

OBSAH

EDITORIAL

V. Pleško: Zo spomienok po tridsiatich rokoch... . . . 129—133

■ PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

M. Palát, V. Vigaš, J. Jurčovičová, Š. Németh: Sekrécia rastového hormónu počas kúpeľa v hypertermickej vode 135—141

M. Kučera, J. Suchan, J. Jeschke, V. Holeček: Izometrické kontrakce u nemocných po srdečném infarktu . . . 143—152

■ METODICKÉ PRÍSPEVKY

M. Pinkasová, E. Petráčková, J. Suchan, M. Víchová: LTV u pacientů s chronickým dialyzačním programem 153—158

■ SÚBORNÉ REFERÁTY

K. Matulay, A. Palčovič: Chronická schizofrénia a možnosti jej rehabilitácie (II. časť) 159—173

■ HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ

50 rokov prof. MUDr. Juraje Kolesára, DrSc. 175—176

K päťdesiatinám MUDr. Alojza Kocingera 176—177

MUDr. Andrej Púček päťdesiatročný 177—178

J. Láb: Přehled komplexní rehabilitační péče a poradenství pro volbu povolání invalidních občanů v SSSR 179—186

■ RECENZIE KNÍH 134, 142, 186—189

■ SPRÁVY Z ODBORNÝCH OBLASTÍ 189—192

■ SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP 192

Táto publikácia vedie sa v prírastku dokumentácie BioSciences Information Service of Biological Abstracts.

*

This publication is included in the abstracting and indexing coverage of the BioSciences Information Service of Biological Abstracts.

Rehabilitácia

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



Vydáva Vydavateľstvo OBZOR, n. p., ul. Československej armády 29/a, 893 36 Bratislava



*Šéfredaktor: MUDr. Miroslav Palát
Zástupca šéfredaktora: MUDr. Štefan Litomerický*



*Redakčná rada:
Marta Bartovicová, Vladimír Lánik, Štefan Litomerický, Miroslav Palát (predseda), Květa Pochopová, Oldrich Šámal, Jiřina Štefanová, Marie Večeřová*



*Grafická úprava: Jozef Hrazdil
Jazyková úprava: Mikuláš Rumpel*



Adresa redakcie: Kramáre, Limbová ul. 8, 809 46 Bratislava



Tlačia: Nitrianske tlačiarne, n. p., 949 50 Nitra, ul. R. Jašíka 26



Vychádza štvrtročne, cena jednotlivého čísla Kčs 6,—



Rozširuje: Vydavateľstvo OBZOR, n. p., administrácia časopisov, ul. Čs. armády 29/a, 893 36 Bratislava



Toto číslo vyšlo v októbri 1974.



*Indexné číslo: 46 190
Registračné číslo: SÚTI 10/9*

Re habilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK VII/1974

ČÍSLO 3

EDITORIAL...

ZO SPOMIENOK PO TRIDSIATICH ROKOCH

Pri príležitosti XX. výročia SNP sa stretli zdravotníci, účastníci SNP, na Donovaloch. Už vtedy sme konštatovali, že o účasti zdravotníkov v Slovenskom národnom povstaní, o význame ich činnosti sa dosť nehovorí, lebo sme o nej neposkytli dost informácií. Dohodli sme sa, že to napravíme. Denná pracovná expozícia a myslím si, že i zvyk považovať vykonané v našej profesii za samozrejmosť, spôsobili, že zostalo v značnej miere iba pri tomto dobrom predsavzatí. To isté sa opakovalo pri 25. výročí. Od tej doby naše rady v súvislosti s vekom sa ďalej preriedili a dnes je už podstatne menej tých, ktorí môžu historikom, vlastným spolupracovníkom i širokej verejnosti povedať, ako lekári, sestry i mnohí iní pracovníci zdravotníctva osvedčili v slávnom vystúpení slovenského národa svoju príslušnosť k nemu, ako zabezpečovali v tomto kritickom období zdravotnú starostlivosť, ktorú i dnes vojenski odborníci kladú na tretie či štvrté miesto v poradi významu služieb.

Preto ak dnes — v predvečer 30. výročia Slovenského národného povstania — predkladám niekoľko osobných epizód zo života jedného z mnohých zdravotníckych pracovníkov — účastníkov SNP, robím tak preto, že:

1. chcem ubezpečiť našich mladších spolupracovníkov, že sme v tých veľkých dňoch, keď sa národ bil na život a na smrť, vedeli, kde je naše miesto;
2. zdravotnícki pracovníci sa zúčastnili Povstania vo významnej miere či už priamo na fronte — v útvaroch armády alebo v partizánskych skupinách. Vykonávali službu v poľných i riadnych nemocniciach, ktoré vzhľadom na blízkosť frontu vlastne všetky bolo možno považovať za poľné. Po ústupe do hôr viacerí odlišli do partizánskych skupín a brigád a mnohí poskytovali zdravotnú starostlivosť i úkryt raneným v zdravotníckych zariadeniach s nasadením vlastného života priamo pred očami fašistických okupantov;
3. keď neúprosne kráčajúci čas vymazáva nejedno z našej pamäti — i nás samých, chcel by som prispieť k rozšíreniu prameňov o podiele zdravotníkov za národné oslobodenie, ktoré bolo podmienkou, aby sa pod vedením Komunistickej strany Československa mohlo začať u nás s budovaním socializmu.

Činnosť celku sa skladá z činností mnohých jednotlivcov. Prosím čitateľa, aby v tomto zmysle chápal obsah ďalších riadkov, v ktorom autorovi nemožno nehovoriť o vlastnej osobe.

Výchove svojich rodičov (otec bol robotníkom v ČSD dielňach vo Vrútkach) i prostrediu, v ktorom som vyrastal, vďačím za to, že po likvidácii i. ČSR, vzniku tzv. slovenského štátu a nastúpení fašizmu k moci na našom území, som rýchlo — ako septimán martinského gymnázia — najprv skôr citove, neskôr i vedome pochopil, že ide o politický smer nám Slovákom nebezpečný a neprijateľný. Fašizmus mi hneď na začiatku ukázal svoju tvár i metódy: v aprílovej noci roku 1939 v rodných Sučanoch odvliekli bývalého evanjelického farára V. Hrušku (bol členom KSS) a dvoch ďalších občanov, surovo ich týrali a z idúceho auta za Turanmi povyhadzovali. Vzburá veľkej časti obyvateľstva Sučian a okolia proti tomuto násiliu, ktorá musela byť vojensky potlačená, mi prvý raz dala v plnom rozsahu poznať ten zvláštny pocit, keď človek v mase rovnako zmýšľajúcich aktívne sa usiluje o spravodlivú vec. Surovosť fašistickej polície som mal príležitosť osobne oceniť, keď som bol so spolužiakmi a vrstovníkmi: terajším generálom dr. Jozefom Fraňom, dnes už mŕtvym dr. Petrom Gallom, Daňom Morgošom, Hromekom, Kukom a ďalšími ešte v júni toho istého roku zatknutý pre výrobu a rozširovanie komunistických letákov.

Ďalší styk s členmi ilegálnej KSS v Sučanoch a Martine ako i s pracovníkom Ústredného výboru KSS s. Lečkom mi umožnil poznať podstatu marxizmu ako i skutočností, že predstavitelia fašizmu u nás, nech nosia akúkoľvek uniformu, civil či kňazskú sutanu, ustúpia iba pred silou.

Ešte pred vypuknutím Povstania som z poverenia stranických orgánov vykonával funkciu spojky. Tak som sa zavčasu stretával so sovietskymi a našimi partizánmi v Sklabíni i francúzskymi partizánmi v Sklabinskom Podzámku.

Po bojoch pri Strečne som ošetroval ranených a vykonával prepravu ranených z frontu do martinskej nemocnice. Keď už sa pre boje v Priekope nedala hradská používať, vozili sme spolu s Arpádom Koyšom ranených z bojov od vojenských skladov pri vrútoeckej nákladnej stanici okľukou cez Štiavničku a Sklabiňu k vojenskému sanitnému vlaku do Príboviec. V ňom pracovali moji starší spolužiaci z fakulty: dr. S. Hruška, dnes primár urolog. odd. v Prešove, dr. J. Gáal, teraz primár ortoped. kliniky FN v Martine.

Po ústupe našich vojsk z Turca som sa hlásil v Banskej Bystrici u podplukovníka zdravotnej služby MUDr. Štefana Darvaša, terajšieho námestníka riaditeľa MŮNZ v Košiciach. Zadelil ma do poľnej nemocnice, vytvorenej z kúpeľných objektov na Sliachi, ktorej velil dr. Hensel. V improvizovaných operačných sálach operoval dr. Slabeycius, a pracovali lekári dr. Hegyi, dr. Novák, dr. Polák a ďalší lekári a celý stredný zdravotnícky personál kúpeľov. Keď pod tlakom presily nemeckých vojsk dohodlo politické vedenie s predstaviteľmi ZSSR včasný transport ťažko ranených letecky do Sovietskeho zväzu, dr. Hensel ma poveril prepravou ranených zo Sliacha do sovietskych lietadiel na letisko Tri duby. Z vari trojkilometrovej cesty bolo najzložitejších posledných 300 m. Transportné lietadlá, ktoré privádzali II. paradesantnú brigádu a výzbroj, nalietavali každú noc na pristanie smerom od Zvolena. Vykladanie lietadiel a nakladanie ranených sa dialo na ploche oddelenej od príjazdnej hradskej prístavacou a štartovacou dráhou. Lietadlá pristávali a štartovali v hlbokkej tme vo veľmi krátkych intervaloch iba vo svetle vlastných reflektorov. Podľa pokynov veliaceho plukovníka Sovietskej armády sme museli s našimi nákladnými autami prebehnúť napriek prístavacej dráhy v medzere medzi prístavajúcim a štartujúcim strojom. Možno sa to dnes zdá ľahké. Avšak tráv-

natá dráha bola hlboko zvrásnená ťažkými lietadlami, takže zaviaznuť v nočnej tme s autom, ktoré vzhľadom na ťažko ranených muselo ísť cez jamy veľmi pomaly, nebolo vôbec ťažké. Nikdy mi z pamäti nevymiznú chvíle, keď sme prednými i zadnými kolesami zaviazli v hlbokých brázdach štartovacej dráhy a videli, ako sa na nás rútia svetlá ťažkého Douglasa. Koľko sily a rozhodnosti sa naberie v človeku v takých chvíľach! So sestrou a dvoma vojakmi sme náš „sanitný“ voz v poslednej chvíli pomohli šoférovi vytláčiť z kritického miesta. Iba pri písaní týchto riadkov si uvedomujem, že nikomu z nás ani nenapadlo opustiť auto s ranenými.

10. októbra 1944 som ako prvý Slováč vstúpil do špeciálnej spravodajskej partizánskej skupiny JERMAK, pozostávajúcej zo sovietskych partizánov. Skupina pracovala v tyle Nemcov predovšetkým na západnom Slovensku. Štiavnické hory, Tribečské pohorie, Inovecké pohorie, Malé Karpaty, Zlatno, Skýpcov, Duchonka, Kulháň, Omastina, Uhrovec, Klíž, Nová Lehota, Pustá Ves, Hlavina, Záhradská, Cetuna a mnohé ďalšie miesta, ktorých názvy spolu s históriou Povstania poznajú niekedy iba ľudia, čo tam trvale žijú, boli dlhé mesiace našim domovom.

A predsa to bol náš partizánsky svet, naše Slovensko s predobrymi ľuďmi, ktorí nás podporovali, živili, opatrovali ranených. Práce pre lekára v takejto skupine bolo viac než dost. Jednotka bola takmer neprestajne v pohybe a lazy či podhorské dedinky vyhľadávala iba občas. Tvrdé podmienky neskorej jesene a zimy, nepravidelné stravovanie, dni a noci v lese spolu s bojmi sa pochopiteľne odrážali na zdravotnom stave členov jednotky. Zranenia sme ošetrovali so sovietskou lekárkou dr. Oľgou Krajnovou na mieste počas boja a ak bolo treba a možné, i operovali. Po prestrelke pri Veľkom Poli sme napr. vyberali projektil z nohy raneného v noci za hustého dažďa tak, že štyria partizáni držali nad nami celtu, viacerí svietili zažatými sviečkami a ostatní držali nad nami bojovú ochranu. Operovaných sme nosili najprv so sebou a potom nechali u spoľahlivých obyvateľov na doliečenie. V prípadoch, keď bolo potrebné nemocničné liečenie, v spolupráci s obyvateľstvom sme zaradili transport raneného do nemocnice. Práve na takýchto prípadoch by som chcel poukázať a vyzdvihnúť jednotu celého národa v boji proti fašizmu.

V minulosti sa vyskytli totiž hlasy, ako by Povstanie nebolo vecou drvivej väčšiny slovenského ľudu, ale sa obmedzovalo iba na obyvateľov Turca, Liptova a Pohronia. S partizánskou skupinou JERMAK a neskôr v radoch II. partizánskej brigády J. V. Stalina som prebrúsil podstatnú časť západného a stredného Slovenska. Ak si uvedomíme, že vysoká akcijschopnosť partizánskej jednotky je v rozsiahlej miere závislá na podpore obyvateľstva (sprostredkovanie výživy, správa o pohybe Nemcov, preberanie ošetrovania ľahko ranených a chorých, transport ťažko ranených do nemocníc a tam zabezpečenie ich ošetrovania), tak všetci tí, čo bojovali na západnom Slovensku pod velením Dibrova, Brunovského, Uhra, Hagaru, Snežinského, Žalmana, Klokova, Jermaka, Popova a mnohých a mnohých ďalších — slovom tisíce partizánov — sú dôkazom, že Slovenské národné povstanie bolo vecou celého nášho ľudu. Obyvatelia podhorských obcí a osád, sami s chudobným stolom, sa s nami delili o posledný kúsok chleba, informovali nás o rozmiestnení, sile a pohybe nemeckých jednotiek, skrývali a podľa našich pokynov opatrovali ranených. Vo vozoch naložených senom, či iným materiálom alebo spôsobmi, ktoré dokáže vymyslieť iba človek v najvyššej núdzi, vykonávali transport ťažko ranených do nemocnice. V nemocniciach lekári a sestry preberali našich ranených bez dokladov, na vymyslené mená a diagnózy. A to všetko pod hrozbou trestu smrti nielen pre Nemcami prichytených ale aj ich rodinných príslušníkov. Vypraždené

rodiny, vypražené a vypálené kopianice, lazy, osady i obce pripomínajú nielen krutosť fašistickej soldatesky, ale — a to predovšetkým — hrdinskosť nášho, počtom nevelkého národa. I malý národ môže mať veľkú históriu, ak sú veľké jeho činy.

Na vlastnej koži — tak povediac — som sa mal o týchto vlastnostiach našich ľudí presvedčiť. Pri prechode Váhu v priestore medzi Piešťanmi a Novým Mestom nad Váhom v chotári obce Brunovce (v noci z 1. na 2. januára 1945) som sa poriadne namáčal. Pochod na jeden dúšok z hôr pri Prašiciach, okres Topoľčany, cez Novú Lehotu do Pustej Vsi, malinkej dedinky v Karpatoch pri Vrbovom v plnej výzbroji (automat so zásobníkmi, revolver, vyše 1000 nábojov, granáty, lieky a lekárske nástroje, s ťažkým mokrým oblečením vážili iste viac ako 30 kg) za mrazivej noci nechali na mne stopy. Po príchode na Pustú Ves som ťažko ochorel. Ležal som u Mozolákov vo vysokých horúčkach, neschopný pohybu. Stará mať Mozoláková — malinká osôbka s nesmiernou energiou — i celá jej rodina ma opatrovali ako vlastného syna. Po niekoľkých dňoch prišiel veliteľ Klugin, krycím menom Jermak, a hovorí mi: „Nu Voľoda, teželo. Nemci nastúpajú, nám núžna uchadiť v les.“ Súčasne prišiel do Mozolákov veliteľ II. partizánskej brigády Jozef Brunovský. Keď zistil, že som zdravotník, dohodol sa s JERMAKOM, že ma vezme do svojej brigády. Dal ma naložiť na zväč a na koni ma dopravili do opustených maštali pod Klenovou. Dom Mozolákov Nemci vypálili.

S II. partizánskou brigádou, početne veľmi silnou jednotkou, v ktorej som bol členom štábu, som absolvoval rad bojov, najťažšie na kopianici Kopcové a najmä v obci Cetuna. Tu padol i jeden z našich najlepších a najstarších partizánov, veliteľ jednej z najsilnejších skupín brigády, hrdina SNP kpt. Miloš Uher, náčelník jeho štábu Jakubík a mnoho ďalších.

Zdravotnú službu sme obstarávali s dr. Placákom, členom Uhrovho štábu. Po bojoch sme ranených ošetrovali i operovali na Holubyho chate alebo na kopianiciach. Ranených sme podľa úvahy ukladali v osobitných podzemných bunkroch v horách alebo u miestnych obyvateľov. Jeden z takýchto bunkrov Nemci za pomoci zradcov (tí sa všade nájdu) našli a so živými ranenými vypálili. Najťažšie ranených prepravovali obyvatelia do nemocnice v Piešťanoch, kde ich ochotne preberali do svojej opatery.

Tak sme za tých zvláštnych podmienok, keď každému išlo o veľa i o všetko, život nevynímajúc, vytvorili akýsi systém zjednoteného zdravotníctva bez administrácie. Rád by som v tejto súvislosti vyzdvihol odvahu tých mne známych i neznámych lekárov a sestier na obvodoch i v nemocniach, ktorí sami bezbranní v Nemcami okupovaných oblastiach, neváhali pokračovať tam, kde možnosť nás ozbrojených a brániť sa schopných zdravotníkov boli už vyčerpané.

Po boji v Cetune, kde proti našej brigáde bola nasadená špeciálna jednotka SS Edelweiss spolu s pohotovostnými oddielmi Hlinkovej gardy, sa vystupňovali tvrdé represálie Nemcov voči obyvateľstvu celej operačnej oblasti brigády. Siahala od Bielych Karpát až po Vlársky priesmyk. Spolu s nasadením ďalších nemeckých jednotiek si vynútili naše rozhodnutie. Rozptýlili sme časti brigády na širší priestor, aby ju koncentrovaný nástup Nemcov nemohol zničiť. Veliteľ Brunovský rozhodol, aby som s jeho časťou prešiel znovu na ľavú stranu Váhu a operovali v horách približne paralelne s časťou, ktorú viedol náčelník štábu Griša Kliagin na pravom brehu Váhu. Tak som sa dostal s našou jednotkou až do Čičmian, kde som na vzdory iným starostiam mohol obdivovať známu rázovitú architektúru tejto obce. Škoda, že krátko, lebo po opakovaných bojoch s ustupujúcimi Nemcami cez sedlo nad malými Čičmanmi Nemci polovicu obce práve v čase Veľkonočných sviatkov vypálili.

Rád by som ukončil túto hrst povytŕhaných a neusporiadaných spomienok

konštatovaním, že za tých čias tvrdého boja o slobodu, keď každý dychtivo sledoval postup Sovietskej armády, znamenajúci definitívne víťazstvo a slobodu, stáli sme svorne vedľa seba Slováci, Česi, Sovieti, Francúzi, Srbi, áno aj Nemci, ktorí pochopili a prešli k nám. Stáli sme vedľa seba ľudia rôzni podľa národnosti, profesií, všetci však spojení jedným cieľom. A v tomto rade slovenskí zdravotníci nechýbali.

Ak ich obetavosť a ochota v čase Povstania poskytovať našim ľuďom starostlivosť vždy a všade, za každých okolností, bude dnes vzorom pre dnešnú 75 000 armádu zdravotníckych pracovníkov SSR, potom nebude problém dosiahnuť vysoké ciele stanovené zdravotníctvu Komunistickej stranou Československa, ktorá viedla národ v časoch Povstania. Bude to o to ľahšie, že zdravotnú starostlivosť môžeme poskytovať nášmu ľudu bez obáv a v takých zariadeniach a podmienkach, aké sme u nás za tridsať rokov vybudovali. Zvládnutím náročných úloh prispejeme k plneniu odkazu Slovenského národného povstania.

MUDr. VLADIMÍR PLEŠKO,
bývalý člen štábu II. partizánskej brigády J. V. S.

DVĚ KNIHY O TRÉNINGU

D. HARRE A KOLEKTIV:

NAUKA O SPORTOVNÍM TRÉNINGU.

Úvod do všeobecné metody tréningu, překlad K. Kerksenbrock, vyd. Olympia, Praha, 1973, v češtině vyd. 1, str. 266, 78 obr., 33 tab.

H. MELLEROWITZ, W. MELLER:

TRAINING

Biologische und medizinische Grundlagen und Prinzipien des Trainings für Sportärzte, Rehabilitationsärzte, Werkärzte, Leibeserzieher, Sportlehrer, Trainer, Übungsleiter und Krankengymnasten. Vyd. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1972, vyd. 1, 121, 67 obr.

Máme před sebou shodou okolností současně dvě knihy o tréningu, obě německého původu. Prvá byla přeložena do češtiny a je dílem odborníků z NDR, druhá pochází z pracoviště NSR. Je vždycky nesmírně zajímavé, můžeme-li číst paralelně a porovnávat dvě knihy s obdobnou tematikou, napsané přibližně ve stejné době. Vidíme, jak individualita autorů dokáže vtisknout knize osobitý ráz, a jak značně rozdílné dvě knihy lze napsat na totéž téma. Říkáme-li rozdílné, nemyslíme tím rozdílnou úroveň, nýbrž rozdílnou náplň a odlišnou koncepci.

Kniha D. Harreho a spol. pojednává nejdříve o výkonnostním sportu v NDR všeobecně. Dále sa zabývá tréningem sportovním — jeho cílem, úkoly a základy, Rozvojem trénovanosti, Zásadami tréningu, Cílem a úkoly i utvářením socialistické výchovy, Tréningovým procesem, Plánováním, hodnocením a organizací tréningového procesu, Speciálními problémy přípravy na sportovní soutěže, Hygienou a výživou závodníka. Lze říci, že kniha je psána velmi přehledně, nesmírně poučeně a informovaně, se znalostí světového písemnictví. Na každé stránce je jasno, že jde o knihu pocházející ze socialistické země, ne snad podle výběru citovaných autorů ale i z ideologického postoje autorů. Grafy a tabulky jsou vybírány i zpracovány velice přehledně. I když je kniha určena — a nijak se tím netají — pro sportovce a jejich tréneři, najde se v knize i řada informací užitečných pro pracovníky v léčebné rehabilitaci. Cena je nízká (25 Kčs), abecední rejstřík postrádáme.

Mellerowitz a Meller napsali knihu, která je snad méně zaměřena na kon-

krétní praktické situace. Podávají spíše fyziologické základy tréningu. Tím je jejich koncepce na jedné straně (tematicky) užší, na druhé straně (okruhem čtenářů) širší. Pro informaci uvádíme i zde přehled kapitol: Přírodovědecké základy tréningu, působení tréningu na organismus, kvalita tréningu, kvantita tréningu, principy jednotlivých typů tréningu, endogenní a exogenní faktory ovlivňující průběh a výsledek tréningu, přetrénování, preventivní tréning, rehabilitační tréning, literatura. I zde postrádáme abecední rejstřík.

Z posledních kapitol, které nás budou nejvíce zajímat, uveďme aspoň některé stati: působení nedostatku pohybu, nemoci z nedostatku pohybu, zásady preventivního tréningu a zvláštní kapitola o jeho provádění ve vyšším věku. Pro „rehabilitační tréning“ uvádějí autoři tyto indikace: poruchy regulace krevního oběhu, některé formy hypertenze, poruchy koronárního a periferního oběhu, infarkt myokardu (v příslušnému časovém odstupu), vegetativní dystonie, otylost, diabetes mellitus, poruchy správného držení těla, mnohé nemoci nervové a ortopedické, geriatrická onemocnění, při kterých dochází k předčasnému orgánovému „oslabení“ a hypoxii tkání při aktivitě, dále pooperační obnova kondice atd. Autor uvádí i řadu kontraindikací, které zde není možno vyjmenovat in extenso. Uveďme jen, že mezi ně patří např. fixovaná hypertenze s hodnotami nad 200/120 mm Hg. Konečně uveďme ještě kapitoly o dávkování rehabilitačního tr., jeho kvalitě a kvantitě. Obě knihy stojí za povšimnutí.

P. Štěpánek, Mariánské Lázně

**SEKRÉCIA RASTOVÉHO HORMÓNU
POČAS KÚPELA V HYPERTERMICKEJ VODE**

M. PALÁT, V. VIGAŠ, J. JURČOVIČOVÁ, Š. NĚMETH
Rehabilitačné oddelenie NsP akad. L. Dérera,
Bratislava,
vedúci MUDr. Miroslav Palát, CSc.

Ústav experimentálnej endokrinológie Slovenskej
akadémie vied, vedúci MUDr. Ladislav Macho, CSc.

Podnety, ktoré spôsobujú sekréciu rastového hormónu u človeka, môžeme rozdeliť do troch skupín: na podnety metabolického charakteru, ktorých hlavným predstaviteľom je pokles koncentrácie glukózy (ale aj pokles voľných mastných kyselín, zvýšenie hladín niektorých aminokyselín a zmeny v príjme bielkovín), druhú skupinu tvoria podnety stresovej povahy (operácia, emočný stres, bolesť) a tretiu predstavuje rytmické vyplavovanie rastového hormónu počas spánku. Je známe, že aj teplo spôsobuje zvýšenie rastového hormónu v krvi (Geisen a Meder, Schwek a Geisen) a v našej literatúre sa odporúčalo využiť tento účinok pri diagnostike hypofyzárnych nanizmov u detí (Kopecký a Votava). Mechanizmus, ktorým teplo zvyšuje sekréciu rastového hormónu, nie je zatiaľ jednoznačne dokázaný, ale zdá sa, že by mohlo ísť o metabolický charakter stimulácie (Okada a spol.).

V našich pokusoch sme chceli objasniť, či ide o špecifický účinok hypertermie na sekréciu rastového hormónu, a nakoľko by bol tento test vhodný na diagnostiku u dospelých pacientov. Vedľa vhodnosti diagnostiky u dospelých pacientov, iným cieľom sledovania sekrécie rastového hormónu po hypertermickom podnete bola skutočnosť, že rastový hormón zasahuje svojim účinkom ako do metabolizmu proteínov — známy proteoanabolický efekt, tak i do metabolizmu lipidov — zníženie hladín lipidov, predovšetkým uvoľnením neesterifikovaných mastných kyselín, stimuláciou celulárnej lipázy a jej zvýšením v krvnej plazme. Moderná rehabilitačná starostlivosť venuje značnú pozornosť práve možnostiam anabolického ovplyvnenia bielkovín pri rôznych afekciách, predovšetkým ortopedicko-neurologického substrátu, práve tak ako v oblasti internej medicíny sa súčasná rehabilitácia snaží zasiahnuť nejakým spôsobom do metabolizmu lipidov pri najrôznejších srdco-cievnych afekciách.

Zvýšené vyplavovanie rastového hormónu vplyvom hypertermného podnetu a zvýšenie jeho hladiny v krvi by mohlo byť teoretickou základňou pre eventúálne praktické použitie u vyššie uvedených patologických afekcií.

Materiál a metódy

Pokusy sme robili na 10 zdravých dobrovoľníkoch, mužoch vo veku od 28—36 rokov, ktorí nemali v rodinnej anamnéze výskyt diabetu a ani iné endokrinné ochorenia. Všetci vyšetrení mali primeranú váhu svojho veku a výške tela. Elektrokardiogram vyšetrený pred pokusom bol u všetkých bez patologických zmien. Vyšetrenia sa robili ráno na lačno bez väčšej pohybovej aktivity, a všetci pred pokusom asi 20 minút odpočívali.

V pokusoch sa porovnal účinok kúpeľa v izotermickej vode (28—30 °C) a vo vode hypertermickej (38—40 °C) tak, že sa najprv časť pokusného súboru kúpala v izotermickej a druhá časť v hypertermickej vode a za 4—7 dní sa pokus opakoval s vymenenými skupinami. Pokusné osoby ležali 30 minút pokojne vo vode, ponorené po krk a teplota vody sa udržiavala v stanovenom rozmedzí počas celého pokusu. Po vyjdení z vody odpočívali ďalších 30 minút. Sublinguálna teplota sa merala u vyzlečených osôb pred pokusom a v 10 min. intervaloch počas celého pokusu. Krv sa odoberala pred pokusom, po skončení kúpeľa a po odpočinku. Krv sa nechala zraziť pri 4 °C a sérum po centrifugovaní sa odkladalo až do stanovenia zmrazené pri —20 °C. Glukóza a po hypertermickom kúpeli i laktát sa stanovovali enzymatickými metódami (súprava Boehringer, Mannheim), rastový hormón sa stanovoval rádioimunologicky (Molinatti a spol.).

Na značkovanie rastového hormónu (Berson a Yalowová) a na štandard sa použil ľudský rastový hormón NIH—GH—HS/394, ktorý poskytol National Institutes of Health, Endocrinology Study Section Bethesda, USA. Špecifické protilátky pripravila dr. R. S. Yalow, VAH, Bronx, NY. V pokusoch s hypertermickou vodou sa sledovala aj koncentrácia kortizolu v plazme. Výsledky sa štatisticky hodnotili testom.

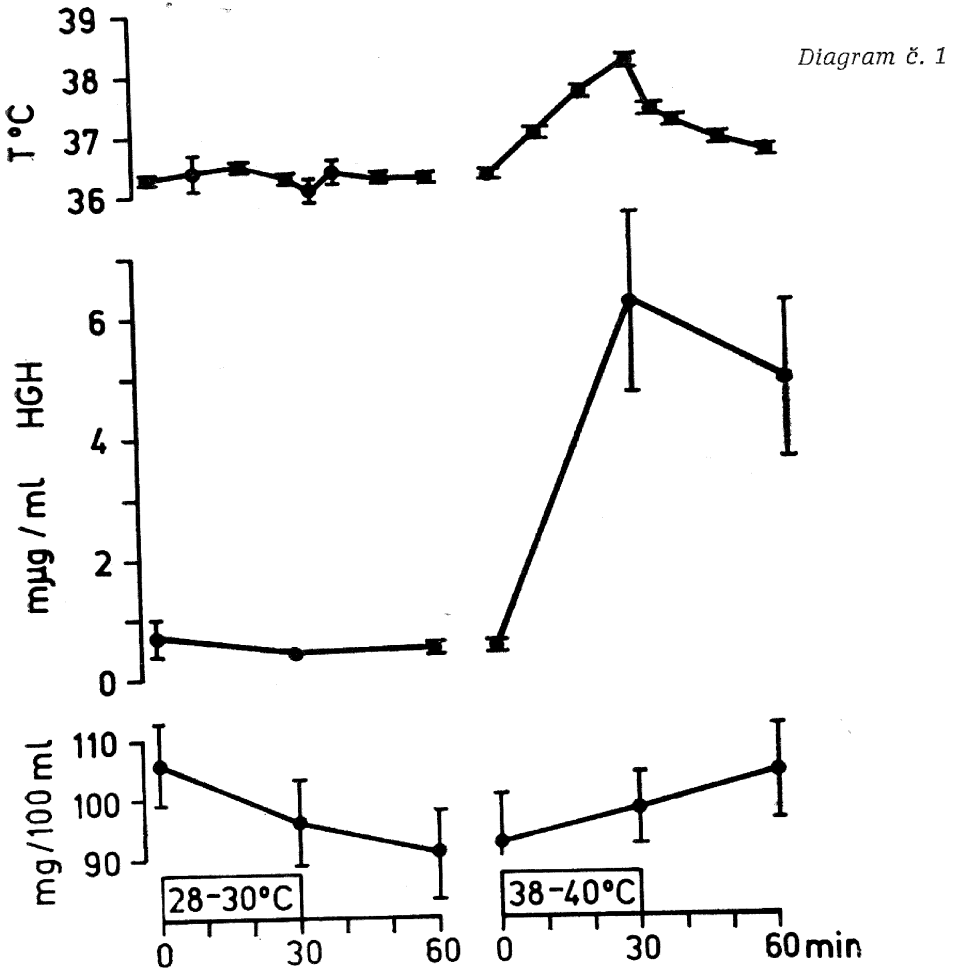
Výsledky

Kúpeľ v izotermickej vode nezmenil ani telesnú teplotu, ani nemal vplyv na hladiny rastového hormónu a glukózy v sére. Sublinguálna teplota, ktorá je dosť závislá od teploty vonkajšieho prostredia, sa síce nezmenila, ale pokusné osoby pri konci pobytu vo vode udávali intenzívny pocit chladu.

V hypertermickej vode začala už po 10 minútach vystupovať telesná teplota, ktorá sa za 30 minút skoro vyrovnala s teplotou vody a priemerný vzostup sublinguálnej teploty z východiskových hodnôt dosiahol 19 °C. Rastový hormón sa výrazne zvýšil u 7 z deviatich pokusných osôb. Maximálny výstup u väčšiny pozorovaných sa dosiahol na konci kúpeľa a je v rámci celého sledovaného súboru štatisticky signifikantný. Niektorým dobrovoľníkom rastový hormón ďalej vystupoval i počas odpočinku po kúpeli, keď telesná teplota už výrazne klesala. Hladiny glukózy v sére neboli signifikantne zmenené. Diagram 1.

Hladina laktátu a kortizolu, sledovaná v sére po hypertermickom kúpeli, sa nezmenila.

U dvoch osôb zo sledovaných 10 dobrovoľníkov došlo ku kolapsu. U jedného po vyjdení z vody (zahrnutý v súbore), u druhého o niekoľko minút po vstupe do teplej vody, no pre závažnosť stavu musel byť u neho pokus prerušený.



Diskusia

Zvýšenie hladiny rastového hormónu po kúpeli sa viaže na zvýšenie telesnej teploty a tento vzťah treba považovať za kauzálny. Po kúpeli v izotermickej vode, kde sa nezvýšila telesná teplota, nedošlo ani k výstupu rastového hormónu, a preto iný účinok kúpeľa, či už prostredníctvom pôsobenia na kožné receptory alebo vplyvom na kardiovaskulárny systém, možno považovať za vylúčený.

Mechanizmus, ktorým hypertermia spôsobuje zvýšenie sekrécie rastového hormónu, zostáva neobjasnený. Pokles glukózy v sére v čase najvyššieho výstupu hladiny rastového hormónu bol v našich pokusoch minimálny a ne-signifikantný a rovnako v prácach iných autorov mu nemožno pripisovať rozhodujúci význam. Najjednoduchšie vysvetlenie by poskytovalo zníženie prietoku krvi cez riadiace hypotalamické centrá ako dôsledok zníženia priemer-

ného systémového tlaku krvi. Za týchto okolností by sa za jednotku času dostalo ku glukoreceptorom v nucleus ventromedialis menej glukózy ako za normálnych podmienok, čo by receptory zaznamenali ako nedostatok glukózy a stimulovali by výdaj hypotalamického „releasing“ faktoru pre rastový hormón, ktorý by spôsobil jeho vyplavenie z hypofýzy. Tento mechanizmus však sami nevieme dokázať a nemožno ho podporiť údajmi z literatúry, lebo Traks a Sancetta v pokusoch na osobách vystavených suchému teplu pozorovali pokles priemerného krvného tlaku o 10–30 mmHg, čo je pomerne blízke zmenám v hypertermickom kúpeli a pritom nezistili zmenu prietoku krvi cez mozog. Ani stresový podnet teplej vody neprichádza do úvahy vzhľadom na nezmenené hladiny kortizolu a na skutočnosť, že pre pokusnú osobu bol subjektívne menej príjemný polhodinový pobyt v izotermickej, 28–38 °C teplej vode.

Hypertermická voda ako test na stimuláciu sekrécie rastového hormónu je v podstate vhodný podnet. Percento pozitívnych reakcií v hypertermickej vode sa veľmi približuje iným testom, na stimuláciu sekrécie rastového hormónu (inzulínová hypoglykémia, arginínový alebo glukagónový test). Napriek tomu sotva bude možné uprednostniť kúpeľ v hypertermickej vode pred inými stimulačnými testami dospelých pacientov, vzhľadom na záťaž, ktorú predstavuje pre kardiovaskulárny systém.

Z početných účinkov rastového hormónu treba spomenúť predovšetkým jeho protiinzulínový účinok, uvoľňovanie voľných mastných kyselín z tkanivových tukových rezerv a hlavne zvýšené vychytávanie aminokyselín v bunkách. Opakované kúpele v teplej vode by mohli využiť práve tento proteín pre anabolický účinok vyplavovaného rastového hormónu v oblasti rehabilitácie predovšetkým ortopedicko-neurologického okruhu ochorení tam, kde proteoanabolický efekt je určitým predpokladom úspešnej liečby a tiež tam, kde účinkom rastového hormónu by sme mohli ovplyvniť vysoké hladiny lipidov v krvi mobilizáciou celulárnej lipázy.

Záver

V práci sa sleduje vplyv izotermického a hypertermického kúpeľa na sekréciu rastového hormónu u skupiny zdravých mladých mužov s priemernou telesnou váhou a výškou.

Po izotermickom kúpeli neprišlo k vzostupu telesnej teploty oproti hypertermickému kúpeli, kde teplota tela stúpila až o 1,9 °C.

Rastový hormón bol určený rádioimunologicky.

Súčasne sa sledovala hladina laktátu a kortizolu v sére po hypertermnom kúpeli — k jej zvýšeniu neprišlo. K významnému zvýšeniu hladiny rastového hormónu v krvi došlo na konci kúpeľa, u niektorých pokusných osôb toto zvýšenie pokračovalo i v období odpočinku po kúpeli. Sledovala sa i hladina glukózy; k jej významným zmenám v pokuse neprišlo.

Diskutujú sa možné závery z týchto pozorovaní hypertermných kúpeľov, ktoré môžu byť dobrým stimulátorom pri testovaní dospelých pacientov. Poukazuje sa i na teoretické možnosti proteoanabolického účinku a účinku na hladinu lipidov u chorých, u ktorých súčasná rehabilitácia vo svojich programoch zasahuje pri reedukácii funkcie, u niektorých afekcií ortopedicko-neurologickej oblasti a u niektorých chronických chorôb srdcovej oblasti systému.

LITERATÚRA

1. Berson, S. A., Yalow, R. S.: Human growth hormone labeled with radioactive iodine at high specific activity: Preparation, purification, and characterization for immunochemical studies and immunoassay. V knihe: Growth Hormone, Excerpta Medica Fnd., Milan 1968, s. 47—59.
2. Geisen, K., Meder, R.: Effekt von Wärme auf das Wachstumshormon beim Menschen. Z. Kinderheilk., 106, 1969, s. 308—313.
3. Kopecký, A., Votava, V.: Stimulace sekrece růstového hormonu teplem. Čs. Pediat., 28, 1973, s. 480—482.
4. Molinatti, G. M., Massara, F., Strumia, E., Pennisi, F., Scasellati, G. A., Vanchieri, L.: Radioimmunoassay of human growth hormone. J. nucl. Biol. Med., 13, 1969, s. 26—36.
5. Okada, Y., Matsuoka, T., Kumahara, Y.: Human growth hormone secretion during exposure to hot air in normal adult male subjects. J. clin. Endocr., 34, 1972, s. 759—763.
6. Traks, E., Sancetta, S. M.: The effect of „dry“ heat on the circulation of man. Cerebral haemodynamic. Am. Heart J., 70, 1965, s. 59—65.

M. Палат, М. Вигащ, И. Юрчовичова, Ш. Немет:
Секреция гормона роста во время купанья в гипертермической воде

Резюме

В работе исследует влияние изотермических и гипертермических ванн на секрецию гормона роста у группы здоровых молодых мужчин со средним весом и высотой тела.

После изотермической ванны не произошло повышения температуры тела в отличие от гипертермической ванны, при которой температура тела повысилась на 1,9 °С. Гормон роста определялся радиоиммунологическим путем. Одновременно исследовался уровень лактата и кортизола в сыворотке после гипертермической ванны — его повышения не наблюдалось. Достоверное повышение уровня гормона роста в крови произошло в конце купанья, у некоторых подопытных людей оно продолжалось и во время отдыха после купанья. Исследовался и уровень глюкозы; его достоверного изменения во время опыта не произошло.

Обсуждаются возможные заключения, вытекающие из этих наблюдений гипертермических ванн, которые могут послужить хорошим стимулятором при тестировании взрослых больных. Отмечаются и теоретические возможности протеоанаболического действия и действия на уровень липидов у больных, у которых одновременная реабилитация в своих программах принимает участие при редукации функции у некоторых аффекций ортопедическо-нейрологической области и у некоторых хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы.

*Palát M., Vigaš M., Jurčovičová J., Németh Š.:
Secretion of the somatic hormone during bathing in hyper-
tonic water*

Summary

The paper deals with the influence of isothermic and hyperthermic baths on the secretion of the somatic hormone in a group of healthy young men with an average body weight and height.

After the isothermic bath no increase of body temperature was registered, whereas after the hyperthermic bath body temperature rose by 1,9 °C. The somatic hormone was determined radioimmunologically. At the same time the level of lactate and cortisol in the blood serum was followed up after the hyperthermic bath, but there was no increase. A significant increase of the level of somatic hormone in the blood was observed at the end of the bath, in some probands the increase persisted during rest after the bath. Also the level of glucose in the blood was followed up, there were however no significant changes.

Ensuing conclusions of observations in hyperthermic baths are being discussed which may be suitable stimulators in testing of mature patients. Indicated are the theoretic possibilities of the proteoanabolic effect and the effect on the level of lipids in patients where the presently applied rehabilitation with its programmes intervenes in reeducation of functions in some affections of the orthopaedically neurologic field and in some chronic diseases of the cardi-angiologic system.

*Palát M., Vigaš M., Jurčovičová J., Németh Š.:
La sécrétion de l'hormone de croissance pendant un bain
dans une eau hyperthermique.*

Résumé

Cet article traite l'influence de bains isothermiques et hyperthermiques sur la sécrétion de l'hormone de croissance chez un groupe de jeunes gens en bonne santé ayant un poids et une grandeur physique moyenne.

Après un bain isothermique, aucune montée de la température du corps n'a été enregistrée par rapport au bain hyperthermique où la température a augmenté de 1,9 °C. L'hormone de croissance a été déterminé par le procédé radioimmunologique. Simultanément, on a suivi, après le bain hyperthermique, le niveau du lactate et du cortisol dans le sérum — celui-ci n'a pas augmenté. Une hausse significative du niveau de l'hormone de croissance dans le sang s'est manifestée chez quelques personnes examinées à la fin du bain, cette hausse a continué même dans la période de repos suivant le bain. On a suivi aussi au cours de l'expérience le niveau de la glucose, mais aucun changement significatif n'a eu lieu.

On discute les conclusions possibles de ces observations de bains hyperthermiques qui peuvent être un bon stimulateur au cours du testing des adultes. On fait remarquer les possibilités théoriques des effets protéonaboliques et ceux au niveau des lipides chez les malades où la réadaptation simultanée dans leurs programmes, intervient dans la rééducation fonctionnelle dans certaines affections du domaine orthopédoneurologique et dans différentes maladies chroniques du système cardiovasculaire.

*Palát M., Vigaš M., Jurčovičová J., Németh Š.:
Die Wachstumshormon-Sekretion während des Badens in hyperthermischem Wasser*

Zusammenfassung

In dieser Arbeit wird der Einfluß von isothermischen und hyperthermischen Bädern auf die Sekretion des Wachstumshormons bei einer Gruppe gesunder junger Männer von durchschnittlicher Höhe und mit durchschnittlichem Körpergewicht beobachtet.

Nach dem isothermischen Bad trat — im Unterschied zum hyperthermischen Bad, bei dem die Körpertemperatur um bis zu 1,9 °C anstieg — keine Erhöhung der Körpertemperatur ein. Das Wachstumshormon wurde radioimmunologisch festgestellt. Zugleich wurde das Niveau des Laktats und des Kortisols im Serum nach dem hyperthermischen Bad beobachtet — es trat keine Erhöhung ein. Ein signifikantes Ansteigen des Wachstumshormonspiegels im Blut war gegen Ende des Bades zu verzeichnen, bei einigen Versuchspersonen dauerte dieses Ansteigen auch während des Ruhens nach dem Bade an. Auch das Niveau der Glukose wurde beobachtet; es trat bei dem Versuch keine signifikante Veränderung ein.

Es werden mögliche Schlußfolgerungen aus diesen Beobachtungen der Wirkung hyperthermischer Bäder diskutiert, die ein gutes Stimulans beim Testen erwachsener Patienten abgeben könnten. Es wird auf theoretische Möglichkeiten einer proteoanabolischen Wirkung und eines Einflusses auf das Niveau der Lipide bei Patienten hingewiesen, bei denen die gegenwärtig zur Anwendung gelangende Rehabilitationsbehandlung mit ihren Programmen bei der Reedukation von Funktionen nach gewissen Affektionen des orthopädisch-neurologischen Bereiches und bei einigen chronischen Erkrankungen des Herz-Gefäßsystems eingreift.

**DEUTSCH-ÖSTERREICHISCH-SCHWEIZERISCHE
UNFALLTAGUNG IN BERN 1972.**

Kongressbericht. Heft zur Unfallheilkunde, Heft 114. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1973.

Kongresový svazek uvedeného časopisu obsahuje zprávu o společném zasedání Německé společnosti pro traumatologii, pojišťovací, protetikou a dopravní medicínu, Rakouské společnosti pro traumatologii a Švýcarské společnosti pro traumatologii a nemocí z povolání. Autoři zprávy jsou dr. Contzen, dr. Jonasch a dr. Baur. V publikaci jsou shrnuty kongresové přednášky a diskuse pěti hlavních témat a volné přednášky. Hlavní skupiny referátů se zabývaly problematikou zlomenin loketního kloubu u dospělých, pyocyaneové infekce, zlomenin klíční kosti a dále otázkami pracovního a dopravního lékařství.

V první skupině přednášek s tematikou zlomenin lokte jsou referáty zaměřené k anatomii a biomechanice loketního kloubu, dále indikace ke konzervativnímu a operativnímu léčení těchto zlomenin a k jejich rehabilitaci. Pokud jde o čerstvé zlomeniny, jsou diskutovány zlomeniny distálního konce kosti pažní, zlomeniny olekranu, luxační zlomeniny a zlomeniny hlavičky radia. Zvláštní skupina přednášek je věnována stavům pouřazovým, zhojení zlomenin v nesprávném postavení, pseudoarthrosám, ankylosám kloubním a komplikacím z poruch nervových. V biomechanice kloubu loketního je zdůrazněn význam stanovení velikosti sil pohybujících kloubem a zatěžujících kloubní plochy a hodnocení sil při cyklických pohybech paže. V indikacích k operativnímu léčení fraktur jsou uváděny jako metody volby osteosyntézy dostatečné stabilizující frakturu, neboť fixace sádrovým obvazem má velmi často za následek omezení pohybu. Z referátů vyplývá, že 90 procent případů zlomenin v oblasti lokte je indikováno k operaci. Podstatná část úspěchu při ošetřování těchto zlomenin spočívá v časně rehabilitaci, kterou právě stabilizující osteosyntézy umožňují. Zdůrazněna dále zásada nepoužívání násilných pasivních pohybů a intenzivní fyzikální terapie jako prevence osifikující myositidy při rehabilitaci fraktur v oblasti lokte.

Ve druhé skupině přednášek je diskutována profylaxe a terapie infekcí způsobených *bact. pyocyaneum* z hlediska bakteriologického a pokud jde o praktická opatření v boji proti této infekci zvláště u spálenin. U infikovaných osteosyntéz byl *pyocyaneus* nalezen ve 28 procentech jako součást smíšené infekce.

Třetí část referátů se soustředila na zlomeniny klíční kosti a na poruchy cévní a nervové při těchto zlomeninách. 93 procent případů je léčeno konzervativně. Při operativním léčení je dáována přednost osteosyntéze dlahou.

Čtvrtá část přednášek byla věnována pracovní medicíně zabývající se bojem proti hluchosti z lékařského i technického hlediska.

Pátá skupina referátů se týkala dopravní medicíny. Zvláště neobvyklý problém osteoporózy ve vztahu k schopnosti řízení vozidla zaujme čtenáře kongresové zprávy. Je upozorněno na možnost vzniku spontánních fraktur u osob s osteoporózou při horizontálním a vertikálním urýchlení při jízdě. Diskutovány jsou dále stavy onemocnění ramenního kloubu a jejich vliv na schopnost řízení vozidla a problematika těžce tělesně postižených vzhledem k řízení motorových vozidel.

Šestá skupina přednášek s volnými tématy je velmi početná. Z nich je třeba upozornit na novou operační metodu při habituelní luxaci ramenního kloubu spočívající v subkapitální derotační osteotomii humeru. Dále zaujme přednáška o urologických komplikacích při totálních endoprotézách kyčelního kloubu a dále ovlivnění opožděného hojení zlomenin elektromagnetickým polem a regenerace tkání elektrickými a magnetickými potenciály. Referáty kongresové zprávy jsou opatřeny množstvím tabulek, grafů a rtg dokumentací. Publikace je svým obsahem přínosem a poučením pro každého, kdo se zabývá traumatologií, ortopedií, chirurgií, rehabilitací, pracovním lékařstvím a otázkami řízení vozidel v dopravě.

Dr. K. Mayer, Praha

IZOMETRICKÉ KONTRAKCE U NEMOCNÝCH PO SRDEČNÍM INFARKTU

M. KUČERA, J. SUCHAN, J. JESCHKE, V. HOLEČEK

Klinika chorob vnútorných Lékařské fakulty

University Karlovy v Plzni

Přednosta: prof. MUDr. Josef Sova

Rehabilitační oddělení Fakultní nemocnice v Plzni

Přednosta: primár MUDr. Jaroslav Suchan

Oddělení tělovýchovného lékařství

Fakultní nemocnice v Plzni

Přednosta: primár MUDr. Jiří Jeschke

Oddělení klinické biochemie

Fakultní nemocnice v Plzni

Přednosta: primár MUDr. Václav Holeček, CSc.

Fyzická činnost spojená se svalovými izometrickými kontrakcemi (ISMK) je u nemocných po infarktu myokardu (IM) pokládána obvykle za nevhodnou (12). Jak prokazují některé práce z poslední doby, ovlivňují ISMK nepříznivě řadu funkcí kardiovaskulárního aparátu (6, 7), zejména vyvolávají významnou vasopresorickou odpověď (4, 11) a jsou příčinou vzniku arytmií (10).

Protože se nemocní po IM, kteří se vrátili do normálního života, ISMK obvykle nevyhnou, věnovali jsme této problematice pozornost. Pokusili jsme se zodpovědět tyto otázky:

1. Jak ovlivňují ISMK tepovou frekvenci (TF), krevní tlak (TK) a EKG nemocných po IM.
2. Jaká je reakce těchto parametrů na ISMK ve srovnání s jejich reakcí na dynamickou zátěž.
3. Zda může dojít nácvičím ISMK k jejich zlepšení.

Metodika

U 24 nemocných, kteří prodělali IM před 6 až 34 měsíci, jsme provedli celkem 30 vyšetření ISMK; průměrná doba po IM byla 21 měsíců. Šlo o 23 mužů a 1 ženu ve věku od 35 do 60 let; průměrný věk byl 50,8 roků. Jednalo se vesměs o nemocné, kterým byly v klidu opakovaně naměřeny normální hodnoty TK. Bylo užito elektrického tenzometrického dynamometru, přizpůsobeného k měření ISMK svalů ruky. Nemocný v poloze vsedě s volně spuštěnou extendovanou horní končetinou stiskl maximálně rukojeť dynamometru. Potom po dobu 5 minut tiskl na 20—25 % maximální síly (MS). Dbali jsme na to, aby nemocní během vyšetřování volně dýchali. V průběhu ISMK a do 5 minut po skončení bylo každou minutu registrováno EKG a manžetovou metodou měřen TK (diastolický určován V. fází).

Jako kontrolní skupinu jsme vyšetřili 7 mužů přibližně stejného věku (průměr 48,2 roku), kteří neprodělali IM a neměli žádné známky ischemické ani jiné srdeční choroby, včetně hypertenze.

U všech nemocných a kontrolní skupiny jsme provedli pracovní zátěž na bicyklovém ergometru (BE), stupňovanou po 25 W do vzniku klinických nebo elektrokardiografických známek přechodné srdeční ischemie subjektivních potíží, které jsou indikací k přerušení testu, nebo do 75 % maximální TF dle pohlaví a věku (1).

Minutová spotřeba kyslíku (V_{O_2} — STPD) byla stanovena během poslední minuty u všech vyšetřovaných na BE a u 9 při ISMK; analýza plynů byla provedena na přístroji Spirolyt II.

U 14 nemocných jsme vyšetřili před a 3 minuty po ISMK neesterifikované mastné kyseliny (NEMK) v séru metodou podle Duncomba (2) a u 9 krevní plyny a acidobazickou rovnováhu podle Astrupa (8).

Pokusili jsme se v rámci léčebné tělesné výchovy (LTV) o trénink ISMK u 15 nemocných. Cvičení bylo prováděno dvakrát týdně po dobu 2 měsíců.

Cviky byly vybrány s ohledem na běžné činnosti. Každý cvik trval 1 minutu, mezi jednotlivými cviky byla desetivteřinová přestávka. TK byl měřen posledních 15 vteřin ve 3. minutě cvičení.

Cvičení bylo prováděno u žebřin:

1. Stoj rozkročný, v předpažení tlak na žebřiny.
2. Stoj rozkročný, v předpažení přitahování žebřin.
3. Stoj rozkročný, podřep, zvedání žebřin.

Cvičení bylo prováděno takovou silou, aby byl ještě možný plný nádech a výdech.

Statistické zpracování výsledků provedlo Výpočetní středisko LF UK v Plzni na samočinném počítači Odra 1013.

Výsledky a jejich hodnocení

Tab. č. 1 a 2 ukazují hodnoty pulzu, systolického a diastolického TK při ISMK. Vyplývá z nich, že všechny uvedené parametry ve srovnání s klidovými hodnotami signifikantně stoupají, zejména diastolický tlak.

Izometrické kontrakce (ISMK)
25 % max. síly — 5 min.
Statistické zhodnocení

Tab. č. 1

| | | Aritmet. průměr | Směrodatná odchylka | Odchylka průměru |
|-------|-----|--------------------|------------------------|---------------------|
| Klíd | P | 75.45 | .10849,02 | .34308,01 |
| | sTK | 124.55 | .19360,02 | .61220,01 |
| | dTK | 83.18 | .91136,01 | .28820,10 |
| Stisk | P | 89.36 | .10948,02 | .34622,01 |
| | sTK | 169.55 | .19360,02 | .61220,01 |
| | dTK | 115.91 | .17297,02 | .54697,01 |

P : p < 0,01

TK Systol.: p < 0,01
TK Diastol.: p < 0,01

Izometrické kontrakce (ISMK)
20 % max. síly — 5 min.
Statist. zhodnocení

Tab. č. 2

| Skup. | | | Počet hodnot | Aritmet. průměr | Směrodat. odchylka | Odchylka průměru |
|-------|-----|---|-----------------|--------------------|-----------------------|---------------------|
| Klíd | P | 1 | 20 | 70.70 | .80256,01 | .18412,01 |
| | sTK | 2 | 20 | 136.00 | .11136,02 | .25547,01 |
| | dTK | 3 | 20 | 88.00 | .85732,01 | .19668,01 |
| Stisk | P | 4 | 19 | 78.32 | .10648,02 | .25097,01 |
| | sTK | 5 | 20 | 169.75 | .23584,02 | .54105,01 |
| | dTK | 6 | 20 | 111.75 | .13627,02 | .31262,01 |

P : p < 0,05

TK Systol.: p < 0,01
TK Diastol.: p < 0,01

U kontrolní skupiny zdravých jsme zjistili při ISMK významný vzestup pouze systolického TK, a to na 5 % úrovni. Pulz a diastolický TK stoupaly statisticky nesignifikantně (Tab. č. 3).

Tab. č. 4 ukazuje rozdíly mezi zátěží na BE a ISMK u skupiny nemocných ve spotřebě kyslíku, v tepové a tlakové reakci a orientačně i ve spotřebě kyslíku myokardem podle modifikovaného indexu tenze—čas $\left(\frac{P \text{ krát systol. TK}}{100} \right)$.

Při BE dochází ke statisticky významně vyšší spotřebě kyslíku, významnějšímu vzestupu pulzu a modifikovaného indexu tenze—čas. Naproti tomu při ISMK nacházíme výraznější vzestup diastolického tlaku.

U skupiny nemocných po IM se z 30 vyšetření ISMK objevily ne EKG 3krát četné komorové extrasystoly.

ISMK u zdravých osob (Kontrolní skupina)
20 % max. síly — 5. min.

Tab. č. 3

| Klid | | | Nejvyšší hodnoty | | |
|------|-----|-----|------------------|-----|-----|
| P | sTK | dTK | P | sTK | dTK |
| 84 | 130 | 80 | 100 | 180 | 110 |
| 100 | 140 | 90 | 110 | 140 | 95 |
| 80 | 140 | 90 | 86 | 155 | 90 |
| 80 | 140 | 90 | 100 | 150 | 100 |
| 68 | 110 | 70 | 86 | 135 | 80 |
| 78 | 145 | 100 | 82 | 170 | 105 |
| 69 | 125 | 80 | 74 | 150 | 85 |

| | Počet hodnot | Aritmet. průměr | Směrodatná odchylka | Odchylka průměru |
|---------------|--------------|-----------------|---------------------|------------------|
| TK před ISMK | 7 | 79.86 | .98912 p 01 | .40381 p 01 |
| TK po ISMK | 7 | 91.14 | .11606 p 02 | .47380 p 01 |
| sTK před ISMK | 7 | 32.86 | .11294 p 02 | .46107 p 01 |
| sTK po ISMK | 7 | 54.29 | .14743 p 02 | .60187 p 01 |
| dTK před ISMK | 7 | 85.71 | .90351 p 01 | .36886 p 01 |
| dTK po ISMK | 7 | 95.00 | .10000 p 01 | .40825 p 01 |

Statistická významnost:

sTK před ISMK: sTK po ISMK + + p<0,05

rovnání BE a ISMK

| BE | | | ISMK | | |
|-----|-----|-----|------|-----|-----|
| P | sTK | dTK | P | sTK | dTK |
| 125 | 180 | 90 | 95 | 200 | 130 |
| 150 | 170 | 80 | 82 | 180 | 130 |
| 170 | 190 | 100 | 110 | 160 | 115 |
| 142 | 190 | 80 | 76 | 140 | 80 |
| 160 | 160 | 70 | 100 | 160 | 105 |
| 142 | 200 | 80 | 80 | 140 | 110 |
| 134 | 200 | 100 | 78 | 180 | 130 |
| 170 | 160 | 80 | 110 | 175 | 130 |
| 95 | 160 | 80 | 83 | 200 | 120 |

| | | Počet hodnot | Aritmet. průměr | Směrodat. odchylka | Odchylka průměru |
|------|-----|--------------|-----------------|--------------------|------------------|
| BE | P | 9 | 143.11 | .22378,02 | .79117,01 |
| | sTK | 9 | 178.89 | .15947,02 | .56383,01 |
| | dTK | 9 | 84.44 | .95581,01 | .33793,01 |
| ISMK | P | 9 | 90.44 | .12807,02 | .45280,01 |
| | sTK | 9 | 170.56 | .21140,02 | .74742,01 |
| | dTK | 9 | 116.67 | .15811,02 | .55902,01 |

Px syst. TK

100

P : <0,01
TK : <0,01

Modifikovaný index Tense — čas

| BE | ISMK |
|-------|-------|
| 225 | 190 |
| 255 | 147,6 |
| 323 | 176 |
| 269,8 | 106,4 |
| 256 | 160 |
| 284 | 112 |
| 268 | 140,4 |
| 274 | 192 |
| 152 | 166 |

p<0,01

Spotřeba O₂ při BE a ISMK

| | Počet hodnot | Aritmet. průměr | Výběrový rozptyl | Směrodat. odchylka | Odchyl. průměru |
|----------|--------------|-----------------|------------------|--------------------|-----------------|
| Při BE | 8 | 1803.38 | .15275,06 | .39083,03 | .14772,03 |
| Při ISMK | 8 | 626.87 | .85625,05 | .29262,03 | .11060,03 |

p < 0,01

NEMK před a po ISMK

Tab. č. 5

| | | |
|-----|-----------|------|
| 1. | 0,25 mE/1 | 0,17 |
| 2. | 0,31 | 0,28 |
| 3. | 0,18 | 0,22 |
| 4. | 0,29 | 0,37 |
| 5. | 0,19 | 0,22 |
| 6. | 0,42 | 0,59 |
| 7. | 0,45 | 0,57 |
| 8. | 0,34 | 0,38 |
| 9. | 0,59 | 0,66 |
| 10. | 0,27 | 0,21 |
| 11. | 0,28 | 0,37 |
| 12. | 0,23 | 0,22 |
| 13. | 0,21 | 0,14 |
| 14. | 0,23 | 0,29 |

| | Počet hodnot | Aritmet. průměr | Směrodatná odchylka | Odchylka průměru |
|-----------|--------------|-----------------|---------------------|------------------|
| před ISMK | 14 | 0.30 | .11048p 00 | .30642p-01 |
| po ISMK | 14 | 0.34 | .15945p 00 | .44224p-01 |

Statisticky nevýznamné

Tab. č. 6

ABR a krevní plyny před a po ISMK

| 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | |
|---------|-------|------------------|------|--------------|------|-------------|------|--------------|------|----------------|------|-----------------|------|-----------------|----|-------------------------|------|
| Akt. pH | | PCO ₂ | | Basse Excess | | Base Buffer | | Bikarb. Akt. | | Stand. Bikarb. | | CO ₂ | | PO ₂ | | Saturace O ₂ | |
| a | b | a | b | a | b | a | b | a | b | a | b | a | b | a | b | a | b |
| před | po | před | po | před | po | před | po | před | po | před | po | před | po | před | po | před | po |
| 7,34 | 7,4 | 38 | 33,5 | -5 | -3 | 44,5 | 46,8 | 19,8 | 20,5 | 20,5 | 22 | 20,9 | 21,5 | 66 | 65 | 92 | 93 |
| 7,39 | 7,355 | 29,5 | 33 | -5,5 | -6 | 44,5 | 44 | 17,3 | 18 | 20 | 19,5 | 18 | 19 | 74 | 71 | 95 | 93,8 |
| 7,38 | 7,39 | 29,5 | 32 | -6,2 | -4,5 | 42,5 | 43,8 | 17 | 19 | 19,5 | 20,6 | 17,8 | 19,9 | 82 | 77 | 96,1 | 94,5 |
| 7,47 | 7,37 | 26,3 | 34,5 | -4,5 | -4,5 | 43,5 | 45 | 18 | 19,5 | 21,8 | 20,6 | 18,7 | 20,8 | 64 | 60 | 92,6 | 90,2 |
| 7,435 | 7,39 | 25,5 | 32 | -5 | -4,5 | 44,2 | 45 | 16,6 | 19 | 20,5 | 21 | 17,4 | 19,9 | 81 | 71 | 96,4 | 94,7 |
| 7,4 | 7,44 | 45,3 | 37 | +2,5 | +1,2 | 50 | 48 | 27,5 | 25 | 26,6 | 25,5 | 28,8 | 26,1 | 67 | 83 | 93,4 | 96,5 |
| 7,38 | 7,4 | 31,5 | 33 | -5 | -3,2 | 44 | 46,5 | 18 | 20 | 20,2 | 21,7 | 18,9 | 21 | 59 | 63 | 90,4 | 92,3 |
| 7,4 | 7,42 | 33,5 | 33 | -3 | -2 | 47 | 47 | 20,3 | 21 | 22 | 22,5 | 21,3 | 21,9 | 71 | 81 | 94,6 | 96,2 |

Tab. č. 7

2-měsíční nácvik ISMK

| | | Počet hodnot | Aritmet. průměr | Směrodat. odchylka | Odchylka průměru |
|----------|-----|--------------|-----------------|--------------------|------------------|
| Před | sTK | 15 | 149,00 | .28763,02 | .76873,1 |
| nácvikem | dTK | 15 | 90,67 | .1481,0 | .39601,01 |
| Po | sTK | 15 | 155,33 | .18927,02 | .50584,01 |
| nácviku | dTK | 15 | 100,00 | .10328,02 | .27603,01 |

Statisticky nevýznamný rozdíl.

Z hodnot uvedených na tab. č. 5 je zřejmé, že při ISMK nedocházelo k významnějším změnám NEMK v séru.

Z tab. č. 6 vyplývá, že ISMK neměly za následek výraznější změny v krevních plynech (O_2 , CO_2), ani v acidobazické rovnováze (ABR).

Tab. č. 7 dokumentuje na základě statistického zhodnocení, že se nepodařilo nácvikem odstranit nepříznivou tlakovou reakci u nemocných po IM.

Diskuse a závěry

V shodě s literárními údaji jsme našli u nemocných po IM při ISMK významný vzestup TF, sytolickeho a zejména diastolického TK. Tyto změny byly výrazné asi u poloviny nemocných. Zbývající reagovali jen mírným vzestupem buď TK nebo tepové frekvence. Ischemická deprese ST se neobjevila u žádného z testovaných. U 10 % se objevily komorové extrasystoly.

Srovnáváme-li BE a ISMK, docházíme k těmto závěrům:

- a) spotřeba kyslíku byla signifikantně vyšší při BE;
- b) při BE stoupla nejvýznamněji TF, kdežto ISMK byly provázeny především vzestupem diastolického tlaku;
- c) modifikovaná hodnota indexu tenze—čas stoupala významněji při BE.

Lze říci, že na ISMK a dynamickou zátěž při BE reaguje kardiovaskulární systém odlišným způsobem. K obdobným závěrům dochází i Siegel a spol. [11].

Rozdílná reakce na oba typy zátěže a skutečnost, že ISMK se nemocní po IM v běžném životě obvykle nevyhnou, opravňuje požadavek, aby se vyšetření ISMK stalo vedle BE nedílnou součástí vyšetření těchto nemocných.

Z provedených vyšetření NEMK a ABR nelze pro malý počet dělat určitéjší závěry. Zdá se však, že při ISMK nedochází k významné spotřebě rychle utlizovaných živin, jakými jsou NEMK, ani k výraznějším změnám v krevních plynech (O_2 , CO_2). Nezdá se také, že by při ISMK byly kladeny větší nároky na udržení vnitřního prostředí.

Jak ukazují naše výsledky, nepodařilo se nám nácvikem zlepšit pulzovou ani tlakovou reakci na ISMK.

Souhrn

1. Vyšetřili jsme izometrické kontrakce (ISMK) svalů ruky a předloktí u 24 nemocných po infarktu myokardu (IM). Síla stisku byla 20—25 % maximálního stisku, a trvala 5 minut. Zjistili jsme statisticky významný vzestup pulzu, systolického a zejména diastolického krevního tlaku. U kontrolní skupiny zdravých jsme našli statisticky významný vzestup jen systolického tlaku.

2. Vzhledem k rozdílné reakci pulzu, krevního tlaku a změnám na EKG nemocných po IM při BE a ISMK, soudíme na oprávněnost obou způsobů vyšetření při vstupním i kontrolním testování nemocných po IM během LTV a před nástupem do zaměstnání.

LITERATURA

1. *Anderson et Col.*: Fundamentals of Exercise Testing 1970, Geneva, WHO, s. 10. cit. dle Evaluation of Rehabilitation Programmes for Patients with Myocardial Infarction, Bordau 1970.
2. *Duncombe W. G.*: The Colorimetric Micro-Determination of Esterified Fatty Acids in Plasma, Clin. chir. Acta 9, 1964, 7: 122—125.
3. *Friesinger G. C.*: Objektive Beurteilung der Angina pectoris, C. H. Boehringer 80, Ingelheim am Rhein, 1972: 9.
4. *Freyschuss*: Cardiovascular Adjustment to somatomotor Activation, Acta Physiol. Scand. suppl. 342, 1970, 12—63.
5. *Fogelman, A. M.*: Echocardiographic Study of the Abnormal Motion of the Posterior Left Ventricular Wall during Angine Pectoris, Circulation, 46, 1972, 905—913.
6. *Heljant, R. H., de Villa, M. A., Meister, S. A.*: Effect of Sustained Isometric Handgrif Exercise on Left Ventricular Performance, Circulation, 44, 1971, 982—993.
7. *Kivowitz, Ch., Parmley, W. W., Donoso, R., Marcus, H., Ganz, W., Swan, H. J. C.*: Effects of Isometric Exercise on Cardiac Performance, Circulation, 44, 1971, 994—1002.
8. *Kučera, M., Holeček, V., Jeschke, J., Hůla, J., Suchan, J., Sova, J.*: Vliv krátkodobé fyzické zátěže na výši PO₂ v krvi a acidobazickou rovnováhu u nemocných po srdečním infarktu. Vnitřní Lék. 19, 1973, č. 4, s. 313—319.
9. *Lind, A. R., Mc Nicol, G. W.*: Muscular Factors with Determine the Cardiovascular Responses to Sustained and Rhythmic Exercise, Canad. Med. Ass. J., 96, 1967, 12: 706—713.
10. *Matthews, O. A., Atkins, J. M., Houston, Y. D. et. al.*: Arrhythmias Induced by Isometric Exercise [Handgrif] [abstr.] Clin. Res., 1971, 19: 23, cit. podle 8.
11. *Siegel, W., Gilbert, Ch. A., Nutter, D. O., Schlant, R. C., Hurst, J. W.*: Use of Isometric Handgrif for the Indirect Assessment of Left Ventricular Function in Patients with Coronary Atherosclerotic Heart Disease. Amer. J. Cardiol. 30, 1972, 1: 48—54.
12. Myocardial Infarction. How to prevent. How to rehabilitate. Sponsored by the Council on Rehabilitation International Society of Cardiology 1973.

*Кучера М., Сухан Й., Ешке Й., Голечек В.:
Изометрические контракции у больных после инфаркта миокарда*

Резюме

Мы исследовали изометрические контракции (ИСМК) мышц руки и предплечья у 24 больных после инфаркта миокарда (ИМ). Сила сокращения составляла 20 — 25 % максимального сокращения и продолжалась 5 минут. Мы обнаружили статистически достоверное повышение пульса, систолического и, в частности, диастолического кровяного давления. У контрольной группы здоровых лиц мы установили статистически достоверное повышение одного лишь систолического давления.

Ввиду разной реакции пульса, кровяного давления и изменений на ЭКГ больных после ИМ при БЕ и ИЦМК мы считаем вполне законным использование обоих методов обследования при вступительных и контрольных тестах больных после ИМ во время лечебной физкультуры и перед поступлением на работу.

*Kučera M., Suchan J., Jeschke J., Holeček V.:
Isometric contraction in patients after myocardial infarction*

Summary

The isometric contractions (ISMK) of the hand muscles and the muscles of the forearm were examined in 24 patients after myocardial infarction (IM). The strength of grip was 20–25 % of the maximal grip and lasted 5 minutes. A statistically significant increase of pulse rate, systolic and diastolic blood pressure was observed. In the control group of healthy individuals only the increase of systolic blood pressure was found to be of statistic significance.

With regard to the differing reactions of pulse rate, blood pressure and changes on the ECG after MI in BE and ISMK, both methods of examination are considered to be justified in initial test and controls in patients after MI during exercise therapy before return to employment.

*Kučera M., Suchan J., Jeschke J., Holeček V.:
Les contractions isométriques chez les malades après l'infarctus du myocarde*

Résumé

Après un examen des contractions isométriques (ISMK) des muscles de la main et de l'avant-bras chez 24 malades après l'infarctus du myocarde (IM), nous avons constaté que la force de serrement était de 20 à 25 % du serrement maximum et sa durée 5 minutes. Nous avons également constaté une montée statistique importante du pouls, des teusious artérielles systolique et notamment diastolique. Après l'examen d'un groupe de personnes en bonne santé, nous avons constaté une importante montée statistique de la tension systolique seulement.

En égard de la réaction différente du pouls, de la tension artérielle et des modifications sur l'EKG des malades après l'infarctus du myocarde lors de BE et ISMK, nous jugeons de la justification des deux méthodes d'examens lors des test d'entrée et de contrôle des malades après l'infarctus du myocarde pendant la réhabilitation médicale et avant la reprise du travail.

*Kučera M., Suchan J., Jeschke J., Holeček V.:
Isometrische Kontraktionen bei Herzinfarkt-Patienten*

Zusammenfassung

Es wurden bei 24 Patienten nach einem Myokard-Infarkt (IM) isometrische Kontraktionen (ISMK) der Muskel des Ober- und Unterarmes untersucht. Die Druckkraft betrug 20–25 % des Maximaldrucks und dauerte 5 Minuten. Festgestellt wurde eine statistisch signifikante Pulsbeschleunigung und Steigerung des systolischen und besonders des diastolischen Blutdrucks. Bei einer Kontrollgruppe von Gesunden wurde nur beim systolischen Druck eine statistisch signifikante Steigerung verzeichnet.

In Anbetracht der unterschiedlichen Reaktion des Pulses, des Blutdrucks sowie der Veränderungen im EKG der Patienten nach dem Myokardinfarkt bei Normalbelastung und bei ISMK ist es unseres Erachtens begründet, beim Aufnahme- sowie beim Kontrolltest der Patienten nach Myokardinfarkten während der Rehabilitationsbehandlung und vor dem Arbeitsantritt beide Untersuchungsarten anzuwenden.

METODICKE PRISPEVKY

**LTV U PACIENTŮ S CHRONICKÝM
DIALYSAČNÍM PROGRAMEM**

*M. PINKASOVÁ, E. PETRÁČKOVÁ, J. SUCHAN,
M. VÍCHOVÁ*

*Rehabilitační oddělení fakultní nemocnice v Plzni,
přednosta MUDr. Jaroslav Suchan*

*Interní klinika KU v Plzni,
přednosta prof. MUDr. Josef Sova, DrSc.,
hemodialyzační oddělení,
vedoucí lékař doc. MUDr. Karel Opatrný, CSc.*

Život nemocných zařazených do chronického dialyzačního programu má řadu omezení. Je komplikován opakovanými i když krátkodobými pobyty v nemocnici. Základní onemocnění a určitým způsobem změněný režim života vede ke změnám somatickým i psychickým. Z hlediska léčebné rehabilitace je nutno zaznamenat u pacientů s chronickým postižením ledvin osteoporosu skeletu, oslabení a zkrácení svalů, postižení periferního nervstva (polyneuritis, paresis) a změnu emotivního ladění směrem k depresi.

Léčebná rehabilitace se musí zaměřit na udržení, eventuelně vytváření aktivní tělesné hmoty. Dobrá tělesná kondice a výkonný svalový aparát předchází jinak častým vertebrogenním obtížím z přetížení nosných kloubů. U trenovaných je pohyb přesnější, hospodárnější a tím šetří energii. Dobrá fyzická kondice ovlivňuje příznivě psychiku, nemocný získává sebedůvěru. Svalová činnost současně zlepšuje i podmínky metabolismu nervové tkáně.

Před cvičením vyšetříme u pacienta svalový aparát se zaměřením na oslabení a zkrácení svalů, dále postižení periferních nervů a posturální vady.

Hlavní zásady při cvičení:

1. Cvičení provádíme individuálně, vždy s ohledem na stav pacienta.
2. Cvičíme 1—2 hod. po jídle.
3. Před každým cvičením zkontrolujeme P a TK.
4. Respektujeme komplikace při základním onemocnění.
5. Dojde-li při cvičení k nadměrnému zvýšení pulsu (neodpovídajícímu zá-
těži), TK, dušnosti, malátnosti, zvracení, únavě a pod., cvičení přerušíme
a informujeme lékaře.

6. Respektujeme event. technická opatření u opakovaně dialysovaných pacientů (shunt a pod.).

7. Pacient cvičí dvakrát týdně pod dozorem cvičitelky.

Cvičení začínáme a pravidelně prokládáme dechovou gymnastikou, uvolňujeme svalová zkrácení a posilujeme všechny svalové skupiny. Využíváme aktivního cvičení. Isometrické kontrakce pro vytvoření a udržení aktivní svalové hmoty máme za vhodné také proto, že mobilita pacienta je omezena (cvičení při dialyse).

Zjišťování výkonnosti u dialysovaných pacientů:

Výkonnost pacientů zjišťujeme na Masterových schodech (two step test) modifikovaným způsobem.

Zátěž při testu trvá u našich pacientů jen 3 min. Víme, že nedochází k tak zvanému rovnovážnému stavu. Tepová a tlaková frekvence bývá při testu ovlivněna také psychickými vlivy.

Provedení vyšetření:

1. Zjistíme váhu pacienta.
2. Určíme rytmus, jakým bude pacient chodit.
3. Provedení testu (doba trvání 3 min.).
 - a) změříme klidové hodnoty P a TK,
 - b) měření P a TK ihned po skončení chůze po schodech,
 - c) měření po 2 min. naprostého klidu,
 - d) měření po 7 min. klidu pacienta.

Při udání frekvence chůze a počtu schodů zjistíme počet pozitivních výstupů za min. Počet pozitivních výstupů násobíme váhou pacienta. Výsledek násobíme výškou schodu — výsledek v kpm. Chceme-li vyloučit negativní práci (sestup) při Masterově testu, násobíme výsledek koeficientem 1,33.

Váha pacienta \times počet výstupů \times výška schodu \times 1,33 (koef. účinnosti) = kpm.

$\frac{1}{6}$ kpm = 1 W; 100 W = 612 kpm; 100 kpm = 16,6 W = 1 kcal

Z pulsové odpovědi při určité zátěži a z doby nutné k poklesu pulsové frekvence na původní hodnotu soudíme na stupeň trenovanosti.

Příklad:

Hodnocena žena narozená v roce 1953.

První dialyza provedena 4. I. 1971.

| | |
|----------------------|--|
| Konfigurace končetin | Normální. |
| Tonus | Normální. |
| Zkrácení svalů | Lehce zkrácena Achillova šlacha PDK a hamstringy. |
| Kloubní pohyblivost | Omezena extenze pravého hlezna. |
| Síla svalová | Hodnotili jsme orientačně. Celkově byla síla svalová snížena o 1 stupeň dle svalového testu. Síla svalová jmenované je tedy 75–80 %. |

Při stoji nezjišťujeme žádnou úchylku v konfiguraci DK, lopaty pánevní symetrické, páteř v ose. Rozsah pohyblivosti bederní, hrudní i krční v mezích fyziologických.

Při hodnocení ostatních pacientů jsme častěji zjistili zkrácení m. pectoralis, polyneuritické potíže, postižení n. fibularis, celkové oslabení síly svalové, únavu a malátnost.

Pacienty dělíme do 3 skupin — podle mobility:

III. Pacient je upoután na lůžko, nemůže vykonávat běžné denní činnosti bez pomoci.

Cvičíme: statické dýchání, lehké dynamické cvičení jen se souhybem HK, procvičování aker DK, nácvik chůze v lehu (posilování dynamického stereotypu chůze).

IIIa. Dynamické dýchání se souhybem HK a DK.

II. Pacient je schopen běžné denní činnosti, chodí po rovině. Chůze do schodů je možná jen s oporou.

Cvičíme: dynamické dýchání se souhybem HK a DK, lehké aktivní cvičení DK — odpoutat DK od podložky.

Ia. Dechové dynamické cvičení, aktivní cvičení HK a DK, izometrická kontrakce DK.

I. Pacient chodí bez pomoci do schodů a neopírá se o zábradlí.

Cvičení: dechová gymnastika, aktivní cvičení HK a DK, izometrické kontrakce DK, lehké odporové cvičení DK.

Ia. Dechová gymnastika, aktivní cvičení HK a DK, izometrické kontrakce, odporová cvičení DK a HK, cvičení s činkou aktivně, u zdatnějších pacientů cvičení s činkou aktivní i odporové.

Opakováním vyšetření v průběhu léčebného programu určujeme, zda a do jaké míry prováděna LTV ovlivňuje tělesnou zdatnost.
Grafické znázornění výsledků tab. č. 1.
Pulsová frekvence při zatížení ve W po 3 min. chůze:

Vysvětlivky:

| | | | |
|-------|---------------|---------------|---------------|
| Muži: | △ 1 hodnocení | □ 2 hodnocení | ○ 3 hodnocení |
| Ženy: | ▲ 1 hodnocení | ■ 2 hodnocení | ● 3 hodnocení |

PULSOVÁ ODPOVĚĎ NA ZÁTĚŽ V PRŮBĚHU CVIČENÍ

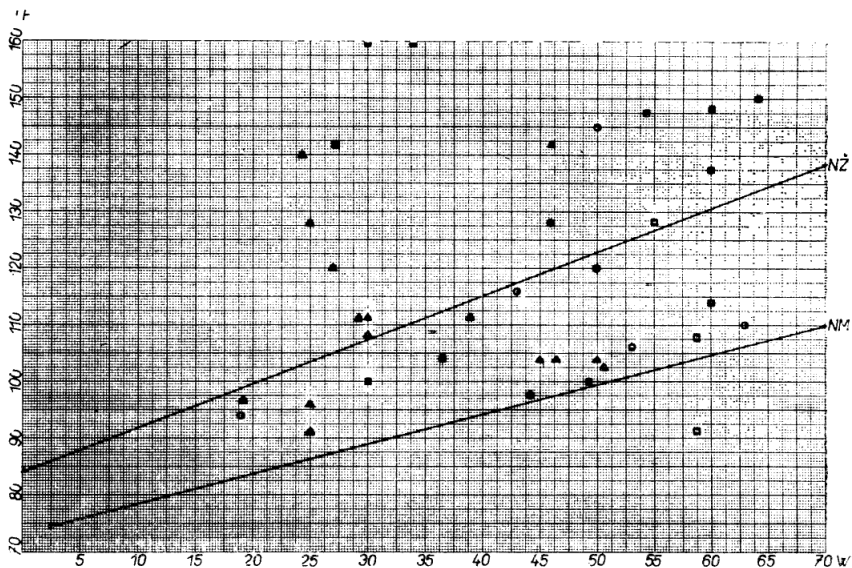
| | ZAHÁJENÍ CVIČENÍ | 1 | | | | 2 | | | | 3 | | | |
|-----|-----------------------|----|-----|-----|-----|--------------|-----|-----|-----|--------------|-----|-----|----|
| | | W | a | b | c | W | a | b | c | W | a | b | c |
| 1. | JB. ♂ 44 r. 2.10.1972 | 25 | 84 | 92 | 84 | 30 | 88 | 100 | 88 | 53 | 80 | 106 | 88 |
| 2. | JB. ♂ 24 r. 2.4.1973 | 50 | 104 | 132 | 110 | HEPATITIS | | | | 56 | 94 | 145 | 92 |
| 3. | MD. ♀ 54 r. 28.5.1973 | 46 | 96 | 142 | 96 | 60 | 86 | 148 | 94 | | | | |
| 4. | LF. ♂ 48 r. 11.4.1973 | 38 | 80 | 102 | 92 | HEPATITIS | | | | 50 | 84 | 120 | 86 |
| 5. | GG. ♂ 40 r. 28.2.1972 | 30 | 80 | 108 | 88 | 58 | 92 | 111 | 88 | 42 | 88 | 116 | 88 |
| 6. | VJ. ♂ 43 r. 16.8.1972 | 25 | 88 | 96 | 80 | 58 | 108 | 112 | 95 | 64 | 108 | 110 | 84 |
| 7. | ML. ♂ 21 r. 7.7.1972 | 19 | 72 | 96 | 96 | 33 | 102 | 160 | 105 | 64 | 88 | 150 | 88 |
| 8. | JL. ♂ 24 r. 4.12.1972 | 30 | 112 | 132 | 112 | 55 | 100 | 128 | 110 | PERIKARDITIS | | | |
| 9. | MM. ♀ 22 r. 19.4.1972 | 25 | 92 | 128 | 84 | 30 | 120 | 160 | 116 | 46 | 111 | 128 | 96 |
| 10. | JP. ♂ 46 r. 5.7.1973 | 45 | 76 | 104 | 84 | | | | | | | | |
| 11. | AP. ♀ 21 r. 23.3.1973 | 24 | 132 | 140 | 112 | 60 | 86 | 114 | 92 | 37 | 96 | 104 | 88 |
| 12. | VS. ♂ 46 r. 19.3.1973 | 47 | 104 | 132 | 110 | HEPATITIS | | | | | | | |
| 13. | JŠ. ♂ 27 r. 18.7.1973 | 53 | 110 | 140 | 114 | | | | | | | | |
| 14. | MS. ♂ 30 r. 3.1.1973 | 29 | 92 | 111 | 80 | 47 | 84 | 100 | 64 | 44 | 68 | 94 | 66 |
| 15. | JŠ. ♂ 26 r. 23.3.1973 | 51 | 92 | 102 | 92 | 54 | 100 | 148 | 106 | 60 | 108 | 144 | 98 |
| 16. | JŠ. ♀ 23 r. 23.2.1972 | 28 | 68 | 88 | 68 | DEKOMPENSAČE | | | | 18 | 72 | 92 | 56 |
| 17. | JK. ♂ 25 r. 6.4.1972 | 27 | 84 | 120 | 102 | 27 | 118 | 142 | 122 | | | | |

1 - HODNOCENÍ PŘI ZAHÁJENÍ CVIČENÍ
2 - HODNOCENÍ PO 3 MĚSÍCÍCH
3 - HODNOCENÍ PO 6 MĚSÍCÍCH

a - KLIDOVÁ HODNOTA TF
b - TF PO 3 min. CHŮZE
c - TF PO 2 min. KLIDU

Obr. č. 1.

Obr. č. 2.



Získané hodnoty pulsové frekvence při cvičení zátěži se pohybují převážně v rozmezí pravidelně nesportující populace. S ohledem na základní onemocnění nelze očekávat podstatné zlepšení tělesné zdatnosti. Naší snahou je udržet dobrou tělesnou kondici, předejít svalovým atrofiím a případně předejít pohybovým komplikacím.

S LTV u pacientů s chronickým dialyzačním programem je zatím málo zkušeností. Pokládáme za vhodné sdělit náš způsob LTV a naše zkušenosti, protože dle našich pozorování má LTV na stav pacienta příznivý vliv nejen při ovlivňování emotivity, ale i při udržování dobré tělesné kondice.

I. skupina:

Leh na zádech:

1. Vzpažit poníž — nádech, připažit — výdech.
2. Vzpažit PHK, protáhneme LDK — nádech, předpažit a přednožit povýš — výdech.
3. Vzpažit skrčmo (ruce na ramena), ramena vzad — nádech, hmit vzad, připažit — výdech.
4. Vzpažit obouruč — nádech, přednožit pokrčmo a přitáhnout se obouruč. Střídáme.
5. Leh vzad pokrčmo. Stáhnout břišní svaly a sv. gluteální, zdvihnout pánev.

Cvičení na lůžku s činkou $\frac{1}{2}$ kg — $2\frac{1}{2}$ kg, v polosedu nebo v lehu na zádech.

6. Vzpažit poníž, uchopíme činku, provádíme zevní a vnitřní rotaci v ramenním kloubu proti odporu.
7. Činka před rameny v pokrčení předpažených HK. Předpažit, pokrčit proti odporu.
8. Upažit LHK s činkou — provádíme střídavě supinaci a pronaci. Vystřídát s PHK.
9. Činka před rameny v pokrčení předpažených HK. Vzpažit, pokrčit.
10. Činka před rameny v pokrčení předpažených HK. Proti odporu cvičitelky provést pohyb ve smyslu flexe a extenze předloktí.

V lehu na lůžku:

11. Zachytíme špičky chodidel za pelest — provádíme extenzi v hleznu s izometrickou kontrakcí.
12. Leh vzadu, střídavě přednožit.
13. Upažit, roznožit — nádech, přinožit, připažit — výdech.
14. Přednožit pokrčmo PDK. LDK opřena o koleno PDK — kroužit všemi směry chodidlem.
15. Nádech do břicha pokrčmo, přednožmo DK uvolnit do stran. Při výdechu skrčujeme přednožmo.

I I . s k u p i n a :

Leh na zádech:

1. Vzpažit vzad PHK, připažit vzad LHK — nádech, vyměnit — výdech.
2. Pokrčit předpažmo, uchopit za předloktí, oblouky do upažení a vzpažení — nádech, připažit — výdech.
3. Uchopit za ruce, vzpažit s vytočením dlaní — nádech, hmit vzad, připažit — výdech.
4. Pokrčit vzpažmo zevnitř, předloktí vzhůru dovnitř, ramena vzad — nádech, připažit — výdech.
5. Unožit pravou, opřít špičku o pelest — provádíme izometrickou kontrakci proti odporu pelesti (posilování fibulární skupiny svalové).
6. Leh vzad, unožit dolů, pacient provádí izometrickou kontrakci ve směru abdukce proti odporu své dlaně nebo dlaně cvičitelky.
7. Leh, skrčit unožmo pravou, bērec šikmo — pata se dotýká opačného kolena, vystřídat DK.
8. Leh vzad, střídavě přednožovat skrčmo pravou a levou DK.
9. Leh vzad, pacient provádí izometrickou kontrakci zad. svalstva.
10. Kroužení s napnutou DK.
11. Pravá DK skrčit přednožmo, levá přednožit poníž — hmitání dolů a vzhůru.
12. Střídavě propínání obou DK s nataženými špičkami.
13. Vzpažit PHK — nádech, přednožit DK a předklon se vzpaženou PHK. Vystřídat.
14. Leh vzadu pokrčmo. Vytočit kolena do strany — nádech, sed skrčmo — výdech. Totéž opačně.
15. Ramena vzad — nádech, dvojitý výdech — uvolnit.

I I I . s k u p i n a :

1. Vzpažit — nádech, připažit — výdech.
2. Vzpažit povýš — nádech, HK k druhému rameni — výdech.
3. Upažit povýš — nádech, hmit vzad, připažit — výdech.
4. Zapažit dolů — nádech, připažit — výdech.
5. Nadýchnout nosem — přerušovaný výdech.
6. Kroužení chodidlem.
7. Klopení a vztyčování chodidla — provádět střídavě.
8. Předpažit skrčmo LHK, přednožit skrčmo PDK z lehu vzad (nácvik chůze vleže).
9. Upažit skrčmo (ruce na ramena) — nádech, připažit — výdech.
10. Skrčit vzpažmo zevnitř, ruce v týl — nádech (ramena vzad), uvolnit — výdech.
11. Pokrčit předpažmo (předloktí se kryjí) vzhůru, dovnitř — nádech, připažit — výdech.
12. Brániční dýchání.

Adresa autorů: M. Pinkasová, rehabilitační oddělení, Fakultní nemocnice, Plzeň — Marxova 13.

CHRONICKÁ SCHIZOFRÉNIA A MOŽNOSTI JEJ REHABILITÁCIE

K. MATULAY, A. PALČOVIČ

*Výskumný ústav humánnej bioklimatológie,
Bratislava
riaditeľ prof. MUDr. J. Kolesár, DrSc.*

*Oddelenie pre výskum rehabilitácie duševných
chorôb, Martin
vedúci prof. MUDr. K. Matulay*

V časti I. autori popisujú v kapitolách 1—4 význam chronických ochorení v psychiatrii. Zahrňujú sem aj od narodenia sa vyskytujúce mentálne retardácie (oligofrénie), epilepsiu, maniodepresivitu a najmä schizofréniu. Na tú poslednú sústredili svoju pozornosť a v kapitolách o definícii chronickej schizofrénie, vznik a tvorenie chronicity všeobecne, s významným osobitných podmienok a charakteristík chronicity pri schizofrénii a napokon o epidemiológii tejto choroby (demografii), poukazujú na vzostup počtu chronikov a možnosti prevencie vôbec a pri samom začiatku tejto choroby osobitne. Týmto sa rozumie aj vyhľadávanie ohrozených skupín.

ČASŤ II.

5. Rehabilitácia

Rehabilitácia je jedna fáza liečenia, alebo je jedným zo spôsobov celkového liečebného plánu. Rehabilitácia sa má vykonávať v každom stupni choroby, ak takéto pokračovanie nie je na závalu ďalším liečebným úkonom, ktoré sú hierarchicky vyššie.

Pri používaní psychofarmák je pacient často natoľko utlmený, že iné súvislé úkony nie sú možné, jeho vnímavosť je niekedy podstatne znížená a naše podnety preto neprijíma. Psychofarmakami však cielene chceme utlmiť vzrušivosť pacienta, alebo liek má účinkovať protipsychoticky. Úloha psychofarmaka je v tomto štádiu liečenia dôležitejšia pre akútne alebo aj chronicky chorého schizofrenika a rehabilitácia sa nevynecháva. Celkom základné obecné zákony rehabilitácie sú platné aj v psychiatrii, ale pracuje sa s inými hodnotami, v y š š í m í, možno povedať kategóriami. Rehabilitujeme osobnosť pa-

cienta s tým istým cieľom ako po zlomenine alebo obrne: cieľom je znovuzaradenie pacienta do spoločenstva zdravých (Gastager, Schindler, 1961). Podľa Clemensa (1967) rehabilitácia v odbornej lekárskej reči znamená rozšírený terapeutický program pre osoby, ktoré sú chorobou obmedzené dlhšiu dobu alebo trvale vo svojej telesnej alebo duševnej výkonnosti. Podľa tohto autora znovuzачlenenie závisí predovšetkým od rozsahu defektu. Kvantifikovať tento defekt sa pokúsil Clemens (1967) a znovuzачlenenie má u neho tieto stupne: A. rovnocenná činnosť, B. mierne zníženie výkonu, C. nečinnosť, pobyt doma. Faktory, ktoré ovplyvňujú znovuzачlenenie, sú 1. rozsah defektu, 2. typ priebehu choroby, 3. vek pri začiatku ochorenia, 4. trvanie nemoci (v mesiacoch) a 5. psychopatológia defektu. Čo sa týka bodu 2. typ priebehu, Clemens rozoznáva schizofrenné psychózy s remisiami (tri stupne) a bez remisí (dva stupne). Remitujúce priebehy vykazujú jednoznačne lepšie rehabilitačné výsledky, ako priebehy bez remisí, u ktorých sú výsledky, ako znovuzачlenenia horšie a defekty ťažšie. Výsledok rehabilitácie podľa Gastagera (cit. Clemens, 1967) je daný tým, že pacient je ďalej pracovne činný a osobne samostatný — „nezávislý“. Zdá sa byť prirodzeným, že pri dlhšie trvajúcim priebehu ochorenia je horší výsledok rehabilitácie, ale toto neplatí všeobecne, lebo pri veľmi krátkych priebehoch išlo o relatívne ťažký defekt.

Významný je vplyv rehabilitačných výsledkov získaných pri schizofrénii na teoretické koncepcie jej patogenézy. Je napr. zistené, že hoci rehabilitačné opatrenia majú byť závislé od rozsahu defektného syndrómu, lekár sa musí vyvarovať toho, aby ho prívčas považoval za irreverzibilný. To isté platí aj o plne neproduktívnom syndróme, ktorý tiež môže zmiznúť za niekoľko mesiacov. Rehabilitácia buduje na pracovných návykoch, ktoré pacient v doterajšom živote získal pred chorobou. Dlhšie zamestnaní sa preto dajú lepšie rehabilitovať ako tí, ktorí pravidelne a dlhšie neboli v zamestnaní.

Pre rehabilitáciu je ďalej dôležitý psychopatologický obraz.

Podľa Volovika (1972), ktorý vyšetřil 287 schizofrenikov, začiatok tejto choroby je u 209 pacientov pomalý a nebadaný, ide pod obrazom pseudoneurasténie a pseudopsychopatie. U týchto s takýmto začiatkom je osobitne dôležité včasné presadenie „liečebnorenovačných“ opatrení a sociálne usposobenie, čím sa rozvoj choroby zastaví a je možná takto včasná rehabilitácia. V Leningrade sa to uskutočňuje v polostacionárnych podmienkach (stacionárne denné a nočné).

Takéto počiatkové klinické obrazy sa najmä u praktikov a závodných lekárov môžu čo najskôr diagnostikovať. Prizvukuje sa „dezadaptívny“ vplyv Psychiatrickej ústavnej hospitalizácie v začiatkových fázach choroby, čomu sa aj pacienti vyhýbajú zo strachu pred „psychiatrickou“ pečatou.

Kabanov (1972) zdôrazňuje tri etapy rehabilitácie: 1. rehabilitáciu medicínsku, 2. rehabilitáciu profesionálnu a 3. rehabilitáciu sociálnu.

Rehabilitácia medicínska má zabrániť „sklzu“ nemocného do izolácie a ohraňenie psychického defektu a zmenšenie či odstránenie prejavov hospitalizmu.

Rehabilitácia profesionálna: prispôsobenie sa chorého ku životu a pracovnej činnosti. Vykonáva sa obyčajne v mimonemocničných podmienkach a je zameraná na obnovenie individuálnej a spoločenskej hodnoty chorého. Autor preferuje režim čiastočnej hospitalizácie pri rehabilitácii. Už v ústavných podmienkach treba pripravovať pacienta — cestou režimu čiastočnej hospitali-

zácie — na mimonemocničnú etapu rehabilitácie. Zdôrazňuje sa, že (Ostrovskij, cit. Kabanov, 1972) priemerné trvanie remisí u osôb liečených v dennom stacionári bolo 2-krát dlhšie ako u pacientov kontrolnej skupiny. Kaplan, cit. Kabanov (1972), zistil, že pri tradičnej liečbe farmakami bola *revertencia 4-krát častejšia*, ako v prípadoch liečených komplexom sociálnych a rehabilitačných opatrení — kombinovaných s individuálne prispôbenou farmakoterapiou.

Kombinácia a spätosť nemocničnej a mimonemocničnej liečby môže prispieť k úspechu rehabilitačných programov.

Wing a spol. (1964) vo svojej štúdií o sledovaní 45 chronických schizofrenikov (autori používajú vo svojich prácach označenie „dlhodobé liečených schizofrenných pacientov“ — long stay schizophrenic patients) kontrolovaných za jeden rok po prepustení z intenzívnej rehabilitačnej jednotky (Industrial Rehabilitation Unit — IRU) vyzdvihujú záverom, že treba viac chránených dielní, viac jednotiek (dielní) pre pracovnú rehabilitáciu a v kritických obdobiach viac pozornosti pacientom aj ich príbuzným.

Pre zriaďovanie profesionálnych rehabilitačných oddelení mimo psychiatrické nemocnice — je práca uvedených autorov (1964), neoceniteľným prameňom poznatkov a praktických rád. Zo 45 chronických schizofrenikov (pod 60 rokov) liečených v IRU za jeden rok po prepustení polovička pracovala v riadnom zamestnanectve pomere a 10 pracovalo v chránenej dielni. Ešte aj ďalší pracovali menej alebo občas.

Pre takéto rehabilitačné oddelenie napr. radia, aby populácia pacientov nebola jednej diagnózy, ba ani nemá byť veľmi vysoký počet psychicky chorých, lebo priaznivý vplyv nového prostredia sa tým môže zmenšiť. Dokonalá organizácia dielní, vysoké teoretické znalosti — sa môžu zvrátiť na sociálnej problematike chronického schizofrenika: veľmi vážny je problém mimonemocničného ubytovania týchto pacientov. Opakovane sa u nich (Wing 1964) ukázalo, že muži majú väčšie ťažkosti *žiť* mimo nemocnice, *ako pracovať* mimo nemocnice.

Tieto rehabilitačné (IRU) jednotky, ktorých počet je v Anglicku 16, prijíma na rehabilitáciu vo forme akýchsi kurzov na 7—8 týždňov.

Kabanov (1972) do rehabilitácie zahrňuje komplexné pokračovanie nasledovne:

1. Sociálno-psychologické metódy, ktoré zabránia sklzu pacienta do izolácie: liečebný účinok prostredia, režim voľnosti, prechádzky, čistý domov, dbať na vzhľad. Pri tomto je dôležité pamätať na prípravu SZP na vykonávanie sociálno-pracovnej readaptácie psychicky chorých.

2. Psychoterapia, skupinová aj individuálna.

3. Metódy stimulujúce sociálnu aktivitu chorého (účasť na samospráve, rôzne druhy klubovej činnosti).

4. Pracovná terapia.

5. Liečebno-telesná výchova.

6. Práca s príbuznými chorých a spoločnosti. Zenevič (1972) cituje Kabanova o troch etapách resocializácie (rehabilitácie): 1. etapa rekonštrukčnej liečby, 2. readaptácia a 3. vlastná rehabilitácia.

Voroncová (1972) sledovala 180 schizofrenikov s vlnivým priebehom. Pri tejto forme je pracovná schopnosť zvlášť labilná. Z nich bolo 127 invalidov. Rozlišuje tri štádiá v priebehu schizofrennej choroby:

1. Štádium iniciálne — plíživého priebehu — 114 pacientov, je charakterizované poruchami afektivity, myslenie vykazuje nerozvinuté bludné koncepcie. Poruchy sú kolísavé. V tomto štádiu si uchovali práceschopnosť.

2. Štádium najaktívnejšieho priebehu má recidívy a remisie, ale núpne, lebo zostala reziduálna produktívna symptomológia. Najtrvanlivejšie remisie boli po 1. až 3. atake.

Systematické liečenie aj v dobe remisii znižuje možnosť prípadných ďalších recidív tým, že „zmäkčuje“ persistujúcu procesuálnu symptomatológiu. Dôležité je, aby pacient bol udržaný na akejkoľvek dostupnej a jeho stavu prispôsobenej práci.

3. Štádium postupnej stabilizácie: ataky sú menej výrazné, v menšom počte, remisie sú kvalitnejšie.

Voroncova taktiež považuje za *nutné zachovať postupné zapojenie chorých do pracovného procesu*, ktoré sa má realizovať po etapách: rehabilitačná pracovná terapia v nemocnici, práce v podmienkach denných stacionárov, resp. v liečebno-pracovných dielňach pri dispenzároch. Tí, ktorí prešli touto rekonštrukčnou liečbou, sa ľahšie prispôbovali práci v podmienkach špeciálnej dielne alebo všeobecnej výroby.

Ak proces trval dlhšie a priebeh bol nepriaznivejší a ak chorí nepracovali dlhšiu dobu, musela aj rekonštrukčná doba trvať priemerne dlhšie (4—8 rokov) v liečebno-pracovných dielňach. Dôležitá je správna taktika sociálnej rehabilitácie, mimo pracovnej a zmena charakteru invalidity.

Goldberg (1968) uvádza, že duševná choroba prináša svojmu nositeľovi dva handicap: prvý pramení zo symptómov choroby, druhý vyplýva z nepriaznivých postojov, ktoré k nemu zaujíma okolie. Na ich odstránenie musí sa zamerať rehabilitácia.

Esser (1965) hovorí, že schopnosť pracovať sa zdala vo väčšine prípadov nezávislá na inteligencii a klinickom obraze. 70 % jeho pacientov reagovalo kladne na príležitosť pracovať za finančnú odmenu. Prinieslo to zlepšenie morálky a zvýšenie pracovnej aktivity.

Niekoľkotýždňové prestávky medzi pracovnými sezónami, opäť vrátili pacientov do pôvodnej apatie.

Podľa Zersena a Heydena (1969) rehabilitácia začína tam, kde končí farmakoterapia. Pri rehabilitácii ide o pokus začleniť pacientov do mimonemocničnej spoločnosti tak, aby prevzali určité funkcie a práce aj pre iných. Účelom rehabilitácie je dopomáhať pacientovi k určitému osamostatneniu v rámci ešte zachovaných adaptačných schopností. Rehabilitácia tvorí integrovanú súčasť psychiatrickej liečby.

Význam IRU (Pracovné rehabilitačné mimonemocničné jednotky) vyzdvihuje Wing (1964) najmä v okolnostiach: 1. pacienti sú demonštrované pracovné schopnosti (možnosti) v realistickom rámci, 2. pacient je v prostredí (v Anglicku) veľkej väčšiny neschizofrenikov a neústavných pracovníkov (odborníkov), 3. pacient sa stretne s neodvolateľným nastolením dobrých pracovných návykov: zachovanie (dodržanie) času, dielenských návykov, ustálený výkon atď. *Pracovná rehabilitačná jednotka* má podľa štúdií Winga, Benнета (1964) týchto pracovníkov: vedúci rehabilitačný pracovník, psychiater (lekár), priemyselný psychológ, sociálna pracovníčka, pracovník pre začleňovanie do práce, vedúci majster dielne — plus niekoľko mladších pracovníkov. Kolektívne rozhodnutie tohto grémia určujú vždy ďalšie postupy s pa-

cientom. Zázpisnice o týchto poradách sú určujúce. Zo 45 pacientov, ktorých Wing a spol. (1964) študovali na konci kurzu IRU, päť nedokončilo kurz, dvaja neboli schopní sa zamestnávať mimo nemocnicu, 13 odporúčali do chránenej dielne, 13 odporúčali pre nekvalifikované práce, 6 pre kvalifikovaných robotníkov, a iba dvoch odporúčali do priameho kvalifikovaného odborného zamestnania a štyroch odporúčali do učenia na remeslá. Po kontrole za jeden rok 53 % bolo zamestnaných, z nich 46 % bolo dobre hodnotených v práci, 10 pacientov bolo v chránených dielnach, ďalší traja sa menej dobre umiestnili v chránenej dielni, šiesti mali zamestnanie, ale s menej uspokojivým výsledkom a 12 nemalo vôbec zamestnanie. *Dôležité je pripomenúť, že u týchto 45 pacientov bol priemerný vek 39 rokov a priemerná doba pobytu v psychiatrickej nemocnici bola 8,5 roka.*

Podľa Watersa a Northovera (1965) pri priaznivom výbere (pacienti na dva roky v nemocnici, vek pod 60 rokov) dvaja z troch (pacientov) chronických schizofrenikov môžu byť mimo nemocnice viac ako dva roky. Približne polovička „úspešných“ vykazovala mierne aj vážne poruchy v sociálnom chovaní doma ako výsledok reziduálnych symptómov. Úspech rehabilitácie však podľa týchto autorov sa odohráva na úrovni zlepšenia tzv. sekundárnych porúch, ktorými sú strata šikovnosti pri práci, izolácia od rodiny a spoločnosti, inštitucionalizmus.

Inštitucionalizmus sa zväčšuje s dĺžkou pobytu v nemocnici, kdežto primárne poruchy schizofrenické sa dĺžkou pobytu nezhoršujú. Taktiež primárne poškodenia sa rehabilitáciou nezlepšujú.

Bennett (1972) publikoval svoju predstavu o kolobehu pacienta podľa tejto schémy. Ide o spôsob kontinuálneho a stupňovaného rehabilitačného pokračovania prácou, v ktorej schéme sú tri podstatné stupne. 1. Do pracovnej dielne alebo všeobecne do práce je pacient zadeľovaný z ostatných oddelení a pracuje približne 15 hodín týždenne, čo by zodpovedalo pri 5-dňovom pracovnom týždni denne asi tri hodiny práce. Z tohto oddelenia sa môže pacient preradiť do denného stacionára vlastnej nemocnice, alebo môže byť prepustený a dochádza do dennej nemocnice, ak ho nemá pôvodné zariadenie. 2. Denná nemocnica je pod vedením lekára a jej dielňa (práca) trvá zo začiatku 20 hodín, neskôr 30 hodín týždenne, t. j. 4 resp. 6 hodín denne. Táto dielňa v dennej nemocnici má možnosť prijať pacientov od závodných a obvodných lekárov a aj ambulantných od psychiatrov. Toto zariadenie spolupracuje aj s Ministerstvom sociálnych vecí a s úradom práce. Z dennej nemocnice je pacient prepustený a začlenený bez prerušenia do 3. zariadenia, a tou je rehabilitačná dielňa. Tu je zásadná zmena, že vedenie je odbornovo-pracovno-remeselné a pracovná doba je 40 hodín týždenne, t. j. 8 hodín denne. Z tejto dielne je možné ďalšie pokračovanie do práce v chránenej dielni, v najlepšom prípade pacient odchádza do voľného zamestnania. Táto rehabilitačná dielňa má aj svoje sociálne zariadenie, kde sa môže pacient cez deň stravovať, prípadne v prestávkach byť spolu s ostatnými (day center). Barz (1973) tiež udáva stupňovanú rehabilitáciu a súčasne vyznačuje aj kádrové obsadenie jednotlivých stupňov aj odmeny chorých.

Postavenie celej medicíny kritizuje Hanlon (1970) v tom, že napriek mnohým pokrokom sú zanedbávaní tí pacienti, ktorí trpia na poruchy chovania (behavioral) a nie sú rehabilitovaní. Sú to „alkoholici, toxikomani, narkotici, tí čo majú sklon k suicídium a najmä delikvencii“. Vyzdvihuje najmä okolnosť,

ktorú sme uviedli pri vytváraní refazy chronicity, že neskorá liečba a opatera vedie ku chronickej chorobe. Odporúča viac zdôrazňovať výskum a programovanie prevencie chronických chorôb.

B. J. Black (Konferencia 1971) udáva, že za dve posledné desaťročia sa zvýšil záujem o návrat psychicky chorých do spoločnosti, ako užitočných členov. Toto sa uskutočnilo rozličnými cestami, ale bolo umožnené uspôsobením chorých psychofarmakami a liečbou prostredím, ktoré viac navodzujú spoločenské situácie.

Tie rozličné cesty sú: remotivácia, resocializácia, zmenšenie rozsahu psychiatrických nemocníc, pozývaním občanov zo spoločnosti do ústavov, ako dobrovoľných pracovníkov, zavádzaním liečby prácou, zavádzaním ďalších foriem hospitalizácie, než to bolo doteraz a starostlivosť o profesionálnu rehabilitáciu.

Dôležitý je poznatok, že psychicky chorým treba poskytovať to isté množstvo dôstojnosti a záujmu pri liečení, ako telesne chorým.

V minulosti, píše autor, tieto snahy boli znemožnené často dobovými udalosťami: veľká hospodárska kríza v rokoch okolo 1930, stavba obrovských ústavov v USA s malým počtom zamestnancov, II. svetová vojna. Až po II. svetovej vojne sa obrátila pozornosť na zlepšovanie pomerov v psychiatrických nemocniciach.

Od roku 1950, kedy Jones a Stoller vykonali pre Svetovú zdravotnícku organizáciu historický prehľad o plánoch v psychiatrickej rehabilitácii, bolo ich iba niekoľko roztrúsených po celom svete. V roku 1972 vzniká dojem, že ich je obrovské množstvo, ale v celosvetovom meradle je to iba ilúzia, lebo v niektorých krajinách sú nemocnice, kde sa vykonáva rehabilitácia prácou, ale vo väčšine štátov tieto sotva jestvujú. Aj v USA v pomere k počtu psychiatrických nemocníc je iba málo dobre organizovaných zariadení, pre účasť chorých v produktívnej práci.

Je pravda, že prvé takéto príležitosti boli vytvorené v psychiatrických zariadeniach, kde sú pacienti, ale moderná psychiatria posunula miesto takýchto služieb — za pomoci psychofarmák — nazad do spoločnosti, teda tam, kde sa začal zlom pacienta. Je viac ako logické, že takýto vývoj treba podporovať.

Dôkladné štúdie neúspechu rehabilitácie pri chronických schizofrenikoch (čím sa myslí začlenenie do pracovného procesu) zistili *nechuť k práci* a výraznú črtu schizofrenej psychózy: *pomalosť*.

Pauleikhoff (1960) dáva návod aj na špecializovanú rehabilitáciu chorých trpiacich na chronický blud. Úlohou terapeuta je nájsť vhodný životný priestor a vhodné pracovisko pre pacienta. Toto možno docieľiť tak, že pred plánom rehabilitácie 1. poznáme osobnosť pacienta, 2. jeho situáciu, 3. longitudinálny priebeh choroby a 4. aké sú ešte možnosti kontaktu s ním. Sem patria pacienti s halucinatórne-paranoidnou psychózou vo 4. decéniu. Rehabilitácia je uľahčovaná tým, že nevedie k rozpadu osobnosti.

Pri rehabilitácii v zmysle 1.konferencie v roku 1971 za produktívnu spoluprácu chronického schizofrenika treba považovať rozličné formy práce (spolupráce), teda od činnosti v malom obchode až po prácu v priemysle za rozmanitých podmienok „normálnej“ práce, ale nadovšetko odmena pre pacienta-robotníka je daná jeho prácou v súhlase s normálnymi ekonomickými pravidla-

mi spoločnosti. Týmto prvým krokom by sa mali všetky tri tváre spoločnosti obrátiť ku schizofrenikovi: terapeuticky, ekonomicky a sociálne.

Ak sa ešte vrátíme k prvému aj druhému stupňu rehabilitácie psychicky narušeného, ako ju navrhuje Bennett (1972), treba zdôrazniť, že táto rehabilitácia pacienta v psychiatrickej nemocnici predpokladá zmenu štruktúry samej nemocnice. Táto má za následok zvýšené emocionálne uspokojenie pacientov a tiež zvýši ich postavenie z úlohy chorého do úlohy pracovníka, či spolupracovníka s normálnymi životnými zvyklosťami a pracovnými zvyklosťami. Je však nemalou úlohou vytvoriť podmienky pre prácu (vo väčších zariadeniach) s rozmanitými poruchami, sklonmi a potrebami chorých. Priemerná psychiatrická nemocnica však má prácou zamestnávať 75 % svojich pacientov (Ekdawi a spol., 1968). Začleňovanie pacientov do vhodných zamestnaní sa musí diať s ohľadom na budúcnosť pacienta a nie pre potreby vlastnej nemocnice. Práca má byť stupňovaná a podobáť sa práci zdravých robotníkov. Na organizovanie tejto komplexnej činnosti treba zriadiť *ústrednú administratívu* (teda tretiu, ak za prvú počítame lekársku administratívu, za druhú ekonomické vedenie ústavu). Táto administratíva poskytne vhodné cvičenie pre pacientov, ktorí vyšli z administratívy pred chorobou. Riadi ju team: starší a mladší lekár — psychiater, hlavná sestra a rehabilitačný pracovník(čka). List každého pacienta má jeho meno, číslo v nemocnici, vek, stav, dátum prijatia, zamestnanie a počet pobytov v nemocniciach a pracovnú anamnézu pred prijatím do psychiatrickej nemocnice. Záznamy o predchádzajúcich rehabilitáciách sú dôležité. Každá dielňa vykazuje všetkých zamestnaných a každé oddelenie všetkých nezamestnaných. Farebné znaky (rozdielne) majú pacienti, ktorí sú v nemocnici viac ako tri mesiace, ďalej viac ako dva roky a ktorí majú nad 65 rokov.

Ústredná administratíva má porady v pravidelných obdobiach o každom pacientovi, pri čom všetky informácie môžu obstarávať kancelárske sily, pacienti, a to na oddeleniach aj v dielňach, čím získavajú prax medziosobného styku pre budúce zamestnanie. O jednotlivých pacientoch rozhoduje oddielenský lekár, hlavná sestra a vedúci rehabilitačný pracovník, ktorí rozhodujú aj o odmene. Táto administratíva tiež udržuje kontakt s profesionálnymi rehabilitačnými dielňami mimo nemocnice.

V stupni prvom majú byť začlenení všetci pacienti psychiatrickej nemocnice, ktorí nie sú hatení vekom, telesnou chorobou alebo akútnou epizódou svojej duševnej choroby.

Súhrn kapitoly 5 o rehabilitácii

1. Rehabilitácia chronického schizofrenika je viacvrstevná práca a je neoddeliteľnou súčasťou celkového liečebného plánu.

2. „Vyliečený“ je chorý, ktorý zjavne zaujal svoju úlohu v spoločnosti.

3. Znovuvybudovanie pracovných návykov je preto cieľom rehabilitácie.

4. Toto docielime viacstupňovým pokračovaním v jednotlivých psychiatrických liečebniach a vytvorením nových typov psychiatrických zariadení (liečebno-výrobné dielne, zvýšené umiestňovanie do chránených, alebo samostatných dielní pre chronikov).

5. Tieto programy sú krátkodobé a dlhodobé.

6. Rehabilitácia sociálna — t. j. integrovanie chronického schizofrenika do spoločnosti — je najväznejšou úlohou.

6. Liečenie chronickej schizofrénie

Veľké úsilie o začlenenie chronických [dlhodobe liečených] schizofrenikov do pracovného procesu má podľa Winga a spol. [1964] aj svoj rub v riziku, ktorým je znovuoobjavenie sa bludov u pacientov dlhodobe liečených pre schizofréniu, ktorí boli bez floridných symptómov dlhé roky a objavili sa za krátko po práci v špeciálnych rehabilitačných zariadeniach. Vlastné odborné psychiatrické úsilie má smerovať proti zlomeniu nedostatku dôvery vo vlastné schopnosti a neschopnosti, získať a udržať si slušné zamestnanie. Tieto možno ovplyvniť psychoterapiou, farmakoterapiou, na ich základe rehabilitáciou a resocializáciou.

V priebehu rehabilitácie je podávanie psychofarmák pravidlom, treba ho presne sledovať. Únava, útlm, ktoré vyvolávajú fenotiazínové látky, majú byť optimálne dávkované, teda podľa psychopatologickej aktivity, ale zároveň s prihliadnutím na úlohy a výkony. Pružné menenie dávok bude potrebné. V dobre sledovanej sérii 42 chronických schizofrenikov vo veku 20—60 rokov [priemer 42 rokov] Waters a Northover [1965] prišli k poznatku, že pravidelné branie fenotiazínov aj po prepustení je dôležité. Chýba im však štatistická kontrola. Títo autori sledovali chorých, ktorí boli najmenej dva roky v nemocnici, boli na rehabilitačnom oddelení a boli prepustení a po prepustení sledovaní priemerne 38 mesiacov. Pred prepustením z nemocnice sledovali 7 parametrov: 1. výber pacientov; 2. vysokého štandardu liečba prácou a 3. znovuvybudovanie kontaktov s rodinou; 4. lieky [všetci pacienti mali mať udržovacia dávku po prepustení zvykle 300 mg fenotiazínu alebo 20 mg Stelazínu denne]; 5. trvanie rehabilitácie — pôvodne plánovaná doba troch mesiacov na rehabilitačnom oddelení a potom prepustenie sa ukázala nerealistická, lebo „hoci výkon a spoločenské chovanie sa rapidne zlepšovali, získať dôveru pacienta a remotivovať apatického pacienta na opustenie nemocnice, pokračovalo extrémne pomaly“. (Dosiahli priemer 10 mesiacov.); 6. kritériá pre prepustenie: pracovný výkon, spoločenské chovanie, domov, ktorý ho prijal, mierne klinické symptómy (bludy aj halucinácie neboli prekážkou); 7. duševný stav pri prepustení.

Všeobecná charakteristika zamestnávateľov v invalidných družstvách (Wing) o schizofrenikoch je, že sú menej spoločenski a chýba im iniciatíva. Toto núti aj k ďalším úvahám o psychopatológii tejto choroby.

Výskum liečenia prostredím chronických psychóz ukázal, že začlenenie týchto chorých do kolektívneho rozhodovania je dôležitejšie ako administratívne rozhodovanie. Toto je tiež cesta takouto reedukáciou vymaniť pacienta z pasivity a závislosti a tým vzbudiť jeho aktivitu. Vytvorením rozličných „výborov“ a „skupín“ [z pacientov] pre riešenie kolektívnych záujmov, sa sleduje cieľ, aby pacienti [chronickí schizofrenici] prevzali rozličné úlohy a aby boli schopní zaujať vedúce postavenie.

Všeobecne sa zdôrazňuje psychoterapia aj pre chronických psychotikov, lebo ovplyvňuje správanie chorých a ako menej obvyklé pokračovanie „rehabilitačná psychoterapia“ znamená [Pogády, Poláček, 1968] psychoterapia + fyzikálna terapia, liečebný telocvik (elektroforéza, vodoliečba).

Vypracované metódy psychoterapeutické pri chronickej schizofrénii (Sy-

řiřřová, 1973] aj cielené liečenie [Pauleikhoff, 1969] v súvislosti s rehabilitáciou sú popisované. Ide o snahy, čo najskôr začleniť chorých do spoločnosti za podmienok, že máme presnú dg. choroby, že poznáme priebeh choroby, jej symptómy aj dynamiku. Zisťuje sa pritom najmä, aká je možnosť kontaktu pacienta s realitou. Skupina halucinatórne-paranoidných chorých vo štvrtom decéniu má trvalú pohotovosť ku paranoidite.

Aj Škoda (1963) uvádza, že pri liečbe chronických schizofrenikov sa žiada aktívnejšia práca.

Hochstein (1967) zdôrazňuje užitočnosť skupinovej psychoterapie pri chronických schizofrenikoch mimo medikamentózneho liečby. Syřiřřová však dosiahla úspech aj individuálnou psychoterapiou aj skupinovú arteterapiou. Jej metodika sa však uplatnila zatiaľ na malej skupine.

Do rámca tak rehabilitácie, ako aj psychoterapie zapadá vplyv prostredia menovite rodinného pri chronických schizofrenikoch. Dlhou chorobou pacient stratil svoju úlohu v rodine, treba mu ju nájsť a vrátiť, čo je úlohou sociálnej psychiatrie (Kurosawa, 1966). Ide o metodiku prevažne individuálno-persuazívnu, azda racionálnu, ale aj psychogogickú i discentnú. Ide o trpezlivé získanie kontaktu s pacientom v dobe, keď je toto možné. Práca psychoterapeutická u chronickej (ale aj čerstvej) schizofrénie predpokladá dobré znalosti celého psychopatologického stavu jednotlivého pacienta a schopnosť terapeuta sa vžiť do pacientovej psycho(pato)lógie a zo strany pacienta je nutným predpokladom intelektová schopnosť porozumieť snahy terapeuta. Podľa Syřiřřovej úspech psychoterapie pri chronickej schizofrénii je možný, ak ide o hodnoty vzniknuté psychogénne. Kontraindikovaná je podľa nej psychoterapia, keď nie je možné nadviazať kontakt s pacientom. Úspech je docieľaný tým, že sa vytvorí dostatočne silný základ, ktorým by sa zvládli nové zdroje traumatizácie. Black (1971) skúma hlavne otázku, či práca za podmienok liečby je skutočne terapiou, čiže kuratívnou v lekárskom zmysle? Alebo je to jednoducho prostriedok na zachovanie pracovných zvyklostí a zabránenie ich rozpadu. Autor je presvedčený, že pracovný program má terapeutické hodnoty, ale nie si je istý, či ich možno presne popísať. Ide tu o mnoho premenných. Poukazuje na neľahkosť určovať úlohy určitého druhu pri ordinácii pre individuálneho pacienta. Aké sú tu možnosti? Treba predpísať isté druhy zručností, či svalovej námahy alebo kognitívneho (spoznávania) úsilia, alebo v množstve a spôsobe sociálnej interakcie. Mnohí terapeuti, hovorí Black, sú presvedčení o schopnosti predpisovať v ktorýchkoľvek týchto rovinách a tak isto sú presvedčení mnohí experti o tom, že medzi týmito predpismi a výsledkom je presne nulová korelácia. V USA vzniklo viac prác o význame sociálnej interakcie, napr. o účinku malých alebo veľkých skupín, štúdie, ktoré podľa Blacka však nemajú prísne vedecký základ.

Výsledky sú však uspokojivé pri starostlivo pripravených pracovných podmienkach v nemocnici, ako stupeň pre prácu vo vonkajšom svete. Prekvapujúci výsledok je z prác z Deneveru, ktorý jasne dokazuje, že pracovné dielne v nemocnici predlžujú skôr nemocničný pobyt, ako pripravujú na prácu mimo nemocnicu. Poukazuje sa tu v tejto súvislosti na okolnosť, do akej miery je porovnateľný „chorý model“ v nemocnici s pracovnými podmienkami.

V USA sú subvencie menej prísne, nepravidelné. Pri týchto plánoch sa často falošne vychádza zo „sebastačnosti“ a „zisku“. Nemyslí sa často na zisk „ľudský“, t. j. začlenenie dovedy celkom neproduktívneho a ešte plne štátom

vydržovaného jedinca. Tieto dielne (výrobne s chronickými schizofrenikmi) však treba považovať za časť vyššej formy liečenia psychicky chorého (Black, 1971).

Resocializácia („resocializácia sa týka produktívnej účasti v skupine inej, než v spojení s nemocnicou“) je cieľom dlhšieho procesu rehabilitácie prácou [J. W. Affleck, 1971], t. j. žiť mimo nemocnice a tak včleniť sa do života spoločnosti. Schizofrenickí pacienti dosiahnu resocializáciu rozličného stupňa a najdôležitejšími pomocníkmi sú fenotiazínové látky a zavedenie práce (industrial) v nemocniciach. Obidve majú dôležitý emocionálny účinok (Affleck). Autor vyzdvihuje, že lekári sa musia ešte mnoho učiť o problémoch úplnej integrácie (začlenenia) dlhodobého pacienta do spoločnosti.

Autor potvrdzuje: „Problém schizofrénie v psychiatrickej rehabilitácii je najťažší.“ Fenotiazín urobí istý stupeň emocionálnej stabilizácie a zaujatost na pracovný výkon sám dovoľuje jedincovi bez veľkej emocionálnej účasti zúčastniť sa spolupráce so susedom.

Za tejto situácie emocionálne zraniteľná a často detskej podobná osobnosť môže nájsť spôsob vystihnúť reakcie druhých. Toto si občas musia pripomenúť pracovníci, ktorí toto vedú. Dôležitá je však aj skutočnosť, že samé rehabilitačné práce sú spojené so znížením „nič nerobenia“ na oddelení, či v ústave a už toto samo vedie ku zníženiu emocionálnych tenzií. Naopak atmosféra je štrukturovaná tak, že ide o stimuláciu bez toho, že by prišlo ku zvýšenej stimulácii. Zdá sa, že „industrial therapy“ — pracovná rehabilitácia spĺňa potreby a jej úspech sa môže pripisovať uvedeným mechanizmom.

Túto interpretáciu považuje autor (Affleck, 1971) za prijateľnejšiu, ako vysvetlenie účinku „cvičením“, alebo „znovu naučením“. Prírodný sled udalostí v práci a problémy diskutované na tomto „reálnom“ pozadí ku tomu prispievajú.

Po prepustení do práce mimo nemocnice pacient má dostať podľa tohto autora na pomoc špecializovanú sestru, aby mohol prekonať úzkosti a obavy pri resocializácii. Očakávania môžu byť totiž prehnane optimistické, alebo zvýšene pesimistické, alebo inak prekrútené vo vzťahu k novému prostrediu.

Súhrn kapitoly 6 o liečení schizofrénie

1. Často mechanické podávanie psychofarmák pre schizofrenikov (a všeobecne dlhodobe liečených) nevedie k úspechu.

2. V prípade dlhodobe chorých je nutné *optimálne* dávkovanie, t. j. také, ktoré by neutlmilo celý psychizmus natoľko, aby bola možná pružná výstavba pracovných návykov a budenie emócií, menovite sociálnych citov.

3. Psychoterapeutické pokračovanie ako nešpecifické (individuálne aj skupinové), tak aj cielené na bludy a halucinácie, prinášajú v rámci celkovej liečby dobrý účinok.

7. Prevencia a prognóza

Voroncová (1972) odporúča pri iniciálnom štádiu schizofrénie okrem včasne navodenej liečby, správnu profesionálnu orientáciu, t. j. vhodný výber budúceho zamestnania, prípadne učenia. V štádiu najaktívnejšieho priebehu procesu preventívne v pláne obnovenia pracovnej schopnosti a zabráneniu invalidity je dôležité predĺženie práceneschopnosti a postupný návrat do práce.

schopnosti cez denné stacionáre a cez dielne pracovnej terapie pri dispenzároch. V jednotlivých prípadoch je však potrebné priznať invaliditu do toho času, kým nastúpi remisia, s nádejou, že sa pacient zase vráti do všeobecnej výroby za prispôsobených výrobných podmienok, avšak pri stále pokračujúcej liečbe. Ako významný príspevok ku prevencii znovuzhoršenia už práce schopného chronického schizofrenika je podľa Winga a spol. (1964) vyriešenie spôsobu života schizofrenika mimo nemocnice, teda prakticky otázka ubytovania, ako sme to už uviedli v kapitole 5.

Predpoveď v ďalšom vývoji chronického schizofrenika vo vzťahu k veku a k dĺžke pobytu v nemocnici (dlhodobe liečeného) dávajú niektoré poznatky Winga a spol. (1964), ktorí študovali aj ďalší osud 45 pacientov začlenených do IRU. Z 24 dobre pracujúcich 13 malo pod 40 rokov, osem z nich bolo vyše 10 rokov v nemocnici. Pozoruhodný je tiež údaj, že nebol vzťah medzi skórom progresívnych matríc alebo kombinovaných testov a medzi stavom zamestnanosti po ročnej kontrole. Taktiež je zistené v sledovaných prípadoch schizofrenikov zamestnaných v invalidných družstvách, že celkový dojem je, že deväť z desiatich schizofrenikov má relatívne ustálené poruchy z ich choroby a že boli dostatočne dobrí pracovníci ako iní (neschiz.), ktorí pracovali v invalidnom družstve (Remploy) toho istého veku. Sekundárne poruchy (z hospitalizmu) sa zlepšili u mnohých pacientov. K otázke budúcnosti dlhodobe liečených schizofrenikov sa Wing a spol. (1964) vyslovujú optimisticky. Sú tej mienky, že psychiatrický ústav (oddelenie) dobre vedený má rehabilitáciu odborne zorganizovanú v tesnej nadväznosti a súbežne so všetkými ostatnými liečbami, má dobre vybudované spôsoby prepúšťania, dobrú medikamentózu a biologickú liečbu, preto sa aj ťažko chorí zlepšujú a (Wing. a spol. myslia) že ďalších dlhodobe liečených schizofrenikov je stále menej. A preto rozdiel je markantný, ak sa robí porovnanie s ústavmi, kde nie je intenzívna a trvalá pracovná rehabilitácia. Toto konštatovanie sa zakladá na skúsenosti, pri ktorej boli k študijným účelom vybraní pacienti z dvoch nemocníc psychiatrických, práve s rozdielnym pracovným obsahom. Treba pri tom rozlišovať stredne a ťažko postihnutých. U ťažko postihnutých môže trvať profesionálna rehabilitácia a prípadné začlenenie do práce roky. Na druhej strane aj stredne ťažké aj ľahké stavy možno poslať do mimonemocničného rehabilitačného zariadenia iba po špecifickej príprave, aby náraz na nové sociálne (spoločenské) požiadavky nebol prudký.

U skupín dlhodobe liečených schizofrenikov, ktoré boli študované po rehabilitácii, sa ukázalo, že sa nepodarilo dosiahnuť pôvodnú hladinu zamestnania. Toto dôležité konštatovanie treba mať na mysli pri konfrontácii s príbuznými a najmä rodičmi (chorých študentov).

Waters a Northover (1965) sledovali po rehabilitácii v nemocnici prepustených schizofrenikov a považovali za „úspech“, ak ich do dvoch rokov po prepustení neprijali znovu do nemocnice, kdežto prijatý aspoň raz v priebehu dvoch rokov bol hodnotený ako „neúspech“. Mali 71 % úspechov a 29 % neúspechov zo 42 pacientov. Sociálne chovanie poskytlo väčšiu variabilitu a viac abnormalít, ako bol ich pracovný výkon. Taktiež bola veľká diskrepancia medzi chovaním v práci a doma. Prevalha spoločenskej utiahnutosti ako reziduálny defekt bol v 83 %.

Je dôležité ich pozorovanie, že „neúspechy“ boli v skupine, ktorá nemala dispenzarizáciu.

Adelson (1964) odporúča u pacienta, kde sú ukazovatelia ku chronicite (viď kapitolu Epidemiológia) bez rodičov, príbuzných a priateľov — preventívne pomáhať rozvíjať zmysel pre spoločnosť, pocit príslušnosti ku skupine a vytvoriť určitú závislosť na skupine. Ďalej je podľa tohto autora potrebné zvyšovať pocit autonómie, čo sa najlepšie dosahuje prácou, a to v dielni na riadnom pracovisku, lebo (podľa Freuda — cit. Adelson, 1964), *práca priťahuje pacienta viac ku realite*. Práca a normalita v chovaní sú vysoko spojené. Ataraktiká zvyšujú počet prepustení u chronikov z pôvodných 1—4 % na 25 %! Nakoľko však 60—75 % chronikov vo veku 20—50 rokov zostáva po 2—10 rokoch hospitalizovaných — hoci mali intenzívnu liečbu ataraktikami, najdôležitejšie je podľa tohto autora vytvoriť denné a nočné sanatóriá a iné zariadenia, premostujúce nemocnicu s vonkajším svetom, teda vytvárali putá spoločnosti s pacientom, v spoločnosti ktorej by pacient tiež vytváral funkčný príspevok.

Prognózu rozličných plánov a podujatí, ktoré súvisia s produktívnym začlenením chronických schizofrenikov, značne zafažujú (najmä lekára) nutné ekonomické predpoklady a znalosti aj možnosti.

Black (1971) upozorňuje na rozličné spôsoby riešenia v rozličných štátoch. Napr. v Holandsku je štátna subvencia pre použitý kapitál na výstavbu siete chránených dielní, ktorých stále väčšie množstvo slúži pre psychicky chorých. Vo Veľkej Británii sa najviac podporujú plány (subvenciami), ktoré umožňujú začleniť najmenej produktívnych pacientov, podobne ako je to v štátnej spoločnosti Remploy pre invalidov.

Pri prepustení pacienta do spoločnosti často ide o také nepravidelné chovanie, ktoré znášajú rodičia, ale nie manželia ani súrodenci, aj keď sa v rehabilitácii pokračuje.

Medzinárodný kongres pre fyzikálnu medicínu a rehabilitáciu v Barcelone v roku 1972 venoval plenárne zasadnutie téme „Rehabilitácia a spoločnosť“. Referenti zdôraznili výdobytky 20. storočia: právo poškodeného na prácu (Ibarra — Mexico, Dokumenta Geigy, 1972) a ďalej tiež, že rehabilitácia je nielen vecou zdravotníkov, ale spoločnosti. Naráža sa tu na celosvetový problém umiestnenia poškodených do vhodnej práce. Je bežné, že sa tomuto kladú zo strany zamestnávateľov rozličné prekážky.

Súhrn kapitoly 7 o prevencii a prognóze

1. Je to úloha celej spoločnosti a nie iba zdravotníkov.
2. Spoločnosť si dostatočne nevšíma už premobilných, psychicky slabých jedincov, alebo tých, ktorých sociálny profil je rizikový.
3. Voči chorobami oslabeným jedincom sa naša spoločnosť ešte neprispôsobila. Je nutné budovať osobitné pracovné príležitosti zo strany zamestnávateľa, lebo udržovať v pracovnej aktivite aj poškodených je sociálno-ekonomický ďaleko výhodnejšie, ako ich ponechať v nečinnosti.

8. Súhrn

1. Účinkom psychofarmák sa znižuje počet chronických psychotikov v ústavoch a oddeleniach; v spoločnosti zostávajú však naďalej ako chronici, a požiadavky na rehabilitáciu zostávajú aj tak vysoké.

2. Diagnóza chronickej schizofrénie sa stanovuje na základe sociálno-medicínskych parametrov a nie biologických.

3. Vytvorenie ďalšieho stupňa liečenia dlhodobe liečených schizofrenikov v psychiatrických zariadeniach je nutné. Presne organizované jednotky pracovnej rehabilitácie môžu jedine umožniť ďalší, mimonemocničný, proces sociálnej a liečebno-profesionálnej rehabilitácie.

4. Rezort sociálnej starostlivosti v spolupráci so zdravotníctvom je povinný zariadiť mimonemocničné rehabilitačné strediská, najmä na krátkodobú pracovnú a sociálnu rehabilitáciu. Tomuto predchádza odborné školenie kádrov.

5. Rezort zdravotníctva má vytvoriť pracovné rehabilitačné jednotky pre dlhodobú pracovnú rehabilitáciu pre vážne chorých schizofrenikov. Títo tvoria až 60 % dlhodobe hospitalizovaných (chronikov) schizofrenikov.

6. Jednotlivé kroky rehabilitácie musia na seba nadväzovať.

7. Za dlhodobe liečeného schizofrenika — chronického schizofrenika treba považovať takého chorého, ktorý je viac ako 2 roky v nemocnici a nie je všeobecný súhlas o tom, či za 3 roky najmenej päťkrát prijatý má byť za takého považovaný.

8. Aj rozvojom psychofarmák chronickí schizofrenici zostávajú sociálno-zdravotným problémom, ktorého riešenie je nájstojčivé.

9. Štúdium literatúry dáva podklad k mienke, že prevencia chronicity je možná.

10. Ďalšie štúdie v epidemiológii, rehabilitácii aj liečbe sú potrebné.

11. Aj psychicky poškodený má právo na prácu, a rehabilitáciu vykonanú zdravotníkmi musí aj spoločnosť (zamestnávateľ) akceptovať.

12. Prevencia chronicity musí byť ďalekosiahle vypracovaná, v niektorých stavoch roky dopredu plánovaná v rámci preventívnej medicíny. Sú už však pevné oporné body, ktorými sa možno riadiť.

13. V psychiatrických zariadeniach bez intenzívnej rehabilitácie vzniká významne viac chronikov.

14. V každom psychiatrickom zariadení treba nastoliť popri medicínskej a ekonomickej, aj tretiu administratívu: rehabilitáciu na jednotlivých stupňoch.

15. Kvalitatívne má na seba nadväzovať rehabilitácia medicínska, profesionálna a sociálna. Všetky majú špecifické techniky a metódy. Tieto si treba osvojiť.

LITERATÚRA:

1. Adelson, D.: Social factors in the placement of the chronic schizophrenic patient. *A. J. Psychiatry* 121, 1964, 61—64 s.—
2. Barz, H.: *Psychiatrie für Schwester und Pfleger*. Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1973.
3. Bennett, D.: The Value of Work in psychiatric Rehabilitation. *Social Psychiatry*, Springer Verlag Berlin—Heidelberg—New York, Volume 5, Number 4, oktober 1970.
4. Bennett, D.: Therapie communautaire et therapie par le milieu. *L'Information psychiatrique*, Vol. 48, No 6, Juin 1972, 545—548 s.
5. Bennett, A. E., Carrad, J., Halil T.: Chronic Disease and Disability in the Community: A Prevalence Study. *British Medical Journal*, 3, 1970 762—764 s.
6. Bouček, Čiháková: Problematika chronických chorôb v niektorých sociálno-

- lekárskych štúdiách. Čs. zdravot., 1968, 478—482 s.
7. *Brown, G. W.*: Dĺžka pobytu v nemocnici u schizofrenika: prehľad štatistických štúdií. *Acta Psych. Neuro. Scand.*, 35, 1960, 414—430 s. Length of Hospital stay and schizophrenia: A Review of statistical studies.
 8. *Cerebrjaková, Z. N.*: Dynamika pracovnej schopnosti u chorých s nepreušovaným (nepretržitým) priebehom schizofrenie podľa údajov epidemiologického prieskumu. *Žurnal nevropat. Korsakova*, zv. 72, č. 3, 1972, 430—437 s.
 9. *Clemens, R.*: Zur Rehabilitation von Schizophrenen. Spezialdruckerei für Dissertationen, Gouder Hansen, Köln, 1967, s. 104.
 10. *Clemens, R., Böcker, F., Jochheim, K. A.*: Zur Beurteilung der Rehabilitationssaussichten bei Schizophrenen. *Sozialpsychiatrie*, ed. N. Petrilowitsch und H. Flegel. *Akt. Fragen Psychiat. Neurol.*, Karger, Basel, New York, 1969, Vol. 9. 33—41 s.
 11. *Duran, F. A., G. D. Errion*: Perpetwácia chronicity u duševnej choroby. *American Journal of Nursing*, aug. 1970.
 12. *Ekdawi, M. Y., Rogers, R. S. Slaughter, D. H. Bennett*: A Patients' Record office in a Mental Hospital Occupational Programme. *Brit. J. Psychiat.*, 114, 1968, 1305—1306 s.
 13. *Evans, E., A. G. Mezey*: Towards chronic Mental Illness (patients staying in hospital for more than six months). *Brit. J. Psychiat.* 114, 1968, s. 1399—1405.
 14. *Gastager, H., R. Schindler*: Rehabilitationstherapie bei Schizophrenen. *Der Nervenarzt*, 32, 8, aug. 1961, s. 368—373.
 15. *Gillis, L. S., M. Keet*: Factors Underlying the Retention in the Community of Chronic Unhospitalized Schizophrenics. *British J. Psychiat.*, III, 1965, s. 1057—1067.
 16. *Goldberg, D.*: Rehabilitation of the chronically mentally ill in England. *Occupational Mental Health*, apríl 1968, 30 s.
 17. *Haase, J.*: Pharmakotherapie bei chronisch Schizophrenen. *Problematik Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen 1967*. Düsseldorf vom 29. bis 31. Aug., 1966, s. 314—326.
 18. *Hochstein, F. G.*: Die Rehabilitation Schizophrener. Über die Defektuosität der schizophrenen Psychosen, s. 337—346, 1967, Heraus gegeben von Fr. Panse, Ferd. Enke Verlag Stuttgart.
 19. *Hanlon, J. J.*: Chronic disease research (Its importance to the National economy). *Journ. Occ. Med.*, 12, 1970, s. 30—33.
 20. *Hartlage, L. C.*: Community expectations and psychiatric rehabilitation. *A. J. Psychiat.*, 121, 1964, s. 67—69.
 21. *Hyams, D. E.*: Psychological factors in the rehabilitation of elderly. *Geront. clin.*, 11, 1969, s. 129—136.
 22. *Iaviev, B. V., M. M. Kabanov a spol.*: Psychologičeskoje isledovanije bolnych s zatjažnym tečeniem psychoza v svjazi s zadačami ich rehabilitacii. *Žurnal nevropat. i psych. Korsak*, 3, 1972, s. 396—405.
 23. *Isermann, H.*: Schizofornné psychózy s patologickým nálezom. *Psych. clin.*, 5, 1972, s. 17—26.
 24. *Jörgenson, W., Ö. Björnberg*: Experience with a New Sort of Service for the Chronically III. *Geront. clin.*, 11, 1969, s. 145—148.
 25. *Kabanov, M. M.*: Opyt voostanoviteľnoj terapii i socialnoj readaptacii psichičeski bolnych. *ŽNP. Korsak* 67, 7, 1967, s. 1072—1077.
 26. *Kabanov, M. M.*: K otázke návaznosti (spojitosti) REH opatrení prevádzaných v nemocničných a mimonemocničných podmienkach. *Ž. N. P. Korsak*, č. 3, LXXII, 1972, s. 438—440.
 27. *Korbelď, J.*: Současné názory na problematiku chronických nemocí. *Čas. lek. čes.*, 108, 19, 1969, s. 583—584.
 28. *Kurosawa, R.*: Psychotherapie und Rehabilitation bei chronischen Schizophrenien. S. 193—199. — (Vorträge und Diskussion auf dem Kongres der Deutschen Gesellschaft für. Psych. und Nervenheilkunde in Düsseldorf vom 29. bis 31. Aug. 1966).
 29. *Matulay, K., V. Frank, M. Vitešník, M. Gaňerová*: Liečba chronických schizofrenikov Oxyperinom.
 30. *Palát, M.*: Súčasná rehabilitácia a moderná medicína. *Lek. obzor*, 19, 1970, s. 209—214.
 31. *Parnell, R. W., J. Skottowe*: Dĺžka pobytu v psychiatrických nemocniciach a niektoré faktory, ktoré to ovplyvňujú. *Brit. m. J.*, 5162, 1959, s. 1296—1300.
 32. *Pauleikhoff, B.*: Zur Rehabilitation chronisch Wahnkranker *Sozialpsychiatrie Allgemeiner. Teil*, S. Karger, Basel, Vol. 8, 1969, s. 87—102.
 33. *Pogády, J., A. Poláček*: Niektoré poznámky k pojmu rehabilitácia v teórii

- a praxi. Lek. obzor, 17, 1968, s. 577—579.
34. *Příbyl, R., C. Příbylová:* K niektorým otázkam rehabilitácie psychiatrických pacientov. Lek. obzor, 20, 1971, s. 433—434.
 35. Rehabilitation als Aufgabe der Gesellschaft. Rehabilitation. Dokumenta Geigy. Vydavateľ Ciba — Geigy, Basilej, 1972.
 36. *Riedl, O.:* Podíl zevních faktorů na vzniku chronických onemocnění. Čas. lek. čes., 108, 1969, 19, s. 584.
 37. *Rose, H. K.:* Úvahy o sociálne psychiatrickom reaktivačnom programe chronických psychotikov. Der Nervenarzt, Jahrg. 40, Heft 6, jún 1969, s. 255—264.
 38. *Rosenstock, W. F., M. Goldman:* Rehabilitation of the longterm patient. J. Chron. dis., 22, 6/7, 1969, s. 493—503.
 39. *Rosenstock, W. F., M. Goldman, R. Rothenberg:* Rehabilitation of the Long-term patient. An action research program in milieu therapy. J. Chron. dis., 22, 6/7, 1969, s. 493—503.
 40. *Runyan, J., W. E. Phillips:* Program for the care of patients with chronic illnesses. JAMA, 19, 211, 1970, s. 476—479.
 41. *Salm, H., Kaufbeuren:* Zur Frage Rehabilitation der Chronisch-endogenen Psychosen. Probl. Therapie und REH der chron. endog. psych., s. 423—426.
 42. *Smet, J. P.:* Die Rehabilitation der chronischen Anstaltpatienten. Vorträge und Diskussion auf dem Kongres der Deutschen Gesellschaft für Psych. und Nervenheilkunde in Düsseldorf vom 29. bis 31. Aug. 1966, s. 362—367.
 43. *Sommer, R., G. Witney:* The chain of Chronicity. A. J. Psychiat. 118, 2, 1961, s. 111—117.
 33. *Souček, Z., Zveřina, J. a spol.:* Pokus o ovlivnění sociálních vazeb cílenými režimovými zásahy u chronických a terminálních stavů schizofrenie. Čs. psychiat., 63, 5, 1967, s. 335—341.
 45. *Syříštová, E.:* Some Principles of the Psychotherapy of Schizophrenies. Sympózium o psychoterapii socialistických štátov, Praha, 1973.
 46. *Šantruček, M.:* Epidemiologie chronických nemocí. Čs. zdrav., 14, 1966, s. 121—129.
 47. *Škoda, C.:* Psychotický proces a post-psychotický defekt. SAV Bratislava, 1963, str. 142.
 48. *Vencovský, E.:* Příspěvek k problému chronicity endogénných psychóz. Čs. psychiat., 67, 2, 1971, s. 65—70.
 49. *Volovik, V. M.:* K otázke včasnej rehabilitácie chorých na schizofréniu. P. Korsak., Tom LXXII, č. 3, 1972, s. 417—423.
 50. *Voroncová, G. S.:* O práceneschopnosti a sociálnej rehabilitácii chorých na schizofréniu s vlnovitým priebehom procesu, N. i P. Korsak., LXXII, č. 3, 1972, s. 423—430.
 51. *Waters, M. A. and J. Northover:* Rehabilitated Lon-Stay Schizophrenics in the Community. Brit. J. Psychiat. III, 1965, s. 258—267.
 52. *Wieser, S.:* Sozialprozesse bei chronisch psychischen Kranken und zur Frage der Rehabilitation. Vorträge und Diskussion auf dem Kongres der Deutschen Gesellschaft für Psych. und Nervenheilkunde in Düsseldorf 1966 vom 29. bis 31. Aug., s. 349—361, S. Karger, Basel, 1973.
 53. *Wing, J. K.:* A simple and reliable subclassification of chronic schizophrenia. The Journal of mental science, No 446, Vol. 107, 1961 Jan.
 54. *Wing, J. K., Bennet, D. H., Denham, J.:* The Industrial Rehabilit. of Long-Stay Schiz. Patients. Medic. Research Council, No 42, máj 1964, London, s. 42, Tat. Office.
 55. *Zenevič, G. V.:* O REH programe psychoneurologického dispensára. Žurn. Nervopath. i psych. Korsak., roč. 72, č. 6, 1972, s. 929—933.
 56. *Zerssen, D. V., Heyder, B. V.:* Schwierigkeiten und Gefahren bei der Rehabilitation Schizophrener. Zeitschr. für Psychopath., 1969.

50 roků**prof. MUDr. Juraje KOLESÁRA, DrSc.**

Padesát roků je vždy první zastavení na životní cestě s cílem bilance. I když je to do určité míry překvapení, je potřebné konstatovat, že do řad padesátníků vstupuje dnem 19. září 1974 i prof. MUDr. Juraj Kolesár, DrSc., přednosta Fyziatrické kliniky lékařské fakulty University Komenského a ředitel Výzkumného ústavu humánní bioklimatologie.

Kdo pozná profesora Kolesára a setkává se s ním v denním životě, není vůbec překvapený, že právě jemu byly svěřeny tak významné funkce ve výuce a ve výzkumu. Narozený na východním Slovensku v Močaranech, maturuje v roce 1944 a hned v roce 1946 zapisuje se na lékařskou fakultu v Košicích, kde v roce 1950 promuje za doktora všeobecného lékařství. Ihned po promoci působí jako lékař v lázních Sliač — od té doby se datuje jeho zájem o balneologii a lázeňství. Později po absolvování vojenské služby dostává se na I. interní kliniku jako odborný asistent, později ve stejné funkci na Fyziatrickou kliniku. A už v roce 1960 obhájí kandidátskou disertační práci, v roce 1963 docentskou habilitační práci a v roce 1969 je jmenovaný mimořádným profesorem lékařské fakulty University

Komenského v Bratislavě pro obor fyziatrie.

Tento velmi stručný nástin jednotlivých etap odborného vývoje prof. Kolesára neukazuje cele osobnost, kterou profesor Kolesár představuje. Na těchto jednotlivých etapách při bližším pohledu můžeme se setkat s faktorem, který je tak charakteristický právě pro profesora Kolesára — práce, opět práce a zase práce. A výsledky této práce, či už na vědeckém poli, pedagogickém poli, či už práce organizační, a té měl profesor Kolesár vždy dostatek, dokumentují jeho cestu. Víc než 90 vědeckých a odborných prací, velké množství přednášek na domácích i zahraničních kongresech, několik monografií a učebnic, velké množství odborných posudků a expertis, to jsou všechno výsledky, za kterými se skrývá osobnost člověka, učitele a vědce — profesora Kolesára.

Jistě přijdou jiní a povolanější, kteří zhodnotí příspěvek profesora Kolesára k současné vědě Slovenska a kteří definují jeho místo ve vývoji

především slovenské fyziatrie a balneologie. Nám přísluší úloha zvýraznit účast profesora Kolesára na formování fyziatrie, balneologie a rehabilitace jako vědeckého oboru. Je zásluhou profesora Kolesára a dokladem toho jsou jeho publikace, že vždy hledal v tom, čím se zabýval, vědecký důkaz, tedy objektivní zhodnocení studovaného jevu. I když zásluhy profesora Kolesára jistě v mnohých jiných odvětvích budou značně významnější, je nutno v této krátké reminiscenci poukázat právě na tuto charakteristiku vědeckého a pedagogického vývoje profesora Kolesára — důsledně hledat objektivní pravdu i za cenu konfliktu s empirickými teoriemi.

Profesor Kolesár nezůstal činný jen v oblasti vědy a výuky, jeho společenská angažovanost našla vyjádření ve velkém množství funkcí, od funkcí drobných až po funkce špičkové, či už to bylo v stranické, odborářské činnosti anebo na úseku Slovenské a Československé lékařské společnosti. A i tato práce, stejně významná a důležitá, nese stejně důležitý rys osobnosti profesora Kolesára, jako tomu je v oblasti vědecko-pedagogické práce, opět práce a zase práce.

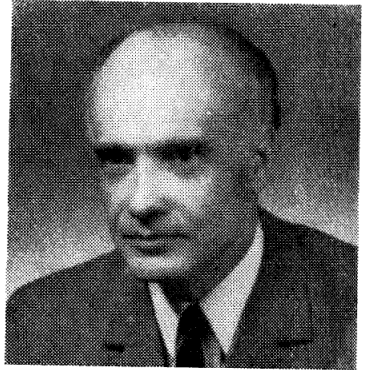
Padesát roků je prvním zastavením — věříme, že toto zastavení poslouží bilancí uběhnutého života a že se stane jen další etapou na cestě práce, která zdaleka není ukončená a od které společnost čeká mnoho dalších výsledků. I když jistě tato cesta nebude lehká, jsme přesvědčení, že profesor Kolesár, ji nastoupí s tím elánem, který u něho denně vidíme a s tím efektem, který charakterizuje vždy jeho snahu.

Vážený soudruhu profesore, milý Juraj, jistě nám dovolíš, abychom Ti v dalších letech Tvoji činnosti pro slovenskou vědu popřáli mnoho zdaru, hodně síly, dostatek funkční kapacity a především základ: zdraví a potřebný klid.

Ad multos annos!

M. Palát

K PĀĎESIATINĀM MUDr. ALOJZA KOCINGERA



S prekvapením konštatujeme, že dňom 25. júna 1974 dožíva sa 50. rokov MUDr. Alojz Kocinger, zástupca prednostu interného oddelenia Nemocnice Prievoz. Narodený v roku 1924 v Báhoni, vychovaný so svojimi 6 súrodencami v robotníckej rodine mal dr. Kocinger ťažké detstvo, poznačené chudobou a starosťami o každodenný chlieb. Myslím, že toto obdobie určitým spôsobom formovalo charakter dr. Kocingera a určilo smer ďalšej jeho cesty. Maturita na trnavskom gymnázii v roku 1943, absolvovanie Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave, to sú ďalšie etapy vývoja a predovšetkým prípravy na život lekára. Ako lekár začína dr. Kocinger na Štátnom zdravotníckom ústave na úseku mikrobiológie, dvojročná vojenská služba prerušuje načas jeho lekársku dráhu. Po skončení prezenčnej služby venuje sa už celkom vnútornému lekárstvu a jeho obľúbenému odboru kardiológii. Asistentenské roky u akademika Dérera a neskoršie u prof. Ondrejčiku získajú dr. Kocingera plne pre vnútorné lekárstvo, krátky trojročný pobyt u prof. Henzela vzbudí v dr. Kocingerovi záujem o rehabilitáciu v internej medi-

cíne. Nasledujúce roky znamenajú ďalšie získavanie skúseností ako experta a prednostu kardiolog. oddelenia v NDR a po návrate ako zástupcu prednostu interného oddelenia Nemocnice v Prievoze. Krátky čas pôsobil tiež ako internista polikliniky pre dorast a vysokoškôľakov v rámci Mestského ústavu národného zdravia v Bratislave.

Toto sú krátke zastavenia na lekárskej dráhe dr. Kocingera — zastavenia, ktoré konštatujú jednotlivé etapy jeho prípravy, vývoja a pôsobenia. Dr. Kocingerovi je možné pripísať dve veci — jeho ľudský lekársky postoj k chorým a jeho lásku k internej medicíne a ku kardiológii. Postoj ku chorým formovalo jeho ťažké detstvo, naplnené starosťou o denných chlieb v početnej rodine nie práve vždy zamestnaného robotníka, lásku k internej medicíne našiel iste na začiatku svojej lekárskej dráhy na klinickom pracovisku akad. Dérera.

Päťdesiatka je určitou bilanciou — pozitívom je tiež to, že dr. Kocinger je jeden z tých, ktorí uvádzali rehabilitáciu u interných chorôb do života a do praxe v čase, keď to bolo odvažné, keď neboli skúsenosti a keď prevládal klasický názor liečebného kludu u niektorých chorôb srdca. Dr. Kocinger mal vždy vzťah k telesnému pohybu — sám činný na poli ľahkej atletiky, ako výkonný športovec (ešte dnes zabehne 100 m pod 12 sekúnd) a tento telesný pohyb v adaptovanej podobe fyzickej aktivity aplikoval u chorých s kardiovaskulárnymi ochoreniami. Mnohé jeho práce z tohoto obdobia nestratili ani dnes svoju platnosť.

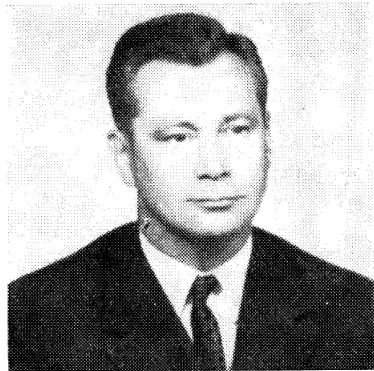
Dr. Kocingera si vážime však nielen preto, že má tak rád vnútorné lekárstvo, že má taký lekársky postoj k chorým, že je jeden z tých, ktorí ako prví prebojovávali zásady rehabilitácie, ktoré sú dnes takou samozrejmosťou v oblasti vnútorného lekárstva a špeciálne v modernej kardiológii, že zmodernizoval pracoviská, kde bol zamestnaný, vážime si ho tiež pre jeho morálne a ľudské vlastnosti, pre jeho

postoj a vzťah k ľuďom, ktorý vytvára atmosféru kludnú bez neurotických mrakov, jasnú bez zvýšených hladín adrenalínu. Dr. Kocinger nemal jednoduchý život, život formoval jeho vývoj a život formoval i jeho postoj — postoj lekára, postoj človeka, postoj kolegu a postoj odborníka.

Iste sa na nás nebudete dr. Kocinger hnevať, ak mu vyjadríme z príležitosti jeho päťdesiatin nielen dobré zdravie a silu k ďalšej práci, ale i mnoho športového elánu, ktorý ho stále po celej jeho životnej ceste sprevádza a mnoho ďalšej pohody a kludu v jeho druhom životnom polčase.

M. Palát

MUDr. ANDREJ PUČEK PÄŤDESIATROČNÝ



Do kruhu päťdesiatnikov vstupuje dňom 8. júna 1974 vedúci lekár Výcvikového strediska pre občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou v Bratislave, MUDr. Andrej Puček. Dr. Puček, narodený v Hornej Porube, strednú školu ukončil v Trenčíne a po maturite v roku 1945 sa zapisuje na Lekársku fakultu univerzity Komenského v Bratislave — svoje me-

dicínske štúdium zakončuje promóciou v roku 1951. Po skončení lekárskeho štúdia pracuje ako sekundárny lekár v Leviciach, kde sa oboznamuje s chirurgiou, pediatriou a oftalmológiou. Za necelé dva roky sa dostáva do Bratislavy do Mestského ústavu národného zdravia, kde pracuje 6 rokov najprv ako závodný lekár, neskôršie ako krajský závodný a posudkový lekár. Šesťdesiate roky znamenajú pre dr. Pučeka akýsi medzník v jeho odbornej činnosti. Začína sa plne venovať posudkovej činnosti a otázkam sociálneho zabezpečenia. Táto jeho snaha nachádza vyjadrenie v mienovaní za vedúceho lekára Výcvikového strediska pre osoby so zmenenou pracovnou schopnosťou. Výcvikové stredisko, zriadené v roku 1964 dostáva teda od roku 1966 pre liečebno-preventívny úsek dr. Pučeka, ktorý celým elánom sa venuje odbornej, organizačnej ale i administratívnej práci na tomto úseku. Úspechy nedávajú na seba dlho čakať. Výcvikové stredisko pre občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou sa stáva vedúcim ústavom v celej Československej socialistickej republike a je to tiež mravčia práca dr. Pučeka, že toto stredisko získava v relatívne krátkom čase také významné postavenie.

Dr. Puček je človek angažovaný a

angažujúci sa. Dokladom toho je celý rad rôznych funkcií v ČSČK, v Združení zväzov slov. invalidov, v Slov. rehabilitačnej spoločnosti a vyjadrená tiež celým radom uznaní a vyznamenaní.

Pri príležitosti 50. narodenín nie je možné hodnotiť celú činnosť. Päťdesiatiny sú zastavením, obzretím sa späť a vykročením k ďalším úlohám a cieľom a týchto má dr. Puček práve dosť pred sebou.

Pri takej príležitosti, ako je určité výročie, musíme tiež pozerieť na dr. Pučeka nielen ako na lekára-odborníka, ale i na človeka. Lekár Puček má svoje vyhranené miesto v oblasti invalidnej medicíny, človek Puček našiel svoje miesto v priateľstve tých, ktorí ho majú radi pre jeho otvorenú povahu slovenského chlapca, pre jeho mäkký hlas vo chvíľach spoločenskej relaxácie a pre jeho geneticky nedeterminovanú vlastnosť pomôcť tam, kde treba.

Milý Ondřík, pri tomto zastavení, ktoré historici nazývajú päťdesiatkou a ktoré slúžia k určitej reminiscencii, dovoľ nám, aby sme Ti zaželali predovšetkým mnoho zdravia, elánu, síl a mnoho atmosféry, ktorá spojuje ľudí a upevňuje ich vzájomné vzťahy.

M. Palát

PŘEHLED KOMPLEXNÍ REHABILITAČNÍ PÉČE A PORADENSTVÍ PRO VOLBU POVOLÁNÍ INVALIDNÍCH OBČANŮ V SSSR

J. LÁB

*Čs. výzkumný ústav práce a sociálních věcí —
pracoviště Praha*

Ústavou Sovětského svazu je zajištěno právo všech občanů na práci bez jakéhokoliv omezení; toto právo se vztahuje i v SSSR, jako v jiných socialistických státech, také na všechny sovětské občany, kteří jsou zdravotně postiženi. Velmi početným skupinám sovětských defektních občanů je vybíráno pracovní umístění zejména příslušnou lékařskou pracovní expertní komisí (VTEK), která vypracuje pracovní doporučení (rekomandaci), v níž je přihlédnuto k individuálnímu zdravotnímu stavu invalidních občanů, k jejich stáří, pohlaví, vzdělání a k jejich dosavadnímu pracovnímu zaměření.

Nejdůležitější fáze rehabilitační péče jsou ve svém průběhu v SSSR u defektních občanů v zásadě shodné s hlavními fázemi rehabilitačního procesu, jímž prochází zdravotně postižení občané i v jiných státech s vyspělou poradenskou službou, která provází dospělé nebo mladistvé občany na celé jejich rehabilitační cestě. Po základním lékařském vyšetření prochází nemocný nebo defektní občan buď příslušnou léčebnou rehabilitací, nebo přechází přímo do některého pracovního zařazení, v němž nalezne příznivé pracovní podmínky. Tyto podmínky, kromě výhod přizpůsobených jeho omezeným pracovním schopnostem, zabezpečují defektním občanům možnost plno-právné účasti ve veřejně užitečné práci. Vhodnost pracovního zařazení je pak sledována ve formě kontrolních opatření příslušných odborníků přímo na pracovišti. Splnění podmínek pracovní rekomandace invalidů je pro administrativu příslušných úřadů a podniků povinné. Invalidní občan, který není schopen žádné pracovní činnosti, přechází do invalidního důchodu.

V SSSR je věnována velká pozornost zajišťování pokud možno plynulé realizace komplexní rehabilitační péče a to všech jejích hlavních složek, tvořených rehabilitací léčebnou, pracovní a sociální, z nichž poslední 2 složky zasahují až na samé pracoviště.

Při zajišťování plynulé návaznosti všech složek rehabilitační péče hraje v Sovětském svazu hlavní úlohu *poradenství pro volbu povolání* a to počínaje poradenskou činností zdravotních a sociálních zařízení a rekomandacemi VTEK a konče zajišťováním pracovního uplatnění příslušnými rehabilitačními institucemi a službami pracujícími přímo v podnicích.

Pracovní rehabilitace invalidů, důležitá součást komplexní rehabilitační péče, upoutává pozornost státních orgánů a veřejných institucí mnohých socialistických a rovněž ekonomicky vyvinutých kapitalistických zemí; tato činnost je pochopitelně budována na odlišných zásadách a základech, což se projevuje i tím, že v různých zemích existují značné rozdíly v pojetí a v organizační struktuře rehabilitační péče. Tak například v mnohých vyspělých kapitalistických státech jsou rehabilitační úkoly značně zúženy a ve všech fázích rehabilitační péče často i omezeny na menší počet občanů se změněnou pracovní schopností (zps), zatímco v SSSR a v jiných socialistických státech se zejména pracovní rehabilitace opírá o široký systém opatření, která zajišťují téměř všem defektním občanům, i občanům těžce zdravotně postiženým (TZP) opětné uzdravení, získání soběstačnosti nebo návrat k pracovní činnosti.

V SSSR, podobně jako v dalších socialistických státech, se tato opatření, jejichž realizace se zúčastňuje široká veřejnost, opírají o četná, podrobně vypracovaná, zákonná ustanovení a jsou vytyčována jako důležité státní a veřejné úkoly, jejichž náklady jsou hrazeny ze státního rozpočtu.

Základní cíl rehabilitace, který spočívá v SSSR ve znovunavrácení zdraví, pracovní schopnosti a v předcházení invaliditě cestou uskutečňování lékařských, profylaktických a organizačně technických opatření, je dovršen racionálním zařazením invalidních občanů do pracovního procesu, v němž plní veřejně užitečnou práci.

Četní odborníci i v západních státech dokazují, že invalidy je nutno povolávat k práci nejen pro zlepšení jejich ekonomické úrovně, ale i k jejich morálnímu prospěchu; přitom je zdůrazňováno, že vyčerpávající práce často vede k hromadnému onemocnění, k předčasnému stárnutí nebo i k úmrtí pracujících. Financování rehabilitační péče je uskutečňováno v západních státech převážně z finančních pramenů nestátního charakteru. Vcelku nutno konstatovat, že dosud není v mnoha kapitalistických státech věnována náležitá pozornost navrácení pracovní schopnosti osobám s těžkou formou invalidity.

Mnohá léta pozorování v SSSR ukazují, že asi 10 % invalidů potřebuje nutně speciální výuku nebo přeškolení; větší část z nich může projít výukou bezprostředně ve výrobně dílny, na pracovišti. Organizovat výuku invalidů v takovém rozsahu za podmínek soukromého podnikání je velmi těžko možné. Velké překážky vznikají v západních státech též při uskutečňování zákonů o povinné registraci všech druhů pracovní neschopnosti nebo invalidity.

Snahám komplexní rehabilitační péče, zejména pracovní rehabilitace, ne sporně prospívá, že v posledních letech se silně zvýšil mezinárodní styk rehabilitačních odborníků a to nejen mezi socialistickými zeměmi, ale i mezi ostatními státy. Aktivním organizátorem tohoto mezinárodního styku se staly socialistické státy prostřednictvím komitetu expertů socialistických zemí pro rehabilitaci invalidů.

V socialistických státech je nedílnou součástí zajišťování pracovní činnosti a péče o vytváření vyhovujících životních podmínek pro všechny členy společnosti i uskutečňování státní humanitní péče o občany práce neschopné a zajišťování jejich znovuzařazení do normální pracovní a veřejné činnosti. Tyto snahy lze dokázat především na příkladech organizačního budování komplexní rehabilitační péče v socialistických státech.

Jak vyplývá z úvodní části, popisující pojetí pracovní rehabilitace v SSSR, *hlavním úkolem sovětské pracovní rehabilitace* a celé komplexní rehabilitační péče je snaha navrácení co největšího počtu invalidních občanů do společenského života nebo jejich znovuzačlenění do pracovní činnosti. Při určo-

vání pracovní způsobilosti a při doporučení vhodného zaměstnání pro zdravotně postižené občany hraje v SSSR ústřední úlohu pracovní poradenství, které vychází, jak bylo uvedeno, z doporučení příslušných lékařských pracovních expertních komisí (VTEK), přičemž nejdůležitější podklady pro uskutečňování úkolů pracovní rehabilitace vycházejí však z určení struktury, dynamiky a stupně invalidity.

Stupeň invalidity je charakterizován v SSSR rozdělením invalidů do 3 skupin, které lze definovat takto:

I. skupina invalidity se přiznává osobám, které jsou postiženy těžkým porušením funkcí organismu. Tito občané jsou pracovní plně neschopní k zaměstnání v obvyklých výrobních podmínkách a potřebují kromě toho všestrannou péči, zejména pomoc a dohled druhé osoby. Jen malá část invalidů této skupiny může pracovat, neboť v ní převládají zejména slepci a těžké, často kombinované, anatomické poruchy, např. ztráta 2 končetin atd.

II. skupina invalidity je přiznávána osobám, které podle svého zdravotního stavu ztratily schopnost pokračovat v pracovní činnosti v normálních pracovních podmínkách, v nichž jsou neschopny vykonávat jakékoliv zaměstnání. Patří sem invalidní občané různého stupně neschopnosti k práci, např. osoby s komplikovanými chorobami nebo s následky po těžkých zraněních atd.; těmto občanům se doporučuje nejen práce dočasná (jako některým osobám z I. skupiny), ale i taková práce, která by se jim stala jejich novým povoláním.

III. skupina invalidity (částečná invalidita) je přiznávána osobám, jejichž zdravotní stav je pouze tak porušen, že vyžaduje převedení do zaměstnání s menším pracovním zatížením nebo do práce s nižší pracovní kvalifikací.

II. a III. skupina invalidů pracuje obvykle na pracovištích, která jsou speciálně upravená.

Zde je pozorována určitá zákonitost; během posledních pěti let podíl III. skupiny invalidity mezi nově vzniklými invaliditami klesá — celkem za posledních pět let klesl téměř o 17 % a tvoří nyní 38,4 % z celkového počtu osob uznaných invalidními. V souladu s tím vzrostl podíl II. skupiny (o 11,5 procenta) a I. skupiny (o 13,7 %). Uvedený pokles podílu III. skupiny invalidity je vysvětlován rozsáhlou péčí, věnovanou pracujícím s těžším onemocněním a osobám často nemocným. *Na základě údajů získaných o všech skupinách invalidů je možné předurčovat důležitá opatření, například zajišťování racionálního pracovního umístování, zřizování speciálních dílen, oddělení nebo skupin pro pracovní umístování vážnějších zdravotních postižení, zakládání odborných technických učilišť, pracovních internátů a domovů invalidů, zjišťování potřeb v oblasti motorizované dopravy, protéznictví, organizování specializovaných VTEK atd.*

Otázkám sociálního zabezpečení obyvatelstva je v Sovětském svazu trvale věnována velká pozornost. Soustava státních penzí, jež je jedním z hlavních zdrojů hmotných životních podmínek práce neschopných občanů, se rozšiřuje a zdokonaluje rok od roku.

V soustavě sociálního zabezpečení invalidů má hlavní úlohu lékařská pracovní expertiza, na jejíž racionální organizaci a vědeckých základech závisí správnost stanovení stupně ztráty pracovní schopnosti, nebo stupně invalidity, určení jejích příčin a správnost pracovních doporučení; na základě těchto rozhodnutí jsou pak přiznávány různé druhy sociální pomoci.

Organizační vývoj lékařské pracovní expertizy, která plní úkoly poradenské péče pro volbu povolání defektních občanů, prodělal v Sovětském svazu během půlstoleté existence SSSR řadu podstatných změn, směřujících k zlepšení a k zdokonalení jejích forem, metod a kvality. Zdokonalování expertní

činnosti bylo vyvoláno zvýšením počtu zabezpečení v invaliditě, což vedlo k značnému vzrůstu výdajů na státní pojištění a na sociální zabezpečení.

V prvních letech činnosti sovětského státu existovala soustava klasifikace invalidity založená na procentuálním vyjádření a rozdělení do skupin, ale tato metoda se ukázala být zcela nedostatečnou a již v roce 1921 byla přijata šestiskupinová soustava klasifikace invalidity; ta byla v roce 1932 nahrazena zavedením třískupinové klasifikace invalidity, jež s některými změnami existuje dodnes.

O roku 1963 jsou ministerstvy sociálního zabezpečení jednotlivých republik a jejich nižšími složkami organizovány *Lékařské pracovní expertní komise (VTEK) republikové, krajské, městské a okresní*, které sestávají ze 4 nebo 3 lékařů — expertů (internista, chirurg, neuropatolog), kteří řídí lékařskou pracovní expertizu v příslušných metodických střediscích. Kromě toho existují v SSSR *specializované VTEK*, které se zabývají expertizou pracovní schopnosti nemocných tuberkulózu, osob s nemocemi a defekty zrakových orgánů, s psychickými, onkologickými, kardiovaskulárními nemocemi, s následky traumat atd. Kontrolní činnost všech druhů VTEK je přímo v průmyslových a zemědělských pracovištích a v léčebných ústavech zajišťována zavedením tzv. výjezdních zasedání VTEK.

V souladu s instrukcí o určování skupin invalidity, přijatou v roce 1956, je invalida zařazen — podle stupně ztráty pracovní schopnosti — do jedné ze tří skupin invalidity.

Invalidita není klasifikována jen z hlediska skupin invalidity, nýbrž i z hlediska jejích příčin, které vznikly vlivem vážnějšího onemocnění, choroby z povolání, pracovního úrazu nebo vady vzniklé již v dětství nebo později atd.

Organizační formy rehabilitační péče, zejména pracovní rehabilitace, jsou v SSSR velmi rozsáhlé a členité a setkáme se s nimi hlavně v zařízeních zdravotního, sociálního a školského sektoru.

Jsou to zejména:

1. *Rehabilitační oddělení ve zdravotnických zařízeních*, hlavně v nemocnicích, na klinikách a v různých ústavech;
2. *čttná speciální rehabilitační zařízení, sloužící zejména pracovní rehabilitaci a poradenství pro volbu povolání invalidních občanů v sociálním sektoru*; sem patří např. střediska pro obnovu pracovní schopnosti, výzkumné ústavy pracovní-lékařské expertizy a organizace práce invalidů atd.;
3. *různé typy speciálních zařízení a pracovišť* počínaje zvláště upravenými pracovišti budovanými v rámci závodů, v družstvech invalidů (chráněné dílny nebo pracoviště s charakterem domácí práce), dále četnými zařízeními přidruženými k výzkumným ústavům rehabilitační péče (ad 2), nebo k ústavům pro léčení lehčích i těžších chorob, k ústavům pro tělesně nebo duševně postiženou mládež, k ústavům pro přestárlé občany atd.

V sovětských republikách zajišťují celkovou péči o invalidní občany a o starobní důchodce ministerstva sociálního zabezpečení prostřednictvím svých nižších složek. Činnost orgánů sociálního zabezpečení je zcela decentralizována; v městech a v oblastech jsou oddělení sociálního zabezpečení s kontrolní, řídicí a výkonnou pravomocí.

Pracovní umístování invalidů je řízeno orgány sociálního zabezpečení a jejich vědecko-výzkumnými ústavy a je uskutečňováno vedoucími pracovníky závodů, úřadů a hospodářských organizací za aktivní účasti odborů, zdravotnických a veřejných orgánů, pod kontrolou a za metodické pomoci ze

strany orgánů sociálního zabezpečení. Přitom je dbáno, aby invalidé byli ponecháni, v intencích příslušných rozhodnutí vlády a pokud to dovolí jejich zdravotní stav, ve stejných podnicích a v povoláních, která mají podobný pracovní charakter jako povolání, v nichž pracovali před vznikem jejich invalidity nebo nemoci.

Při pracovním zařazení invalidních občanů je třeba přihlížet zejména k jejich zdravotnímu stavu (k jeho systematickým kontrolám nebo k event. léčení), k určení vhodného odborného školení, řídicího se kromě kvalifikace též individuálními osobními sklony. Dále je třeba přihlížet k stanovení pracovních podmínek, k charakteru práce a odpočinku, k vhodnému uspořádání pracoviště a k použití speciálních, práci ulehčujících nástrojů. Nejlepším dokladem zdárného vyřešení problematiky pracovního umísťování je skutečnost, že již řadu let pracuje v průmyslu a v zemědělství 70—80 % invalidů III. skupiny (částečná invalidita).

Zdárná organizace racionálního znovuzařazení defektních občanů vyžaduje *trvalé vedení evidence invalidů* a přihlídnutí k výběru takových zaměstnání, která jsou individuálně vybírána podle profesiografických seznamů a správnost volby pracovního zařazení je třeba systematicky kontrolovat prostřednictvím příslušných orgánů. Při výběru zaměstnání je nutno řídit se v jednotlivých profesích též ekonomickou efektivností invalidních občanů s různými nemocemi a vadami.

Nejdůležitější základnou pro umísťování invalidů jsou *výrobní družstva invalidů*, jejichž výrobní program se v SSR řídí státním plánem; suroviny a jiný potřebný materiál jsou družstvům přidělovány státem. Družstva vyrábějí různé druhy spotřebního zboží a předmětů denní spotřeby, a to buď některé součástky (v kooperaci s jinými závody), nebo komplexní výrobky. Podle druhu výroby může pracovat v invalidních družstvech maximálně 25 % zdravotně osob, obvykle specialistů. V některých družstvech invalidů jsou speciální dílny pro slepce a hluchoněmé a pro určité druhy vážnějších onemocnění. V těchto dílnách je pracovní doba 6 hodin s 10ti minutovými přestávkami po každé druhé hodině. Stejný počet hodin pracují invalidé I. skupiny a mládež od 16 do 18 let. Přestárlí a invalidé II. skupiny mají sedmihodinovou pracovní dobu. Invalidé III. skupiny a zdraví zaměstnanci družstva pracují plných 8 hodin. Těžší invalidé nemají předepsány normy, které by museli nutně plnit; pracují, jak dlouho chtějí a mohou. V SSSR pracují invalidní občané maximálně ve dvousměnných provozech.

V normálních závoděch pracuje značné procento invalidů. Podniky jsou povinny hlásit oddělení sociálního zabezpečení každé uvolněné pracovní místo vhodné pro invalidy a mohou je obsadit zdravým pracovníkem jen v tom případě, když odbor sociálního zabezpečení nemá vhodnou invalidní osobu na umístění.

Sovětská vláda věnuje stálou pozornost nejen invalidním občanům v plně produktivním věku, ale její *péče se vztahuje i na nemocné a defektní osoby staré a na zdravotně postiženou mládež.*

Jak bylo již uvedeno, spočívá *největší odpovědnost poradenské služby* celého sovětského rehabilitačního procesu *na lékařských pracovních expertních komisích (VTEK)*. Úkoly a organizování těchto posudkových komisí spočívá především v tom, že po předložení podkladů ošetřujícím lékařem provedou komise příslušná podrobná vyšetření a je-li konstatována invalidita, vystaví invalidnímu občanovi osvědčení, které zajišťuje jeho nárok na dávky a výhody sociálního zabezpečení. Kromě určení nebo potvrzení jedné ze 3 skupin invalidity, stanoví komise i druh invalidity, tj. jde-li o invaliditu přechodnou, dlou-

hodobou nebo trvalou. Posudkový lékař komise kontroluje pravidelně pracovní činnost invalidů a poté určí, může-li invalidní občan provozovat bývalé povolání, do nějž opět nastoupil, nebo určí, může-li být zaměstnán jinou formou práce, nebo přejde-li do vyššího stupně invalidity s vyššími dávkovými nároky.

Úzkou spoluprací posudkových komisí se závodem zajišťuje v SSSR na každém závodě zřízená *závodní komise pro umístování invalidů*, která spolupracuje se *závodní komisí sociální a s rajónovou komisí pro umístování invalidů*. Závodní sociální komise a dobrovolní aktivisté sociální péče ve spolupráci s orgány sociálního zabezpečení a zdravotnického sektoru prokazují platné služby invalidním občanům při poskytování potřebných sociálních výhod a úlev.

Na úzkou spolupráci kolektivního výsledku posuzování odborných lékařů a zástupců odborové organizace a orgánů sociálního zabezpečení navazuje po začlenění invalidního občana do pracovního procesu *stálý kontakt jmenovaných činitelů s továrnami, s podniky zemědělskými a se zdravotnickými zařízeními*. Tento kontakt se uskutečňuje pravidelnými návštěvami pracovišť a zasedáním komisí přímo v podnicích (výjezdů zasedání VTEK). Tímto způsobem jsou posudkoví lékaři seznamováni s povahou práce a s pracovními podmínkami přímo na pracovištích, kde se posudkové činnosti a práce komisí zúčastňují kromě jmenovaných zástupců i mistři a vedoucí dílen, družstev atd.

Všichni tito činitelé dohlíží na dodržování předpisů o ochraně zdraví při práci a na plnění výhod a úlev státem předepsaných.

V zásadě lze tedy říci, že *posudková služba*, reprezentovaná v SSSR zejména lékařskými pracovními expertními komisemi — VTEK *spolupracuje úzce při své každodenní práci poradenskou formou se všemi příslušnými složkami sociálního a zdravotnického sektoru*.

Důležitou úlohu při zpracovávání vědecky podložené metodiky pro posuzování pracovní schopnosti mají v SSSR speciální výzkumné ústavy, které vypracovávají vědecko-metodická ustanovení pro příslušný VTEK a školí odborné lékaře pro posudkovou službu. V čele těchto výzkumných ústavů zvaných *Ústavy pracovní-lékařské expertizy a organizace práce invalidů* stojí ústřední institut v Moskvě (CIETIN) a v Leningradě (LIETIN); většina těchto ústavů je vybavena samostatnými klinikami, laboratořemi a pokusnými dílnami.

Podle názorů vedoucích sovětských osobností v oblasti sociálního zabezpečení dozrál již v SSSR čas, aby byla systematicky organizována též v širším měřítku *rehabilitační střediska pro obnovení pracovní schopnosti invalidů*, v nichž by se zároveň s doléčováním, rehabilitačním léčením, protéznictvím a jinými zdravotnickými opatřeními, provádělo ve větším rozsahu i školení invalidů pro získání životních a pracovních návyků se zaměřením pro různé výrobní obory. V těchto střediscích by byli, jak se v praxi osvědčilo, soustředěni lékaři, protetici, pedagogové, psychologové, mistři výrobní výuky a pracovníci sociálního zabezpečení.

V Sovětském svazu je věnována velká péče *vzdělání a přeškolení invalidních občanů*, neboť mnozí z nich nejsou vlivem své vady nebo následků onemocnění a úrazů schopni vykonávat dosavadní manuální práci; je jim proto podle možnosti dána příležitost získat střední nebo vyšší vzdělání a to buď technické nebo humanistické. Velmi dobře je v SSSR vybavena síť učňovských škol pro defektní mládež; tyto školy jsou zřizovány obyčejně ve formě odborného školství s internáty a se speciálním zařízením (dílny, laboratoře, zájmové kroužky atd.). Přeškolovací péče pro zdravotně postižené občany je podchyčována již při jejich pobytu v nemocnici a určována podle potřeby a zájmu jednotlivých rekonvalescentů. Jak bylo již dříve uvedeno, je v SSSR zaměstnávána i převážná část těžce zdravotně postižených občanů; více než polovina z nich našla úspěšné působiště v zemědělství.

Sovětští autoři se shodují v názoru, že je třeba výzkumem ověřit potřebu pracovníků z řad invalidních občanů v různých odvětvích průmyslu a zemědělství a na tomto základě pak budovat speciální technická a jiná odborná učiliště pro pracovníky určitých odvětví národního hospodářství. Rozsáhlé možnosti jsou v otázkách školení poskytovány v SSR též občanům nevidomým, hluchoněmým a neslyšícím.

V otázkách školní mládeže hraje v SSSR, jako v jiných státech, velmi důležitou úlohu *system profesionálního poradenství a odborné poradenské školní služby pro mládež zdravou i tělesně postiženou*. Tento systém se rozvinul zejména v 20.—30. letech.

Sovětská koncepce profesionálního poradenství vychází ze základní téze, že příprava žáků k pracovní činnosti a k volbě povolání se musí uskutečňovat v procesu všeobecného, polytechnického a pracovního vyučování už od nejnižších tříd, avšak že kromě toho je nezbytná i speciální profesionální orientace a konzultace žáků ve vyšších třídách.

Při studiu metod a organizace komplexní rehabilitační péče docházíme k jednoznačnému zjištění, že v SSSR je právem odbornými a úředními místy výrazně *soustředěna pozornost na podrobné klinické vyšetřování a hodnocení pracovních schopností invalidních občanů*, a to zejména, jak bylo uvedeno, ve speciálních ústavech pracovně lékařské expertizy a pracovního uplatnění invalidů a v rámci lékařsko pracovních expertních komisí — VTEK — a v jejich speciálních zařízeních.

Ekonomické a finanční otázky tvoří odborně složitou problematiku, která je zejména v systémech pracovní rehabilitace v SSSR po stránce organizační i právní rozpracována do většího množství úseků odlišných podle druhu a rozsahu následků onemocnění a podle charakteru úrazů nebo vad. Navrácení pracovní schopnosti defektním občanům má velký ekonomický význam, neboť tímto způsobem se zmenšují státní vydání a jsou získávány další pracovní síly a doplňující pracovní rezervy. V tomto směru hraje velmi důležitou úlohu lékařské ošetření a invalidita zejména občanů s chronickými nemocněními, kteří se vlivem nedostačující péče stali invalidními osobami. Dále nutno vzít v úvahu, že nejsou dostatečně využívána nemocniční lůžka, sanitní služby, profylaktické léčení v příslušných sanatoriích a že není využíváno v administrativě podniků a hospodářských organizací ve větším rozsahu racionálních změn pracovního režimu a odpočinku pro zaměstnané invalidní nebo nemocné osoby.

Je pochopitelné, že dříve již zdůrazněna nutnost návaznosti zejména léčebné a pracovní rehabilitace, která podmiňuje plný úspěch rehabilitační péče, je úzce závislá na politicko-hospodářských poměrech jednotlivých států, zasahujících často velmi odlišně prostřednictvím příslušných úřadů a společenských organizací do problematiky rehabilitační péče. To má za následek často velmi různou organizační strukturu a odlišné možnosti získávání pracovních příležitostí různě organizovanou zdravotní službou a značně rozdílným zajišťováním rozsáhlých finančních nákladů. V těchto směrech má sovětský stát možnost zajistit všechny odpovědné úkoly rehabilitační péče v daleko větším rozsahu, než tomu je v jiných, zejména západních státech, kde komplexní rehabilitační péče není většinou úspěšně koordinována.

Z toho přehledu o pracovní rehabilitaci a o poradenství pro volbu povolání zdravotně postižených občanů a invalidů v SSSR vyplývá, že sovětský stát ve

své stálé péči o zdraví všech pracujících, o prodloužení jejich života a o zvýšení jejich pracovní schopnosti, klade na významné místo vědecky podložený výzkum a péči o snížení invalidity a o obnovení pracovní schopnosti defektních občanů.

Četná zákonná ustanovení a široká působnost mnoha ústavů a speciálních i všeobecných zařízení a služeb, zabývajících se péčí o invalidní a zdravotně postižené občany, dokazují zcela přesvědčivě, že v Sovětském svazu je tato péče právem zařazena mezi nejdůležitější státní a veřejné úkoly.

RECENZIE KNIH

KNOBLOCH, J.: OBECNÁ CHIRURGIE

V druhej polovici roku 1973 vyšlo šieste, čiastočne prepracované vydanie knihy „Obecná chirurgiá“ od prof. MUDr. Jana Knoblocha, DrSc.

Vzhľadom na význam knihy v prae- aj postgraduálnom štúdiu chirurgie bolo toto vydanie už netrpezlivo očakávané ako lekármi, tak aj — a hlavne — študentami medicíny, ktorým je dielo základnou a povinnou literatúrou v príprave na klasifikovaný zápočet v III. ročníku štúdia a časťou povinnej literatúry pri štúdiu na štátnu záverečnú skúšku z chirurgie v VI. ročníku. Napriek tomu, že od roku 1950 vyšlo šesť vydaní tohto diela, je kniha stále hľadaná a vždy na knižnom trhu chýba. Je to dielo, ktoré si študenti odnášajú zo školy do svojich odborných knižníc ako základnú odbornú literatúru.

Dielo je vytlačené na 777 stranách na dobrom papieri, s 307 obrazmi, má zoznam použitej čs. literatúry, menný a vecný register. Tlač je kvalitná, normálnou tlačou je vyznačená látka pre medikov, malým písmom látka určená pre postgraduálne štúdium.

Dielo je oproti 5. vydaniu čiastočne prepracované. Po formálnej stránke už v samotnom obsahu na začiatku knihy vidí-

me zlepšenie, pretože výrazne a prehľadnejšie vytlačené nadpisy jednotlivých kapitol presnejšie vymedzujú látku.

Po odbornej stránke je dielo doplnené o modernejšie poznatky najmä v kapitolách o vyšetrovaní chirurgických chorých laparoskopiou a hlavne angiografickými metódami, v kapitole o znečistení o problematiku extrakorporálnej cirkulácie a riadenej hypotenzie, v kapitole operačnej techniky o lepenie, drenáž a obväz operačnej rany, v kapitole chirurgických výkonov všeobecného charakteru o rôzne druhy a spôsoby transplantácie tkanív a orgánov. Autor pridal krátku stať o odpovedi organizmu na operáciu (pooper. odzva), rozšíril stať o acidobázickej rovnováhe. Vcelku došlo aj ku zmene v poradí kapitol, a to hlavne v tom, že základy septickej chirurgie autor logicky predradil pred traumatológiu a ostatné záverečné kapitoly, ako posudková činnosť, práva zodpovednosť chirurga, stručné základy röntgenológie a ostatné — skôr atestačne ako študijné problémy.

Vcelku ide o veľmi potrebnú publikáciu, ktorú naša medicínska verejnosť dlho očakávala.

Dr. M. Brix, Bratislava

THEIMER W.:

ALTERN UND ALTER (STAND DER EXPERIMENTELLEN GERONTOLOGIE).

Stárnutí a staří (Stav experimentální gerontologie).

Georg Thieme Verlag Stuttgart 1973. 340 stran, 50 obrázků, cena DM 69,— ISBN 3 13 494301 8.

V Thiemeho nakladatelství ve Stuttgartě vychází v roce 1973 zajímavá, relativně rozsáhlá monografie dr. Thiemera z Mnichova, věnovaná problematice moderní gerontologie. Jak autor v úvodě zdůrazňuje, jde o publikaci, která se zabývá experimentálními otázkami a výsledkami v oblasti gerontologie, opouští tedy oblast spekulace a domněnek, které v současnosti ovládají mnohé knihy tohoto nového odvětví moderního lékařství.

Knihy má dvě části, obecnou a speciální, bohatý seznam literatury a věcný rejstřík doplňují tuto monografii. V obecné části pozornost je věnovaná lipofuscinu, pigmentu stárnutí, molekulární biologii kolagenu a elastinu, stárnutí mukopolysacharidů, hormonům a stárnutí, koloidní teorii stárnutí, teorii vlastní intoxikace, stárnutí podmíněném zářením a mutacemi, autoimunitní teorii stárnutí a enzymům a biochemickým základním procesům. Ve speciální části věnuje se pozornost stárnutí jednobuněčných organismů, stárnutí invertebrát, vertebrát a stárnutí rostlin, v dalších kapitolách jsou rozzebírány jednotlivé aspekty stárnutí jednotlivých orgánů — mozku, cév, srdce, svalů, chrupavky a kostí, kůže, ostatních vnitřních orgánů, endokrinia a konečně krve a krevních buněk.

Theimerova monografie má jednu vel-

kou přednost — přináší experimentální důkazy procesu stárnutí organismu jako celku a jednotlivých jeho orgánů. I když jsou uvedené prakticky všechny současné teorie procesu stárnutí, jsou kriticky hodnocené na základě dostupných a ověřených experimentálních důkazů. Celá řada tabulek a dokumentačního materiálu je dobrým doplněním této v současnosti ojedinelé, moderně a kriticky koncipované, srozumitelně a názorně připravené publikace, po stránce nakladatelské a technické pro nakladatelství Georga Thiemeho typicky vybavené knihy.

Poslední roky v medicíně se věnuje vskutku zvýšená pozornost otázkám gerontologie a klinické geriatricy. Je jistě pro to dostatek důvodů — rychlé přibývající populace třetího věku, objevování se nových klinických obrazů, charakteristických právě pro starého a stárnoucího člověka. Je tedy aktuálním nakladatelským činem vydání podobné publikace jako je Theimerova monografie, věnovaná současnému stavu experimentální gerontologie. V knize najde každý, kdo se zabývá a nebo má zájem o otázky současné gerontologie a geriatricy, mnoho podnětů a možno i odpovědi na otázky z této oblasti. Theimerova kniha je dobrá, je informující, je kritická a je současná.

Dr. M. Palát, Bratislava

BAUER R. (Editor):

DIE PRIMÄR CHRONISCHE POLYARTHRITIS.

(Orthopädisches Symposium in Innsbruck, Oktober 1972.)
Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1973. Str. 141, Tab. 30, obr. 45, Cena DM: 45,—.

V knihe sú uverejnené hlavné referáty z ortopedického kongresu v Innsbrucku, ktorý bol venovaný prevažne otázkam chirurgickej liečby pri progresívnej polyartritíde, no komplexne sú spracované i otázky konzervatívnej liečby, diagnostiky, etiológie a patológie.

R. Günther spracoval kapitolu o etiopatogenéze PAP. Etiológia PAP zostáva naďalej nevyriešená, je takmer isté, že ide o polyetiologické pochody. Autor rozoberá jednotlivé poznatky a hypotézy podľa najnovšieho stavu bádania: dedič-

nosť, pohlavná a veková predispozícia, vplyv stresu a peristázy. Veľkú pozornosť venuje epidemiologickým štúdiám. Opätovne sa opiera i o práce Výskumného ústavu reumatických chorôb v Piešťanoch. Otázka infekcie pri PAP nie je doriešená. Uvedené sú najnovšie poznatky z bádania imunologických, enzymologických a virologických. Zvlášť nové virologické sledovania vrhajú nové svetlo na etiopatogenetické náhľady na PAP. [180 literárnych citácií.]

Kapitola o patológii PAP je od zvlášť

povolaného autora H. G. Fassbendera z Mainzu. Zdôrazňuje, že pri PAP ide o dva rozdielne procesy: a) exudatívne-zápalový proces vychádzajúci z poškodenia kapilár; b) primárne nekrotizujúci proces v hĺbke rôznych tkanív.

N. Thumb (Viedeň) prehľadne rozobral diagnózu a diferencálnu diagnózu chronickej polyartritídy.

Kapitolu o fyzikálnej liečbe PAP spracoval H. Braumgartner (Zürich). Vyzdvihuje nutnosť prísne individuálneho prístupu podľa dynamiky zápalového procesu. Na prvom mieste je vždy zachovanie a obnovenie funkcie pohybového ústrojenstva. Polohovanie a dózovaná kineziterapia sú prvoradé zložky liečby. Pri fyzikálnej liečbe, najmä pri termoterapii treba úzkostlivo dbať na opatrné dávkovanie, aby sa predišlo vzplanutiu zápalového procesu. Kúpeľnej liečbe pripisuje dôležité miesto, no predpokladom je komplexnosť liečby pod odborným vedením s dôrazom na funkčnú liečbu.

Dnešný stav medikamentózne liečby pri PAP kriticky rozoberá K. Miehlike. Pod pojmom „Basistherapie“ uvádza liečebné zákroky, ktoré ovplyvňujú reumatoidný zápal, ako napr. zlato, chlorochín a pod., na rozdiel od u nás zaužívaného pojmu základnej liečby. Medzi prostriedkami bazálnej terapie radí aj včasnú synovektómiu. Vysoko hodnotí liečbu D-penicilamínom, považuje ju za najúčinnnejšiu antireumatoid-

ný liek. Veľkú zdržanlivosť odporúča pri ordinácii liečby immunosupresívami a kortizonidmi.

Jünger H. (Innsbruck) predkladá výsledky intraartikulárnej liečby izotopmi, ide o medikamentóznú kvazisynevektómiu.

Vlastnú operatívnu liečbu uvádza N. Gschwend (Zürich) v obsiahlej, bohate dokumentovanej kapitole o preventívnej operatívnej liečbe pri PAP, čiže o včasnej synovektómii.

M. Jäger (München) pojednáva o korekčných zákrokoch pri PAP. Podrobne rozoberá indikácie, kontraindikácie a postupy operatívnej liečby podľa jednotlivých zhybov.

Posledná kapitola od R. Bauera (Innsbruck) je venovaná artroplastike pri PAP. Kriticky sú zhodnotené jednotlivé postupy a popísané nové možnosti a výhľady operatívnej liečby pomocou aloplastiky.

Celá publikácia je veľmi šťastne vyvážená a podáva inštruktívny obraz dnešného stavu bádania o PAP, dnešného stavu jej liečby konzervatívnej i chirurgickej. Otvára nové perspektívy účinného liečebného ovplyvnenia osudu chorých s PAP a vyzdvihuje nutnosť vytvoriť možnosti pre operatívnu liečbu chorých s PAP v každom štádiu vo špecializovaných pracoviskách. Kniha je určená ortopédom, reumatológom, fyziatrom a internistom.

G. Niepel, Bratislava

JENTSCHURA G.:

BESCHÄFTIGUNGSTHERAPIE. GRUNDLAGEN UND PRAXIS

(Liečba zamestnaním. Základy a praxe.)

Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1974. 2. prepracované vydání, 272 stran, 56 obr., 8 tabulek, brožované, cena DM 16,80. ISBN 3 13 3554 02 6.

Prof. Jentschura, prednosta Ortopedické kliniky v Mannheimu, pripravil po preštávaní 15 rokov do tisku nové vydání své dnes už klasické „Liečby zamestnaním“. V podobe malých knižičiek, kapesného formátu, určenej formou k bežnému dennému použitiu, pôvodní vydání Jentschurovy knihy bylo v spolupráci ďalších 13 odborníků v této oblasti prepracováno, pripúsobeno súčasnému stavu a doplnené některými novými poznatkami. Výsledkem této snahy je příručka velmi potřebná nejen pro rehabilitačního pracovníka (pracovníka léčby prací), ale i pro celou řadu ostatních zdravotnických pracovníků, nevyjímaje ani rehabilitačního lékaře. I když léčba prací v našich rehabilitačních odděleních není denní součástí praxe a provádí se jen v některých specializovaných ústavech, je nutné hned zdůraznit, že in-

formace, kterou podává Jentschurova kniha, je potřebná a vysoko aktuální.

Jentschurova kniha se skládá z několika kapitol. Po krátkém úvodě jednotlivé kapitoly se zabývají základy funkční léčby zamestnaním, léčbou zamestnaním v ortopedii a traumatologii, léčbou zamestnaním v psychiatrii, léčbou zamestnaním při terapii tuberkulózy, léčbou zamestnaním v geriatрии, léčbou zamestnaním v pracovní rehabilitaci a technikou léčby zamestnaním. Věcný rejstřík ukončuje tuto nevelkou ale významnou publikaci, která už prvním vydáním si našla svoje pevné místo v oblasti rehabilitace léčebné i pracovní. Oproti prvému vydání, druhé prepracované vydání je doplnené kapitolami o léčbě zamestnaním v geriatрии, oproti tomu je zkrácená kapitola o technice léčby zamestnaním.

Kniha je doplněná celou řadou ilustrací, obrázků, grafů a tabulek, která slouží k názornějšímu pochopení a rychlejší informaci. Jednotlivé kapitoly jsou ukončeny přehledem použitého a doporučeného písemnictví, takže čtenář, který chce být v určité oblasti podrobněji informovaný, najde dostatek kvalifikovaných poukazů na literaturu.

Léčba zaměstnáním a léčba prací patří zcela organicky do oblasti moderní rehabilitační péče. I když tento způsob terapie není vždy obvyklý tam, kde rehabilitační a reedukační postupy našly svoje uplatnění, v určitých oblastech medicíny je léč-

ba zaměstnáním metodou volby a mnohdy jeden z velmi důležitých terapeutických postupů vůbec.

Jentschurova kniha, která v oblasti německého písemnictví představuje denně potřebnou příručku, vyplňuje mezeru, kterou současné písemnictví v oblasti léčby zaměstnáním má. Je vhodnou i pro nás a doporučujeme ji všude tam, kde léčba prací našla svoje indikační možnosti. Přináší mnoho cenného.

Velkou předností je malý kapesní formát a nevelká cena, která jistě pomůže jejímu rozšíření.

Dr. M. Palát, Bratislava

SPRÁVY

Z ODBORNÝCH SPOLEČNOSTÍ

EVROPSKÝ SEMINÁŘ O PŘÍSPĚVKU SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB K REHABILITACI INVALIDŮ

V září m. r. se konal ve Varšavě týdenní seminář o příspěvku sociálního zabezpečení a sociálních služeb k rehabilitaci invalidů, organizovaný odborem sociálních věcí OSN, ministerstvem zdravotnictví a sociální péče PLR a Polskou rehabilitační společností. Tohoto semináře se zúčastnilo 55 delegátů z 19 evropských zemí a 3 pozorovatelé z mimoevropských států. ČSSR zastupovala čtyřčlenná delegace ministerstva práce a sociálních věcí vedená Ing. Leopoldem Hrdým, vedoucím odboru sociálního zabezpečení MPSV SSR. Dále se semináře zúčastnili zástupci OSN, MOP, SZO, Mezinárodní asociace sociálního zabezpečení, Mezinárodní společnosti pro rehabilitaci invalidů (ISRDI) a Ligy společností Červeného kříže.

Účastníci byli rozděleni do čtyř diskusních skupin, v každé z nich byli zastoupeni jak lékaři, tak právníci, psychologové, sociální pracovníci a rehabilitační pracovníci. Tyto skupiny diskutovaly o hlavních referátech přednesených experty OSN na dopoledních plenárních zasedáních. Závěry z diskuse opět projednalo plénum, které projednalo a schválilo i příslušná doporučení, která byla předána OSN.

Hlavní referáty byly zaměřeny na tyto otázky: „Ekonomické, kulturní a sociální faktory, které mohou kladně nebo záporně ovlivňovat rehabilitační proces“ (doc. dr. A. Hulek — PLR), „Vztah mezi nemocenskými dávkami, jinými krátkodobými dávkami sociálního zabezpečení a rehabilitací invalidů“ (dr. Svátek — ČSSR), „Vztah dlouhodobých dávek k rehabilitaci postižených“ (dr. Granacher — Švýcarsko), „Vztah sociálních služeb k re-

habilitaci postižených“ (dr. Berlioz — Francie) a „Integrace sociálního zabezpečení, sociálních služeb a rehabilitačních služeb v širším rámci zaměstnanecké a sociální politiky“ (G. Harlem — Norsko).

Ze semináře vzešla *tato doporučení* pro OSN, která mají být vodítkem pro další činnost:

— vzhledem k mimořádnému významu co nejkompaktnější rehabilitace jedince je zapotřebí, aby ti, kdož odpovídají za krátkodobé dávky, společně vypracovali co nejúčinnější metody pro podněcování a provádění rehabilitace co nejširšího okruhu osob již v průběhu prvních měsíců absence pro nemoc;

— systém, který zajišťuje finanční podporu během krátkodobé pracovní neschopnosti, by měl být vybudován tak, aby zjisťoval tak časně jak jen možno všechny osoby, jimž by mohla prospět specifická rehabilitační opatření;

— je základním úkolem všech pracovníků, kteří se starají o „klienty“ příslušného systému nebo systémů, zajistit trvalou a průběžnou poradenskou službu poskytující patřičné a úplné informace o všech službách a dávkách, které se týkají postupně vznikajících potřeb klientů a které mohou podněcovat jejich rehabilitaci;

— ať již je nositelem nemocenských dávek a rehabilitačních služeb jedna nebo více organizací, je třeba příslušnými předpisy zajistit spolupráci a koordinaci všech. V tomto smyslu je třeba vychovávat i odborný personál;

— na národní úrovni je třeba zajistit výzkum toho, do jaké míry odpovídají dosažité opatření i potřebám osob, které

jsou schopny práce jen v určitém omezeném rozsahu. Tento výzkum by měl posoudit i míru, v níž současně rozdíl ve výši dávek odpovídají různé délce (trvání) absence pro nemoc;

— zaměstnavatele i odbory je nutno mít k tomu, aby uzavírali ujednání o návratu do práce u osob se zbytky postižení, jelikož u nich je žádoucí návrat do práce z důvodů psychologických, sociálních a lékařských. Vlády a ostatní příslušné orgány mají uvážít, jaké jsou finanční předpoklady k takovému opatření a to ve světle dosavadních zkušeností a výzkumu;

— celková ekonomická situace osob, které se podrobují aktivní rehabilitaci, by neměla být horší než situace těch, kteří zůstávají pasivními požívateli dávek. Je správné, aby situace osob, které se aktivně rehabilitují, byla lepší, což samo o sobě podněcuje rozhodnutí se pro rehabilitaci;

— o rehabilitaci a o opatření k jejímu zajištění je třeba uvažovat, jakmile se vyskytne její potřeba a to bez ohledu na to, zda již došlo k přechodu z nemocenských dávek do důchodu nebo ne;

— invalidovi, který se vzdá důchodu, protože se vrací do zaměstnání, je třeba zajistit okamžité vrácení důchodu, jestliže jeho návrat do práce trval jen krátkou dobu;

— invalidovi, kterému v důsledku jeho postižení vznikají vyšší náklady, mají být poskytnuty podle potřeby služby, pomoc nebo peněžité pomoci, a to i tehdy, byli-li mu zastaven důchod;

— invalidním pracovníkům, jejichž výdělečná schopnost je podstatně a trvale omezena, má být — podle možností daných různými národními schématy — poskytnuta peněžité dávky na krytí rozdílu mezi dosahovaným výdělkem a výdělkem, kterého by byli mohli dosáhnout, nebýt invalidity;

— je třeba učinit všechna opatření, aby byly co nejčasněji zjištěny všechny vrozené defekty a aby se rodině postiženého dostalo potřebného poradenství a služeb ke zmenšování následků trvalého postižení na minimum;

— v národních programech je nutno klást větší důraz na prevenci postižení even. invalidity včasnou identifikací vady, odborným poradenstvím v rodinách, bezpečnostními opatřeními na pracovištích, v dopravě a v domácnostech;

— potřebu rehabilitace nelze stanovit jen z hlediska lékařského a řešit ji jen léčebnými opatřeními, ale do všech rehabilitačních systémů je třeba včlenit odborné expertizy, a to jak při stanovení pracovních schopností, tak při sledování uplatnění postižených (již od úvodního pohovoru s postiženými);

— rehabilitace ve smyslu pomoci člověku

k co možno plnému životnímu uplatnění musí být prováděna i v ústavech pro tělesné či mentálně postižené, a to bez ohledu na věk pacientů. Jejím účelem má být zlepšit kvalitu života v ústavech a umožnit co největšímu počtu lidí opustit ústavy a zařadit se do společnosti;

— vlády, dobrovolné organizace a další zúčastněné orgány a složky mají zlepšovat a koordinovat své informační služby, aby bylo lze překonat psychologické, sociální, finanční, administrativní a geografické překážky, které mají postižení při získávání a využívání informací;

— seminář vyzývá OSN a její specializované agentury k tomu, aby více podporovaly výměnu pracovníků, výzkum a poskytování potřebných informací, a tím umožnily větší rozšíření praktických zkušeností v rehabilitační péči;

— seminář vyzývá OSN, aby svolala co nejdříve společné schůze představitelů vládních a nevládních organizací zastupujících zájmy postižených, při nichž by zástupci postižených mohli sdělit své zkušenosti, vyjádřit své potřeby a tím ovlivnit opatření, která se jich dotýkají.

— seminář vyzývá OSN, aby rehabilitační péči byla dána v celém rozsahu sociálních služeb přednost, a zejména, aby OSN vyzvala regionální střediska pro výzkum a sociální rozvoj k prostudování všeobecných potřeb a k podávání návrhů, jak tyto potřeby uspokojovat;

— rehabilitační služby mají být dostupné všem, bez ohledu na to, zda k neschopnosti došlo v souvislosti s pracovním procesem;

— je nutno učinit všechna opatření k zajištění rehabilitační péče pro nezaměstnané, kteří jsou zdravotně postižení, aby se zlepšila jejich vyhlídka na vhodné zaměstnání;

— každý stát má dohlížet na rovnováhu mezi centralizací a decentralizací ve všech sociálních službách, aby se zajistila pružnost v uspokojení místních potřeb a zabránilo nesrovnalostem ve standardu poskytovaných služeb;

— ti, kdož odpovídají za zákonodárství týkající se života společnosti nebo jejích jednotlivých členů, mají vždy pamatovat na potřeby postižených a na význam rehabilitační péče;

— koncepce rehabilitační péče má mít přední místo v osnovách všech příslušných škol, vysokých škol, akademických a odborných institucí;

— seminář vyzývá OSN, specializované agentury a ostatní mezinárodní organizace zabývající se rehabilitací, aby pokračovaly ve svých snahách vytvořit mezinárodně přijatelné pracovní definice používaných odborných termínů, a pokud je to možné a vhodné, aby společně řešily prob-

lematiku posuzování „postižení“, pracovních metod a shromažďování statistických údajů jako podkladu pro plánování a rozvoj služeb.

Z doporučení je patrné, jak podrobně byly jednotlivé otázky zkoumány, a že bylo přihlíženo k různým sociálním a politickým podmínkám v evropských zemích. Doporučení ukazují i na správnost dlouhodobých koncepcí léčebné, pracovní a sociální rehabilitace v ČSSR a v dalších socialistických státech, které mají vést k

dalšímu prohloubení a zkvalitnění rehabilitační péče.*)

*) Zájemce, kteří by se chtěli podrobněji seznámit s průběhem diskuse, obsahem referátů a všemi stanovisky diskusních skupin, upozorňujeme na to, že anglický originál zprávy o semináři vydaný OSN je uložen ve Studijním a dokumentačním oddělení Československého výzkumného ústavu práce a sociálních věcí, Praha 2, Palackého nám. 4.

Ing. J. Brázdil, Praha

PROBLEMATIKA REHABILITACE V GERIATRII.

(Pracovní konference České gerontologické společnosti, Praha, 6. 12. 1973.)

V úvodní přednášce podal doc. JANDA nástin problematiky rehabilitace v gerontologii. Zdůrazněna komplexnost rehabilitace v léčebném režimu, dosavadní zastaralý nemocniční režim, znamenající de facto inaktivizaci nemocného na dlouhou dobu na lůžku se všemi nežádoucími důsledky, měl by být zejména v geriatrii systémem tzv. *rehabilitačního ošetřovatelství*. Znamená to zavést rehabilitaci do pracovní náplně zdravotních sester a ošetřovatelek tak, aby se rehabilitace stala celodenní náplní režimu nemocného v ústavním zařízení. Podle názoru doc. Jandy laičtí ošetřovatelé — např. pečovatelky — nemohou zajistit účinnou rehabilitaci starých osob. Význam geriatrické služby v rehabilitaci má i další výhody: je to například otázka tzv. skryté pracovní neschopnosti (obtížně pohyblivý geront váže na sebe další osoby z domácnosti) apod. Pak následovala přednáška dr. J. VRBÍKA o aktuálních problémech rehabilitace. Týkala se zejména *ergoterapie* a jejího poslání v geriatrii. Tato léčba prací v zařízeních dlouhodobé péče je dosud nedostatečně rozvinuta, což naprosto neodpovídá jejímu významu v geriatrii. Dr. R. NEUWIRTOVÁ a dr. D. HAMPL hovořili o zkušenostech s rehabilitací gerontologických nemocných na oddělení prodloužené péče III. interní kliniky FVL UK v Praze. Byla to velmi zajímavá přednáška, spojená s demonstrací případů a provázená diapozitivy. To vše dokumentovalo dobrou práci oddělení. Oddělení bylo založeno před 2 1/2 rokem a je součástí systému diferencované péče podle prof. V. Pacovského. Polovina lůžek patří geriatrii. Těžiště práce oddělení je v rehabilitaci, jsou přijímáni pacienti, u nichž je diagnóza stanovena. Rehabilitaci tvoří: vlastní pohybová složka, dále nácvik prací a společenská aktivita. Byly zřízeny společné prostory: tělocvična, dílna, jídelna a společenská místnost, na tento

areál pak přímo navazuje zahrada. Denní rehabilitační režim se skládá z ranní kondiční rozcvičky v trvání 10—15 minut na pokojích nemocných (hlavně dechové cviky a zejména uvolňování kloubů), pak skupinová pohybová rehabilitace a to kondiční v tělocvičně, nebo speciální (dechová, neurologická apod.). Staří nemocní mohl cvičit v sedě, dosování se provádí podle funkční kapacity, zvolna a s pauzami. U ležících pacientů se provádí polohování, podle grafikonu. Vše je doplněno elektroléčbou a procházkami v zahradě. Staří lidé cvičí rádi, je třeba občas vkládat nové prvky, a pak to má i význam psychorelaxační. Z pomůcek se osvědčují tyče a upravený šlapací ergometr s metronomem, na kterém lze cvičit vleže i proti odporu. U kontraktur v kolenu používají extenze se záteží (pytlíky s pískem apod.). Z elektropřístrojového vybavení doporučují zvláště diadynamik a ultrazvuk. Nácvik chůze se začíná nácvikem ortostázy [stoj z křesla u okraje postele], pak přistupuje nácvik na chodítku, event. dále chůze po schodech. Cílem rehabilitace je: dosažení maxima možné soběstačnosti, ústup chorobných příznaků, zlepšení celkové tělesné kondice, psychická aktivizace, redukce váhy, případně zlepšení kontinence. Podmínkou úspěšné rehabilitace je přizpůsobení rehabilitačního programu starým lidem, kooperace pacienta (záleží na zachovalé vstřípmosti paměti), odbornost a chování personálu a dostatečně dlouhá doba rehabilitační léčby [občasné zařazují nové prvky, začínají zavádět i sobotní rehabilitační službu]. I když z 263 geriatriků bylo zlepšeno „jen“ 17 % podstatně a více pouze částečně, znamená to v geriatrii velmi mnoho. Dr. H. HERMANOVÁ se zabývala *možnostmi stanovení soběstačnosti starých lidí*. Zatímco v roce 1950 bylo v čs. populaci 12,44 % lidí starších 60 let, v roce 1970 se již tento podíl zvětšil na 17,93 %.

Tento trend dál vzrůstá. Autorka vychází z koncepce prof. Bureše o tzv. sociální homeostáze. (Rovnováha nebo deficit tří činitelů: zdravotního stavu, sociálně ekonomické kompenzace a prostředí.) Při testování soběstačnosti nestačí pouhé testování všedních činností, ale je třeba vzít v úvahu i faktory sociální. Dále se autorka přehledně zabývala vlastní metodologií. Zdrojem informací je jednak zdravotnická a sociální dokumentace, interview a vlastní pozorování. Schéma vyšetření zahrnuje: identifikaci, klinické a funkční zhodnocení zdravotního stavu, sociálně-psychologickou a ekonomickou situaci (tj. motivace, domov z hlediska sociálního a z hlediska prostředí, ekonomika), výkonost a zařazení (bylo úspěšně použito metodiky WHO, původně určené pouze pro pacienty s icty), objektivní stanovení potřeb a navržená opatření. Autorka rozeznává tyto stupně závislosti: nezávislý, polozávislý s občasnou pomocí, polozávislý s pomocí ve všedních činnostech, úplně závislý. Metodika vychází z kvantifikačního klíče [používá se tzv. transformační tabulky, kam se dosadí příslušné skóre] a byla již vyzkoušena v pražské populaci. Autorka na závěr podotýká, že ani tato metoda není dokonalá, ale její předností je snaha změřit a najít souvislost mezi zdravotními a sociálními prvky.

Dr. Š. LITOMERICKÝ a J. LITOMERICKÁ se zabývaly *reedukací dýchání u obstruktivního bronchitického syndromu*. Choroby dýchacích cest jsou na Slovensku na 3. místě nemocnosti. Přibývá chronické bronchitidy a emfyzému, a to v souvislosti především s přibýváním geriatricky nemocných. Autoři kladou důraz na hygienu bronchů (např. polohová drenáž), relaxaci, dechovou gymnastiku a korekční cviky. Délka této rehabilitační kúry trvá 34 dní, celá sestava provádí se denně nejméně 1x, většinou vícekrát za den. V porovnání s kontrolním souborem bez rehabilitace, reedukace dýchání tímto způsobem příznivě ovlivnila oběhové parametry (Tk, P), produkci sputa (asi o 60 %) a V max/1 a FEV, stejně tak krevní plyny. Nejlepší efekt byl u astmatiků.

Dr. Q. KÚMPEL hovořil o zkušenostech s *rehabilitací na gerontopsychiatrickém oddělení*. Z hlediska psychiatra rozeznává jednak rehabilitaci komplexní, jednak skupinovou. Další rozdělení je na jednoduchou, rekreační a cílenou. Velmi se mu osvědčují psychoterapeutická sezení, nejlépe skupinová. Zdůrazňuje systém léčebné komunity: rekreační a pracovní činnost by se měly z tohoto hlediska prolínat. Ve stáří je zpomalena schopnost učit se, snižuje se rychlost, ale ne přesnost. K pohybové rehabilitaci by se mělo přistupovat u geriatriků zvláště trpělivě; je třeba vést pacienta k sebekázní. Závěrem autor

zdůraznil komplexnost a přihlédnutí k somatickým změnám, jako dva stěžejní principy při zařazování geriatriků do rehabilitačních skupin.

V poslední přednášce hovořil dr. J. JEŘÁBEK o *rehabilitaci starých lidí při očních vadách*. Ve stáří fyziologicky klesá schopnost akomodace (akomodační šíře je 4 D). Doporučují se trifokální brýle. Dochází k posunu přijímání barev. U počínajícího zákalu čočky mizí látky blízké laktoflavínu, tj. zejména žluté spektrum.

Pak následovala diskuse, ve které vystoupil doc. OBRDA s návrhem, aby část fondů ROH ze závodů byla věnována na gerontologické účely — hlavně pro rehabilitaci bývalých starých zaměstnanců převážně ambulanti formou. Prof. V. PÁCOVSKÝ upozornil, že změna ve struktuře činnosti sestry by se měla odrazit i v učebních plánech — obor zdravotních sester. Druhá jeho poznámka se týkala problému stanovení funkčního potenciálu geriatriků. Příkladem obtížnosti může být problém objektivizace doby, kdy dotyčný člověk má jít do důchodu, což je do určité míry individuální. Na III. interní klinice UK FVL v Praze se zakládá jednotka funkční diagnostiky. Je třeba oživit pracovní terapii. Dr. JINDRA sa přimlouval za spolupráci psychologa při výběru pacientů k rehabilitaci. Závěrem zhodnotil průběh pracovního dne prof. V. Pacovský. Byl velký zájem terénních pracovníků a velká účast. Koordinátorkou byla dr. H. Heřmanová.

Dr. B. Ždichynec, Lomnice n. P.

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

V dňoch 2.—4. apríla 1974 konali sa záverečné skúšky pomaturitného špecializačného štúdia rehabilitačných pracovníkov v úseku práce liečebná telesná výchova.

Záverečnú skúšku úspešne absolvovali: Irena Kesegová, MV SSR Bratislava
Lýdia Poláková, ÚDV SZP, katedra RP, Bratislava
Edita Rakacká, FN Košice
Oľga Svozilová, OÚNZ Žilina
Marta Šlachetovská, OÚNZ Stará Ľubovňa
Valéria Vozárová, OÚNZ Trnava

Katedra absolventkám záverečnej skúšky pomaturitného špecializačného štúdia praje veľa zdaru a pracovných úspechov.

M. Bartovicová, Bratislava