Naléhavé situace ve vnitřním lékařství, která vyšla nedávno v českém překladě.

V prvních kapitolách vymezují autoři pojem a náplň preventivní kardiologie, zabývají se otázkami časné diagnostiky z hlediska preventivní kardiologie. Rozlišují prevenci primární a sekundární. Primární má předejít vůbec vzniku choroby. Sekundární má zabránit komplikacím a recidivám a rozvoji celého komplexu složitých a prolínajících se somatických i psychických vazeb a vztahů jako následku onemocnění. Velmi zasvěceně je pojednáno o otázkách výživy z hlediska zejména atherosklerosy. Asi 60 stran je zaplněno problematikou „teorie a praxe léčby pohybem“. Velmi pěkné, i když zřetelně nedostatkem konkrétnosti trpící jsou statě o psychoterapii.

Ve speciální části (obecná má 200 str.), se probírají postupně: prevence a rehabilitace ischemické choroby srdeční, hypertenze, chlopenních vad, cor pulmonale chronicum, vrozených srdečních vad. Autoři využili jednak vlastních zkušeností, jednak přirozeně i literárních údajů. Pokud jde o cizí zkušenosti, je třeba zdůraznit jednak velmi kritický a rozvášněný přístup k záplavě informací, které se nabízejí, vedle toho i znalost a využití nejnovějších prací.

Vždy je patrná snaha nenechat problém otevřený, zaujmout určité konkrétní stanovisko, i když s výhradou, že se možná v budoucnu bude revidovat. Ačkoliv si kniha podle recenzentova soudu udržuje vždy přísně vědeckou úroveň, přece se na druhé straně — a to je, bohužel, v našich podmínkách celkem nezvyklé — neváhá „zahazovat“ i takovými maličkostmi jako je aktuální cena šlapacího ergometru, ale i děrovaného gumového pásu k upevnění ekg elektrod při funkčních vyšetřeních (10 Marek). Zajímavý je denní program organizace pohybové léčby v sanatoriu v Hohenriedu. Kardiologičtí nemocní podle vyšetření a po zhodnocení dal-

ších faktorů jako je věk, trénovanost a podobně, jsou zařazeni do těchto skupin:

I [případně dvě podskupiny stejně jako dále]: — plná zátěž,

II: — zvyšovaná zátěž značného stupně,

III: — menší zátěž, napřed „cvičení“, potom „trénování“,

IV: — omezená zátěž [jen „cvičení“].

Je přesně vymezeno jednak, kdo může být do jednotlivých skupin zařazen, jednak také jaká může být náplň skupiny. Např. do skupiny IV se zařazují ti, kteří při zátěži 25, případně 50 Wattů nesou zatížení delší než 6 minut pro dyspnoe, stenokardie, poruchy vedení na ekg, abnormální reakci co do TK nebo frekvence. Náplň je např. dechová gymnastika, cvičení koordinace. Cvičení se zařazuje na ranní období a provádí se v malých, dobře přehledných skupinách, pod vedením, nebo aspoň pod dohledem lékaře (!) ve spolupráci s velmi zkušenou rehabilitační pracovníci. Zdůrazňuje se, že každý pacient musí sebedvěti potíže hlásit. Cílem je především obnovení sebedůvěry. Přesně dávkovaná práce na ergometru (monitor, možnost registrace ekg) se provádí denně. Teprve, když pacient absolvuje opakovaně zátěž 25 Wattů po dobu 6—10 minut bez subjektivních nebo objektivních známek potíží, lze uvažovat o přeřazení do skupiny III. Do podobnosti nelze zacházet.

Velmi podrobně je pojednáno o sauně v kardiologii. Je otázka, zda bez tendence k mírnému přeceňování. Velmi podrobně jsou uvedeny absolutní a relativní kontraindikace. Zasvěcená je kapitola o organizačních předpokladech LTV. Zkušenosti s lyžováním v terapii kardiaků jsou probrány zdánlivě v nepřiměřeném rozsahu. Poněvadž však jde o vlastní, a pravděpodobně téměř ojedinělé zkušenosti, nelze kapitolu považovat za předimenzovanou. Kapitola o kontraindikacích léčby pohybem je sice krátká, ale přesně a úsporně formulovaná, jak to bývá u Halhubera zvykem.

Ve speciální části je pravděpodobně nejcennější kapitola zabývající se ischemickou chorobou srdeční. U hypertonií se klade na cvičení podstatně menší důraz, než to činí u nás např. škola Chrástková. Kritické stanovisko se zaujímá k starším názorům, podle kterých lékař byl zdrženlivý ve „snižování“ tlaku, např. při nedostatečnosti ledvin, arteriosklerose

nebo sklerose mozgových cév. V kapitole o chlopenních vadách stojí za zmínku např. kritičtější stanovisko k odstraňování různých fokálních ložisek, aspoň ve srovnání se starší německou literaturou. V rehabilitaci cor pulmonale chronicum varují autoři před příliš aktivním (příliš náročným) postupem, ke kterému by mohly svádet pokroky v rehabilitaci po infarktu myokardu. Postup musí být zásadně zdrženlivější, opatrnější a šetrnější než např. při fibrose myokardu na podkladě sklerosy koronárních cév. Poslední kapitola se zabývá vrozenými srdečními

vadami. Podává např. přehled klinik, kde se provádí chirurgická léčba, přehled operací, údaje, ve kterém věku mají být prováděny, operační mortalitu. Jsou probírány zásady rehabilitace po operaci, nejen bezprostředně po zákroku, ale se zaměřením na celý život, volbu povolání, odhad životní prognosy atd.

Každá kapitola má svůj vlastní seznam (hlavní) použité literatury. Věcný rejstřík je sestaven přehledně. Kniha je nesporným přínosem ve svém oboru.

*P. Štěpánek, J. Štěpánková, Mar. Lázně*

*PATOČKA, F. A SPOL.:*

### **LÉKAŘSKÁ MIKROBIOLOGIE, 2. vydání**

*Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, Praha 1972, Strán textu 900, vyobrazení v textu 125, obrazová příloha 68 stránek, vyobrazení v příloze 127. Cena vázaného výtlačku Kčs 100,—.*

Druhé vydanie Patočkovej učebnice lekárskej mikrobiológie iba dva roky po prvom vydaní hovorí samo osebe o záujme, s akým sa táto publikácia stretla u našej širokej lekárskej verejnosti. Je to klasickým štýlom zostavená a aj napísaná vysokoškolská učebnica.

Obsah knihy je rozdelený do šiestich dielov. V prvom diele sú kapitoly zo všeobecnej mikrobiológie, t. j. state o morfológických, metabolických a genetických vlastnostiach mikroorganizmov, staf o antibiotikách, o patogénnom pôsobení mikroorganizmov a o imunitných procesoch v makroorganizme, ako aj state zo všeobecnej virológie. V druhom diele sú zhrnuté princípy taxonómie a určovania baktérií a ďalej sú tu popísané jednotlivé bakteriálne druhy dôležité v humánnej a veterinárnej medicíne. Tretí diel je venovaný špeciálnej virológii; štvrtý diel mykológii a piaty diel protozoológii. V šiestom diele je stručná história mikrobiológie — chronologické usporiadanie najdôležitejších objavov v mikrobiológii — a citácie odporúčanej monografickej literatúry pre podrobnejšie štúdium danej problematiky. Knihu uzatvárajú vecný register a obsahla obrazová príloha.

Text knihy je písaný očividne učebnicovým štýlom, t. j. vyjadrovanie je čo najstručnejšie a delenie textu do jednotlivých kapitol veľmi prehľadné. Náplňou je obsah veľmi moderný. V kapitolách všeobecnej časti výrazne prevládajú, čo je typické pre Patočkovu mikrobiologickú školu v Prahe, hľadiská dynamické a funkčné, založené na poznaní biochemic-

kej podstaty jednotlivých reakcií a na zánikostiach genetiky mikroorganizmov. V tomto celkovom trende trochu rušivo pôsobia niektoré nedôslednosti v kapitolách o imunogenéze, akou je napr. chybné zatriedenie ľudských reagínov do triedy imunoglobulínov A alebo M na strane 318 a 319, alebo trochu zastaralé rozdelenie biologických prejavov reakcií antigénu s protilátkou na strane 342.

State zo špeciálnej mikrobiológie v druhom a v treťom diele sú písané so zameraním na klinickú mikrobiológiu, s okrajovými poznámkami o liečbe jednotlivých ochorení a o ich mikrobiologickej laboratórnej diagnostike. Klasifikácia patogénnych vírusov v treťom diele je moderná a prehľadná. Jednotlivé state zo špeciálnej virológie sú ucelené a písané so zreteľom na celkový progresívny trend tejto disciplíny.

Je to cenná a typicky vysokoškolská učebnica lekárskej mikrobiológie, napísaná zaangažovane, moderne a s veľkým prehľadom. Aj úprava knihy je veľmi pekná a pre svoj účel priliehavá. Textová časť je na konci knihy doplnená inštruktívnou a hodnotnou obrazovou prílohou s početnými, zväčša originálnymi mikroskopickými a elektron-optickými čiernobielymi fotografiami. Kolektív autorov sa aj touto učebnicou predstavil ako homogénny, odborné dobre fundovaný a aj dobre vedený team vedeckých a pedagogických pracovníkov Karlovej univerzity v Prahe. Knihu možno vrele odporúčať každému, kto sa zaujíma o lekársku mikrobiológiu.

*Dr. R. Sónak, Bratislava*

BONNER, J.:

**MOLEKULÁRNÍ BIOLOGIE VÝVOJE**

Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, Praha 1972, stran 140, obr. 21, 1. vydání, cena kart. výtisku Kčs 15,50.

V roku 1965 vydalo oxfordské nakladatelství Clarendon Press nevelkou publikaci prof. Bonnera z California Institute of Technology o molekulární biologii vývoje (The Molecular Biology of Development). Díky prof. Hořejšímu a Avicenu, zdravotnickému nakladatelství v Praze, dostává se tato knížka nepatrná rozsahem, ale závažná obsahem dnes do rukou československého čtenáře.

Autor publikace věnuje zde pozornost otázkám chromozómů, jejich funkci, otázkám buněčného jádra, problematice kyselín ribonukleových a přenosu dědičné informace. Publikace při dnešním explozivním rozvoji vědy a vědeckých informací naprosto potřebná. Molekulární biologie se stále více a více dostává do myšlení všech vědeckých pracovníků přírodovědeckého zaměření, právě tak jako lékařů — teoretických pracovníků i kliniků. Několik publikací svědčí o tomto trendě v naší knižní produkci. Tento vývoj směrem molekulární biologie je zákonný — poznáním ultramikroskopických struktur

živé hmoty a poznáním molekulárních dějů v živé hmotě mění se i názory na vývoj života a jeho hmotné podstaty.

Bonnerova knížečka vychází z tohoto trendu vývoje a informuje čtenáře o současných názorech na chromozómy, transkripci DNK, dekodování RNK, o funkci jádra buněčného, vlastnostech histonů, o mechanismech genetické regulace, o vztahu hormonů ke kyselínám ribonukleovým. Otázky, které jsou nejen zajímavé, ale i otázky, které mnohé vysvětlují.

I když anglické vydání této publikace je ještě z roku 1965, český překlad Bonnerovy knihy je stále aktuální, jak v úvodu píše překladatel prof. Hořejší.

Jsmě vždy šťastni, dostane-li se nám do rukou kniha moderní, kniha poučující a kniha přínosná, jsme tak trochu smutni, není-li taková kniha z naší produkce. Bonnerovu publikaci doporučujeme všem, její prostudování nevyžádá mnoho času, přinese mnoho poučení a jistě i mnoho podnětů.

Dr. M. Palát, Bratislava

BRACHFELD, K., BRACHFELDOVÁ, J., ČERNAY, J.:

**DĚTSKÉ LÉKARSTVÍ**

Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, Praha 1970. Str. 467. Cena Kčs 30,50.

Zdravotnícke nakladateľstvo AVICENUM vydáva učebnicu Dětské lékařství, určenú pre stredné zdravotnícke školy, odbor detských sestier. Od roku 1953 vyšla vo viacerých vydaniach, tentoraz vychádza ako 2. upravené vydanie v jazyku českom.

Starostlivosť o dieťa, zdravé i choré, je jedna z najdôležitejších úloh nášho socialisťického zdravotníctva. Učebnica, ktorú nám predkladajú autori, zahrňuje sústavne a prehľadne celý odbor detského lekárstva, každá skupina chorôb je uvedená fyziologickými a patofyziologickými poznámkami, pojednáva v krátkosti o patologickeo-anatomických zmenách jednotlivých chorôb spolu s klinickým obrazom, zaoberá sa liečením a prevenciou jednotlivých chorôb. Dnešný spôsob starostlivosti o dieťa vyžaduje, aby detská sestra bola oboznámená so základnými vedomosťami o liekoch, o dispenzárnej starostlivosti, o boji proti úrazovosti detí, s otázkou alergických ochorení, preto kapitoly, v ktorých sa o týchto otázkach pojedná-

va, boli rozšírené a upravené. Podľa nových vedeckých poznatkov je doplnený pôvod niektorých ochorení.

Učebnica Dětské lékařství je osvedčenou učebnicou pre výuku detských sestier v rámci strednej zdravotníckej školy. Predkladá štandardnú látku, vhodne doplnenú a upravenú na súčasné poznatky. Bolo by predsa len vhodné, aby v budúcich vydaniach sa venovalo viac pozornosti problematike rehabilitácie chorôb v detskom veku, pretože táto oblasť získala už pevné postavenie na úseku pediatrie, o čom svedčia mnohé monografie, venované problematike rehabilitácie detí.

Autori K. Brachfeld, J. Brachfeldová a J. Černay predkladajú žiakom stredných zdravotníckych škôl učebnicu detského lekárstva, z ktorej budú radi študovať, a ku ktorej sa budú vracaj aj po skončení štúdia pri svojom povolání, či už pri lôžku chorých detí alebo v iných zdravotníckych zariadeniach pre deti.

J. Maršáľková, Bratislava

Jde o učebnici pro studující speciální pedagogiky pedagogických fakult. Je však mnohými kapitolami blízka a potřebná i pracovníci v léčebné rehabilitaci.

Prvá část (kapitola I až IV) pojednává o společenském významu tělesné výchovy, pohybových možnostech oslabené mládeže, různých tělesné výchovy, cílech a úkolech tělesné výchovy defektní mládeže. Ve druhé části se postupně probírá tělesná výchova u mládeže s vadným rozumovým vývojem, mládeže obtížně vychovatelné, mládeže s poruchami sluchu, poruchami řeči, vadami zraku, u mládeže tělesně postižené, mládeže nemocné a zdravotně oslabené. Závěrečné kapitoly jsou věnovány problematice organizačních forem tělesné výchovy a vytváření podmínek pro tělesnou výchovu. Kniha má

na začátku obsah, na konci přehled použité a doporučené literatury i přehled tabulek. Rejstřík, bohužel, chybí. Studenti, kteří knihu soustavně studují, jej nebudou asi postrádat. Bude však chybět těm, kteří knihu mají na svém pracovním stole nebo v knihovně a občas v ní zalistují, aby v ní vyhledali odpověď na některý problém.

Kniha je psána dobře, přehledně, srozumitelně a zasvěceně. Je dobře vytištěna a zpestřena řadou fotografií. Některé kapitoly bychom možná chtěli mít napsány podrobněji. Nesmíme však zapomínat, že zpracování bylo přizpůsobeno účelu knihy, tedy především potřebám výuky na pedagogických fakultách.

*J. Štěpánková, Mar. Lázně*

*VRIES de H. A.:*

**PHYSIOLOGY OF EXERCISE FOR PHYSICAL EDUCATION AND ATHLETICS**

*vyd. Staples Pres — London, 1971, vydání 3. (1967, 1970 a 1971), 422 str.*

Je to výborně napsaná fyziologie tělesných cvičení. O její kvalitě svědčí skutečnost, že vychází ze třetího vydání. Nemáme předchozí vydání k dispozici a nemůžeme proto zhodnotit, nakolik a v čem se zpracování změnilo. Látka je rozdělena do 26 kapitol. Jsou věnovány svalstvu, jeho řízení nervovým systémem (50 stran), cirkulaci (40 stran), dýchání (35 stran), metabolismu při cvičení, vztahům mezi cvičením a vnitřní sekrecí, vlivu cvičení na termoregulaci, funkci ledvin, funkci gastrointestinálního systému atd., (celkem 40 stran), svalovému tonu (20 stran), zdatnosti a výkonnosti (20 stran), vlivu cvičení na kontrolu tělesné váhy (18 str.), profylaktickému a léčebnému významu cvičení (bohužel jen 10 str.), vlivu okolí na cvičení (zde velmi dobré podkapitoly o termoregulaci ve vodě při cvičení a v klidu a při cvičení ve vysokých polohách — 10 str.), vztahům mezi cvičením a věkem (12 str.). Zbytek knihy je věnován aplikaci fyziologie na trénink (síla, rychlost, vytrvalost, flexibilita, výživa atleta, zvláště ženského organismu ve vztahu k tělesné výchově a sportu atd.).

Každá kapitola tvoří velmi dobře zpracovaný a do značné míry samostatný celek. Uvedena je stručnou, heslovitou osnovou, která umožňuje rychlou orientaci. Zpracování jednotlivých kapitol je dobré a přehledné. Tabulek a grafů je dost. Ne-

ní jimi však kniha přetížena. Jsou dobře voleny. Každá kapitola je ukončena vlastním „summary“, ve kterém autor nešetří místem, takže souhrn obsahuje vše podstatné, co bylo v kapitole řečeno. Každá kapitola má svůj seznam literatury. Jsou citovány i některé české a slovenské práce. Abecední rejstřík je vyčerpávající a usnadňuje hledání. Cena na našem trhu je 350 Kčs.

Měli jsme v poslední době příležitost referovat o několika monografiích, věnovaných fyziologii tělesných cvičení a sportu. I v naší literatuře máme knihy věnující se této problematice (a to nikoliv špatně).

Jde většinou o knihy velmi dobré úrovně. Jsou však psány vesměs pro učitele tělesné výchovy, pro trenéry a ostatní pracovníky v tělovýchově a sportu. Rehabilitační pracovník v nich najde mnoho materiálu, který může použít pro svou práci.

Stále však postrádáme monografii, která by se zabývala fyziologií (a pathofyziologií) ve vztahu k procesu léčebné rehabilitace. Mám dojem, že situace dozrála a že by taková kniha mohla být již napsána. Že by mohla být napsána u nás — pravděpodobně jako kolektivní dílo slovenských a českých odborníků. Že by padla na úrodnou půdu, o tom nemůže být pochyb. *Dr. P. Štěpánek, Mar. Lázně*

PECHAN, J.:

## BELOVA OBRNA LÍČNÍHO NERVU A JEJÍ PATOGENETICKÁ LÉČBA

Thomayerova sbírka.

Přednášky a rozpravy z oboru lékařského.

Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, Praha 1972.

Monografia je rozdelená na niekoľko častí. Anatomická časť okrem rozdelenia nervu na vlákna motorické, senzitivné, senzoricke a vegetatívne upozorňuje na arteriálne zásobenie a obaly líčného nervu, ktoré zosilňujú canalis n. VII smerom distálnym.

Semiologická časť preberá klinické symptómy so známym obrazom motorickej obrny líčného nervu. Všíma si taktiež možnosti určenia výšky lézie podľa postihnuta inervácie m. stapedius, inervácie sekrečnej a senzorickej. Hemihypo-geuzia alebo hemigeuzia predstavuje dôležitý etážový diagnostický príznak. Iritačné prejavy sú reprezentované Huntovým syndrómom pri herpetickom pôvode.

Delenie obrny z hľadiska patologicko-anatomického na neurapraxiu, axonotmezu a neurotmezu zahrnuje v sebe i prognózu z hľadiska stupňa úpravy a trvania. V n. VII nie sú jednotlivé vetvy reprezentované jednotlivými zväzkami, preto pri vetvení, ktoré sprevádza regeneráciu, dochádza k aberantnej reinervácii. Táto je najnepriaznivejšia v oblasti motorickej, ale postihuje i vlákna senzoricke a vegetatívne. Môže byť však tiež prejavom zmenenej funkcie neurónov, a preto ovplyvniteľná rehabilitáciou.

V stati o vyšetrovacích metódach autor vyzdvihuje význam vyšetrenia svalového testu podľa Jandu, kde pri zistení inervácie aspoň I. stupňa je možno sa priaznivo vyjadriť o prognóze. Kladne hodnotí metódu vyšetrenia dráždivosti nervu pravouhlými impulzmi, kedy sa porovnáva minimálna dráždivosť na strane zdravej a postihnutej. Tak možno určiť skoro nastupujúcu denerváciu. Natívna EMG pomáha v určení zachovanej inervácie a začiatku hromadnej inervácie. Cenné je vyšetrenie rýchlosti vedenia n. VII stimulačnou EMG. Spomína i menej užívané a zložitejšie vyšetrovacie metódy.

Diagnostická časť je venovaná klasickej Bellovej obrne, herpetickej obrne a diferenciálnej diagnostike sekundárneho postihnuta n. VII. Diskutuje sa o otázke etiopatogenézy Bellovej obrny od bakteriálnych a vírusových činiteľov až po toxoalergické vplyvy. Spoločným anatomickým nálezom zostáva edém nervu, ktorý pôsobí jeho inkanceráciu v tuhej perineurálnej pošve a tým poruchy vo vasa nervi facialis. Dôležité je zistenie, že Bellova obrna sa rozvíja väčšinou behom niekoľkých dní, takže pri včasnom liečení je možné predísť väčšiemu poškodeniu ner-

vu. Prognóza závisí od toho, ako rýchle nastupuje úplná plégia. Pri čiastočnej paréze sa predpoveď nedá vo včasných štádiách určiť. Prognózu zhoršuje diabetes, ateroskleróza a koincidencia s inými celkovými chorobami.

Diferenciálne diagnosticky treba v prvom rade odlišiť herpetický pôvod, ktorý môže prebiehať i bez typickej erupcie vezikúl, vzácny Melkenson-Rosenthalov syndróm s edémom a lingua plicata. V prvom rade však treba vylúčiť tumoróznú a zápalovú genézu včítane polyradikuloneuritídy. Obvykle nerobia ťažkosti traumatické lézia a vrodené obrny, ktoré sú súčasťou rôznych syndrémov.

Podstatný diel publikácie je venovaný liečbe obrny líčného nervu. Autor kladie dôraz na terapiu kortikoidmi. Pritom sa však celková terapia nezdá byť výhodná pre nutnú vysokú dávku so zvýšeným rizikom liečby kortikoidmi. Miestna aplikácia depotných preparátov obchádza nevýhody celkovej liečby a zachováva si jej prednosti. Nemocného nezatažuje, nemá kontraindikácie celkovej liečby a umožňuje dosiahnuť vysoké koncentrácie v mieste aplikácie i u jednorázovo podaného preparátu. V tejto časti sa preberá technický postup aplikácie a jej komplikácie. Hydrocortisonum solubile Spofa je menej vhodný než zahraničné preparáty pre značnú bolesťivosť a lokálne prejavy. Porovnanie liečby lokálnou aplikáciou kortikoidov s liečbou obvyklým spôsobom ukázalo nesporne lepšie výsledky lokálnej terapie. Pri včasnej aplikácii v prvých dňoch obrny sa zabráni vzniku denervácii.

Iná terapia pri obrne líčného nervu je prebraná stručnejšie, pretože autor kladie dôraz na ošetrenie čerstvých lézií. V ostatnom odkazuje na ďalšiu literatúru rehabilitácie. Preto sa ani širšie nezmiňuje o možnosti ovplyvnenia už vzniklých denervácií a kontraktúr, s ktorými sa často stretávame na neurologických a rehabilitačných oddeleniach.

Pechanova monografia je venovaná stále aktuálnemu a vážnemu problému — diagnostike a liečbe obrny líčného nervu vo včasných štádiách. Znalosť tejto problematiky je prospešná nielen pre neurologov, ale i pre široký okruh lekárov v teréne. Autorove poznatky o liečbe súhlasia i s našimi skúsenosťami o potrebe včasného odborného a cieleneho terapeutického zásahu u parézy líčného nervu.

Dr. I. Buran, Bratislava

PLZÁK, M.:

### MANŽELSKÉ JUDO

*Ydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, Praha 1972, stran 176, 2. vydání, cena kart. výtisku Kčs 13,50.*

Plzákova knížka o manželském judě v krátké době se objevuje na knižním trhu v druhém vydání. Popularita, kterou získala vydáním prvním, právě tak jako ostatní knížky, které autor připravil, svědčí o zájmu, který veřejnost má o instituci zvanou manželství. Kniha je určena široké veřejnosti, vychází v relativně vysokém nákladu 45 000 výtisků.

Plzákova kniha je v určitém slova smyslu bestsellerem, i když její podstatu tvoří především zkušenosti z rozsáhlé psychiatrické praxe autora. O to více je si potřebné cenit, že široká veřejnost má takový zájem o tuto publikaci.

Autor na základě rozsáhlých zkušeností psychiatra a cenného klinického materiálu věnuje pozornost interpersonálním vztahům moderního manželství

především v jeho negativních výrazech. Vtipným způsobem použitím aplikace sportovních pravidel charakterizuje situace v manželství, které jistě jsou velmi časté a postihují velké procento manželských svazků a které mají ve svém konečném důsledku nejen výraz v porušených interpersonálních vztazích, ale i ve vzniku různých neurotických syndromů a potíží.

Při čtení této dnes velmi populární knižky, člověk se mnohdy zasměje komičností vyvolané situace — manželská realita je však taková. Knižka se doporučuje sama — je psaná svěže, zajímavě s bystrým postřehem pro denní skutečnosti, se smyslem pro tragiku i komičnost.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

JANDA, V.:

### VYŠETROVÁNÍ HYBNOSTI I.

*Učebnice pro zdravotnické školy, Avicenum, Praha, 1972, vyd. 1., str. 272, vyobrazení 423, cena Kčs 20,50 (váz.).*

První díl učebnice obsahuje svalový test, kapitulu o vyšetřování zkrácených svalů a o vyšetřování hypermobility.

Svalový test je v naší odborné literatuře pevně spojen s Jandovým jménem — od nezkušených začátků v roce 1951, přes téměř perfektní učebnici z roku 1957 vedla cesta k současné, odborně i didakticky vynikající knize.

V úvodu jsou velmi pěkně vymezeny možnosti i meze svalového testu, pojmy substituce a inkoordinace jsou definovány z moderního hlediska. Rozpracováno je testování svalstva obličeje, kde používá autor k hodnocení rovněž 6 stupňů. Velmi pěkně jsou zpracovány kapitoly o horní a dolní končetině jako celku.

Ve využití svalového testu došlo za 25 let k překvapujícím změnám. Zatím co původně byl záležitostí skoro výlučně neurologickou a převážně sloužil k hodnocení a sledování stavů po poliomyelitidě, dnes — aspoň v našich zemích — využití u poliomyelitidy odpadá a nabízí se, i když není zatím zcela využito, použití např. u stavů po operacích, u metabolických chorob, v gastroenterologii a urologii, v revmatologii, v geriatrii, přirozeně v ortopedii, při analýze příčin vadného držení těla. Za těchto okolností jsou některé postupy svalového testu příliš hrubé ve vyhledávání oslabených svalů a také vyšetřování zkrácených svalů klade na

pracovníka jiné požadavky, než je známe z problematiky poliomyelitické, zvláště z předkennyoovského období.

Janda těmto potřebám vychází vstříc a připojuje některé jemnější doplňkové metody hodnocení svalové síly (např. u extenze v kyčli, při flexi trupu respektive při hodnocení menších oslabení břišních svalů, nebo při testování abdukce kyčelní atd.).

V pojmenování jednotlivých testů ubýlo označení podle hlavního svalu a důsledněji se používá označení podle prováděného pohybu, např. plantární pronace v hlezenním kloubu místo „mm. fibulares“. Přetrvávají však některá nedůsledná označení podle agonisty. Např. v ramenním kloubu testujeme vedle extenze, abdukce, extenze v abdukci, zevní a vnitřní rotace také m. pectoralis maior.

Někde se změnil způsob fixace (flexe trupu pro stupeň 5, 4 a 3). Testování plantární flexe v hlezenním kloubu se nedoporučuje provádět ve stoje.

Kniha je doplněna velkým množstvím fotografií, které jsou většinou velmi zdařilé a instruktivní, jen při testování rotace trupu (stupeň 5) není dost zřejmá fixace posazením na špičky nohou testované osoby a prsty hmatající záškrub m. quadratus lumborum — elevace páneve — se mi zdají přiloženy až příliš laterálně respektive ventrálně. V textu byla pře-

hládnuta chybička při popisu testování rotace trupu (stupeň 5): „lokty zůstávají během celého pohybu do nejvíce u sebe“, místo správného co nejdále od sebe.

Autor nekompromisně žádá „klást odpor v celém rozsahu pohybu... stále stejnou silou a v průběhu ji neměnit“, ve shodě s jinými svými pracemi (tedy nikoliv až po dokončení pohybu, jak se dříve někdy dělalo).

V celku jde o dílo velmi zasvěceně a velmi pečlivě zpracované, které vykoná jistě dobré služby jak žákyním zdravot-

nických škol, tak starším rehabilitačním pracovníkům. Odchytky od starších uzancí jsou odůvodněné a zasvěcené a lze s nimi plně souhlasit tím spíš, že nejde o odchytky od celosvětové normy. Víme, že ani ve své vlasti si svalový test neudržel svou původní podobu a existuje dnes v mnoha, snad desítkách modifikací a úprav, které znemožňují srovnávat výsledky a ztěžují dorozumění. Pro nás je Jandova kniha právě takovou normou, která zabráni rozdílnému přístupu a nesrovnatelnosti zjištěných hodnot.

*P. Štěpánek, Mar. Lázně*

*TRNKA, V.:*

### **ZAMĚSTNÁNÍ DĚTÍ JAKO SOUČÁST LÉČBY A VÝCHOVY**

*Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, Praha 1971, 3. rozšířené a upravené vydání. Cena Kčs 48,50.*

Zdravotnické vydavatelstvo Avicenum pripravilo do tlače už 3. vydanie známeho autora dr. Vojtecha Trnku o zamestnávani detí ako súčasť liečby a výchovy. Predhovor k tejto významnej publikácii napísal prof. Švejcar, jeden zo zakladateľov moderného detského lekárstva v ČSSR. Monografia má 3 časti: V prvej časti autor hovorí o zamestnaní detí ako o súčasť liečby a výchovy, druhá časť v podobe tabuliek na voľných listoch popisuje jednotlivé hry, úlohy a úkoly, vhodné pre deti a tretia časť venuje pozornosť výkladu jednotlivým tabuľkám a príkladom.

To, že Trnkova monografia v relatívne krátkom čase dosahuje 3. vydanie, svedčí nielen o jej potrebnosti, ale aj o jej úspechu medzi pediatriami a pracovníkmi-pe-

dagógmi, a ostatnými, ktorí sa zaoberajú uvedenou problematikou. Kniha svedčí o veľkých skúsenostiach autora, o jeho láske k deťom a o jeho porozumení pre všetky problémy, ktoré sprevádzajú detský vek. Publikácia je doložená mnohými vyobrazeniami, ktoré dokumentujú jednotlivé kapitoly predloženej knihy.

Trnkova monografia sa stáva štandardným dielom pre každého, kto sa venuje problematike detí, najmä detí chronicky chorých. Aj v oblasti rehabilitácie venuje sa veľká pozornosť uvedeným otázkam. Knihu vrele odporúčame nielen pediatri, ktorí ju poznajú, ale aj rehabilitačným pracovníkom a rehabilitačným lekárom, pre ktorých je cenným doplnením a prameňom pre ich prácu s deťmi.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

*VESELÝ, A., KOMADEL, L.:*

### **ZDRAVOVĚDA PRO TĚLOVÝCHOVNÉ PEDAGOGY**

*Olympia, Praha, 1972, vyd. 1, str. 251, 34 obr., 14 tabulek. Kart. Kčs 18,—.*

Příručka je určena pro tělovýchovné pedagogy, cvičitele a trenéry. Má tyto části: somatologii (70 str.), fyziologii tělesných cvičení (35 str.), kapitulu o lékařské kontrole (62 str.), hygienu tělesné výchovy (30 str.), poučení o sportovní masáži a automasáži (17 str.).

Je třeba vyzvednout, že kniha je psána velmi názorně, přehledně a srozumitelně. Každá část je uvedena vlastní osnovou probrané látky s uvedením příslušných stránek. Obrázky a tabulky jsou názorné a výstižné. Závěr knihy tvoří seznam vy-

obrazení, tabulek a obsah. Škoda, že autoři nevyšetřili 2—3 stránky na abecední rejstřík. Čtenářům by jistě přišel vhod.

Některé kapitoly si se zájmem přečte i zkušený rehabilitační pracovník (Možnost poškození zdraví tělesným zatížením, hygiena tělesné výchovy atd.), jiné se hodí jako materiál pro výuku nižších zdravotnických pracovníků (masérů, lázeňských ap.).

Z těchto důvodů považujeme za účelné na knihu upozornit.

*J. Štěpánková, Mar. Lázně*



Otylost se stává stále náhlivějším problémem, dnes již od útlého dětství. Dobrých knih, které by poradily dospělým i dětem, jak se vyléčit z otylosti, nebude nikdy dost. Jednou takovou dobře napsanou knížkou je i spis, o kterém zde referujeme. Úvodní teoretická část je napsána velmi pěkně, srozumitelně a s dobrým postřehem pro to, co je důležité. Druhá část obsahuje bohatý zásobník cviků, které jsou přehledně uspořádány a doplněny názornými kresbami. A právě proto, že jde o knížku jinak velmi pěknou a záslužnou, nemohu si odpustit povzdech nad odstavcem o „Sudissetách“. Autorka praví doslova: „To jsou kalhoty z neprodyšné látky (nylon, silon apod.). Pod ně oblékáme spodní prádlo a přes ně tepláky. Dáme-li si řádnou rozcvičku nebo běh, potíme se nadměrně nejvíc pod těmito kalhotami a dosáhneme ztráty vody a objemu hlavně z břicha a stehén.“ Myslím, že každá pečlivá maminka musí těm-

to větám rozumět tak, že když své ratolesti navleče „sudissety“ a nechá je cvičit, že tak může selektivně zmenšit poněkud větší zadeček nebo tlustší stehýnka. Tato představa přirozeně nemá nejmenší racionální jádro a donedávna se objevovala jen jako reklama v obskurnějších francouzských časopisech. Až pak Eva Bosáková „radila Evám“ (Mona, Praha, 1970): „Nejlépe bude, když si ušijete z igelitu (!) dlouhé kalhoty a pod ně si oblečete spodky nebo tričko, aby vám sály tvořící se pot... Bude se vám to zdát velice nepříjemné, ale časem si zvyknete.“ (!)

Abý čtenář rozuměl, podotýkám, že tímto igelitovým obalem a pocením se mají ovlivnit „obzvláště vyvinuté tukové partie“. Nu což, Eva Bosáková je laik. Ale v knize, jejímž spoluautorem je lékař, by se takové věci přece jenom neměly vyskytovat.

Dr. P. Štěpánek, Mar. Lázně

VACEK, Z.:

### HISTOLOGIE A HISTOLOGICKÁ TECHNIKA

III. vydanie. Avicenum, Praha 1972.

Tretie vydanie tejto známej a osvedčenej učebnice zachováva pôvodne rozčlenenie i rozsah spracovanej látky. V dobre ilustrovanej histologickej časti autor podstatne prepracoval cytológiu a čiastočne aj kapitoly o tkanivách z hľadiska nových poznatkov elektrónovej mikroskopie.

Stotožňujeme sa s názorom autora vyjadreným v predslove k III. vydaniu, podľa ktorého tento nový prístup prináša zjednodušenie učiva. Považujeme za správne, aby nová generácia laborantiek ovládala aj terminológiu submikroskopických štruktúr. Histologická technika a receptúra zostali nezmenené. Autor tu opisuje rad osvedčených technických postupov, podáva k nim nutné teoretické vysvetlenie a nájdeme tu aj kritické pri-

pomienky k niektorým tradičným, ale dnes už prekonaným metódam.

Čiernobielu obrazovú prílohu, ktorá slúži výlučne k ilustrácii normálnej histológie, považujeme za neprimerane rozsiahlu. Sme toho názoru, že tretie vydanie malo priniesť farebnú prílohu predovšetkým k ilustrácii ináč veľmi dobrej technickej časti už aj preto, že táto obľúbená kniha sa používa na mnohých ústavoch aj ako laboratórna príručka. Laborantky patologických oddelení, ktoré sú hlavnými konzumentmi tejto učebnice, by boli iste privítali aspoň stručnú kapitolu o indikácii farbiacích metód v bežnej praxi bioptických a nekroptických laboratórií.

Dr. A. Horváth, Bratislava

FALLS, H. B.:

**EXERCISE PHYSIOLOGY**

Academic Press, New York — London, 1968, 2. vyd. 1969,  
471 str., Kčs 720,—.

Knih je společným dílem celkem devatenácti autorů — vesměs vědeckých pracovníků zvučných jmen. O to více je třeba ocenit, že se podařilo dílo plně redakčně zvládnout a získat spoluautory pro jednotnou a společnou koncepci monografie.

Žádný referát přirozeně nemůže nahradit monografii tak rozsáhlou. Pro informaci uvedme aspoň některé kapitoly, které mají vztah k rehabilitační praxi: Nervosvalový systém a cvičení, Respirační systém a cvičení, Kardiovaskulární systém a cvičení, Výživa při cvičení, Termoregulace při cvičení, Vztah mezi cvičením a zdravotním stavem i délkou života, Vliv nadmořské výšky na cvičení, Training, Fyziologie plavání a potápění atd.

Každá kapitola je uvedena samostatným obsahem se stránkovými údaji a uzavřena seznamem použité literatury. Autoři měli zřejmě možnost využít a zpracovat i literaturu, která vyšla celkem bezprostředně před vydáním díla. Jsou citovány i práce z roku 1968. Zvládnutí anglosaské literatury je dokonalé. Z českých vědců je citován jen Nedbal a Seliger. Mnohokrát jsou citovány práce Brožkovy. Znalosti prací z ostatních socialistických zemí jsou rovněž minimální.

Všechny kapitoly jsou psány velmi přehledně a instruktivně. Ilustrace, grafy a tabulky mají velmi dobrou úroveň. Cena je vysoká.

*Dr. P. Štěpánek, Mar. Lázně*

**OPTIMUM PHYSICAL PERFORMANCE CAPACITY IN ADULTS**

**Report of a who scientific group**

*Vyd. World Health Organization, Geneva, 1969, str. 32,  
Techn. report series No 436.*

Kritický pohled na problematiku optimální fyzické zátěže (a na rozpor mezi optimem a skutečností) je dílem expertů SZO; v dnešní záplavě informací představuje jakousi objektivní, solidně zpracovanou základnu, ze které by bylo možno dále vycházet. Tak dostáváme do ruky např. stručný, ale objektivní pohled na význam tělesné aktivity v prevenci a léčbě ischemické choroby srdeční, nemocí periferních cév, hypertenze a hypotenze, nemocí lokomočního aparátu, otylosti, diabetu a některých dalších nemocí. Pokud jde o metody zjišťování složení lidského těla, komise soudí, že jediná masově přístupná metoda je s použitím měření kožních řas. S věkem se rozložení podkožního tuku mění a bude třeba pracovat metodou tak, aby tyto změny res-

pektovala. Tělesný trénink jako prostředek prevence a léčby má dvě formy: vlastní tělesný trénink a aktivní odpočinek v průběhu práce. Gradace je dána intenzitou, trváním a frekvencí cvičení. Intenzita cvičení má být submaximální. U lidí středního a vyššího věku (45—59 a 60—74 let) zátěž odpovídá obvykle 60 až 70 % maximální pracovní kapacity. Aktivní odpočinek navazuje na práce Sečenovovy. Má odstranit únavu, zlepšit výkonnost a zdraví, předcházet úrazům při práci. Jeho důležitost s věkem vzrůstá. Je vytýčena řada problémů, které by měly být v této oblasti přednostně řešeny. Publikaci má St. lékařská knihovna pod č. K 38 101.

*J. Štěpánková, Mar. Lázně*

FUČÍK, M. A SPOL.:

## ZÁKLADNÍ VYŠETŘENÍ VE VNITŘNÍM LÉKAŘSTVÍ

Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, Praha 1972, stran 404, obr. 167, přílohy 18, cena Kčs 41,—.

Kolektiv autorů pod vedením prof. Fučíka připravil do tisku velmi potřebnou učebnici o základních vyšetřeních ve vnitřním lékařství. Celý rukopis uspořádal doc. Riedl. Tato učebnice je vlastně upraveným vydáním učebních textů, používaných na pražské lékařské fakultě při výuce mediků a byla schválena ministerstvem školství České socialistické republiky jako učebnice pro lékařské fakulty. Tím je dané její zaměření a její cíl.

Autoři jednotlivých kapitol, věnovaných vyšetřením používaným ve vnitřním lékařství a zaměřených na jednotlivé systémy, vedle společných vyšetření běžných ve vnitřním lékařství jako jsou vyšetření hematologická a biochemická, věnují pozornost především současnému stavu těchto vyšetřovacích metod. Zdůrazňují především význam příslušného vyšetření, volbu příslušného vyšetření s cílem stanovit diagnózu. Jak zdůrazňuje prof. Fučík v předmluvě učebnice, kniha však není učebnicí diagnostiky ani učebnicí diferenciální diagnostiky — je návodem

účelného použití jednotlivých vyšetřovacích metod, které v logickém sledu vedou ke stanovení diagnózy ve vnitřním lékařství.

Studium lékařství na lékařských fakultách vyžaduje čím dále tím více jednoduchých učebnic, zaměřených cíleně, které by poskytly posluchači potřebný rozhled. Studium propedeutiky ve vnitřním lékařství má v Československu dlouhou tradici. Vyšetřovacím klinickým metodám byla vždy věnována veliká pozornost.

Knih, kterou připravilo Avicenum, zdravotnické nakladatelství v Praze, má standardní vybavení, je doplněná v závěru tabulkou výslovnosti některých cizích slov a vlastních jmen a věcným registrem.

Bylo by však jistě velmi vhodné, kdyby tato pěkná učebnice v příštím vydání, kterého se určitě a v krátkém čase dočká, byla doplněna aspoň základní literaturou, aby zájemce o určitou oblast vyšetřovacích metod ve vnitřním lékařství dostal další informaci, respektivě její pramen.

Dr. M. Palát, Bratislava

SYŘIŠŤOVÁ, E. A KOLEKTIV:

## NORMALITA OSOBNOSTI

Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, Praha 1972, str. 232, obr. 6, cena Kčs 16,—.

Ve více než 15 000 výtiscích vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství v Praze v edici Život a zdraví zajímavou a aktuální publikaci o normalitě osobnosti. Široký autorský kolektiv, skládající se z lékařů, psychologů, sociologů a filosofů, vedla Doc. Syřišťová.

V 10 kapitolách, úvodě, zvláště výrazným potřebnost uvedených publikací a v závěru, charakterizujícím dosažené, věnuje se pozornost jednotlivým aspektům pojmu a existenci normality. Hovoří se o biologickém pojetí normality (Dr. Lát), o normalitě z psychologického a psychopatologického hlediska (Doc. Syřišťová), o kriteriích a podmínkách normálního vývoje v dětství (Doc. Langmeier), o významu normality v lékařské psychologii a psychiatrii (Prof. Vondráček, Prof. Dobiáš), o normalitě osobnosti a duševní zdraví (Doc. Prokůpek), o sociálně psychologickém pojetí normality (Doc. Janoušek), o normalitě z hlediska transkulturního

(Dr. Váňa), o normalitě ve společnosti průmyslové civilizace (Doc. Mácha) a o filosofických úvahách o normalitě (Dr. Stuchlíková, Doc. Syřišťová).

Knih, která je prvním pokusem o komplexní zpracování této problematiky, nabývající velké důležitosti právě v moderní technické společnosti, vyjadřuje hlediska jednotlivých odborníků z posice jejich odboru. Z hlediska lékařství, kde problematika normality a abnormality je závažná především v psychopatologii, hrají, pochopitelně, velkou roli mnohé další faktory, jistě přesahující rámec této drobné publikace.

Knih, by měla najít velký okruh čtenářů, nejen z oblasti lékařství a psychologie — řeší problematiku, která se týká člověka současného věku a současného vývojového stupně se všemi pozitivními, ale také negativními aspekty, přinášejícími současnou civilizaci.

Dr. M. Palát, Bratislava

NĚMEČEK, S., LODIN, Z. A SPOL.:

### NEUROBIOLOGIE

Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, Praha 1972, str. 344, obr. 98, fotografií 50, cena Kčs 46,—.

Se současným rozvojem biologických věd dostává se do popředí také neurobiologie, jako „teoretický základ oborů, zabývající se stavbou, funkcí a biochemickými procesy v nervové soustavě“. Skupina čtyřech autorů S. Němeček, Z. Lodin, J. Wolff a F. Vyskočil — připravili do tisku velmi krásnou monografii o neurobiologii — problematice velmi závažné, která v současnosti je bohatě diskutovaná.

Monografie se skládá z 5 kapitol. V první se hovoří o obecných vlastnostech nervového systému, ve druhé, značně rozsáhlé o biologii elementů nervového systému, ve třetí o vzájemných vztazích mezi elementy nervové soustavy a jejich vztazích k periférii. Čtvrtá kapitola, rozsahem nevelká, diskutuje skladbu a vnitřní prostředí nervové tkáně, a konečně pátá závěrečná kapitola na několika stranách si všímá fylogenetických aspektů. Kniha je zakončena rozsáhlým věcným rejstříkem a obrazovou přílohou na krídě. Každá kapitola a jednotlivé podkapitoly obsahují další literární údaje, což zvyšuje přehlednost této publikace. V textě jednotlivých kapitol jsou velmi názorné ilustrace, vhodně doplňující tento text.

Těžiště monografie představují kapitola druhá a třetí, kde velmi podrobně se po-

jedná o biologii elementů nervového systému a jejich vzájemné komunikaci. Obě tyto kapitoly přináší stav poznatků „up to date“ a jsou velmi výrazným charakteristikem celé této, v našem písemnictví ojedinělé publikace. I když by se zdálo, že tato významná monografie může sloužit jen hrstce vědeckých pracovníků podobného zaměření, zdá se nám, že přece jen bude mít tato publikace širší dopad. Vývoj biologie postupuje tak rychle, že prakticky v krátké době, na základě těchto nových poznatků moderní biologie, je potřebné upravovat i klasické klinické koncepce. To se netýká jen neurobiologie, to je výrazem všech biologických procesů v organismu vůbec. Základní procesy, které reprezentuje dnes molekulární biologie, pronikají velmi rychle a na celé frontě do všech oblastí biologicko-lékařských věd a v současnosti se stávají nedělitelnou součástí i klinických disciplin.

„Neurobiologie“ 3 našich a 1 zahraničního autora reprezentuje takový pohled v oblasti disciplin, věnujících se nervovému systému.

Věříme, že tato krásná kniha najde zájem i klinických lékařů vedle celé řady lékařů teoretiků a biologů. Zaslouží si to.

Dr. M. Palát, Bratislava

VONDRÁČEK, V., HOLUB, F.:

### FANTASTICKÉ A MAGICKÉ Z HLEDISKA PSYCHIATRIE

Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, Praha 1972, 2. vydání, str. 476, obr. 108, cena Kčs 65,—.

V relativně krátké době vychází v nakladatelství Avicenum v Praze 2. vydání úspěšné knihy z pera prof. Vondráčka, věnované otázkám pohádkových, fantastických, mýtických a magických představ v životě člověka. Dá se říci, že tato Vondráčkova monografie při svém objevení v roce 1968 se stala bestsellerem. Spoluautorem publikace je Dr. F. Holub, který se však nedožil vydání této zajímavé, závažné a atraktivní publikace.

Proč Vondráčkova kniha o fantastickém a magickém z hlediska psychiatrie tak rychle nalezla velkou okruh čtenářů, i když podle názvu je publikací odbornou, zaměřenou skoro spíše do řad psychiatriů, psychologů a jiných odborníků z této oblasti? Proč prakticky za krátký čas se objevuje 2. vydání v 7.000 výtis-

cích — množství, které na odbornou publikaci neučebnicového charakteru je jistě velmi vysoké?

Odpověď na tyto dvě otázky je velmi jednoduchá — kniha je tak napsaná, že každý, kdo po ni sáhne, ji neodloží, pokud ji nepřčetil, i když jde o knihu velmi odbornou. Zasluhu na tom má nejen prof. Vondráček, nestor našich psychiatriů, ale také téma publikace, přinášející současný pohled na všechno to tajuplné a tajemné, zasahující do myšlení i současného člověka.

Člověk byl vždy lákaný magií — „uměním ovládat tajemné síly přírody a duchy a demony a jejich využitím ke svým účelům“, člověk vždy věnoval pozornost neskutečným, čarodějným a tajemným věcem a tato skutečnost mnohdy ovlivňo-

vala jeho celé jednaní. Tak tomu bylo nejen v dávných i blížkových dobách, tak tomu je mnohdy i v současnosti.

Prof. Vondráček ve své monografii v jednotlivých kapitolách se věnuje jednotlivým smyslovým vjemům, emocím, pudům a myšlení a přechází na bytosti neskutečné, vyskytující se v představách lidí různých kultur a národů. V dalších kapitolách hovoří se o přání, chtění, konání a jednaní, o bludech, sugesci a sugestibilitě, o magickém konání. Krátké kapitoly jsou věnované pozornosti, inteligenci a intelektu, vědomí, otázce smrti a co s ní souvisí, a konečně biologickým radikálům a psychickým reakcím. Velmi zajímavá je kapitola nazvaná hodnocení a hodnoty, pojednávající o pekle a nebi a o zvířatech dobrých a zlých, právě tak

jako o rostlinách dobrých a zlých. V závěrečné části knihy věnuje se pozornost duševním poruchám a jejich vztahu k nadpřirozenému a magickému. Kniha je zakončená bohatým písemnictvím, rejstříkem věcným a jmenným.

Není mojí úlohou detailně posuzovat jednotlivé kapitoly této nadmíru zajímavé publikace, učiní to jiní a v odborných psychiatrických časopisech. Chci jen zdůraznit to, co tuto knihu činí knihou dobrou — moderní pojetí tematiky, která po staletí byla součástí historie člověka a která v životě člověka hrála a stále hraje podstatnou úlohu. Knihu vřele doporučujeme — každý zde najde určitě něco zajímavého i pro sebe.

Dr. M. Palát, Bratislava

MIKOLÁŠEK, A.:

### SAUNA V NAŠEM ŽIVOTĚ

Vydalo SNTL — nakladatelství technické literatury, n. p.,  
Praha 1972, str. 140, obr. 102, 4 tabulky, 6 grafů,  
cena Kčs 19,—.

V nakladatelstve technické literatury v knižnici Domov vyšla v jedenáctitisícovém náklade zajímavá práce z pera našeho prvního saunológa MUDr. A. Mikoláška venovaná starobylej horúcovzdušnej kúpeľi, saune.

Autor začal propagovať tento významný hygienicko-očistný kúpeľ a psychopropylaktický prostriedok už r. 1966 v Bruntále. Získal si priaznivcov na Ostravsku, kde vyrástla sieť saun, čím sa tiež prispelo k zvýšeniu práceschopnosti v tejto dôležitej priemyselnej oblasti. Podľa autora je doteraz najviac saun na Morave (72), na Slovensku je ich o mnoho menej [15].

Na prvých stranách opisuje rozmanité druhy saun (dymová, komínová, elektrická, plynová), ako aj princíp sauny z hľadiska stavebného.

V ďalšej kapitole sa detailne zaoberá funkčnými priestormi sauny: potiaci priestor, chladiaci priestor, ako aj s pomocnými prostriedkami. Táto časť je obohatená aj technickými náčrtmi priestorov sauny, ktoré dokazujú, že autor má bohaté skúsenosti aj s projektovaním tohto kúpeľa.

Nie menej zaujímavá je vykreslená aj kapitola o príprave k saunovaniu, 4 fázy kúpania v saune, ako aj o psychosomatických účinkoch pri saunovaní.

Vedecky sú vysvetlené fyziologické účinky sauny: na kardiovaskulárny aparát, termoreguláciu, dýchacie funkcie, ako aj

na neurovegetatívny systém. Vysvetľuje jasne aj jej účinok hygienický a kozmetický. Určuje indikácie a kontraindikácie saunovania a vyzdvihuje aj jej preventívny účinok. Detailne analyzuje význam saunovania pre deti, ilustrovaný doterajšími skúsenosťami.

Históriu sauny ukončuje sa táto veľmi zaujímavá monografia písaná jasným štýlom, presvedčivými slovami autora o ďalšom rozširovaní tohto kúpeľa — isteže v blízkej budúcnosti pri výstavbe závodov, škôl, ale aj sídlisk bude sa pamätať na saunu, aby sa takto jednak predišlo tzv. civilizačným chorobám moderného veku, ako aj chorobám z refrigerácie a svojou psychosomatickou funkciou sa aj upravovali interpersonálne vzťahy pracujúcich.

Kniha je síce určená najširšiemu okruhu čitateľov, ale aj fundamentálnym zdrojom o saune aj pre lekárov, stredných zdravotníckych pracovníkov a rehabilitačných pracovníkov.

V období zvýšeného záujmu o výstavbu rekreačných domovov a chát nemalo by sa zabúdať aj na tento hygienicko-preventívny prostriedok, a na to by mal pamätať aj projektant a staviteľ, ktorý taktiež sa môže dobre orientovať v tejto práci.

Týmto svojím dielom autor urobil prvý náraz pre solídnu propagáciu sauny v našich podmienkach s účelom utužovať zdravie, odolnosť, pokoj a radosť.

Dr. Škodáček, Piešťany

### **POSUDZOVANIE VÝKONNOSTI V REHABILITACII**

*Výročné zasadanie sekcie „Liečebná rehabilitácia“ Spoločnosti pre rehabilitáciu v NDR s medzinárodnou účasťou — Drážďany 17.—19. mája 1972.*

V dňoch 17. až 19. mája 1972 konalo sa v Drážďanoch výročné zasadanie sekcie liečebnej rehabilitácie Spoločnosti pre rehabilitáciu v Nemeckej demokratickej republike s medzinárodnou účasťou. Spoločnosť pre rehabilitáciu v NDR je súčasťou Nemeckej spoločnosti hygienickej (Deutsche Gesellschaft für gesamte Hygiene). Na usporiadaní tohto výročného zasadania participoval i ústredný orgán posudkovej činnosti. Prezidentom tohto podujatia bol prof. dr. G. Kaiser, prednosta Ortopedickej kliniky Charité v Berlíne, spolu s dr. Kollmorgenom, riaditeľom ústrednej posudkovej činnosti v Berlíne.

Zjazd otvoril prof. dr. Kaiser úvítaním všetkých účastníkov, predovšetkým zo zahraničia a odovzdal slovo dr. W. Presberovi, predsedovi Spoločnosti pre rehabilitáciu v NDR, ktorý zhodnotil činnosť Spoločnosti od posledného zasadania v minulom roku a načrtnol základný projekt tohtoročného zasadania.

Vedecký program výročného zasadania bol venovaný problematike posudzovania výkonnosti v rôznych klinických odboroch, kde je rehabilitácia súčasťou liečby. Po všeobecných referátoch prvý deň zasadania, ktoré jednotlivo venovali pozornosť posudzovaniu telesnej výkonnosti z hľadiska fyziológie, psychológie a psychiatrie, z hľadiska posudkovej činnosti a z hľadiska organizačného, bral zreteľ na vhodnosť a schopnosť predovšetkým v jednotlivých závodoch. Tieto úvodné referáty, ktoré mali všeobecný charakter, predložili poprední nemeckí odborníci v jednotlivých disciplínach. V tejto časti bol zaujímavý predovšetkým referát Schuberta z Berlína, ktorý v moderne koncipovanom podaní predovšetkým z hľadiska regulačných dejov v organizme sa venoval otázkam kardiovaskulárnej fyziológie a ďalej referát Kollmorgena, zame-

raný na posudkovú činnosť, ktorý ilustratívnym spôsobom poukázal na ťažkosti, s ktorými sa v praxi stretáva lekárska posudková služba v oblasti telesnej výkonnosti z hľadiska rehabilitácie.

Prvý blok prednášok bol venovaný problematike posudzovania výkonnosti z hľadiska pracovného lekárstva. V celom rade referátov poukázalo sa na jednotlivé metódy, používané v pracovnom lekárstve pre posudzovanie telesnej výkonnosti, ako je profesiografia, diagnostika výkonnosti, funkčná diagnostika. V tejto časti odzneli tiež dva referáty, z ktorých jeden bol zameraný na posudzovanie výkonnosti pri poškodení pečene a druhý na posudzovanie výkonnosti pri poškodení osového orgánu tela — chrbtice.

Druhý deň výročného zasadania bol venovaný problematike kardiovaskulárnych onemocnení, ktoré v súčasnosti predstavujú i v Nemeckej demokratickej republike jednu z najzávažnejších skupín onemocnení. Všetky referáty tu prednesené dokumentovali veľkú snahu, ktorú Nemecká demokratická republika venuje a chce venovať práve rehabilitácii chorôb kardiovaskulárneho systému. Zatiaľ tu nie sú veľké skúsenosti v oblasti rehabilitácie týchto chorôb, preto tiež obidva hlavné referáty vychádzali z poznatkov predovšetkým športovej medicíny, možnosti a hraníc posudzovania výkonnosti kardiovaskulárneho aparátu u nemocných na základe poznatkov tohoto posudzovania z oblasti predovšetkým výkonnej športovej medicíny. Veľmi zaujímavý referát v tejto časti predniesol Engel z Marburgu, ktorý hovoril na základe experimentálne získaných výsledkov o posudzovaní funkcie kardiovaskulárneho systému u telesne postihnutých predovšetkým v oblasti lokomočného aparátu. Jeho porovnávanie výsledky s veľkou teoretickou hodnotou poslúžia iste ako základná práca pre určenie zafažiteľnosti týchto postih-

nutých ako pri eventuálnej voľbe povolania, tak pre určenie výkonnosti kardiovaskulárneho aparátu pri obmedzení možnosti pohybu vôbec.

Dva referáty boli venované problematike periférnej cirkulácie a jej poruchám s vyjadrením možnosti posudzovania výkonnosti a hraníc týchto chorôb. Veľmi živá diskusia, ktorá nadviazala na tento blok prednášok, dokumentuje veľkú snahu vyrovnat sa s problematikou posúdenia telesnej výkonnosti, predovšetkým posúdenia výkonnosti kardiovaskulárneho aparátu a jej hraníc v modernej kardiológii, predovšetkým z hľadiska aplikácie rehabilitačných metód.

Ten istý deň program pokračoval zaujímavými prednáškami o posudzovaní výkonnosti u pacientiek po gynekologických operáciách karcinómov. Išlo tu predovšetkým o určenie práceschopnosti a práceneschopnosti týchto pacientiek.

Tretí deň výročného zasadania Spoločnosti pre rehabilitáciu v NDR bol venovaný posudzovaniu výkonnosti u neuróz a posudzovaniu výkonnosti po mozgových traumách. Popri dobre fundovaných referátoch, zameraných v prvej časti na neurózy a v druhej časti na úrazy hlavy, boli tu zaradené veľmi zaujímavé referáty klinických psychológov, ktoré ukázali dôležitosť psychologických vyšetrení pomocou rôznych testov pre posúdenie výkonnosti a ďalšieho osudu nemocných predovšetkým z hľadiska posudkovej činnosti.

Paralelne so zasadáním lekárov, kde sa diskutovalo o otázkach výkonnosti jednotlivých skupín onemocnenia, prebiehalo v dvoch zasadaniach i rokovanie, určené stredným zdravotníckym pracovníkom, predovšetkým rehabilitačným pracovníkom. V prvej časti sa prejednávali otázky liečby prác ako u telesných, tak i u duševne poškodených, v druhej časti sa venovala pozornosť problematike defektného dieťaťa.

Výročné zasadanie Spoločnosti pre rehabilitáciu v NDR venovalo prakticky celý program problematike výkonnosti nemocného organizmu pri rôznom druhu a rôznom stupni poškodenia. Výkonnosť je jedna z vlastností ľudského organizmu, ktorá má rozhodujúci význam pre celý rehabilitačný program nielen z hľadiska posúdenia zbytkových funkcií, ale i z hľadiska voľby rehabilitačných programov, eventuálne voľby iného zamestnania u ľudí chronicky trvale poškodených. Hlavný dôraz sa pritom kládol na metodickú stránku posúdenia výkonnosti predovšetkým z hľadiska širokej praxe. V jednotlivých referátoch sa konštatovalo, že nie všetky moderné metódy sú vhodné pre praktické použitie jednak z hľadiska čís-

to metodického pre svoju náročnosť, jednak z hľadiska ekonomického pre svoju nákladnosť.

Osobitná pozornosť, a v tom vidím i vlastné jadro celého programového zamerania tohto významného podujatia, sa venovala problematike krvného obehu, možnostiam jeho posúdenia z hľadiska telesnej výkonnosti i z hľadiska výkonnosti kardiovaskulárneho systému. Táto snaha vyjadruje celosvetový trend záujmu o túto oblasť modernej medicíny. Ako bolo v niekoľkých referátoch zdôraznené, stúpa morbidita a mortalita na choroby krvného obehu, čo je iste dôvod záujmu modernej spoločnosti i z hľadiska rehabilitačnej starostlivosti.

Výročné zasadanie Spoločnosti pre rehabilitáciu v NDR bolo zasadaním s medzinárodnou účasťou. Popri asi 800 účastníkoch domácich, boli prítomní aj hostia z Bulharska, Československa, Maďarska, Poľska, Nemeckej republiky a Rakúska. Veľmi rozsiahleho vedeckého programu bol i program spoločenský, majúci svoj vrchol v koncerte drážďanskej filharmónie a vo výlete loďou z Drážďan do Meissenu, kde účastníci kongresu mohli pokračovať v diskusii o odbornej problematike. Táto voľná diskusia priniesla ďalšiu výmenu názorov a sústredila sa na niektoré detailné otázky prerokovanej tematiky.

Výročné zasadanie Spoločnosti pre rehabilitáciu v NDR bolo úspešné nielen svojou náplňou, ale celým svojím priebehom. Upozornilo na aktuálne otázky súčasnej rehabilitácie, zdôraznilo kľúčové problémy tých oblastí medicíny, kde telesná výkonnosť a jej posudzovanie hrajú v rehabilitácii závažnú rolu a kde stanovenie tejto výkonnosti je určitým predpokladom pre ďalšiu účelne programovanú, metodicky usmernenú rehabilitačnú starostlivosť. Veľký záujem všetkých účastníkov kongresu sa koncentroval na otázky kardiovaskulárneho obehu, možnosti rehabilitácie chorôb kardiovaskulárneho systému a na spôsob posudzovania výkonnosti u týchto chorých.

Záujem nemeckých kolegov o československú rehabilitáciu je veľký. Vyplývalo to predovšetkým z osobných diskusií s jednotlivými účastníkmi, ktorí sledujú vývoj našich snáh na tomto poli, práve tak ako výsledky a práce z tejto oblasti u nás. Osobitný záujem patrí rehabilitácii v kardiológii, o čom sa mohol autor tejto správy presvedčiť pri mnohých diskusiách.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

## 6° CONGRESSO INTERNATIONAL DE MEDICINA FISICA

International federatica of Physical Medicine usporiadal v Barcelóne v dňoch 2.—6. júla 1972 6. medzinárodný kongres fyzikálnej medicíny. Skoro 1.500 odborníkov a ostatných lekárov z celého sveta zúčastnilo sa tohto významného podujatia v oblasti rehabilitácie a fyzikálnej medicíny. Prezidentom kongresu bol dr. Francisco Barnosell, jeden z popredných španielskych odborníkov v oblasti rehabilitácie.

Kongres bol slávnostne zahájený otvorením vedeckej výstavy a otvorením technickej výstavy, po čom nasledoval slávnostný koktail pre všetkých účastníkov tohto veľkého podujatia.

Vlastný vedecký program začal druhý deň rokovaním v sekciách kongresu, ktorých bolo celkom 16. Dňa 3. júla o 11.30 hodine bolo oficiálne otvorenie kongresu za prítomnosti čestných hostí a zástupcov národných spoločností fyzikálneho lekárstva a rehabilitácie. Dr. Gingras z Kanady, ktorý bol prezidentom minulého kongresu, odovzdal v slávnostnej adrese insignie prezidenta kongresu dr. Barnosellovi, čím ho oficiálne uviedol do jeho funkcie.

Po slávnostnom zahájení pokračovalo jednanie kongresu v jednotlivých sekciách počas celého trvania 4 dní. Jednotlivé sekcie pojednávajú o otázkach:

1. chrbtice a jej afekciách
2. o rehabilitácii ruky
3. o reumatickej artritíde
4. o problematike spastikov
5. o afáziách
6. o problematike neurogenného mechúra
7. o pokrokoch vo výrobe protéz hornej končatiny
8. o chronickej dýchacej insuficiencii
9. o rehabilitácii kardiakov
10. o použití počítačov v rehabilitácii
11. o elektromyokardii a analýze pohybu
12. o rehabilitácii a súčasnej spoločnosti
13. o výuke a ďalšom vzdelávaní v rehabilitácii
14. o problematike fyzikálnej terapie
15. o paraplegiách
16. varia.

Kongresové rokovania splňali v plnej miere celú šírku súčasnej rehabilitácie a fyzikálnej medicíny a stali sa tak reprezentatívnym vyjadrením trendu v tejto oblasti v rôznych krajinách sveta.

Bolo prakticky nemožné zúčastniť sa všetkých jednaní vo všetkých sekciách. Z tohto dôvodu bol dobrou pomôckou

súhrn prednášok, ktorý dostal každý účastník kongresu v jednom z kongresových jazykov, vedľa španielčiny to bola angličtina, francúzština a nemčina.

Veľká pozornosť účastníkov tohto veľkého kongresu bola venovaná jednak jednaniam o afekciách chrbtice, o ich liečení, problematike chronickej respiračnej insuficiencie, rehabilitácii kardiakov a problematike spastikov. Veľký záujem upútala na seba sekcia, venovaná problémom počítačov v rehabilitácii, kde skupina z Houstonu v Texase vedľa dokonale dokumentovaných prednášok s teoretickými závermi predviedla prvý prenos informácií z vyšetrenia dýchacej funkcie z Madridu do komputrového centra v Houstone a ich interpretáciu späť pomocou družice Telstaru. Bol to prvý historický prenos lekárskej informácií s poukazom na dôležitosť takéhoto prenosu a s vyjadrením ďalších nových možností, ktoré moderná technika poskytuje v podobe vysoko výkonných počítačov súčasnej medicíny.

Hlavnú pozornosť sme venovali problematike rehabilitácie kardiakov, ktorá po prvý raz v histórii týchto zjazdov bola prednášaná v samostatnej sekcii. V celom rade zaujímavých prednášok a referátov — obidvaja účastníci z ČSSR v tejto sekcii tiež prednášali — bolo poukázané na dôležitosť rehabilitácie v modernej kardiológii nielen z hľadiska pohybovej aktivity ako jednej zo zložiek súčasnej rehabilitácie, ale tiež z iných aspektov. Bolo poukázané na aspekty psychosociálne, na aspekty sociálno-ekonomické a na aspekty pracovné.

Zaujímavú prednášku v tejto sekcii mal Kavanagh z Toronta, ktorý v dobre dokumentovanom referáte poukázal na základe trojročnej štúdie na efekty hypnotherapy u skupiny chorých s koronárnou trombózou v porovnaní s efektom pohybovej terapie s výsledkom alternatívneho doporučenia relaxačných techník a pohybovej liečby. Táto prednáška bola odmenená jednou z cien 6. medzinárodného kongresu fyzikálnej medicíny.

Veľmi zaujímavá bola sekcia, ktorá pojednávala o problémoch chronickej respiračnej insuficiencie, kde v dobre dokumentovaných prednáškach sa poukázalo na niektoré aspekty modernej rehabilitácie u chronických chorôb pľúc a priedušiek. Fyziologické aspekty rehabilitácie dokumentovali snahu na tomto úseku.

V rámci programu 6. medzinárodného kongresu fyzikálnej medicíny dve sekcie venovali pozornosť všeobecnejším problé-



mom súčasnej fyzikálnej medicíny a rehabilitácie. Bola to sekcia, ktorá pojednávala o výučbe a ďalšom vzdelávaní lekárov a ostatných pracovníkov v oblasti rehabilitácie a sekcia o rehabilitácii a súčasnej spoločnosti. Obidve sekcie mali uzavreté jednanie v prvej fáze, v ďalšom plenárnom jednaní boli prístupné i ne-delegátom jednotlivých národných spoločností fyzikálnej medicíny a rehabilitácie. V sekcii Výuka a ďalšie vzdelávanie sa prejednávali otázky kvalifikácie predovšetkým lekárov, systém ich základného vzdelávania na lekárske fakultách a systém ďalšieho vzdelávania až po dosiahnutí kvalifikácie odborného lekára pre fyzikálnu medicínu a rehabilitáciu. Odporúčanie tejto sekcie je dôležité pre jednotlivé národné spoločnosti, ktoré v rámci svojej pôsobnosti sa budú snažiť uviesť do života toto doporučenie. Z nášho československého hľadiska je dôležité, že zasadanie tejto sekcie odporúčalo špecializáciu lekárov po troch rokoch po dosiahnutí základnej kvalifikácie a že táto špecializácia sa bude týkať celej oblasti fyzikálnej medicíny a rehabilitácie — jednanie tiež odporúčalo tento titul pre lekára, ktorý získa špecializáciu.

Československo, ktoré nie je zatiaľ členom International Federation of Physical Medicine, malo v týchto jednaniach štátu pozorovateľa.

Bohatý spoločenský program, pripravený atraktívne španielskymi hosťiteľmi, doplnil bohaté kongresové jednanie. Každý účastník tohto mamutieho kongresu vedľa bohatého vedeckého programu mal možnosť zoznámiť sa účasťou na jednotlivých večeroch s kultúrnym programom širokej palety — od vážneho koncertu „Orfeo Gracienc“ až po temperamentné tance španielskeho ľudu. Historické prostredie Barcelony poskytovalo krásny rámec i ostatným spoločenským podujatiam, či už to bol záverečný banket v „Reales Atarazanas“, alebo „verbena“ v Pueblo Español, či spoločenská večera v „Jardines Joan Maragall“. Krásne počasie spolu s vysokou spoločenskou úrovňou, bohatým vedeckým programom a mnohými odbornými diskusiami v priebehu zasadania alebo mimo nich, reprezentovali tento významný 6. medzinárodný kongres fyzikálnej medicíny v Barcelone.

Ak hodnotíme súborne z celkového pohľadu tento kongres, je nutné zdôrazniť, že priniesol široký pohľad na súčasnú problematiku modernej rehabilitácie a fyzikálnej medicíny. Poukázal tiež na nové smery ďalšieho vývoja tejto významnej oblasti modernej medicíny — je to cesta využitia technicky výkonných počítačov v rehabilitácii nielen pre evaluáciu jednotlivých funkčných parametrov, ale

i pre stavbu rehabilitačných programov a pre kontrolu jednotlivých rehabilitačných metód. Nadhodil tiež otázky všeobecnejšieho charakteru, taktiež veľmi závažné — otázku štúdia, špecializácie, otázku postavenia lekárov a ostatných paramedických povolání v rámci modernej rehabilitácie. A konečne pokúsil sa formulovať postavenie rehabilitácie v súčasnej spoločnosti, jej spoločenský význam a jej spoločensko-ekonomický dopad. A práve v tejto oblasti, pretože rehabilitácia je u nás nedeliteľnou súčasťou modernej liečebnej starostlivosti, môžeme dosiahnuť mnohé úspechy.

6. medzinárodný kongres fyzikálnej medicíny sa skončil — bol kongresom úspešným nielen do rozsahu, ale i obsahu, bol rovnako úspešný i vo formulácii nových úloh, ktoré je potrebné riešiť. Tým poukázal na ďalší vývoj fyzikálnej medicíny a rehabilitácie.

*Dr. M. Palát, Bratislava*

## VĚDECKÁ KONFERENCE

Ve dnech 18.—22. září 1972 uspořádala Lékařská fakulta hygienická UK v Praze, Institut hygieny a epidemiologie v Praze 10 a Fakultní nemocnice v Praze 10, Československá lékařská společnost J. Ev. Purkyně — Společnost hygieniků, Společnost pracovního lékařství a Společnost epidemiologů a mikrobiologů vědeckou konferenci k dvacetiletému trvání výzkumných ústavů hygieny a epidemiologie, Lékařské fakulty hygienické UK a hygienické služby v ČSSR a k sedmdesátiletému trvání Fakultní nemocnice v Praze 10. Jednáni konference se uskutečnilo v areálu Institutu hygieny a epidemiologie v Praze 10, Šrobárova 48 a Fakultní nemocnice v Praze 10, Šrobárova 50. Na programu byly referáty z oboru hygieny a epidemiologie a z klinických oborů. Zvláštní jednání se věnovalo otázkám výuky na lékařské fakultě hygienické. Konference se zúčastnili též delegáti ze socialistických zemí. Informace podával generální sekretář konference RNDr. Karel Fišer, Lékařská fakulta hygienická UK, Praha 10, Šrobárova 48.

## **ZPRÁVA O PRŮBĚHU TEMATICKÉHO CELOSTÁTNÍHO KURZU V LÉČBĚ PRACÍ**

Rehabilitační péče představuje určitý společenský proces, který vede k resocializaci nemocného člověka. Jedním ze základních prostředků, který spojuje léčebnou a pracovní rehabilitaci, je léčba prací. Úkolem léčby prací je dosaženou činnost zhodnotit a k činnostem pacienta vést, tj. cvičit s vědomím určité účelnosti.

Katedra rehabilitačních pracovníků ÚDV SZP v Brně realizovala v dubnu t. r. tematický celostátní kurz v léčbě prací. Pro aktuálnost a závažnost této problematiky, bychom se rády o této školící akci zmínili podrobněji. Kurz byl určen pro rehabilitační pracovníky, kteří na tomto úseku pracují, přednostně pro účastníky pomaturitního specializačního studia. Absolvovalo ho 14 rehabilitačních pracovníků z celé republiky z nejrůznějších zdravotnických zařízení (RÚ, ÚNZ, PL). Cílem kurzu bylo doplnit a rozšířit dosavadní znalosti a dovednosti v léčbě prací, ukázat na možnosti praktického provádění v daných podmínkách a naznačit její perspektivu. Splnit takto stanovený cíl nebylo lehké jak při vypracování náplně kurzu, tak i při jeho realizaci. Nelze přejít skutečnost, že úroveň léčby prací zůstává za úrovní léčebné tělesné výchovy, množství informací i odborných vzorových pracovišť je nedostatek. Také odborníků jak z řad lékařů, tak rehabilitačních pracovníků je na tomto úseku málo. Z daných možností jsme zvolili pro nás ty nejdostupnější a na jejich základě vypracovali náplň kurzu. Převážnou část jsme věnovali odborným přednáškám se zaměřením na význam, cíl a smysl léčby prací, na vybrané otázky zdravotnicko-právní odpovědnosti, dokumentaci a ekonomické problémy léčby prací, na sociální problematiku a návaznost léčby prací na pracovní rehabilitaci.

Ve speciální části jsme se snažili probrat poznosti objektivního hodnocení pacienta, cílenou léčbu prací u poruch hybného systému, systémů vnitřních a zvláštností léčby prací v psychiatrii. Praktickou část jsme realizovali převážně na rehabilitačním oddělení KNŠP v Ostravě a v rehabilitačním ústavě Chuchelná, kde

se frekventanti kurzu seznámili s adaptací prostředí i pomůcek denní potřeby, výcvikem sebeobsluhy a s některými pracovními postupy u různých materiálů. Teoretickou i praktickou část kurzu jsme doplnili exkurzemi do několika zdravotnických zařízení, v nichž si frekventanti mohli ověřit a porovnat různé přístupy, možnosti i praktické provádění léčby prací.

Ze závěrečné panelové diskuse za účasti odborníků (doc. Dr. V. Janda, Dr. Volfová, Dr. Večeřová, Dr. Mastný, CSc., s. Pěkná, s. Klusoňová aj.) vyplynulo, že vytýčeného cíle bylo dosaženo. Znovu bylo poukázáno na nedostatek odborné literatury, malé pochopení na jednotlivých pracovištích, nedostatek příležitosti k častějšímu pracovnímu setkání. Byl podán návrh na vytvoření subkomise léčby prací při České rehabilitační společnosti, která by pomohla některé z uvedených problémů řešit.

Perspektivně počítáme s opakováním tohoto základního kurzu léčby prací, který by měli absolvovat všichni rehabilitační pracovníci z tohoto úseku práce. Uvažujeme i o dalších školících akcích, které budou zaměřeny na speciální pracovní postupy. Doufáme, že dalším vzděláváním rehabilitačních pracovníků v léčbě prací přispějeme k rozvoji této nedílné a důležité složky rehabilitační péče.

*B. Chlubnová, A. Řičná, Brno*

Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně, Vinařská 6, upozorňuje na vydání těchto učebních textů:

*Mastný, V.:* Přehled LTV v chirurgii a traumatologii.

*Kolektiv autorů:* Facilitační techniky užívané při rehabilitaci hybnosti.

*Mastný, V.:* Vybrané kapitoly z léčby prací (po úrazech).

Tyto učební texty lze zakoupit i na dobírku.

Adresa: Ústav pro další vzdělávání SZP — tiskové středisko, Brno, Vinařská 6.

*B. Chlubnová, Brno*