

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

3

OBSAH

EDITORIAL

F. Dávidek: Mier má štyridsať rokov 129

PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

J. Mičuda, V. Baláž: Zmeny systolických a diastolických časových intervalov srdca v procese starnutia 133

I. Stolz, J. Jedlička, M. Janota, J. Fabián, E. Rakická, E. Válek, J. Válek, J. Widimský: Nové metodické aspekty kardiovaskulárnej rehabilitácie a jejich hodnotení 141

METODICKÉ PRÍSPEVKY

A. Pedan: Ovplyvnenie intraartikulárneho tlaku v bedrovom kĺbe pri koxartróze pohybovou liečbou 151

ÚVAHY A MYŠLIENKY

J. Kašťák: Umělecká tvorba a postižení. Problém sociální rehabilitace 159

SÚBORNÉ REFERÁTY

P. Škodáček: Ergoterapia pri reumatických chorobách 165

HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ 181

RECENZIE KNÍH 182

SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ 189

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDÉLÁVANIE SZP 191

Táto publikácia sa vedie v prírastku dokumentácie BioSciences Information Service of Biological Abstracts a v dokumentácii Excerpta Medica.

This publication is included in the abstracting and indexing coverage of the BioSciences Information Service of Biological Abstracts and is indexed and abstracted by Excerpta Medica.

Rehabilitácia

Časopis pre otázky liečebnej a pracovnej rehabilitácie

VYDÁVA:

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

VEDÚCI REDAKTOR:

MUDr. RNDr. Miroslav Palát, CSc.

TAJOMNÍČKA REDAKCIE:

Viera Reptová

REDAKČNÝ KRUH:

MUDr. Marianna Bendíková, Vlasta Bortlíková, prof. MUDr. Zdeněk Fejfar, DrSc., Božena Chlubnová, MUDr. Tomáš Kaiser, MUDr. Vladimír Kříž, doc. MUDr. Štefan Litomerický, CSc., MUDr. Zbyněk Novotný, MUDr. RNDr. Miroslav Palát, CSc. (predseda redakčného kruhu), prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc., Jana Raupachová, MUDr. Vladimír Raušer, CSc., MUDr. Jaromír Stříbrný, MUDr. Miroslav Tauchman, MUDr. Marie Večeřová.

GRAFICKÁ ÚPRAVA:

Melánia Gajdošová

REDAKCIA:

Kramáre, Limbova ul. 5, 833 05 Bratislava

TLAČ:

Nitrianske tlačiarne, n. p., ul. R. Jašíka 18, 949 50 Nitra

Vychádza štyrikrát ročne, cena jedného čísla Kčs 6,—

Rozširuje Poštová novinová služba. Objednávky na predplatné i do zahraničia prijíma PNS — Ústredná expedícia a dovoz tlače, Gottwaldovo nám. č. 6, 813 81 Bratislava

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

Indexné číslo: 49 561

Imprimatur: 7. 8. 1985

Číslo vyšlo v auguste 1985

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK XVIII/1985

ČÍSLO 3

EDITORIAL...

MIER MÁ ŠTYRIDSAT ROKOV...

Od vyvrcholenia národnooslobodzovacieho boja československého ľudu a oslobodenia našej vlasti slávnou Sovietskou armádou sa v našej krajine v priebehu uplynulých štyridsiatic rokov uskutočnili výrazné revolučné premeny vo všetkých oblastiach života socialistickej spoločnosti.

„Patrí k tradíciám našej leninskej strany uvádzať pri každom významnom rozhodujúcom historickom medzníku stručnú, ale obsažnú teoretickú formuláciu vyjadrujúcu podstatu nadehádzajúcej etapy a zvláštnosť nových úloh a stanoviť politické heslá umožňujúce spojiť najnovšie závery revolučnej teórie s praktickou činnosťou nás, ideami a vôľou strany a túžbami a vôľou miliónov“¹.

Socializmus je dynamicky sa rozvíjajúcim spoločenským systémom. V plnom rozsahu to potvrdzuje aj uplynulých štyridsať rokov, ktoré stelesňujú spoločenský progres, smerujúci ku komunistickej spoločnosti. Súdruh Gustáv Husák na XVI. zjazde KSČ v tejto súvislosti uviedol. „Ak sa pozeráme na uplynulých šesť desaťročí, ktorými naša strana prešla, nerobíme tak len pre spomienku. Zo slávnych dejín Komunistickej strany Československa čerpáme inšpiráciu a silu na riešenie terajších úloh. Poučení minulosťou, vychádzajúc z vedeckých princípov marxizmu-leninizmu a naplnení nezlomnou vierou vo víťazstvo našich ideálov myslíme na budúcnosť a tvoríme ju.“²

Aj V. I. Lenin často pripomínal, že čím väčší je rozsah historických udalostí, čím hlbšie sú tieto javy spojené so základmi spoločenského vývoja, čím viac ľudí sa zúčastňuje na týchto historických udalostiach, čím pokrokovejšie sú sociálne premeny, tým väčšími je potrebné utvárať k nim uvedomelý vzťah ľudí, presvedčať ich o nevyhnutnosti týchto premien a zapájať ich do aktívnej účasti na ich uskutočnení.

Úspechy, ktoré naša socialistická spoločnosť v priebehu svojho doterajšieho vývoja dosiahla, sú výsledkom obetavej a tvorivej práce všetkých pracujúcich. Ich začiatky treba hľadať už vo víťazstve pracujúceho ľudu nad buržoáznou

¹ Kommunist č. 18, roč. 1984, s. 3.

² XVI. zjazd KSČ. Dokumenty a materiály. Bratislava, Pravda 1981, s. 7—8.

reakciou vo februári 1948. Toto víťazstvo patrí k najvýznamnejším medzníkom v dejinách českého a slovenského národa.

Zameranie kontrarevolučného sprisahania buržoázie a nastolenie moci robotníckej triedy otvorilo cestu k výstavbe socializmu v našej vlasti.

Zo skúseností Februára 1948, ktorého 37. výročie sme si nedávno pripomenuli, čerpá celá naša spoločnosť tvorivé poučenie pre ideovo-politické formovanie nových generácií, pre utváranie socialistického vedomia všetkých jej členov. Táto skutočnosť vstupuje do popredia najmä v tomto roku, keď si pripomíname 40. výročie vyvrcholenia národnooslobodzovacieho boja českého a slovenského ľudu a oslobodenie našej vlasti Sovietskou armádou.

Národná a demokratická revolúcia, ktorá sa začala už v čase Slovenského národného povstania a prebiehala súčasne s víťazným postupom Sovietskej armády, zmietla moc nacistických okupantov a ich domácich pomáhačov — kľerofašistickej reakcie. Zároveň zabránila tomu, aby výstavba nového štátneho aparátu bola organizovaná podľa predmníchovského vzoru.

V nadväznosti na činnosť ilegálnych národných revolučných výborov, na pôsobenie národných výborov za Slovenského národného povstania a na základe ustanovení Košického vládneho programu sa v mestách a okresoch vytvorili revolučné národné výbory ako orgány revolučnej ľudovej moci. Ich 40. výročie si v tomto roku takisto pripomíname.

V rámci Národného frontu sa utváral a prehľboval zväzok pracujúcich miest a dedín. Boj KSČ za dôsledné uskutočňovanie ďalších úloh národnej a demokratickej revolúcie demonštroval ich úzku vzájomnú spojitosť.

Osou náročnej a mnohostrannej práce strany bolo úsilie o plnenie úloh dvojročnice: obnovenie chodu priemyselnej výroby, zabezpečenie výživy obyvateľstva, rozvoj priemyslu v zaostalých oblastiach republiky, osobitne industrializácia Slovenska a iné. Vcelku sa splnila úloha, aby sa priemyselná výroba mierne prekročila a aby poľnohospodárska výroba dosiahla predvojnovú úroveň. V realizácii dvojročnice videla Komunistická strana Československa základný predpoklad zabezpečenia ďalšieho rozvoja revolučného procesu.

Vďaka triednemu, politicky zásadovému a takticky vyspelému postupu Komunistickej strany Československa a jeho vedenia nastúpilo Československo ako prvá priemyselne rozvinutá krajina cestu výstavby socializmu. Naplnila sa tak aj predpoveď V. I. Lenina o možnosti víťazstva socialistickej revolúcie pokojnou cestou. Toto víťazstvo sa dosiahlo iba vďaka pevnej jednote robotníckej triedy. Základy tejto jednoty boli položené už v rokoch protifašistického zápasu.

Významným predpokladom víťazstva pracujúceho ľudu v našej krajine bola skutočnosť, že pokrokové sily sa mohli oprieť o priateľstvo a spojenectvo so Sovietskym zväzom. Tento pevný zväzok zmaril intervenciu imperialistického Západu do vnútorného vývoja v Československu a zúžil tak priestor pôsobnosti medzinárodnej reakcie.

Výsledky, ktoré sme na našej štyridsaťročnej ceste dosiahli, sú presvedčivým dôkazom správnej orientácie vývoja socialistického Československa.

Socialistická ekonomika zabezpečila mohutný rozvoj výrobných síl a vybudovanie kvalitatívne novej materiálno-technickej základne. V roku 1948 dosahoval priemerný počet pracujúcich v národnom hospodárstve 7,5 mil. osôb (z toho 45,6 % žien). Národný dôchodok ČSSR sa v rokoch 1948 — 1984 zvýšil viac ako šesťnásobne. O dynamickom rozvoji československej ekonomiky svedčí aj

skutočnosť, že zvýšenie národného dôchodku o 1% vyžadovalo na začiatku sledovaného obdobia zvýšiť čistú produkciu o 1 miliardu Kčs, zatiaľ čo v súčasnosti je to už viacej ako 5 miliárd Kčs vo fyzickom objeme.

Hlavným cieľom hospodárskej politiky Komunistickej strany Československa a socialistického štátu vždy bolo upevňovanie životných a sociálnych istôt pracujúcich. Medzi najväčšie úspechy nepochybne patrí dosiahnutie vysokého stupňa životných a sociálnych istôt založeného na plnej zamestnanosti a na vysokej úrovni sociálneho zabezpečenia, ako aj široké spektrum uspokojovania potrieb obyvateľstva z prostriedkov spoločnosti (zdravotná starostlivosť, školstvo, rekreačná starostlivosť atď.).

To všetko je iba zlomok toho, čo naša socialistická spoločnosť dosiahla pod vedením Komunistickej strany Československa za uplynulých 40 mierových rokov. Pevnou zárukou našich budovateľských úspechov je nerozborné spoločenstvo so Sovietskym zväzom a ostatnými krajinami socialistického spoločenstva, ktoré vzniklo iba vďaka hrdinskému boju sovietskeho ľudu proti nemickému fašizmu, reprezentujúcemu bezohľadnú rozpínanosť svetového imperializmu. I dnes, vo svete plnom rozporov a temných snáh medzinárodnej reakcie na čele s vojnychtivými Spojenými štátmi americkými, stoja Sovietsky zväz a jeho spojenci, medzi ktorých sa hrdo hlási aj naša krajina, neochvejne na pozíciách mierového spolunažívania a odvrátenia hrozby jadrovej katastrofy, ktorá by znamenala koniec ľudskej civilizácie. Víťazstvo nad fašistickým Nemeckom pred štyridsiaticimi rokmi je historickou skúsenosťou, ktorá nám dodáva sily v boji za zachovanie svetového mieru a za ďalší rozkvet socializmu — najhumánnejšieho spoločenského poriadku.

Naša — z triedno-historického hľadiska — nová spoločnosť musela na svojej štyridsatročnej ceste prekonať nejednu prekážku. Borili sme sa s prekážkami vo vedomí správnej orientácie na vybudovanie socialistickej spoločnosti a víťazstvo socializmu, ktorého korene boli zasiate už v národnooslobodzovacom boji nášho ľudu.

Ing. František Dávidek,
Bratislava

J. V. BASMAJIAN, R. L. KIRBY

MEDICAL REHABILITATION

Léčebná rehabilitace

Williams and Wilkins, Baltimore, London 1984

ISBN — 0 — 683 — 00415 — 8

V americkém nakladatelství Williams a Wilkins vychází v roce 1984 pozoruhodná monografie od prof. Basmajiana z Hamiltonu a prof. Kirbyho z Halifaxu v Kanadě o léčebné rehabilitaci. Jde prakticky o učebnici určenou nejen studentům na universitách, ale především těm, kteří se profesionálně zabývají nebo budou zabývat otázkami rehabilitační medicíny. Kniha je zajímavá svým pojetím a obdivuhodná svým zpracováním.

Atoři jednotlivých kapitol — je jich celkem 45 a jsou to přední odborníci z Kanady, Spojených států, jeden je z Velké Británie a jeden z Austrálie — připravili formou jednotlivých kapitol, rozdělených do tří částí, odpovědi na základní otázky moderní rehabilitace. První část věnuje pozornost evaluaci a zabývá se otázkami disaptibility a handicapu, klinickým vyšetřením a speciálními diagnostickými postupy. V druhé části, která řeší terapeutické možnosti, jednotlivé kapitoly věnují pozornost farmakologickým prostředkům, ortosám a možnostem fyzikální léčby a rehabilitačních programů. Třetí, nejrozsáhlejší část monografie, se zabývá jednotlivými speciálními problémy současné léčebné rehabilitace — otázkami neurologických afekcí, poruchami kostrosvalového substrátu, otázkami disaptibility a problematikou rehabilitace u sportovců, starých lidí, dále otázkami progresivních onemocnění a nesnesitelné bolesti i problematikou rehabilitace popálenin. Závěr monografie tvoří přílohy — jednou z nich je přehled myofasciálních bolestivých syndromů a jejich léčba a druhou představuje tabulková a obrazová část, věnována přehledu velkých svalových skupin, kloubů a periferního nervového sys-

tému. Věcný rejstřík ukončuje tuto zajímavou a potřebnou monografii, jejíž jednotlivé kapitoly jsou bohatě dokumentovány ilustracemi, tabulkami, fotografiemi a dalšími obrázky. Každá jednotlivá kapitola, jakož i podkapitoly, je bohatě ukončená přehledem další literatury.

Rehabilitace, rehabilitační medicína, fyzikální medicína a rehabilitace jako lékařský obor získává v posledních dvaceti letech stále více a více na významu. Je to proto, že rehabilitační programy jsou stále více doceňované v dlouhodobé péči především u chronických pacientů. I když v popředí zájmu o tento obor jsou problémy pohybových funkcí, které představují většinu indikací pro rehabilitační programy při jejich poškození, hrají v současnosti závažnou úlohu i problémy jiné — problémy kardiovaskulární patologie, problémy onkologických pacientů a podobně.

V poslední době se také objevuje stále více a více publikací z oblasti fyzikální medicíny a rehabilitace, jež jsou speciálně zaměřeny na jednotlivé dílčí problémy oblasti rehabilitace. Objevují se však i učebnice a monografie cíleně zaměřené na širokou oblast moderní rehabilitace. A takovou publikací je právě Léčebná rehabilitace Basmajiana a Kirbyho. Je to prototyp dobře napsané učebnice, spočívající jistě na bohatých praktických i pedagogických zkušenostech autorů jednotlivých kapitol a sestavovatelů této jedinečné učebnice. Můžeme si jen přát, abychom brzy měli i u nás podobnou knížku, která by přinesla nejen potřebné a vybrané odborné informace, ale i cílený koncept účelných rehabilitačních programů v široké rehabilitační praxi.

Dr. M. Palát, Bratislava

**ZMENY SYSTOLICKÝCH A DIASTOLICKÝCH ČASOVÝCH INTERVALOV
SRDCA V PROCESE STARNUTIA**

J. MIČUDA, V. BALÁŽ

*Výskumný ústav gerontológie Malacky
Riaditeľ MUDr. V. Baláž, CSc.*

Súhrn: Viaceré nein vazívne štúdie dokázali, že starnutím spôsobené zmeny niektorých parametrov systolických a diastolických intervalov zisťovaných z polygrafie (synchronný záznam EKG, PGG, CAR a ACG) u starších a starých ľudí (ako pokles ejekčnej frakcie, predĺženie naplnacej doby, zvýšenie Weisslerovho indexu, predĺženie mechanickej systoly, predĺženie izovolumovej relaxačnej doby, zväčšenie amplitúdy A vlny, zníženie tension-time indexu počas námahy) v porovnaní s výsledkami STI a DTI od osôb mladších môžu byť excelentnými biologickými markermi vekových zmien v kardiálnej funkcii zisťovanej nein vazívne v pokoji, ale hlavne počas fyziologickej telesnej záťaže [13].

Kľúčové slová: Systolické intervaly — diastolické intervaly — nein vazívne markery kardiovaskulárneho starnutia — polygrafické kardiálne zmeny v starobe — kontraktilita — diastolická poddajnosť.

Nijaké iné ústroje človeka nie sú tak úzko spojené s prírodným procesom starnutia a súčasne tak ťažko postihnuté chorobnými zmenami ako srdcovo-cievne ústroje [20].

Starnutím mení postihnutý kardiovaskulárny aparát kvalitatívne a nenávratne svoje fyziologické vlastnosti [30].

Symptomatológia zo strany kardiovaskulárneho aparátu nie je pre proces fyziologického starnutia charakteristická. Všeobecne sa neudávajú signifikantné zmeny vo funkcii myokardu u zdravých ľudí oproti mladším vekovým skupinám, ale uvádzajú sa len trendy zhoršovania kardiovaskulárnych funkcií v priamej závislosti od veku [5, 9, 14, 19, 24].

Niektoré zmeny obehového ústrojenstva v starobe:

1. Pokles bazálnej pulzovej frekvencie [7].
2. Pokles maximálne dosiahnuteľnej pulzovej frekvencie pri fyziologickej záťaži obehu [34]. Ak sa prekročia hranice pre pulzovú frekvenciu (muži 60 až 70-roční: 162 impulzov za min., ženy 60 až 70-ročné: 163 impulzov za min.), rýchle sa objavujú známky koronárnej nedostatočnosti [15].

Kardiovaskulárny systém má schopnosť odovzdať zvýšený prívod kyslíka tkanivám počas námahy zvýšeným kardiálnym výdajom. Avšak schopnosť srdca zvýšiť pulzovú

J. MIČUDA, V. BALÁŽ / ZMENY SYSTOLICKÝCH A DIASTOLICKÝCH ČASOVÝCH INTERVALOV SRDCA V PROCESE STARNUTIA

frekvenciu pri námahe je limitovaná vyšším vekom [4]. Zistilo sa, že schopnosť myokardu odpovedať na sieňový pacing nie je vekom porušená [33]. Fakt, že plazmatické katecholamíny nie sú u starých ľudí znížené v odpovedi na izometrickú námahu [13] napovedá, že príčinou limitovanej SF pri námahe je skôr neschopnosť srdca odpovedať na katecholamíny počas námahy než dôsledok katecholamínov, hoci sa zistila redukovaná aktivita sympatického aj parasympatického nervového systému [predominantne parasympatického] u starých ľudí v pokoji, ale viac počas námahy [33].

3. Pokles vývrhového objemu až o 23 % [13].
4. Pokles minútového objemu [33]. Tento pokles minútového objemu je spôsobený hlavne poklesom vývrhového objemu [36]. (Napri. počas námahy sa zvýšenie v kardiálnom výdaji môže realizovať zvýšením vývrhového volúmenu, čo sa dosiahne zvýšenou schopnosťou ľavej komory prijať a vyvrhnúť zvýšený prítok krvi. Vyvrhovaný objem je ovplyvnený „enddiastolickým“ objemom, kontraktilitou myokardu a impedanciou k ejekcii, pričom tento odpor odráža periférnu cievnu rezistenciu a fyzikálny charakter ciev, do ktorých srdce ejekuje svoju krv). Ak vývrhový objem klesá s narastajúcim vekom, je dôležitá otázka, či je tento pokles spôsobený limitáciou v diastolickom plnení komory (čo možno dokázať z poklesu „enddiastolického“ objemu), alebo alternatívne, či to môže byť v dôsledku poklesu kontraktility, alebo zvýšením afterloadu, alebo z oboch príčin.
5. Zistilo sa znižovanie ejekčnej frakcie s narastajúcim vekom počas námahy [31], ale aj v pokoji, hoci menej výrazne [30]. Predpokladajú sa štyri rôzne mechanizmy pre znižovanie EF v závislosti od veku, najpravdepodobnejšou príčinou je podľa autorov Myrona a Weisfeldta [31] alterácia kontraktility spôsobená starnutím. Hoci fyzikálne charakteristiky ciev sa nedajú študovať neinvazívne, periférna cievna rezistencia sa môže zisťovať meraním krvného tlaku a kardiálneho výdaja. Neinvazívne štúdie ukázali, že vekové znižovanie vývrhového objemu a kardiálneho výdaja je spojené so
6. zvyšovaním periférnej cievnej rezistencie v direktnej vekovej dependencii, či už v pokoji, alebo počas námahy [13].
7. Pokles hodnoty maximálnej kyslíkovej spotreby myokardu s narastajúcim vekom [6]. Najjednoduchším meraním kardiovaskulárnej činnosti počas námahy je sledovanie maximálnej kyslíkovej spotreby, ktorá sa odráža v hodnote TTI indexu (tension-time index) a vekom sa znižuje [21]. Longitudinálne štúdie demonštrovali, že u zdravých aktívnych mužov a žien je pokles v maximálnej kyslíkovej spotrebe asi o 1 % za rok [13].
8. Zmena elektrických vlastností myokardu (vyšší výskyt EKG abnormít v starších než v mladších vekových skupinách [10] a predĺžovanie PQ a QT intervalu [3]).
9. Vzostup „cievneho kompresného priestoru“ (Windkessel) v závislosti od veku [25].
10. Pokles elasticity aorty a veľkých ciev. Obvod aorty sa zväčšuje o 46–49 % (zo 6 cm na 9 cm), tak aj dĺžka aorty sa zvyšuje o 22 %, čím vzrastá objem aorty o 300–400 ml [25].
11. Pulzová vlna postupuje rýchlejšie pre rigidný cievny systém [30].
12. Rýchlosť toku krvi (normálna hodnota je 52–152 cm.s⁻¹, menšia rýchlosť ako 40 cm.s⁻¹ nie je zlučiteľná s prežitím) klesá progresívne s vekom (pokles je 0,7–0,85 % za každý rok, takže u 70-ročnej osoby je stredná hodnota rýchlosti toku krvi len 55 % hodnoty osoby 20-ročnej).
Je signifikantný inverzný vzťah medzi rýchlosťou toku krvi a stredným tlakom krvi a direktný vzťah medzi ňou a ejekčnou frakciou a maximálnou akceleráciou kontrakcie myokardu [29].
13. Zmeny väzivového aparátu srdca, a tým nárast výskytu šelestov a prídavných zvukov na srdci u starších [11, 12]. Vyšší výskyt IV. srdcovej ozvy má výrazný pozitív-

J. MIČUDA, V. BALÁŽ / ZMENY SYSTOLICKÝCH A DIASTOLICKÝCH ČASOVÝCH INTERVALOV SRDCA V PROCESE STARNUTIA

- ny vplyv na kardiálnu hemodynamiku u starých ľudí (27). S vekom dochádza u zdravých osôb ku skracovaniu oziev (8).
14. Vzostup systémového tlaku krvi, hlavne systolického (13).
 15. Zmeny v citlivosti receptorov v myokarde, ako aj baroreceptorov v procese starnutia (2, 12).
 16. Znižovanie myokardiálnej kontraktility v inverznom vzťahu k veku (30).
 17. Vekom sa mení aj poddajnosť ľavokomorového myokardu (38).

Väčšina týchto zmien podmienená tzv. „fyziologickým starnutím kardiovaskulárneho aparátu“ sa prejavuje zmenami systolických a diastolických časových intervalov srdcovej revolúcie. Štúdie fyzikálnych zmien nájdených v spojitosti so starnutím u živočíšnych modelov a neinvazívne štúdie v ľudskej medicíne ukázali predlžovanie systolických aj diastolických intervalov s narastajúcim vekom (5, 9, 16, 24).

Rozvoj nových kardiologických vyšetrovacích techník ukázal možnosť neinvazívne identifikovať a kvantifikovať niektoré s vekom spojené zmeny v kardiálnej funkcii ako tzv. biologické markery kardiovaskulárneho starnutia, ktoré môžu byť merané reproduktibilne, bezpečne a neinvazívne. Je to okrem echokardiografie, rádionuklidových techník (nuclear cardiac scans) aj polygrafia.

Pri meraní systolických intervalov (STI) autori Fabián a spol. (9) nezistili významnú závislosť trvania jednotlivých fáz srdcového cyklu od vekových skupín (súbor bol rozdelený na dve skupiny: osoby do 40 rokov a nad 40 rokov). Našli nevýznamné predlžovanie elektromechanickej systoly (EMS) a vyvrhovacej doby (LVET) v staršej vekovej skupine (9). EMS má validitu indikátora pozitívne ionotropnej stimulácie a je v priamej lineárnej závislosti s vyvrhovacou dobou (8). LVET je v priamej korelácii s vývrhovým objemom ľavej komory (17) a jej veľkosť je takmer identická ($r = +0,99$) s hodnotou LVET meranou invazívne (8). Okrem vývrhového objemu má samostatný a nezávislý, nepriamoúmerný vplyv na dĺžku LVET aj rýchlosť srdcovej frekvencie, takže pri znižovaní SF sa LVET lineárne predlžuje (39).

Aj autor Černý (5) porovnaním výsledkov STI medzi jednotlivými vekovými skupinami zistil existenciu sklonu k predlžovaniu všetkých systolických intervalov s rastúcim vekom, avšak rozdiely medzi jednotlivými skupinami neboli významné (signifikantné predĺženie zistil len u elektrickej systoly).

Predlžovanie napínacej doby (PEP) v priamej závislosti od veku udávajú autori Montoye a spol. (28), Riečanský a spol. (32). Podobne aj Aronov (1) zistil nesignifikantné predĺženie PEP i izovolumovej kontrakčnej doby (IVCT) s rastúcim vekom.

PEP podobne ako IVCT je výrazom stiahnuteľnosti myokardu ľavej komory, odzrkadľuje zmeny ionotropie myokardu (39) a citlivo reaguje na tieto zmeny v kontraktilite (37). PEP je determinovaná rýchlosťou rozvinutia vnútrokomorového tlaku (dP/dt), ako aj hladinou aortálneho diastolického tlaku. PEP je v inverznom vzťahu k tomuto dP/dt , k ejekčnej frakcii aj k rýchlosti skrátenia obvodového vlákna (V_{cf}) meraných invazívne (17).

Nesignifikantné predlžovanie mechanickej systoly (S_1S_2) a zvyšovanie Weisslerovho indexu (Wi) v starších vekových skupinách oproti mladším osobám zistili Mičuda a spol. (26). Je priamoúmerný významný vzťah medzi výškou hladiny systémového systolického tlaku krvi a dĺžkou mechanickej systoly

J. MIČUDA, V. BALÁŽ / ZMENY SYSTOLICKÝCH A DIASTOLICKÝCH ČASOVÝCH INTERVALOV SRDCA V PROCESSE STARNUTIA

(25). Ďalšou príčinou predlžovania S_1S_2 môže byť aj to, že sarkoplazmatické retikulum má v myokarde starých ľudí nižšiu schopnosť akumulovať vápnikové ióny, čím sa predlžuje mechanická kontrakcia myokardu (25). Wi je všeobecne známy ako najcennejší indikátor myokardiálnej kontraktility so značne prognostickým významom (40) a má úzky vzťah (nepriamy) k invazívnej hodnote ejekčnej frakcie so 100 % senzitivitou aj špecifitou v rozmedzí hodnôt Wi od 0,380 a nad 0,530 (35).

Katayama a spol. (19) udávajú nesignifikantné predlžovanie doby relaxácie u starého myokardu. Už Kumar a Spodick (24) zistili predlžovanie izovolumovej relaxačnej periódy (IVRT) u starších zdravých ľudí.

Významný je priamoúmerný vzťah medzi dĺžkou IVRT a koncovým diastolickým tlakom ľavej komory (LVEDP). IVRT má tiež významný vzťah k diastolickej poddajnosti ľavej komory, keďže pokles nešpecifickej poddajnosti ľavej komory vedie k spomaleniu relaxácie komory (23). Predĺženie relaxácie je v dôsledku zníženej schopnosti starého myokardu akumulovať kalcium v sarkoplazmatickom retikule, čo sa potvrdilo experimentálne (13).

Amplitúda A vlny na apexkardiograme (ACG) sa vekom zväčšuje (22). Vlna A na ACG je podmienená presystolickým zväčšením objemu ľavej komory pri kontrakcii siení (8). Amplitúda vlny A má významné priamoúmerné vzťahy ku telediastolickému tlaku ľavej komory (LVEDP) a ku ľavokomorovej diastolickej poddajnosti (23).

Vekom sa znižuje odpoveď srdcovej frekvencie na Valsalvov manéver (18), pravdepodobne pre porušené autonómne mechanizmy srdca (12).

Autori Fabián a spol. (7) predpokladajú, že príčinou týchto zmien systolických intervalov u starších osôb môže byť latentná ischemická choroba srdca, alebo že ide o prejav fyziologického procesu starnutia s vplyvom na kardiovaskulárny aparát.

Hakki a spol. (14) zistili u pacientov s koronárnou chorobou, že vek nemá vplyv na funkciu ľavej komory v pokoji alebo v odpovedi na námahu. Starší pacienti s koronárnou chorobou vykazovali rovnaké zmeny v ľavokomorovej funkcii ako mladší pacienti s korešpondujúcou závažnosťou ochorenia.

LITERATÚRA

1. ARONOV, W. S.: Isovolumic contraction and left ventricular ejection times. *Amer. J. Cardiol.*, 26, 1970, č. 3, s. 238—240.
2. BRAUNWALD, E.: Regulation of the circulation I., *New Engl. J. Med.* 290, 1974, s. 1124—1129.
3. CAMPBELL, A.: Prevalence of abnormalities of electrocardiogram in old people. *Heart J.*, 36, 1974, č. 10, s. 1005—1008.
4. CONWAY, J., WHELEER, R., SANNERSTEDT, R.: Sympathetic nervous activity during exercise in relation to age. *Cardiovasc. Res.*, 5, 1971, s. 575—581.
5. ČERNÝ, M.: Polygrafická metóda stanovení systolických intervalů v praxi. 3. část: Indexy systolických intervalů zdravých osob. *Vnitřní lék.* 26, 1980, č. 6, s. 569—574.
6. DEHN, M. M., BRUCE, R. A.: Longitudinal variations in maximal oxygen intake with age and activity. *J. Appl. Physiol.*, 33, 1972, s. 805—807.

J. MIČUDA, V. BALÁŽ / ZMENY SYSTOLICKÝCH A DIASTOLICKÝCH ČASOVÝCH INTERVALOV SRDCA V PROCESE STARNUTIA

7. FABIÁN, J., EPSTEIN, E. J., COULSCHÉD, N.: Duration of phases of left ventricular systole using indirect methods I. Normal subjects. *Brit. Heart J.*, 34, 1972, s. 874—882.
8. FABIÁN, J. a spol.: Metodika nepřímých kardiologických vyšetření. *KARDIO' 80*, 1980, VI/2, s. 9—61.
9. FABIÁN, J.: Systolické časové intervaly u normálního obyvatelstva. *Vnitřní lék.* 28, 1982, č. 6, s. 561—565.
10. FISCH, C.: The electrocardiogram in the aged. *Cardiovasc. Clin.*, 12, 1981, č. 1 s. 65—69.
11. FRIEDMAN, S. A., DAVISON, E. T.: The phonocardiographic assessment of myocardial function in the aged. *Amer. Heart J.*, 78, 1969, s. 752—756.
12. FROLKINS, V. V., ŠEVČUK, V. G., GOLOVČENKO, S. F.: Normaľnaja reguljacia serdca u starenia. *Kardiologija*, 1978, č. 12, s. 24—30.
13. GERSTENBLITH, G.: Cardiovascular aging. National Institutes of Health, New York, 1982, s. 138—144.
14. HAKKI, A. H., DE PACE, N. L., ISKANDRIAN, A. S.: Effect of age on left ventricular function during exercise in patients with coronary artery disease. *J. Amer. Coll. Cardiol.*, 2, 1983, č. 4, s. 645—651.
15. HARRIS, W. S., SCHOENFELD, C. D., BROOKS, R. H. a spol.: Effect of beta adrenergic blockade on the hemodynamic responses to epinephrine in man. *Amer. J. Cardiol.*, 17, 1966, s. 484—492.
16. HARRISON, T. R., DIXON, K., RUSSEL, R. O. a spol.: The relation of age to the duration of contraction, ejection, and relaxation of the normal human heart. *Amer. Heart J.*, 67, 1964, s. 189—199.
17. HEIKKILÄ, J., LUONMANMÄKI, K., PYÖRÄLÄ, K.: Serial observations on left ventricular dysfunction in acute myocardial infarction. II. Systolic time intervals in power failure. *Circulation*, 44, 1971, s. 343—354.
18. KALBFLEISCH, J. H., STOWE, D. F., SMITH, J. J.: Evaluation of the heart rate response to the Valsalva manoeuvre. *Amer. Heart J.*, 95, 1978, č. 6, s. 707—715.
19. KATAYAMA, K., KUMADA, T., FUJII, T. a spol.: Clinical characteristic of left ventricular pressure decline during isovolumic relaxation in normal and diseased hearts. *Amer. Heart J.*, 107, 1984, č. 2, s. 332—338.
20. KENNEDY, R. D.: Prevalence of heart disease in old age. In: Platt, D.: *Geriatrics 1*, Springer-Verlag Berlin, New York 1982, s. 1—9.
21. KNOEBEL, S. B.: Chronic ischemic heart disease: From concept to fact. *J. Amer. Coll. Cardiol.*, 1, 1933, s. 20—30.
22. KOZÁK, P.: Vyšetřování srdeční dynamiky nepřímými metodami. Praha, Avicenum, 1973, 219, s. 202.
23. KOZÁK, P.: Systolické časové intervaly a určování srdeční výkonnosti. *Vnitřní lék.*, 26, 1980, č. 5, s. 478—483.
24. KUMAR, R., SPODICK, D. H.: Study of the mechanical events of left ventricle by a traumatic techniques: Comparison of methods of measurement and this significance. *Amer. Hart J.*, 80, 1970, č. 3, s. 401—413.
25. KÜLBEL, F.: Fysiologie a patofysiologie oběhového ústrojí ve stáří. *Prakt. Lék. (Praha)* 58, 1978, č. 20, s. 833—836.
26. MIČUDA, J., BALÁŽ, V.: Polygraficky registrované zmeny kontraktivity myokardu u starých ľudí. *Rehabilitácia*, 17, 1984, č. 1, s. 11—19.
27. MIČUDA, J., BALÁŽ, V.: Sieňová ozva a funkcie ľavej komory srdca zistovaná polygraficky u starých ľudí. *Vnitřní lék.*, 31, 1985, č. 2, s. 136—141.
28. MONTROYE, H. J., WILLIS, P. W., HOWARD, G. E. a spol.: Cardiac preejection period. Age and sex comparison. *J. Gerontol.*, 26, 1971, č. 2, s. 208—216.
29. MOWAT, D. H. R., HAITES, N. E., RAWLES, J. M.: Aortic blood velocity measurement

J. MIČUDA, V. BALÁŽ / ZMENY SYSTOLICKÝCH A DIASTOLICKÝCH ČASOVÝCH INTERVALOV SRDCA V PROCESSE STARNUTIA

- in healthy adults using a simple ultrasound technique. *Cardiovasc., Res.*, 17, 1983, č. 2, s. 75—80.
30. MYRON, L., WEISFELDT, W.: Aging of cardiovascular system. *New Engl. J. Med.*, 303, 1980, s. 1172—1173.
31. PORT, S., COBB, F. R., COLEMAN, R. E. a spol.: Effect of age on the response of the left ventricular ejection fraction to exercise. *New Engl. J. Med.*, 303, 1980, č. 20, s. 1133—1137.
32. RIEČANSKÝ, I., HAVIAR, V., PLACHÁ, L.: K problematike auskultačného obrazu stareckého srdca. In: *Prevenia v geriatrici. Zborník*, Martin, Osveta, 1978, s. 21—23.
33. SATO, I. a spol.: Age-related changes of cardiac control function in man. *J. Gerontol.*, 36, 1981, č. 5, s. 564—572.
34. SHAW, D. J. ROTHBAUM, D. A., ANGEL, C. S. a spol.: The effects of age and blood pressure upon the systolic time intervals in males aged 20—89 years. *J. Gerontol.*, 28, 1973, s. 133—139.
35. SOHN, Y. H., STACK, R. H., TAYLOR, M. L., WEISSLER, A. M.: Sensitivity and specificity of systolic time intervals in detecting abnormal left ventricular performance in coronary artery disease. *Circulation (Abstr.)*, 55, 56, suppl. III, č. 4, s. 210—211.
36. STRANDELL, T.: Circulatory studies on healthy old men. *Acta Med. Scand.* [suppl. 414, 1964, 175, s. 1—44.
37. VENCO, A., RAMPULLA, C., MENDELLI, M. a spol.: Relation of kinetocardiogram to systolic time intervals in patients with old myocardial infarction. *Cardiology*, 69, 1982, s. 11—21.
38. WARRINGTON, S. J., SMITH, P. R., O'GRADY, J.: Noninvasive assesement of the cardiovascular effects of prostacyclin [PGI₂] in man. *Europ. J. Cardiol.*, 12, 1980, s. 73—80.
39. WEISSLER, A. M., HARRIS, W. S., SCHOENFELD, C. D.: Systolic time intervals in heart failure in man. *Circulation*, 37, 1968, č. 2, s. 149—159.
40. WEISSLER, A. M., O'NEIL, W. W., SOHN, Y. H. a spol.: Prognostic significance of systolic time intervals after recovery from myocardial infarction. *Amer. J. Cardiol.*, 48, 1981, s. 995—1002.

Adresa autora: Dr. J. M., Záhorácka 4/60, 901 01 Malacky

Й. Мичуда, В. Балаж

ИЗМЕНЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКИХ И ДИАСТОЛИЧЕСКИХ ИНТЕРВАЛОВ В ПРОЦЕССЕ СТАРЕНИЯ

Резюме

Многие неинвазивные исследования показали, что обусловленные старением изменения некоторых параметров систолических и диастолических интервалов, устанавливаемых на основании полиграфии (одновременная запись EKG, PCG, CAR и ACG у пожилых и старых людей (как напр., падение фракции изгнания, продление времени напряжения, повышение индекса Вейслера, продолжение механической систолы, продолжение изоволюметрического времени расслабления, увеличение амплитуды А волны, понижение индекса напряжения по времени во время напряжения) по сравнению с результатами STI и DTI от лиц младшего возраста, могут быть превосходными биологическими маркерами возрастных изменений в кардиальной функции, определяемой неинвазивным методом в покое, но главным образом во время физиологической физической нагрузки (13).

J. MIČUDA, V. BALÁŽ / ZMENY SYSTOLICKÝCH A DIASTOLICKÝCH ČASOVÝCH INTERVALOV SRDCA V PROCESE STARNUTIA

J. Mičuda, V. Baláž

CHANGES OF SYSTOLIC AND DIASTOLIC TIME INTERVALS IN THE PROCESS OF AGING

Summary

Several non-invasive studies have proved that aging causes changes of some parameters of systolic and diastolic intervals determined with polygraphy (synchronous records of ECG, PCG, CAR and ACG) in elderly and old subjects (such as decrease of ejection fraction, prolongation of contraction time, increase of Weissler's index, prolongation of mechanic systole, prolongation of isovolumic relaxation time, increase of amplitude of A wave, decrease of tension time index during exertion). Compared with results of STI and DTI in younger subjects they can be excellent biological markers of age dependent alterations in cardiac functions determined by non-invasive methods at rest, but particularly during physiological physical load [13].

J. Mičuda, V. Baláž

VERÄNDERUNGEN DER SYSTOLISCHEN UND DIASTOLISCHEN ZEITINTERVALLE IM ALTERUNGSPROZESS

Zusammenfassung

Mehrere nichtinvasive Studien haben gezeigt, daß die mit Hilfe der Polygraphie (synchrone EKG-, PCG-, CAR- und ACG-Aufzeichnungen) festgestellten altersbedingten Veränderungen einiger Parameter der systolischen und diastolischen Intervalle bei älteren und alten Leuten (wie z. B. die Verringerung der Ejektionsfraktion, die Verlängerung der Spannungsphase, der Anstieg des Weißler-Indexes, die Verlängerung der mechanischen Systole sowie der isovoluminösen Relaxationszeit, die Vergrößerung der Amplitude der A-Welle, die Verringerung des Tension-time-Indexes während der Belastung) im Vergleich mit den Ergebnissen des STI und des DTI von jüngeren Leuten vortreffliche biologische Kenngrößen altersbedingter nichtinvasiv im Ruhezustand, vor allem aber während physiologischer körperlicher Belastung festgestellter Veränderungen der Herzfunktion abgeben können [13].

J. Mičuda, V. Baláž

LES CHANGEMENTS SYSTOLIQUES ET DIASTOLIQUES DES INTERVALLES TEMPORELS DANS LE PROCESSUS DE VIEILLISSEMENT

Résumé

Plusieurs études non invasives ont démontré que les changements de certains paramètres des intervalles systoliques et diastoliques par suite du vieillissement, relevés de la polygraphie (enregistrement synchrone de ECG, PCG, CAR et ACG) chez les personnes âgées et les vieillards (comme baisse de fraction éjective, prolongement du temps de tension, augmentation de l'indice de Weissler, prolongement de la systole mécanique, prolongement du temps de relaxation isovolumique, augmentation de l'amplitude d'onde A, diminution de la tension-time d'indice pendant l'effort) en comparaison avec les résultats STI et DTI des personnes moins âgées, peuvent être des marques biologiques excellents de changements d'âge dans la fonction cardiaque non invasive enregistrée au repos, mais surtout pendant la charge physiologique corporelle [13].

O. D. CREUTZFELD

CORTEX CEREBRI

Mozgová kôra

Vydal Springer Verlag Berlin — Heidelberg — New York — Tokyo
1983

ISBN 3 — 540 — 12 193 — 5

Prof. O. D. Creutzfeld z Inštitútu bio-fyzikálnej chémie Maxa Planckova v Göttingene je vedúcim Oddelenia neurobiológie tohto inštitútu. Vo vydavateľstve Springer Verlag vydáva v nemčine v roku 1983 pozoruhodnú a ojedinelú monografiu o mozgovej kôre. Zaoberá sa výkonnosťou a štruktúrálnou organizáciou mozgovej kôry s prihliadnutím na neuroanatomické, neurofyziologické, vývojovo-fyziatrické a neuropsychologické aspekty tohto orgánu. Monografia má celkom desať kapitol, prehľad literatúry je usporiadaný podľa jednotlivých kapitol, s dôrazom na prehľadné aj ďalšie jednotlivé práce a zakončuje ju vecný register.

Po predhovore autora, v ktorom vysvetľuje zameranie a obsah monografie, nasleduje kapitola o historickom vývoji štúdia o mozgovej kôre v 19. a 20. storočí. Ďalšie kapitoly hovoria o fylogenetickom, ontogenetickom a funkčnom vývoji mozgovej kôry, o všeobecnej štruktúrálnej organizácii neocortexu a o všeobecnej neurofyziológii nervovej kôry. V ďalších kapitolách sa hovorí o spontánnych a evokovaných potenciáloch mozgovej kôry a ich neuronálnych základoch, o funkčnej topografii v senzorických a motorických areáloch, o asociačnom cortexe a o význame mozgovej kôry pre kognitívne a symbolické výkony a pre vedomú skúsenosť. Posledné dve kapitoly sa zaoberajú allocortexom, limbickým systémom a všeobecným funkčným významom mozgovej kôry.

Monografia predstavuje moderné, komplexné a prehľadné spracovanie všetkých otázok, ktoré patria do oblasti poznatkov o mozgovej kôre, orgáne dôležitom pre základné činnosti života vôbec — pre funk-

ciu motoriky, senzorky, pre oblasť kognitívneho poznania a pre oblasť regulácií. Početné ilustrácie, fotografie, nákresy a originálne záznamy dopĺňujú text Creutzfeldovej monografie o mozgovej kôre.

Znalosti a nové poznatky o mozgu všeobecne a o mozgovej kôre špeciálne predstavujú pole širokého záujmu súčasnej medicíny a psychológie. Nejde iba o otázky teoretických prístupov a otázky experimentálnych poznatkov z oblasti morfológie a fyziológie centrálneho nervového systému, ide aj o komplexný problém z hľadiska vývoja tejto problematiky. Creutzfeldova monografia konfrontuje v jednotlivých kapitolách, ktoré predstavujú samostatné tematické celky spojené základným pohľadom na mozgovú kôru, klasické poznatky s modernými neuroanatomickými a neurofyziologickými informáciami. Výsledkom je moderne chápaná, tematicky ucelená, koncepčne dobre spracovaná monografia uvedená na súčasný stav teoretických, experimentálnych a praktických poznatkov. Aj ilustračná časť značne zvyšuje informačný prínos monografie.

Creutzfeldovu publikáciu iste privítajú nielen teoretickí pracovníci z oblasti neurofyziológie, neurobiochémie, neuroanatómie, ale aj odborníci z oblasti klinickej neurológie, psychológie a ostatných odborov, ktorí sa zaoberajú problematikou účasti centrálneho nervového systému na patologických obrazoch. Poznatky z oblasti morfológie a funkcie mozgovej kôry sú jedným z aspektov záujmu rehabilitačných odborníkov, nájdu tu mnoho podnetného a predovšetkým informujúceho o súčasnom stave vedy o mozgu.

Dr. M. Palát, Bratislava

NOVÉ METODICKÉ ASPEKTY KARDIOVASKULÁRNÍ REHABILITACE A JEJICH HODNOCENÍ

I. STOLZ, J. JEDLIČKA, M. JANOTA, J. FABIÁN, E. RAKICKÁ, E. VÁLEK, J. VÁLEK,
J. WIDIMSKÝ

Institut klinické a experimentální medicíny, Praha

Ředitel: prof. MUDr. Vladimír Kočandrle, DrSc.

Program výzkumu kardiovaskulárních nemocí

Koordinátor: prof. MUDr. Juraj Fabián, DrSc.

Souhrn: Podáváme metodický návod na úpravu nemocničního režimu a trvání hospitalizace u nemocných s nekomplikovaným a komplikovaným infarktem myokardu. Časná mobilizace a sledování odezvy na ni má zásadní význam pro úpravu režimu po propuštění. Bezprostřední prognózu však neovlivňuje. Při očekávané 1% mortalitě nekomplikovaného infarktu v prvním měsíci by bylo třeba sledovat 4600 osob pro průkaz změn s 80% pravděpodobností.

Dlouhodobá rehabilitace vede k přírůstku výkonnosti v prvním roce. Zájem se podařilo udržet u nemocných s aktivním vztahem k tělesné výchově před infarktem. Další faktory adherenci neovlivňovaly. V naší koncepci tvoří pohybový režim spouštěvým mechanismus k úpravě dalších nezdravých návyků.

Klíčová slova: Rehabilitace kardiaků — infarkt myokardu — rehabilitační programy — testing.

V období 1980 — 1984 jsme zpracovali výsledky krátkodobého i dlouhodobého sledování nemocných zařazených do rehabilitační a sekundárně preventivní studie a podíleli se na standardizaci a unifikaci postupů pro hodnocení fyzické aktivity mužů středního věku (3, 4, 5, 6).

V tomto sdělení určeném širšímu okruhu pracovníků v rehabilitaci se zaměříme na principy třídění nemocných po infarktu myokardu (IM), popis faktorů určujících bezpečnost dlouhodobých tréninkových programů a informací o výkonnosti velkoměstské populace se zvýšeným rizikem ischemické choroby srdeční.

Třídění nemocných a průměrné trvání hospitalizace

Soubory nemocných po IM lze na základě klinických dat a matematických modelů rozdělit do prognostických podskupin. Optimální termín tohoto třídění se pohybuje od 2 do 6 dnů po akutní příhodě.

Základní program zaměřený na prevenci trombolických komplikací provádíme na prvé tabulce (tabulka 1).

I. STOLZ A KOL. / NOVÉ METODICKÉ ASPEKTY KARDIOVASKULÁRNÍ REHABILITACE A JEJICH HODNOCENÍ

Tabulka 1. Roztřídění nemocných s akutním infarktem myokardu.

Typ infarktu	Relativní klidový režim	Celkové trvání hospitalizace
První netransmurální nekomplikovaný IM	5 dní	do 14 dnů
První transmurální nekomplikovaný IM	7 dní	14 — 21 dní
Opakovaný nekomplikovaný IM	7 dní	18 — 21 dní
Komplikovaný IM	10 dní	21 dní a více

Tabulka 2. Základy pohybového režimu u prvního nekomplikovaného netransmurálního IM.

		koronární jednotka	do 7 dnů	do konce hospitalizace
CVIČEBNÍ JEDNOTKY		v lehu, sedu 1. dechové cvičení 2. cvičení malých svalových skupin dolních končetin (DK) 1 min./1 hod.	v lehu, sedu, stojí 1. dynamické dechové cvičení 2. kondiční cvičení 3. chůze	v lehu, sedu, stojí 1. kondiční cvičení 2. chůze do schodů 3. příprava domácího režimu
POHYBOVÝ REŽIM		sed — dolní končetiny (DK) z postele	sed v křesle neomezeně chůze po chodbě	volný pohyb po ústavu sledování odezvy na zátěž do 75 W
OŠETROVATELSKÁ PÉČE	jídlo	sám na lůžku	v jídelně	v jídelně
	mytí	sám na lůžku	v umývárně	v umývárně
	WC	mísa, židle	záchod	záchod

I. STOLZ A KOL. / NOVÉ METODICKÉ ASPEKTY KARDIOVASKULÁRNÍ REHABILITACE A JEJICH HODNOCENÍ

Tabulka 3. Základy pohybového režimu u prvního nekomplikovaného transmuralního IM.

		koronární jednotka	do 7 dnů	do 10 dnů	do konce hospitalizace
CVIČEBNÍ JEDNOTKY		v lehu v sedu 1. dechové cvičení 2. cvičení DK	v lehu, sedu, stojí 1. dechové cvičení 2. kondiční cvičení 3. chůze	v lehu, sedu, stojí zvyšování intenzity chůze	v lehu, sedu, stojí 1. typy chůze 2. schody 3. příprava domácího režimu
POHYBOVÝ REŽIM		antitrombotická prevence	chůze kolem postele sed v křesle ½ h. — 3 × denně	chůze na WC do jídelny	volný pohyb chůze po chodbě sledování odezvy na zátěž 50–70 W
OŠETŘOVA-TELSKÁ PÉČE	jídlo	sám na lůžku	v sedě na lůžku nebo v křesle	v jídelně	v jídelně
	jídlo	sestra	na lůžku sám	u umyvadla na pokoji	v umývárně
	WC	mísa, židle	židle	záchod	záchod

Do první podskupiny zařazujeme nemocné s prvním transmuralním infarktem myokardu se stabilizovaným průběhem bez vzniku závažných komplikací (tabulka 2). Relativní klidový režim trvá v průměru 5 dní, celková hospitalizace 10 — 14 dní. Postupné sledování odezvy na zátěž má zásadní význam pro určení dalšího režimu (3, 7). Do druhé skupiny zařazujeme nemocné s prvním transmuralním nekomplikovaným infarktem (tabulka 3). Relativní klidový režim trvá 7 dní, hospitalizace 14 — 21 dnů s přihlédnutím k rozsahu infarktu. Do třetí skupiny zařazujeme všechny nemocné s opakovaným IM (tabulka 4). Klidový režim trvá 7 dní a nemocní opouštějí nemocnici v průměru 18. — 21. den.

Nemocné s komplikovaným infarktem zařazujeme do 4. skupiny. Za závažné komplikace považujeme především srdeční nedostatečnost, maligní arytmie, závažné poruchy převodu a vznik raménkové blokády. Sledování této skupiny trvá 21 dní i déle s přihlédnutím k věku, biochemickým změnám a komplikacím v průběhu hospitalizace. Popis nemocničního režimu pro jednotlivé podskupiny uvádíme v tabulkách 2, 3, 4, 5. Podrobný rozbor cvičení a popis cviků uvádíme v našich metodických příručkách (4, 5).

Kriteria pro zvyšování intenzity cvičenců zůstávají nezměněna: vzestup srdeční frekvence o více než 30 úderů za minutu, anginózní bolesti při cvičení

I. STOLZ A KOL. / NOVÉ METODICKÉ ASPEKTY KARDIOVASKULÁRNÍ REHABILITACE A JEJICH HODNOCENÍ

Tabulka 4. Základy pohybového režimu u nekomplikovaného recidivujícího IM.

		koronární jednotka	do 7 dnů	do 10 dnů	do konce hospitalizace
CVIČEBNÍ JEDNOTKY		v lehu 1. dechové cvičení 2. cvičení DK 3. posazení	v lehu, v sedu, 1. dechové cvičení 2. kondiční cvičení 3. postavení u postele	v lehu, sedu, stojí 1. dechové cvičení 2. kondiční cvičení 3. chůze	v lehu, sedu, stojí — intenzivněji 1. chůze po chodbě 2. typy chůze 3. schody 4. příprava domácího režimu
POHYBOVÝ REŽIM		antitrombotická prevence	vertikalizace křeslo bez časového omezení	chůze po pokoj	chůze: volný pohyb po chodbě dle klinického stavu sledování odezvy na zátěž 25 W
OŠETŘOVA-TELSKÁ PÉČE	jídlo	sám na lůžku	sám na lůžku	u stolu na pokoji	v jídelně
	WC	sestra	sám na lůžku	u umyvadla	v umývárně
	mytí	mísa, židle	židle	židle	záchod

a po něm, cyanóza a bledost, pokles systolického krevního tlaku o 20 mm Hg spolu s nevolností.

Základní program zaměřený na prevenci trombotických komplikací provádíme od druhého dne hospitalizace. Energetický výdaj při těchto činnostech prováděný ve vhodném tempu nepřesahuje dvojnásobek klidového metabolismu. Dbáme na pravidelné opakování pohybů v hodinových intervalech. Přibližný energetický výdaj při ostatních typech činnosti v nemocnici uvádíme v 6. tabulce.

Postupné zvyšování zátěže odstraňuje psychologické bariéry pro návrat do normálního života a pomáhá upřesnit terapii nemocných se vznikem symptomů při zátěži. Časný zátěžový test je vhodným doplněním tohoto postupu u vybraných nemocných. Nezávislý prognostický význam má především nízká výkonnost a vznik symptomů při zátěži střední intenzity před propuštěním. Na funkci levé komory srdeční lze z výsledků testu usuzovat jen nepřímě. Nemocní s výrazně sníženou ejekční frakcí dosahují často bez obtíží submaximálních limitů srdeční frekvence. Bez složité přístrojové techniky lze správně klasifikovat

I. STOLZ A KOL. / NOVÉ METODICKÉ ASPEKTY KARDIOVASKULÁRNÍ REHABILITACE A JEJICH HODNOCENÍ

Tabulka 5. Základy pohybového režimu u komplikovaného IM.

		koronární jednotka	do 10 dnů	do 20 a více dnů
CVIČEBNÍ JEDNOTKY		v lehu 1. cvičení malých svalových skupin DK i pasivně 2. dechové cvičení 3. posazení	v lehu, sedu 1. dechové cvičení dynam. 2. kondiční cvičení v pomalém rytmu 3. postavení	v lehu, sedu, stojí 1. dechové cvičení 2. kondiční cvičení 3. chůze 4. schody 5. příprava dom. režimu
POHYBOVÝ REŽIM		antitrombotická prevence prevence ortostatických komplikací	sed v křesle antitrombotická prevence prevence ortostatických komplikací	postupné individuální stupňování zátěže
OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	jídlo	plná ošetřovatelská péče	sám na lůžku	individuálně jídelna
	mytí	plná ošetřovatelská péče	sám na lůžku	individuálně umývárna
	WC	plná ošetřovatelská péče	židle	individuálně záchod

přibližně 80 % nemocných (7). Neadekvátní reakce krevního tlaku při zátěži koreluje s rozsahem infarktu.

Úskalí a možnosti dlouhodobých rehabilitačních programů

Programy sekundární prevence a rehabilitace mají vést k zlepšení kvality života bez rizika průvodních komplikací.

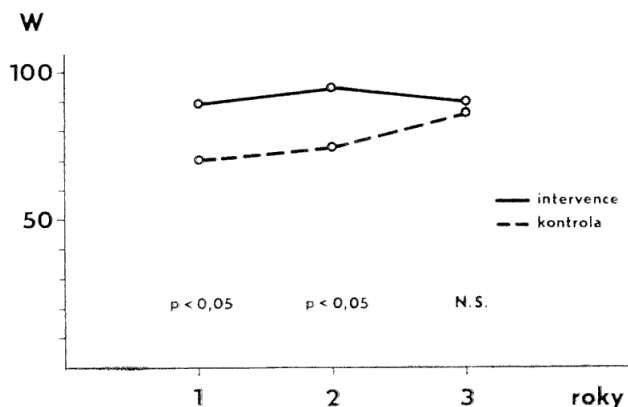
Na našem pracovišti provádíme dlouhodobou intervenci od roku 1970. Základním výcvikem prošlo 1410 nemocných, tříletou prospektivní studií 128 nemocných, 10letým výcvikem 36 nemocných. Do roku 1977 byl program prováděn výhradně zdravotními pracovníky. V současnosti se na organizaci a zajištění podílejí tělovýchovné organizace, které daly k dispozici cvičební prostory a pomáhají účinně při udržení adherence. Analýza podskupin ukázala, že nejlepšího výsledku lze dosáhnout lékařsky sledovaným výcvikem spolu s dietní a výchovnou intervencí. Výkonnost se u srovnatelných souborů podařilo zlepšit především v prvním roce po infarktu (graf 1).

**I. STOLZ A KOL. / NOVÉ METODICKÉ ASPEKTY KARDIOVASKULÁRNÍ REHABILITACE
A JEJICH HODNOCENÍ**

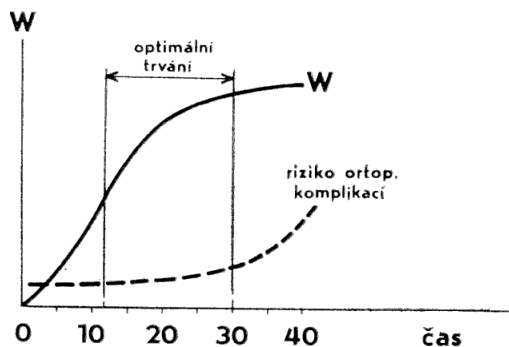
Tabulka 6. Energetický výdej při různých typech činnosti v nemocnici.

Typ činnosti	Doporučené trvání (min.)	KJ/min.	VO ₂ ml/min./kg
A. CVIČENÍ			
klid na lůžku	—	4,18	2,5 — 2,7
dechové cvičení	4	4,4	2,9
cvičení drobných svalových skupin HK	3	7,3	5,7
cvičení drobných svalových skupin DK	2	7,3	5,7
rotace krční páteře	1	7,5	5,7
cvičení vnějších svalových skupin na okraji lůžka	4	9,5	5,7 — 7,1
B. HABITUÁLNÍ AKTIVITY			
stoj	—	5,8	4,0
řeč	—	5,8	4,0
poloha v sedě na lůžku	—	5,0	2,8
jídlo	—	5,8	4,0
mytí (obličeje, ruce)	—	10,0	6,8
oblékání	—	9,6	6,7
sprchování	—	17,6	12,0
C. CHŮZE			
chůze 2 km/hod.	—	7,5	5,1
chůze 3 km/hod.	—	10,0	6,9
chůze ze schodů 60 schodů/min. výše schodů 150 mm	—	11,7	7,1
chůze do schodů výše schodů 150 mm 60 schodů/min.	—	31,4	21,0

I. STOLZ A KOL. / NOVÉ METODICKÉ ASPEKTY KARDIOVASKULÁRNÍ REHABILITACE A JEJICH HODNOCENÍ

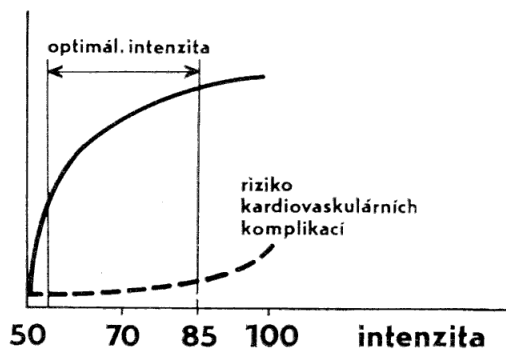


Graf 1. Dlouhodobý trend výkonnosti. U randomizovaných souborů se výkonnost v třetím roce vyrovnává.



Graf 2. Ortopedické komplikace. Při cvičebních jednotkách s intenzivním výcvikem delším než 30 min. stoupá riziko ortopedických komplikací bez výrazného vzestupu výkonnosti.

Byla prokázána lineární závislost mezi výkonností a nasycenými mastnými kyselinami, glycidovou tolerancí a inzulínovou sekrecí. Psychologické vyšetření Learyho projekčním testem ukázalo zvýšené skóre dominance u souboru po infarktu. Osoby s nejvíce vyjádřenými dominantními rysy měly nejhorší respondenci na dietní i pohybová doporučení (3, 6). Zájem o dlouhodobý pohybový režim se podařilo udržet jen u osob s aktivním vztahem k tělesné výchově před infarktem. Zařazením prvků řízeného pohybu a snížením trvání intenzivního výcviku se podařilo snížit výskyt mikrotraumat v období od r. 1980 o dvě třetiny. Při více než 6000 cvičebních jednotkách nedošlo k úmrtí ani vzniku koronární příhody. Vznik symptomů i nepříznivých hemodynamických reakcí lze snížit vhodným dávkováním intenzity. Principy dávkování uvádíme v grafech 2 a 3.



Graf 3. Kardiologické komplikace. Trénink kardiaků s vysokou intenzitou je spojen s nadměrným rizikem komplikací.

Při vedení programů klademe důraz na vyrovnání svalových dysbalancí. Dlouhodobý program má zásadní význam pro udržení správné funkce posturálního svalstva i posílení svalových skupin s nízkou trénovatelností. Zaměřujeme se i na malé svalové skupiny potřebné pro aktivity denního života.

36 nemocných navštěvuje soustavně program více než 10 let. Dobrá adherence se udržuje tehdy, je-li zajištěna pestrost náplně a využívá se skupinového působení malého a sourodého kolektivu. Neúčast a nezájem stimuluje chybějící podpora pracovního a rodinného kolektivu, ortopedické komplikace, nevhodný termín cvičební jednotky a změny v sestavě vedoucích rehabilitačních pracovníků. Po tříleté soustavné návštěvě se výkonnost nemění. Program však trvale přispívá k vhodné úpravě habituálních aktivit i medikamentózní terapie.

Zdatnost velkoměstské populace

Pro potřeby hodnocení výkonnosti a zdatnosti jsme vypracovali dotazníkové ergometrické a funkční metody hodnocení (1). Výsledky získané na vzorku populace z Prahy 4 nejsou uspokojivé. 71 % z 875 vyšetřených mužů ve 4. a 5. decéniu neprovozuje organizovanou tělovýchovnou činnost. Ve srovnání s mezinárodními normami dosáhla jen 3 % mužů vynikající výkonnosti. O organizované testování projevilo zájem 40 % vzorku, o skupinové cvičení 15 %. Výzkum prokázal, že s narůstajícím věkem klesá nejen výkonnost, ale i motivace pro správný pohybový režim. K prosazení fyzické aktivity s vytrvalostní složkou v denním režimu mužů středního věku v masovém měřítku dosud nedošlo. Trvalých výsledků bude možno dosáhnout jen při individualizovaném přístupu při respektování zájmů různých společenských podskupin.

Adresa autora: Dr. I. S., Institut klinické a experimentální medicíny, Vídeňská 800, Praha 4 — Krč

I. STOLZ A KOL. / NOVĚ METODICKĚ ASPEKTY KARDIOVASKULÁRNÍ REHABILITACE A JEJICH HODNOCENÍ

И. Штольц

НОВЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ИХ ОЦЕНКА

Резюме

Предлагаем методические указания для переработки больничного режима и срока госпитализации больных с несложным и осложненным инфарктом миокарда. Ранняя мобилизация и прослеживание отзыва на нее имеют принципиальное значение для урегулирования режима после выписки из больницы. На непосредственный прогноз, однако, она не влияет. При ожидаемой однопроцентной смертности несложного инфаркта в первом месяце следовало бы наблюдать за 4 600 лицами для удостоверения изменения в 80 % правдоподобности.

Длительная реабилитация ведет к нарастанию трудоспособности в первом году. Удалось поддержать интерес у больных с активным отношением к физкультуре до инфаркта. Другие факторы на эту приверженность не оказывали влияния. В нашей концепции двигательный режим представляет пусковой механизм для регулирования других нездоровых навыков.

I. Stolz

NEW METHODOICAL ASPECTS OF CARDIOVASCULAR REHABILITATION AND THEIR EVALUATION

Summary

The paper is presenting methodic suggestions for the adjustment of in-patient regime and the duration of hospitalization for patients with uncomplicated and complicated myocardial infarction. Early mobilization and investigation of its response is of essential importance for the adjustment of the regime after discharge from hospital. It does not however influence the immediate prognosis. With regard to the expected 1 % mortality in uncomplicated myocardial infarction in the course of the first month, it would be necessary to follow up 4600 subjects for the proof of alterations with 80 % probability.

Long-term rehabilitation leads to an increase of performance capacity in the first year. It was possible to retain interest in patients with active interest in sport before myocardial infarction. Other factors did not influence adherence. From our point of view exercise regime is the release mechanism for the adaptation of other unhealthy habits.

I. Stolz

NEUE METHODISCHE ASPEKTE DER KARDIOVASKULÄREN REHABILITATIONSBEHANDLUNG UND IHRE WERTUNG

Zusammenfassung

Der Beitrag bringt methodische Anleitung zur Gestaltung des Krankenhausregimes und der Dauer des Krankenhausaufenthaltes von Patienten mit unkomplizierten und komplizierten Myokardinfarkt. Die frühzeitige Mobilisierung sowie die Beobachtung der Reaktion des Organismus auf die Mobilisierung ist von grundsätzlicher Bedeutung für die Gestaltung des Regimes nach der Entlassung. Auf die unmittelbare Prognose hat das jedoch keinen Einfluß. Bei einer Erwartung einer einprozentigen Mortalität nach einem unkomplizierten Infarkt im ersten Monat wäre die Beobachtung von 4600 Per-

I. STOLZ A KOL. / NOVĚ METODICKÉ ASPEKTY KARDIOVASKULÁRNÍ REHABILITACE A JEJICH HODNOCENÍ

sonen erforderlich, um Veränderungen mit einer 80prozentigen Wahrscheinlichkeitsrate nachweisen zu können.

Langfristige Rehabilitationsbehandlung führt zu einer Hebung der Leistungsfähigkeit im ersten Jahr. Bei Patienten mit aktiver Einstellung zur Körperkultur vor dem Infarkt gelang es, das Interesse für die Rehabilitation aufrechtzuerhalten. Die übrigen Faktoren hatten keinen Einfluß auf die Adhärenz. Innerhalb der empfohlenen Kozeption bildet das Bewegungsregime den Auslösermechanismus für die Bewältigung weiterer ungesunder Angewohnheiten.

I. Stolz

LES ASPECTS MÉTHODIQUES NOUVEAUX DE LA THÉRAPIE RÉÉDUCATIVE CARDIOVASCULAIRE ET LEUR ÉVALUATION

Résumé

Nous donnons un programme méthodique pour apprêter le régime d'hôpital et la durée d'hospitalisation des malades affectés d'un infarctus du myocarde non compliqué et d'un infarctus compliqué. La mobilisation opportune et le contrôle de sa répercussion a une importance primordiale pour la conformité du régime après la sortie de l'hôpital. Le pronostic immédiat n'a aucune influence. Avec l'attente d'une mortalité de 1 % de l'infarctus non compliqué au cours du premier mois, il conviendrait de contrôler 4600 malades pour la preuve des changements avec une probabilité de 80 %.

La réadaptation à long terme conduit vers un accroissement de la capacité de travail pendant la première année. On est arrivé à maintenir l'intérêt chez les patients qui exerçaient une éducation physique avant la défaillance cardiaque. Les facteurs suivants n'influencèrent nullement l'adhérence. Dans notre conception le régime de réhabilitation constitue le mécanisme de démarrage pour l'arrangement des habitudes malsaines suivantes.

**OVPLYVNENIE INTRAARTIKULÁRNEHO TLAKU V BEDROVOM KLBE
PRI KOXARTRÓZE POHYBOVOU LIEČBOU**

A. PEDAN

*Závodné rehabilitačné stredisko Skloobal Nemšová, OÚNZ Trenčín
Riaditeľ: MUDr. Michal Zámečník*

Súhrn: Výskumy histochemie, metabolizmu a cirkulácie kĺbnej chrupavky zdravého i chorého bedrového kĺbu, predovšetkým tímu francúzskych autorov Toulonskej školy Arleta, Vignona, Lequeusna a Ficatta, ponúkajú v posledných rokoch pohybovej liečbe koxartrózy nové exaktne zdôvodnené možnosti. Autor rozoberá biomechanickú klasickú indikáciu varotizačnej osteotómie krčka podľa Pauwelsa na odľahčenie intraartikulárneho tlaku v bedrovom kĺbe. Autor sa domnieval, že prostriedkami pohybovej liečby možno dosiahnuť zníženie intraartikulárneho tlaku nekrvavou cestou.

Pôvodná biomechanická štúdia podľa Pauwelsa znižuje aktuálny intraartikulárny tlak predĺžovaním kratšieho ramena nerovnoramennej páky, ktorej stred tvorí vrchol hlavice bedrového kĺbu.

Autor poukazuje na to, že podľa zákonov biomechaniky možno lepšie a fyziologickejšie znižovať aktuálny tlak v bedrovom kĺbe posúvaním ťažiska tela pri chôdzi po dlhšom ramene bližšie nad bedrový kĺb. Tento princíp sa v pohybovej liečbe u koxartróz, ako aj iných koxopatií, kde je potrebné znižovať tlakové pomery v bedrovom kĺbe, dosiaľ terapeuticky nevyužíva. Autor preto doporučuje nacvičovať takéto prvky najmä pri chôdzi. Je však potrebné zaradiť ich do denného života chorých s postihnutím bedrového kĺbu.

Kľúčové slová: Bedrový kĺb — degeneračné zmeny chrupavky — vnútrokĺbny tlak — biomechanický tlak medzi hlavicom a acetabulom — nerovnoramenná páka — oscilácia ťažiska tela — odľahčovanie tlaku — biomechanická štúdia Pauwelsa — kačacia chôdza — pohybová liečba.

Etiológia a patogenéza koxartrózy sa v posledných rokoch čoraz viac upresňuje a jej výskumy sa dostali v súčasnosti do oblasti histochemie a celulárnych molekulárnych štruktúr. Tieto výsledky možno sledovať, no priamo pre pohybovú liečbu a jej aplikáciu sa zatiaľ nedajú dobre využiť. Oveľa lepšie môže pohybová liečba zasahovať do sprievodných patofyziologických dejov a podmienok, a tým cieľavedome zastavovať alebo spomaľovať vývoj ochorenia.

* Autor ďakuje za odbornú konzultáciu MUDr. H. Tauchmanovej, CSc., z Výskumného ústavu reumatologických chorôb v Piešťanoch.

A. PEDAN / OVPLYVNENIE INTRAARTIKULÁRNEHO TLAKU V BEDROVOM KLBE PRI KOXARTRÓZE POHYBOVOU LIEČBOU

Viacerí autori vyslovili v posledných rokoch dobre fundovanú teóriu, ktoré priamo nabádajú k pohybovej liečbe a ponúkajú jej veľkú šancu pri liečbe koxartrózy.

Jedným z typov bolestí u celkom začínajúcej koxartrózy je nocieptívne dráždenie do bližšieho aj vzdialenejšieho okolia kĺbu, spôsobené kongestívnou hyperémiou. A. Trias túto bolesť popísal ako „migrénu hlavice femuru“.

Arlett s kolektívom uvádza ako jednu z možností pôvodu koxopatií epifyzárnu ischémiu, ktorej sekundárne dôsledky prechádzajú na ostatné časti kĺbu.

Harrison, Truetta a Shajowicz ukázali, že do vývoja koxartrózy zasahujú všetky tkanivá kĺbu, nielen chrupavka, a že veľmi dôležitá je reakcia subchondrálnej cievy, ktorá je rozdielna v zóne zaťaženia. Podľa Truetta preťaženie môže tlakom za určitých okolností vyvolať zmeny. Nedostatok tlaku je však podľa autora závažnejší a vyvoláva zmeny skôr a hlbšie. V zóne bez tlaku dochádza v dutinách subchondrálnej kosti ku zmnoženiu buniek a cievy kľučky prenikajú terminálnou laminou aj kalcifikovanou zónou chrupavky až do nekalcifikovanej zóny. Pomaly tu vzniká osifikácia postupne ovládajúca degenerované miesto a z toho potom vznikajú inkongruencie. Truettove pozorovania a závery dali vznik radu operatívnych zákrokov, ktoré menia a hlavne rozširujú zóny zaťažovania hlavice femuru.

Aj podľa Roberta sú u najčastejšej formy koxartrózy patologické zmeny v začínajúcom rozvláknení nekalcifikovanej zóny chrupavky v tlakom nezaťažovanej časti hlavice femuru.

Lloyd a Roberts pravidelne nachádzali fibrózu puzdra na jeho prednej a dolnej časti ako následok reakcie synoviálnej blany a neskôr aj puzdra na chrupavkovitú drvinu degenerovanej chrupavky. Dokazujú, že neskoršie svalové kontraktúry, typické pre koxartrózu, súvisia s touto fibrózou.

Mac Connail ukázal, že vývoj fibrózy aj tvorba chrupavkovitej drviny závisí aj od veľkosti statického zaťaženia.

Ottolangi a Firgerio došli k názoru, že ak zvládneme biomechanické podmienky, ktoré viedli ku osteoartróze, zmizne jej progresia a osteoartróza sa zmení na reverzibilný proces.

Ghormley poukázal na to, že rlg. zmeny sú neskoré a objavujú sa v čase, keď už v priebehu aktívneho vývoja nastalo globálnejšie obmedzenie pohybového vzorca bedrového kĺbu.

Dlhšie trvajúca ischémia vytvára v kĺbe fibrovaskulárny pannus. Tento pannus provokuje chondrolytický a fibrometaplastický pochod v chrupavke. Ischemický pannus je morfológicky identický s pannusom pri zápalových zmenách. Tieto zmeny boli experimentálne dokázané na králikoch. Butishauser hovorí, že vytvorenie pannusu je jednotná odpoveď kĺbu na rôzne príčiny, pri ktorých sa mení prekrvenie. Keď sa podmienky vaskularizácie opäť upraví, pannus zmizne a kĺbne štruktúry sa vracajú k norme.

Brookes a Helala vo svojej práci ukázali, že chronický venózný stres — hlavne znížením pH — venostaticky poškodzuje chrupavku a urýchľuje kostné preformovanie. Nazdávajú sa, že tento faktor je kauzálnym faktorom vzniku osteoartrózy.

Do ktorých patofyziologických dejov sa dá zasahovať pohybovou liečbou, aby sa spomaľoval patologický proces?

V tejto práci sú rozvedené predovšetkým možnosti vplyvu na statiku bedrového kĺbu a fyziologické odľahčovanie tlakov na hlavicu bedrového kĺbu.

Biomechanické štúdie bedrového kĺbu, ktoré robí Pauwels v šesťdesiatych rokoch, precízne zdôvodňovali voľbu varotizačnej osteotómie a krčka femuru pri potrebe biomechanického odľahčenia tlakov na chrupavkové plochy caput femoris versus acetabulum.

Prvýkrát exaktne poukázali na zákony mechaniky a využívanie týchto záko-

A. PEDAN / OVPLYVNENIE INTRAARTIKULÁRNEHO TLAKU V BEDROVOM KLBE PRI KOXARTROZE POHYBOVOU LIEČBOU

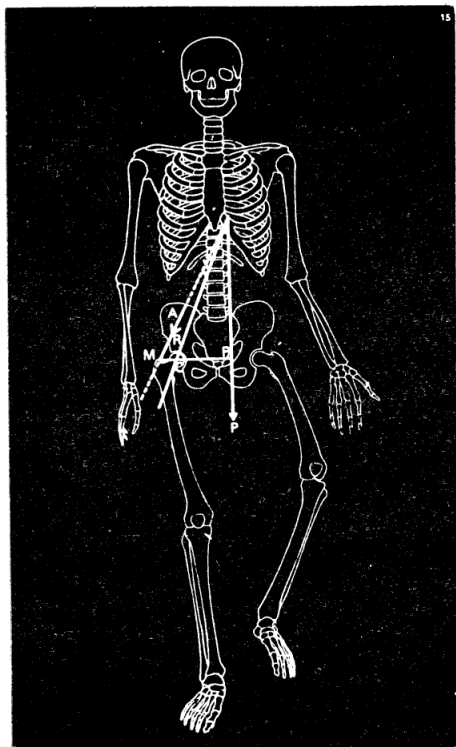
nov v indikačných úvahách lekárov ortopédov. Sú veľkým prínosom vo vývoji medicínskeho myslenia pri operačnej liečbe pohybového aparátu. Zaoberali sa a dodnes sa zaoberajú predlžovaním dĺžky ramena nerovnoramennej páky iba na jej kratšom ramene. Túto nerovnoramennú páku tvorí na jednej strane jej kratšie rameno (prenesený laterálny okraj trochanter maior na horizontálnu os panvy po vrchol hlavice femuru) a na druhej strane jej dlhšie rameno (priesečník ťažnice s horizontálnou osou panvy po vrchol hlavice femuru) (Obr. 1., obr. 2, podľa Pauwelsa).

Pooperačné výsledky (zlepšenie funkcie a zmenšenie ťažkostí pacientov, ako aj prípadné ďalšie znovuzaradenie pacientov do pracovného procesu) pri trizovom dlhodobom hodnotení nespĺnili celkom očakávanie operátorov.

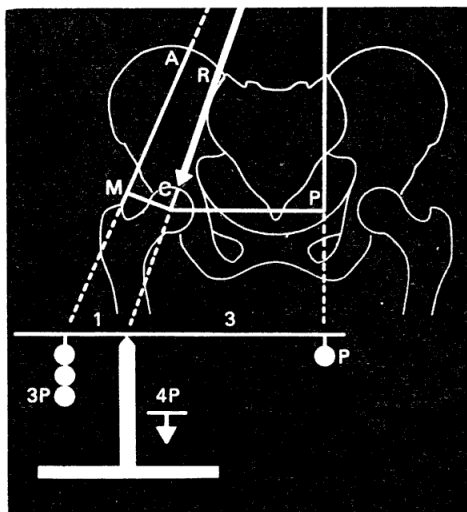
Operáciu sa u väčšiny pacientov začal spôsob života spojený s celožitovnou in:enzívnou rehabilitáciou, od ktorej potom závisí konečný operačný efekt.

Bedrový kĺb je pri normálnej chôdzi zafažovaný na princípe nerovnoramennej páky približne 4-násobkom telesnej hmotnosti človeka (obr. 2). Hmotnostný nadbytok je vo výslednom tlaku v kĺbe pri nakročení násobený 4, redukcia hmotnosti tiež 4. Z tohto princípu vyplýva enormná úloha odstránenia obezity.

Varoizračná osteotómia predlžuje krátku páku v prospech odľahčenia tlaku

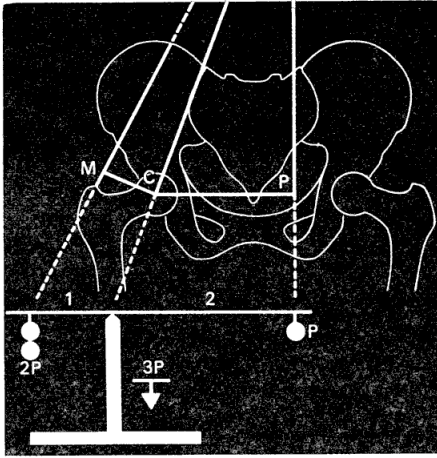


Obr. 1.

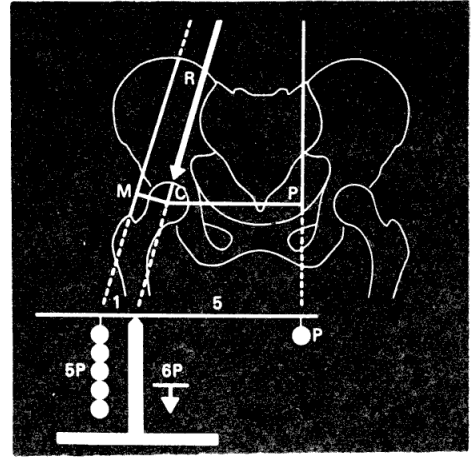


Obr. 2.

A. PEDAN / OVPLYVNENIE INTRAARTIKULÁRNEHO TLAKU V BEDROVOM KLĚBE PRI KOXARTRÓZE POHYBOVOU LIEČBOU

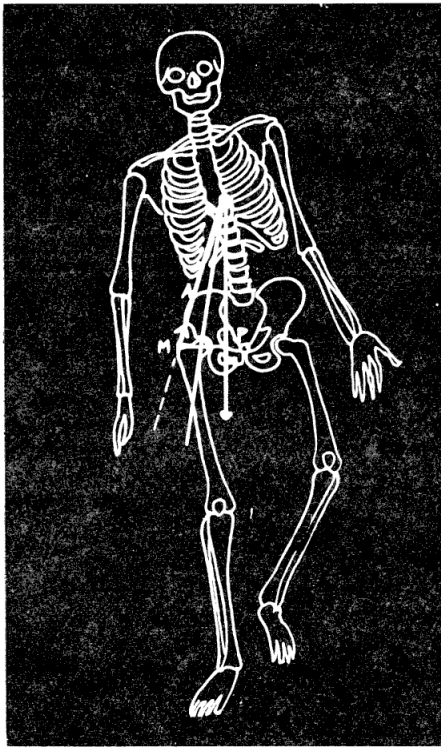


Obr. 3.

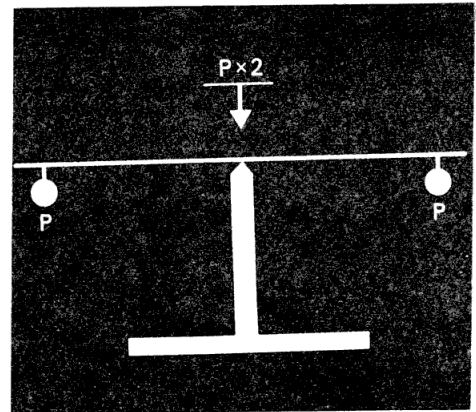


Obr. 4.

Obr. 5.



Obr. 6.



A. PEDAN / OVPLYVNIENIE INTRAARTIKULÁRNEHO TLAKU V BEDROVOM KLBE PRI KOXARTRÓZE POHYBOVOU LIEČBOU

v bedrovom klbe vo vydarených prípadoch asi o 1/3 spomínaného násobku, (obr. 3 podľa Pauwelsa).

Situácia u coxa valga je tlaková ešte nepriaznivejšia, a preto pooperačný efekt tlakového odľahčenia môžeme dosiahnuť skracovaním dlhšieho ramena páky, prenášaním ťažiska tela bližšie nad bedrový klb. Ak racionálne oscilujeme ťažiskom tela pri chôdzi nad bedrový klb, znižuje sa podľa zákonov biomechaniky aktuálny tlak v acetabule až na základnú hmotnosť tela rozdelenú na obe rovnaké ramená páky (obr. 5 podľa autora a obr. 6).

Pri používaní tohoto mechanizmu môže svalový a väzivový aparát laterálnej perikoxálnej masy dobre relaxovať pri dostavení sa bolestivého a únavového hypertonu hlavne v m. gluteus medius, ktorého bočnú stabilizačnú, ale aj pracovne hyperemizačnú úlohu tu chceme zdôrazniť (obr. 7). Tendencia ischémie, ako aj pasívnej hyperémie je takto nahradzovaná želanou aktívnou hyperémiou periartikulárných štruktúr. To všetko je v pohybovej liečbe rozhodujúce pri ubúdajúcej funkčnej kapacite bedrového klbu v I. a II. štádiu koxartrózy a v zamedzovaní progresie patologického deja.

Domnievame sa, že každý pacient s koxopatiou si má v pohybovej liečbe nacvičiť tento druh krokov a chôdze, ktoré potom v priebehu dňa, napr. vo svojom súkromí, cieľavedome používa.

Dokonalá kačacia chôdza u luxácie koxae congenita a príbuzných stavov v detskom veku inštinktívne používa tieto biomechanické prírodné rezervy. Je síce znakom súčasnej insuficiencie svalstva bedrového klbu, ale aj vysokoúčelovým prírodným zariadením na maximálne využitie daného funkčného potenciálu jedinca s týmto postihnutím.

LITERATÚRA

1. ŠUSTA, A., STŘEDA, A.: Nové názory na koxartrózu. Pokroky v revmatológii II. Avicenum Praha 1972.
2. LEQUESNE, M.: Die Erkrankungen des Hüftgelenks beim Erwachsenen. Folia rheumatologica 17 a, b, c.
3. GUTMANN, G.: Statische Aspekte bei der Coxarthrose. Manuelle Medizin 8. Jahrgang — 1970, Heft 5.
4. VIGNON, E., ARLETT, M.: Étude du cartilage articulaire arthrosique. Données histologiques et biochimiques. Rev. Rhumat. 45, 1978, 10, s. 541 — 548.
5. RUBENS, A.-DUVAL, VILLAUMEY, J.: Pathophysiologie de l'arthrose primitive. Problèmes et hypothèses. Rev. Rhumat. 45, 1978, 10, s. 561 — 567.
6. ŽÁK, R.: Súčasný aspekt biomechaniky v patogenéze koxartrózy. Fyziatrický a revmatologický vestník 56, 1978, č. 6.
7. ZBOJANOVÁ, M., TAUCHMANOVÁ, H., TRNAVSKÝ, K.: Naše skúsenosti s liečbou koxartrózy Rumanolom. Bratislavské lekárske listy 1975, č. 4.
8. TAUCHMANOVÁ, H., ZBOJANOVÁ, M., TRNAVSKÝ, K.: Skúsenosti rehabilitačného oddelenia s vyhodnocovaním terapeutických pokusov v reumatológii. Rehabilitačná 1978.

Adresa autora: Dr. A. P., Fyziatricko-rehabilitačné oddelenie, Senica

A. PEDAN / OVPLYVNENIE INTRAARTIKULÁRNEHO TLAKU V BEDROVOM KLBE PRI KOKARTROZE POUHYBOVOU LIEČBOU

A. Pedan

ВЛИЯНИЕ НА ИНТРААртиКУЛЯЦИОННОЕ ДАВЛЕНИЕ В ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ ПРИ КОКСАРТРОЗЕ ПОСРЕДСТВОМ ЛЕЧЕНИЯ ПОДВИЖНЫМИ УПРАЖНЕНИЯМИ

Резюме

Исследование гистохимии, метаболизма и циркулирования суставного хряща здорового и больного тазобедренного сустава в последние годы, именно тима французских авторов Тулузской школы Арлета, Виньона, Лекесна и Фиката предлагают подвижному лечению новые точно обоснованные возможности. Автор анализирует биомеханическую классическую индикацию варотизационной остеотомии шейки по Повельсу на облегчение интраартикуляционного давления в тазобедренном суставе. Автор предполагает, что посредством подвижного лечения возможно достигнуть унижения интраартикуляционного давления некроавым путем.

Классическая биомеханическая студия по Повельсу унижает интраартикуляционное давление посредством удлинения более короткого плеча рычага, которого центр образует вершину головки тазобедренного сустава.

Автор указывает, что согласно законам биомеханики возможно лучше и более физиологически унижать актуальное давление в тазобедренном суставе передвижением центра тяжести туловища на ходу по более длинному плечу в направлении поближе над тазобедренный сустав. Этот принцип пока терапевтически не используется в подвижном лечении коксартроза и иных коксопатий, где надо унижать условия давления в тазобедренном суставе. Поэтому автор рекомендует разучивать такие элементы именно на ходу: но потребным является такие элементы включить в повседневную жизнь больных с постигнутым тазобедренным суставом.

A. Pedan

INFLUENCING OF INTRAARTICULAR PRESSURE IN THE HIP JOINT WITH COXARTHROSIS BY REMEDIAL EXERCISES

Summary

Research of histochemistry, metabolism and circulation of joint cartilage of health and indisposed hip joint in the last years realized by the team of French authors of Toulon's school — Arlett, Vignon, Lequesne and Ficatt offers to remedial exercises of coxarthrosis new exactly substantiated possibilities. The author analyses biomechanical classical indication of varotisant osteotomie of feemoral neck according to Pauwels for relieving of intraarticular pressure in the hip joint. The author supposes, that by the means of remedial exercises it is possible to achieve reducing of intraarticular pressure by the way without any operation.

The original biomechanical study according to Pauwels is reducing actual intraarticular pressure by lengtening of the shorter arm of the unequal armed lever, whose centre is the top of the femoral head of the hip joint.

The author points out that according to the laws of biomechanic it is possible to reduce better and more physiological the actual pressure in the hip joint by moving the centre of gravity of the body in walking on the longer arm in the direction nearer above the hip joint. This principle hasn't been used yet terapeutical in the remedial exercises in coxarthrosis as well as other coxopathies where it is necessary to reduce pressure conditions in the hip joint. That's why the author recommends to train such elements in walking: but it is necessary to intriduce them into everyday life of the ill people with indisposed hip joint.

A. PEDAN / OVPLYVNENIE INTRAARTIKULÁRNEHO TLAKU V BEDROVOM KLĚBE PRI KOXARTHROZE POHYBOVOU LIEĀBOU

A. Pedan

DIE BEEINFLUSSUNG INTRAARTIKULÁREN DRUCKES IM HÜFTGELENK
BEI KOXARTHROSE DURCH BEWEGUNGSTHERAPIE

Zusammenfassung

Forschungen der letzten Jahre der Histochemie, des Metabolismus und der Blutzirkulation des Gelenkknorpels im gesunden und kranken Hüftgelenk, namentlich durch das Team französischer Autoren der Touloner Schule Arlett, Vignon, Lequesne und Ficatt, bieten der Bewegungstherapie bei Koxarthrosis neue exaktbegründete Möglichkeiten.

Der Autor des Artikels analysiert die biomechanisch-klassische Indikation der Varisationsosteotomie des Femurhalses nach Pauwels zur Verkleinerung des intraartikulären Druckes im Hüftgelenk. Der Autor ist der Auffassung, dass es mit Hilfe der Bewegungstherapie, also auf konservativen Weg, möglich ist, den intraartikulären Druck zu verkleinern.

Die ursprüngliche biomechanische Studie nach Pauwels verkleinert den aktuellen intraartikulären Druck durch die Verlängerung des kürzeren Armes des ungleicharmigen Hebels, dessen Mitte der Femurkopf des Hüftgelenks bildet.

Es wird daraufhingewiesen, dass es laut der Gesetze der Biomechanik besser und physiologischer ist, den aktuellen Druck im Hüftgelenk beim Gehen herabzumindern und zwar durch Verschiebung des Körperschwerpunktes auf dem längeren Arm in Richtung näher über das Hüftgelenk. Dieses Prinzip der Bewegungstherapie bei Koxarthrosen sowie bei anderen Koxopatien, wo es nötig ist die Druckverhältnisse im Hüftgelenk zu verkleinern, wird bis jetzt therapeutisch nicht ausgenutzt. Der Autor empfiehlt daher solche Übungselemente, besonders beim Gehen, einzuüben, es ist aber notwendig, sie im täglichen Lebensprogramm eines Kranken mit dem beschädigten Hüftgelenk einzuordnen.

A. Pedan

INFLUENCE DE LA PRESSION INTRAARTICULAIRE DANS L'ARTICULATION LOMBAIRE LORS D'UNE COXARTHROSE PAR LA KINÉSITHÉRAPIE

Résumé

Les recherches de la histochimie, du métabolisme et de la circulation de la condyle articulaire de l'articulation lombaire saine et malade, surtout de l'équipe d'auteurs français de l'Ecole de Toulon: Arlette, Vignon, Lequesne et Ficatte, offrent ces dernières années à la kinésithérapie de la coxarthrose de nouvelles possibilités exactes bien fondées. L'auteur traite l'indication classique biomécanique de l'ostéotomie varotisante du col de fémur selon articulation lombaire. L'auteur suppose que les moyens de la kinésithérapie permettent d'obtenir la diminution de la pression intraarticulaire par la voie non sanglante.

L'étude primitive biomécanique d'après Pauwels diminue la pression intraarticulaire actuelle par l'allongement de l'axe court non-uniforme dont le centre forme le sommet de la tête de l'articulation lombaire.

L'auteur souligne le fait que selon les lois de la biomécanique il est possible de diminuer de façon supérieure et physiologique la pression actuelle dans l'articulation lombaire par le déplacement du centre de gravité du corps par la marche sur l'axe long, plus près de l'articulation lombaire. Ce principe de thérapie n'est pas appliqué

A. PEDAN / OVPLYVNENIE INTRAARTIKULÁRNEHO TLAKU V BEDROVOM KLĚBE PRI KOXARTROZE POHYBOVOU LIEČBOU

dans la kinésithérapie des coxarthroses ou autres coxopathies, où il est nécessaire de diminuer les rapports de pression dans l'articulation lombaire. L'auteur recommande alors ces exercices surtout à la marche. Il est cependant nécessaire de les mettre à l'ordre du jour des malades affectés de l'articulation lombaire.

A. PETERS, E. G. JONES

CEREBRAL CORTEX, Vol 1.

CELLULAR COMPONENTS OF THE CEREBRAL CORTEX

Mozgová kôra, zv. 1.

Bunkové komponenty mozgovej kôry

Vydal Plenum Press New York, London 1984

ISBN 0 — 306 — 61544 — 5

Newyorské a londýnske vydavateľstvo Plenum Press vydalo v roku 1984 prvý zväzok radu monografií, ktorá sa bude venovať otázkam mozgovej kôry. Tento zväzok sa zaoberá morfológickými aspektmi kortikálnych neurónov. Skladá sa celkom zo 16 kapitol. Po kapitole venovanej histórii kortikálnej cytologie nasledujú kapitoly, ktoré sa dajú rozdeliť na dve časti: časť cytoarchitektoniky a časť neurónov. V prvej časti sa zdôrazňujú princípy cytoarchitektoniky a architektonické štruktúry v lipofuscínovom znázornení.

Druhá, rozsiahlejšia časť sa zaoberá neurónmi — klasifikáciou kortikálnych neurónov, morfológiou neokortikálneho pyramidálneho neurónu, extrapyramidálnymi neurónmi. Ďalej sa v kapitolách hovorí o jednotlivých typoch buniek, o otázkach neurológií a problematike neurónov v jednotlivých mozgových vrstvách. Každá kapitola (všetky kapitoly napísali poprední odborníci, anatómovia, neuroanatómovia, neurológovia, patológovia, biológovia, psychiatri) má svoj úvod, kde je spomenutá problematika, ktorú príslušná kapitola rozoberá, a jednotlivé podkapitoly, ktoré zaujímajú konkrétne stanovisko k danej otázke. Kapitoly aj podkapitoly sú

bohato dokumentované mikrofotografiami, obrázkami, grafmi a niektorými tabuľkami a každá kapitola je ukončená bohatým prehľadom písomníctva. Editormi tejto monografie sú prof. Peters z bostonskej univerzity a prof. Jones z Washingtonovej univerzity v Saint Louis.

Prvý zväzok tohto edičného radu nájde pokračovanie v ostatných zväzkoch, ktoré budú venovať pozornosť problematike mozgového cortexu z hľadísk odlišovaných od morfológického hľadiska. Monografia je reprezentatívne vybavená, polygraficky dobre spracovaná a predstavuje súčasný pohľad na bunkové komponenty mozgového cortexu.

V posledných desiatich rokoch venujú popredné neurologické psychiatrické, fyziologické a biologické pracoviská veľkú pozornosť otázke centrálného nervového systému. Má to svoje teoretické, ale aj klinicko-praktické dôvody. Monografia o mozgovom cortexu je určitým vyvrcholením týchto snáh, podáva odbornej verejnosti súčasný prehľad názorov na danú problematiku. Môže sa jednoznačne povedať, že sa to podarilo.

Dr. M. Palát, Bratislava

ÚVAHY A MYŠLIENKY**UMĚLECKÁ TVORBA A POSTIŽENÍ. PROBLÉM SOCIÁLNÍ REHABILITACE.**

J. KAŠŤÁK

Souhrn: Problém umělecké tvorby orientované na sociální skupinu zdravotně postižených občanů je součástí širšího obecného problému mezilidských vztahů. Na kvalitě citových a rozumových vazeb mezi lidmi záleží, jakým přínosem sociálnímu problému i umění se takto motivovaná tvorba může stát. Rovněž v řadách handicapovaných lidí je mnoho kvalitních tvůrců a interpretů akceptovaných kulturní veřejností, tedy i postiženými. Zdá se, že ideální variantou lidského propojování prostřednictvím umění jsou nové možnosti, nalézané v nekonvenčních, syntetických formách tvůrčích činností, spočívajících v přímé participaci zástupců všech sociálních skupin.

Klíčová slova: Mezilidské vztahy — umění — postižení — nekonvenční formy umění — propojení sociálních skupin — socializace handicapu.

Ve všech uměleckých aktivitách je sociální složka vždy explicitně nebo implicitně přítomna a samozřejmě spoluutváří vztahy mezi autorem a konzumentem uměleckého díla. Na práci pro postižené je možné pohlížet ze dvou hledisek: jako na interakci mezi dvěma lidskými jedinci, autorem a konzumentem díla, kteří jsou každý nějak jedineční, nebo, v obecnější rovině sociálních vztahů, jako na interakci mezi sociálními útvary, příkladně mezi Fondem výtvarných umělců a Svazem invalidů. První „sociální spoj“ funguje podstatně lépe, druhý vlastně dosud neexistuje vůbec, třebaže by měl.

Základní motivací jednotlivých autorů je zajisté humánně lidský aspekt a vzniklá propojení jsou aktem porozumění, pomoci, vzájemné pomoci a také často vzájemné spolupráce. Bylo by mylné se domnívat, že k naplnění skutkové podstaty pomoci postiženému postačí obdarovat ho svým výplodem, ať už filozofující poezií nebo grafickým listem, a pak se vzdálit do světa jiných realit. Naopak, velkou rolí zde hraje fenomén času. Nabízená tvorba by měla mít intermediální charakter a její autor by si jistě záhy uvědomil, že samotné pochopení sociálního problému postižení bývá nejhlubší, když je vykoupeno ne-li vlastním postižením, pak určitě dlouhodobou praktickou službou bližnímu, který je nějak trvale handicapován. Tak je možné nejen pomoci s praktickými obtížemi, vyplývajícími z povahy daného postižení, ale také lépe chápat a být schopen měnit k lepšímu i handicap ztížených sociálních interakcí postiženého se světem. Takový mezilidský vztah je prospěšný oboustranně a je poutem velmi silným, teoriemi zvenčí, byt' dobře myšlenými, jen ztěžl' obsáhnutelným.

Obecně vzato, není určitě možné, aby se každý autor projektu, eseje, sochy či hračky mohl v takto vyhraněné prožitkové situaci ocitnout. Je tudíž třeba nad tématem uvažovat globálněji, neboť je nejenom osobním, ale také společenským problémem. Rovněž vlastní kvalita produkce adresované handicapovaným by měla být arbitrována zejména hodnotovou hierarchií současné společenské péče o postižené. Zde je ovšem nutné dodat, že by funkční tvorba měla být touto péčí i přímo vyžadována — na základě společenského uvědomění a v duchu kulturnosti společenských struktur. Fakt, že tomu tak není, svědčí o tom, že jsme na počátku cesty. Zatím je vše iniciativou jedinců, kteří na tuto cestu vykročili. Takové jsou už ostatně technologie pokroku.

Slovo handicap znamená v angličtině znevýhodnění. Je to výraz sémanticky velmi bohatý. Existují pevné struktury, které „handicap“ zahrnují ve svém konstruktivním klíči. Například Mezinárodní klasifikace poruch, disaptibility a handicapu, vytvořená úsilím Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation), definuje problematiku medicínsky, ale zřetelně naznačuje širší paralelní problematiku sociální. Říká se v ní, že handicap je jevem, který lidi negativně limituje a zabraňuje jim v realizaci normálních životních úkonů.

Domníváme se, že není zcela nezbytné chápat handicap pouze v medicínském smyslu, tedy jako následný fenomén zdravotní poruchy a disaptibility. Stejnou uspořádanost můžeme aplikovat i na jiné situace se sociálními důsledky, například na problém ekologický. A vůbec připustíme, že každý člověk je nějakým způsobem znevýhodněn. Handicapem může být kosmetická vada i naprostý nedostatek hudebního sluchu, malý vzrůst nebo neschopnost plavat či barva pleti, nedostatek inteligence a také její přebytek. Pokud má někdo pocit dokonalosti, jedná se o projev předposledně jmenovaného handicapu. Vše je otázkou pohyblivých a relativních mezí lidských měřítek a norem.

Je-li impulsem k vzniku potřeby propojení a propojování, třeba mezi umělcem a postiženým, především niterný, individuální citový a rozumový akt, pak i posouzení mezi normality je v tomto smyslu věcí individuální interpretace problému ve vztahu k ostatním i k sobě samému. Jistě, řada vědních disciplín má k dispozici různé proměřovací techniky, schopné vymezovat obecnou hranici mezi normou a abnormalitou, mezi běžným a nestandardním. Avšak vztah mezi zdravým či snad lépe řečeno standardním jedincem (neboť kdo je dnes vlastně fyziologicky zcela v pořádku?) a jedincem postiženým trvalou tělesnou nebo duševní indispozicí je vztahem, který může sehrát klíčovou roli v reálné sociální adaptaci postiženého. A vlastní kvalita vztahu, ta je především věcí etických kvalit obou zúčastněných.

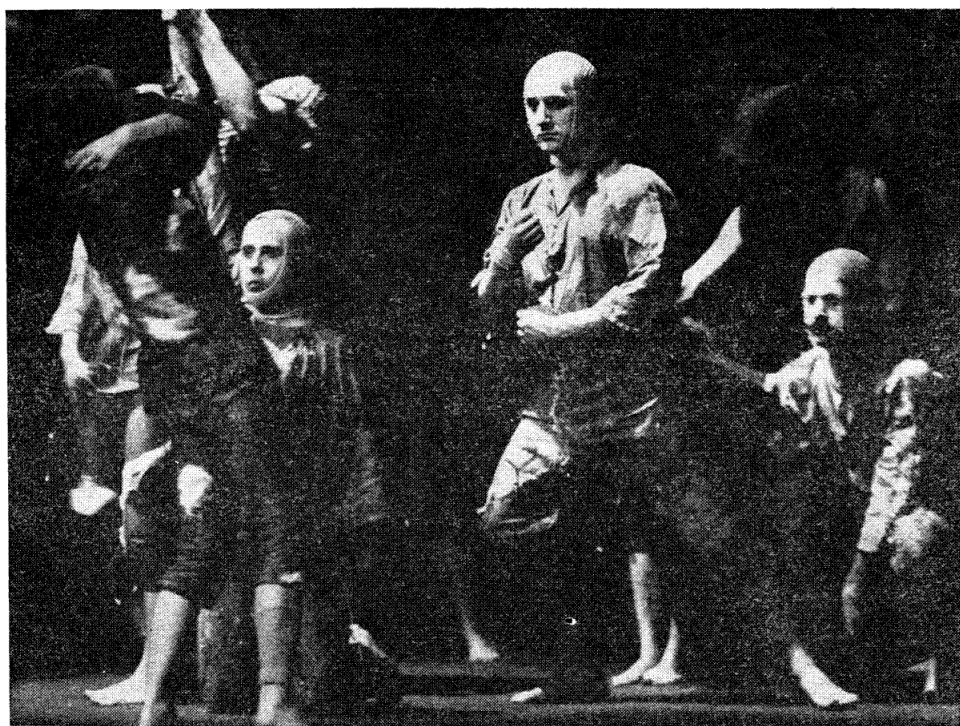
Hlavní problém handicapu tedy nemusí spočívat v jeho nomenklaturním zařazení do hierarchií medicínské nebo sociální struktury, ale v otázce citové zralosti jedinců a etických kvalit společenských struktur. Takové vlastnosti individualit i celků totiž rozhodnou, do jaké míry budou moci handicapovaní učinit svůj život v každém ohledu smysluplnějším.

Jakýkoli proces zkvalitnění a obohacení duchovního světa lidí potřebuje živnou půdu, ze které může cosi pozitivního vzejít. Architektonická, výtvarná a každý jiná umělecká tvorba je takovým širokým prostorem. Těživě důsledky postižení mohou být do značné míry eliminovány vlastní citově a rozumově bohatou tvořivostí i přijímáním tvorby jiných. Umění je místem k setkávání. Je však důležité zachovat si pocit rovnocenného partnerství, neboť je naprosto nevhodné a také neopodstatněné, abychom se cítili být dobrotivými filantropy v okamžiku, kdy jsme se rozhodli ze sebe něco vydat pro své handicapované

bližní. Vždyť jde v zásadě jen o splácení dluhů. Navrhují-li oftalmopedickým dětem výtvarnou herní atrakci do zahrady jejich internátní školy a děti jsou s mou plastikou spokojeny, snad jsem cosi málo odvedl za jedinečné pocity, s jakými často poslouchám nevidomého Ray Charlese nebo José Feliciano. Je to celkem jednoduché, něco dávám a něco dostávám.

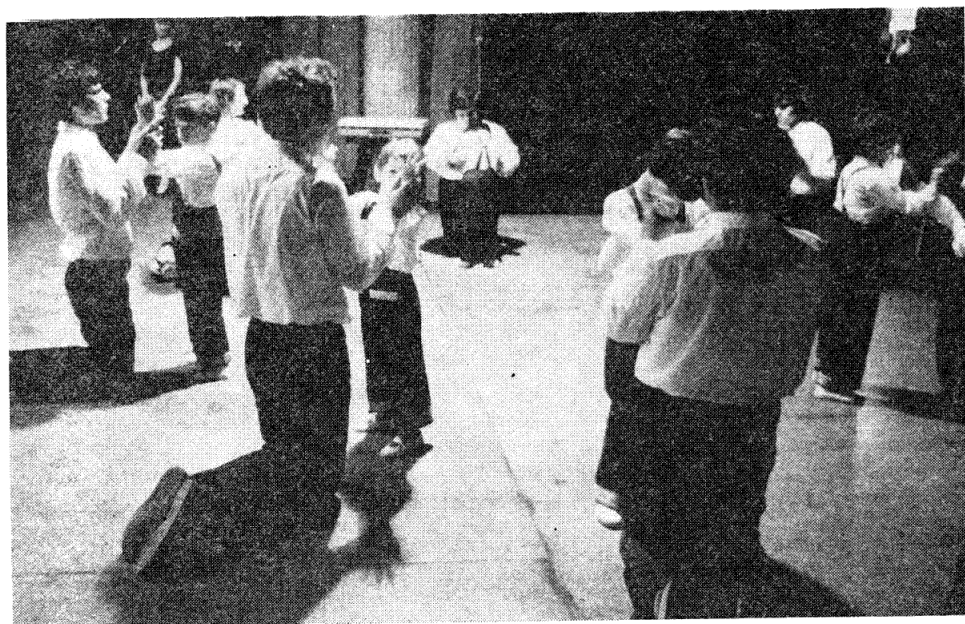
Umělecká činnost postižených je ovšem sama o sobě trochu jinde položeným a velmi obsáhlým tématem, který by stál za nejednu zevrubnější studii. Kulturní publikum zná samozřejmě řadu špičkových autorů a interpretů z řad postižených a spontánně přijímá jejich umění. Je však také mnoho jiných, méně známých i zcela neznámých lidí, kteří navzdory handicapu dokáží vytvářet zajímavá a hodnotná díla a dílka ve všech uměleckých žánrech. Myslím ale, že každopádně není rozhodující úroveň tvorby, nýbrž vlastní proces tvoření, při němž dochází k oněm kýženým posunům v psychice a v sociálním vnímání světa.

Existuje i řada méně konvenčních aktivit, které obvyklé žánry obohacují o nové prvky a postupy a jejichž hodnota rovněž spočívá především v sociální povaze hotového, uskutočněného díla. Mám například na mysli činnost parodivadelních skupin v Mexiku, Peru, Kanadě, USA, NSR, Anglii. Tyto soubory



Obr. 1 Pantomima neslyšících (při Metě Brno).

Záběr z představení na mezinárodním festivalu parodivadel v Brně.



Obr. 2. Ústav soc. péče Horní Poustevna (divadelná přehlídka souboru ÚSP). Vystoupení starších chovanců s malými.



Obr. 3. Smíšený taneční orchestr postižených (při NVP Praha).

J. KAŠTÁK / UMĚLECKÁ TVORBA A POSTIŽENÍ. PROBLÉM SOCIÁLNÍ REHABILITACE

vesměs mladých lidí putují krajem a účinkují v různých zařízeních, pověřených péčí o handicapované. Svou práci označují jako uměleckou terapii. Žánrově se jedná o kumulaci tanečního, hereckého, loutkohereckého, hudebního a výtvarného umění. Funkčně jde o terapeutickou a esteticky přínosnou práci s výraznými socializačními prvky. Fenomen sociability je na celé věci nejdůležitějším a také nejpropracovanějším atributem. Jednak proto, že valná část publika — ať už se jedná o retardované děti, vozíčkáře nebo přestárlé — je do hry vtahována a aktivně se jí účastní, dále proto, že programy jsou speciálně koncipovány pro to či ono handicapované publikum. Nejvýznamnější je však okolnost, že mezi účinkujícími v souborech je řada členů rovněž postižených. Také u nás, v Praze, se několik lidí snaží o vznik a trvalou činnost podobné terapeutické skupiny, dosud se však nenašel zřizovatel, který by měl o to zájem.

Jinou cestou ke sdělování myšlenek a pocitů formou koncipovaného pohybu mohou být i umělecky mnohem méně ambiciózní, avšak o nic méně důležité aktivity, jako byly nedávno k vidění u dětí jednoho ústavu sociální péče v severních Čechách. Nápaditou, uvolněnou taneční kreací vypovídaly starší děti spolu s malými, z nichž některé byly imobilní, o každodenním společném životě. Právě v takové podobě tvořivého propojování a sdělování je progresivní varianta vytváření podmínek socializace handicapu a také cesta k nalézání nových autentických možností v oblasti umělecké tvorby.

LITERATURA

1. KOLEKTIV autorů WHO: Mezinárodní klasifikace poruch, disaptibility a handicapu. Supplementum 28 časopisu Rehabilitácia, 1984.
Adresa autora: J. K., Šmeralova 11, 170 00 Praha 7

Й. Каштяк ХУДОЖЕСТВЕННОЕ ТВОРЧЕСТВО И ПОСТРАДАВШИЕ. ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.

Резюме

Проблема художественного творчества, направленного на социальную группу граждан с нарушением здоровья входит в состав более широкой общей проблемы людских контактов. От качества эмоциональных и умственных отношений зависит то, каким вкладом к социальной проблеме и к искусству может стать таким образом мотивированное творчество. И среди страдающих физическими недостатками людей встречаются многие полноценные творцы и исполнители искусства, признаваемые культурной общественностью, т. е. и пострадавшими. Идеальным вариантом системы связей между людьми при посредстве искусства оказываются новые возможности, находящиеся в оригинальных, синтетических формах творческой деятельности, состоящих в прямом участии представителей всех социальных групп.

J. Kašták ARTISTIC CREATION AND DISABILITY. PROBLEM OF SOCIAL REHABILITATION

Summary

The problem of artistic creation in the social group of disabled persons is part of

J. KAŠTÁK / UMĚLECKÁ TVORBA A POSTIŽENÍ. PROBLÉM SOCIÁLNÍ REHABILITACE

an extensive general problem of human relations. Depending on the emotional and intellectual relations between people is the kind of contribution to the social problem and the art that a thus motivated creation can become. Among the disabled there are many creative subjects and also performers with quality that are accepted by the cultural public and naturally also by the disabled. It is apparent that the ideal variant of human artistic manifestation are the new features found in unconventional, synthetic forms of creative activity consisting in the direct participation of representatives of all social groups.

J. Kašták

KUNSTSCHAFFEN UND GESUNDHEITLICH GESCHÄDIGTE. PROBLEM
DER SOZIALEN REHABILITATION

Zusammenfassung

Das Problem des auf die soziale Gruppe der gesundheitlich geschädigten Mitbürger ausgerichteten Kunstschaffens ist Bestandteil des breiteren, allgemeinen Problems der zwischenmenschlichen Beziehungen. Von der Qualität der gefühlsmäßigen und rationalen Bande zwischen den Menschen hängt es ab, zu welchem wichtigen Beitrag zur Lösung des Problems der sozialen Bindungen und der Kunst ein derart motiviertes Kunstschaffen werden kann. Auch unter den gehemmten Menschen gibt es viele hervorragende und von der Kulturwelt akzeptierte Kunstschaffende und Interpreten, also auch unter den gesundheitlich Geschädigten. Allem Anschein nach sind neue, unkonventionelle, synthetische Formen schöpferischer Tätigkeit, die auf einer direkten Partizipation von Vertretern aller sozialer Gruppen beruhen, die ideale Variante für die Anknüpfung menschlicher Beziehungen mit Hilfe der Kunst.

J. Kašták

LA CREATION ARTISTIQUE ET LES AFFECTÉS
(CONTRIBUTION AU PROBLEME DE LA READAPTATION SOCIALE)

Résumé

Le problème de la création artistique orientée sur un groupe social de personnes frappées de maladies fait partie du problème public plus important des rapports interpersonnels. La qualité des liens sentimentaux et intellectuels entre les gens influencera la manière de l'apport au problème social et à l'art de la création ainsi motivée. De même, dans les rangs des handicapés, il existe un grand nombre de créatures supérieurs et d'interprètes acceptés par le public culturel. Il apparaît que la variante idéale de la connection humaine par l'intermédiaire de l'art sont des possibilités nouvelles découvertes dans les formes d'activités créatrices non conventionnelles et synthétiques, consistant dans la participation directe des représentants des groupes sociaux en général.

SÚBORNÉ REFERÁTY**ERGOTERAPIA PRI REUMATICKÝCH CHOROBÁCH**

P. ŠKODÁČEK

Čs. štátne kúpele Piešťany
Riaditeľ: MUDr. G. Grnáč

Súhrn: V práci sa rozoberá význam ergoterapie v rámci rehabilitačného komplexu, a to funkčný, psychický, a resocializačný. Spomínajú sa najbežnejšie metodiky pri niektorých chorobách reumatických, vybavenie oddelenia liečby prácou, receptár ergoterapie, úloha inštruktora ergoterapie. Taktá sa dokazuje, že ergoterapia je rovnocenná s ostatnými prvkami rehabilitácie, ktorých strategickým cieľom je dosiahnuť čo najväčšiu nezávislosť a sebestačnosť, najvyšší stupeň adekvátnej pracovnej schopnosti. Touto terapeutickou zložkou sa realizuje aj staré rímske príslovie „Labor vincit omnia“.

Kľúčové slová: Ergoterapia — pohybové prvky — zariadenie — dokumentácia — úlohy rehabilitačného pracovníka.

Liečebná práca alebo ergoterapia (tento termín zaviedli na svetovom kongrese ergoterapeutov roku 1970) je akákoľvek činnosť telesná alebo duševná, ktorá sa predpisuje na udržanie duševnej rovnováhy, dobrého telesného stavu a na urýchlenu pracovnej schopnosti chorého. Využíva najrozmanitejšie druhy činností účelne volených podľa záujmu, pôvodného povolania, alebo predpokladaného budúceho zaradenia postihnutého do pracovného procesu.

Vykonáva sa teda ako určité zamestnanie pacienta počas liečenia, ale aj ako adekvátne cielená liečba so zameraním na jeho postihnutie. Jej komponentom je tiež nácvik bežných činností, ktoré vedú čo možno k najväčšej samostatnosti chorého. Táto metóda sa nepoužíva oddelene, ale vždy ako súčasť komplexnej liečby, a tak prispieva k navráteniu stratenej funkcie a znovuzaradeniu chorého do normálneho života, práce a spoločnosti.

Na význam práce — činnosti poukázal už Engels vo svojom diele „Podiel práce na vývoji človeka“, kde uvádza: „Práca je podmienkou celého ľudského života, a to v takej miere, že v istom zmysle slova musíme povedať, že dokonca vytvorila človeka. Práci môžeme ďakovať, že sa opočlovek začal kvalitatívne líšiť od ostatných živočíchov a prácou si zaistil anatomický i funkčný vývoj ľudskej ruky a mozgu“.

Práca — činnosť je prejavom dynamiky organizmu, vyzbrojila človeka najdokonalejšími funkciami, najmä druhou signálnou sústavou. A preto pri poruche anatomickej alebo funkčnej dokonalosti vhodná práca je veľmi dobrým a účinným liečebným prostriedkom.

Práca ukončená úspešným a hodnotným dielom udržuje človeka v radostnom optimizme. Tohto je človek postihnutý chorobou alebo úrazom čiastočne alebo úplne pozba-

vený. Preto je potrebné v rámci komplexnej liečby vhodným spôsobom ho zamestnať. Význam práce nie je jednostranný, ale vplýva na chorého po všetkých stránkach. V komplexe liečebnej rehabilitácie musí byť ergoterapia v harmónii s liečebným telocvikom a fyzikálnou terapiou spojená v liečebný program tak, že sa optimálne striedajú svalové kontrakcie s relaxáciou, činnosť s odpočinkom.

Zafaženie pri ergoterapii je úmerné individuálnej tolerancii, ktorá je podmienená jednak typom pacienta, jednak chorobou (štádiom ochorenia). V subakútnom štádiu prevláda liečebný telocvik a ergoterapia je fyziologickým faktorom liečebného telocviku. Neskôr prevláda ergoterapia a liečebný telocvik ju dopĺňa. Psychologické hľadisko pri tejto liečebnej metóde akcentoval akademik Červeňanský už viac ako pred dvadsiatimi rokmi: „Anatomické vyliečenie nemusí ísť paralelne s funkcionálnym uzdravením, ba toto ani nemusí ísť súdežne s úrazom postihnutého alebo chorého človeka. Vyliečenie orgánu neznamená uzdravenie chorého. V organizovanej systematickej rehabilitácii treba aplikovať psychologické princípy súdežne s fyzioterapeutickými a s vhodnou ergoterapiou.“ Aj Palát zdôrazňuje význam psychologických faktorov týmito slovami: „Rehabilitačný proces vo svojom pôsobení zasahuje do celej oblasti fyziologických a psychologických faktorov, pričom vyžaduje prihliadať na psychický a sociálny charakter postihnutého človeka.“

V liečebnej rehabilitácii reumatických chorôb je okrem medikamentózne a fyzikálnej terapie s liečebným telocvikom a prípadne ortopedicko-chirurgickej liečby rovnocenným liečebným prvkom aj ergoterapia. Práve ergoterapia kompletuje paletu rehabilitačných prvkov a je ouvertúrou k rehabilitácii profesionálnej a sociálnej.

Preto aj pri reumatických chorobách, či zápalových alebo degeneratívnych, sa predpisuje ergoterapia z týchto dôvodov:

1. aby sa udržala duševná rovnováha chorých (psychologické pôsobenie),
2. dobrý telesný stav (somatické pôsobenie),
3. aby sa urýchlila pracovná schopnosť chorého (lokálne pôsobenie) (Poláková).

Teda pri reumatických chorobách má mimoriadny význam adekvátna ergoterapia, ktorá stavia pred beznádejného invalida perspektívy nového produktívneho uplatnenia (Sifaj, Niepel). Postatou ergoterapie je reštitúcia funkcie. Táto terapia sa robí:

1. Pomocou jednoduchých pracovných cvikov, ako je uzlenie, siefovanie, pletenie, ktoré sú určené na to, aby sa pacienti dostali z periódy liečebného obdobia nepozorovane do polozamestnania, ev. neskoršie do úplného zamestnania.
2. Spestruje sa a spríjemňuje takto dlhodobá hospitalizácia, ale súčasne sa vykonáva účelná prevencia pri chronických kĺbových ochoreniach, ktoré vedú k znehybneniu, a tým k zmrzačeniu. Tento druh liečby má teda aj sedatívny význam (Červeňanský).

Ergoterapiu predpisuje lekár a v liečebnom pláne určuje, aký druh práce, činnosti je najvhodnejší, ako často a ako dlho sa má robiť. Bolesť je alarmujúcim príznakom jej trvania. Ak po výkone pretrváva bolesť viac ako jeden deň, treba urobiť pauzu, pretože pohybová liečba bola priveľmi forsírovaná.

Na riadne zabezpečenie ergoterapie a dostatočné využitie vhodných pracovných manipulácií treba niekoľko zariadení.

P. ŠKODÁČEK / ERGOTERAPIA PRI REUMATICKÝCH CHOROBÁCH

1. Zariadenie na jednoduché spracovanie dreva — pracovný stôl, hobľovací stôl, elektrický prístroj na vypalovanie dreva, hobľíky, vrtáky, atď.
2. Zariadenie na spracovanie textilu: pedálový stav, ručné postelové stavy, doska na hladenie, žehlička, šijací stroj s potrebami, potreby na pletenie, háčkovanie, prípadne vyšívanie.
3. Zariadenie na spracovanie kože: nôž na krájanie kože, šidlo, dierkovač, ručný lis pre patentné gombičky.
4. Patričné potreby pre prácu s papierom: nožnice, prípadne nože.
5. Plastelína, prípadne hrnčiarsky kruh.
6. Tabuľa na písanie, písací stôl.
7. Rám na viazanie kníh s patričnými potrebami.
8. Inventár pre prácu s kovom, event. šporák s drobnými kuchynskými potrebami.

Nástroje používať podľa ich váhy a podľa svalovej sily pacienta, podľa veľkosti [krátky alebo dlhý článok pri pletení], podľa formy [pílky, kladivá, s rukoväťou rôznej veľkosti, resp. tvaru].

Určenie vhodného druhu ergoterapie závisí od viacerých faktorov, a preto ergoterapeut vypracuje podľa predpisu lekára pre každého chorého adekvátny detailný liečebný program. Pritom však prihliada aj na vek chorého, pohlavie, psychický stav pacienta. Pri ergoterapii sa v žiadnom prípade nesmú rozlišovať práce typicky ženské alebo mužské. Nie zriedka vidieť, s akým nadšením sa venuje muž s funkčným deficitom pri progresívnej polyartritíde práci na tkacom stave a žena práci s drevom.

Vždy sa musí pozorovať psychická stránka chorého, aby mu nebola pridelená činnosť, ktorá by bola príliš komplikovaná a vyvolávala v ňom pocit menejcennosti. Preto sa musí mnohokrát meniť aj technika ergoterapie.

Stolár s funkčným deficitom zápästia a kĺbov prstov ruky pri PCP nepatrí k ponku, môže sa však zamestnať v kníhviazačstve alebo pletením košíkov.

Ergoterapeut si musí získať dôveru chorého: prvé dni sa s ním pohovára a vysvetlí mu význam tejto metódy. Väčšina pacientov si nevie predstaviť nič určitého pod pojmom ergoterapia. Pochybuje o jej význame. Táto nedôvera sa stráca, keď uvidí na oddelení ergoterapie iných pacientov, ktorí ho presvedčia o zlepšení svojho zdravotného stavu pri tejto liečebnej metóde. Ťažko sa získa záujem u pacientov, ktorí si azda chcú invaliditu zaistiť. Vystupovanie inštruktora tiež zvyšuje dôveru pacienta. Preto musí byť informovaný o diagnóze a zamestnaní chorého, musí kontrolovať, či ordinovaná činnosť nespôsobuje bolesť, pretože bolesť je signálom, ktorý môže chorého odradiť od tejto liečby. Stáva sa aj to, že chorý sa hanbí ukázať svoj defekt pred ostatnými a tu závisí od taktu inštruktora, či sa získa pacient k práci. Mnohokrát ho nechá napred pracovať oddelene a až nadobudne zručnosť, potom pracuje v kolektíve.

Iné problémy sú u pacientov s trvalými následkami reumatických chorôb. Takýchto opäť taktne presvedčíme, že budú môcť sami robiť aspoň bežné úkony v dennom živote a tiež niektoré druhy práce a činnosti. Treba presvedčiť chorého, že aj táto liečebná metóda čiastočne vykompenzuje jeho telesnú chybu.

Pri mobilizácii čiastočne zmeraveného chodu a pri tréningu atrofovaných svalov platí pravidlo, že ordinovaný izolovaný pohyb pri nejakej činnosti nemá význam. Prakticky je nemožné, aby sa takýto kĺb pohyboval izolovane, ale vždy súčasne s ostatnými. Ordinuje sa taký druh práce, pri ktorej je angažovaný hlavne tento postihnutý kĺb pri celkovom pohybe hornej alebo dolnej končatiny. Okrem toho si inštruktor všima aj bolesť pri pohybe a svalovú únavu.

Napríklad, pri obmedzenej dorzálnej a volárnej flexii v zápästnom kĺbe pri zápalovom procese (progresívna polyartritída) by nebolo správne predpísať prácu na tkacom stave, pretože pri tejto činnosti sa vyžaduje extrémna flexia a extenzia zápästného kĺbu, ktorú však pacient neurobí a potom využíva pomocné pohyby, pri ktorých sa úplne šetrí zápästný kĺb. Naopak, takto postihnutému sa predpíše taká činnosť, pri ktorej je nutné päst úplne uzavrieť, lebo vtedy sa vykoná dozálna flexia do uhla 30°. Až keď dôjde k remisii, k uvoľneniu zápalu, prichádza do úvahy práca na stave.

Obdobne to platí aj pri svalovom tréningu. Nejestvuje jediná inervácia jedného svalu. Určité svalové skupiny sú spravidla spoločne inervované pri súčasnej inervácii antagonistov. Tak sa flexia a extenzia v lakťovom kĺbe za fyziologických podmienok robí so súčasným pohybom pletenca ramenného a zápästia. A tak je podmienená činnosť všetkých svalov od tohoto pletenca k periférii. Pracovné pohyby sa robia len výnimočne v jednom kĺbe, obvykle ide o kombinované pohyby vo viacerých kĺboch, o tzv. *kinematické reťazce*, ktoré umožňujú pohyb v priestore. Bayer to opísal vo svojej publikácii Synapsis — vo všeobecnej mechanike kĺbovej. Ruka má napríklad možnosť niekoľkých pohybov v zápästnom kĺbe, niekoľkých v lakti a v ramene. Ak je posledný článok reťazca voľný, reťaz je otvorená.

Pri flektovanom prvom a poslednom článku je reťazec zatvorený. Funkcia svalov a činnosť končatiny sa mení podľa toho, či je reťazec voľný alebo zatvorený. Napríklad, m. biceps braachi, pri otvorenom reťazci, teda pri visiacom ramene flektuje lakťový kĺb svojím napnutím. Keď je však tento reťazec zatvorený — ak položíme ruku na stôl a tak ju fixujeme — pri napnutí bicepsu účinkuje pri ľahkej flexii ako extenzor lakťa. Pri fixovaní ramena — opretím ruky o špičky prstov — biceps robí aj dorzálnu flexiu ruky. Teda pohyb, ku ktorému nie je prispôsobený. Tento kinematický reťazec tvorí *motorickú jednotku*.

Kinematické reťazce sa taktiež uplatňujú aj pri činnosti dvojkĺbových svalov, ktoré bývajú pri inaktivite často skrátané. Napríklad pri flexii v bedernom kĺbe nemôžeme úplne extendovať koleno pri skrátaných dvojkĺbových flexoroch kolena. Dvojkĺbový skrátaný m. gastrocnemius umožní extenziu kolena len pri plantárnej flexii nohy. Tieto poznatky sú dôležité pre posilovanie svalov, zvlášť kvadricepsu, a to pri práci spojenej s extenziou kolena.

Nesmie sa však zabúdať ani na tréning pomocných svalov. Pri ochrnutí ramenného nervu je funkcia bicepsu značne oslabená alebo úplne stratená a môže byť aspoň čiastočne nahradená flexormi predlaktia. Preto je nutné určovať činnosť z tohto aspektu.

Je taktiež nutné aspoň zhruba analyzovať rozmanité práce, druhy činnosti, aký pohyb si vyžadujú, aká svalová sila je nutná na ich vykonávanie. Tak napríklad uzavretie ruky v päst vyžaduje napred otvorenie dlane extenziou prstov.

Na ergoterapiu je potrebný aspoň minimálny aktívny pohyb vykonávaný svalmi. Na pohyb alebo postavenie kostry má vplyv 77 párov svalov. U svalov sa zväčšuje pracovný výkon s veľkosťou prierezu a možnosťou skrátania. Nie je vždy presné určenie antagonistov a synergistov. Napríklad svaly, ktoré vykonávajú dorzálnu flexiu zápästia, sú synergistami flexorov prstov. Všetky práce je nutné robiť s regulovateľným odporom po hranicu bolesti, u kontraktúr treba brať ohľad na zväčšenie pohyblivosti.

P. ŠKODÁČEK / ERGOTERAPIA PRI REUMATICKÝCH CHOROBÁCH

Na určenie techniky ergoterapie pri reumatických chorobách treba brať všeobecne do úvahy:

1. stupeň deformácie kĺbov určených na redukciu
2. stupeň ankylózy
3. prudkosť bolesti
4. celkový stav, prípadne nemohúcnosť chorého.

Prizeraf sa teda musí predovšetkým na aktivitu chorobného procesu, na štádium choroby a na celkovú reaktivitu pacienta. Ergoterapia má nesporné prednosti pred klasickým aktívnym cvičením, keďže je to práca účelová, ktorá pacienta zaujíma a vidí tu aj jej výsledok — vlastnoručne vyrobený predmet. Liečebný telocvik túto príťažlivosť pre pacienta nemá.

Pri ordinovaní druhu a spôsobu ergoterapie treba okrem svalovej sily a funkčného deficitu postihnutých kĺbov prizeraf aj na optimálnu polohu. Čiže, ak ide o aktiváciu chorobného procesu v kolenách, nenecháme pacienta pracovať posediačky s ohnutými kolenami, ale predpíšeme mu vysokú stoličku, ktorá umožňuje a podmieňuje relatívne najväčšiu extenziu kolena.

Taktiež vždy berieme do úvahy to, či vykonávaná práca pacienta skutočne zaujíma, či vyhovuje jeho záľubám a či nepresahuje jeho možnosti. Pacient musí završe vykonať takú prácu, v ktorej je schopný dosiahnuť úspech. V opačnom prípade nielenže by stratil záujem o prácu, ale navyše by sa prehĺbil jeho depresívny stav.

Pri reumatických chorobách sa ergoterapia musí prispôsobiť svalovej sile pacienta, a to buď znížením váhy končatín (napríklad závesom, podložkou, vrecúškom s pieskom), ak svalová sila sa rovná nule, alebo využívame váhu končatiny, teda pri ordinovanej činnosti nesie vlastne váhu končatiny, prípadne sa váha končatiny ešte zvyšuje používaním vhodne voleného nástroja (napr. kladivá rozmanitej váhy a pod.).

Pri ergoterapii reumatických chorôb si musíme uvedomiť, že medzi tzv. reumatické choroby patrí veľká skupina chorobných stavov, ktoré sa navzájom značne odlišujú. Tieto choroby sa delia podľa toho, aká je príčina ich vzniku, ako často sa vyskytujú a napokon aj podľa toho, aký je ich priebeh a následky.

Do skupiny reumatických chorôb sa zaraďujú nehnisavé ochorenia prevažne pohybového ústrojenstva, ktorých spoločným príznakom je prenikavá bolesť.

Všeobecne rozdeľujeme reumatické choroby na choroby kĺbov a mimokĺbové. Kĺbové choroby delíme na zápalové: **reumatická horúčka**, **progresívna artritída (postupný zápal kĺbov)**, **Bechterevova choroba (postupné tuhnutie chrčtice)**. Inou je skupina nezápalových chorôb — ochorenie kĺbov z opotrebovania, nadmerným jednostranným pohybom, preťažovaním — **degeneratívne choroby kĺbov** — **osteoartróza**.

Pri reumatickej horúčke (febris reumatica), ktorá prichádza v náporoch po streptokokových nákazách, hlavne angínach, neprichádza do úvahy vlastná ergoterapia, pretože táto choroba nezanecháva žiadne funkčné deficity na kĺboch. Len u malej časti chorých môže zanechať trvalé následky na srdci — reumatické srdcové chyby. Výstižne to vyjadruje aj príslovie: Reumatická horúčka kĺby olizuje, ale srdce hryzie. Preto sa pacient podľa stavu srdcovej choroby a celkového stavu rehabilituje podľa zásad srdcových ochorení. Vhodne sa rozptyluje čítaním, televíziou, hrami (šachy, dáma, atď.). Typickým predstaviteľom chronických zápalových reumatických chorôb je *postupujúci zápal kĺbov (progresívna artritída)*, ktorý postihuje kĺby a ich najbližšie okolie (šľachy, svaly). Zápal atakuje najmä vrstvu vystielajúcu steny kĺbového puzdra

(synoviálnu vrstvu) a je úporný. Nezastaví sa na tejto vrstve, pokračuje ďalej na chrupku a na príľahlú kosť a rozrušuje ich. Kĺb sa stáva menej pohyblivý, až celkom znehybnie. Choroba sa postupne šíri na ďalšie kĺby. Vyskytuje sa hlavne u žien stredného veku a vytvára deformity, spočiatku na drobných kĺboch prstov rúk a nôh a postupne aj na ostatných. Postihnuté kĺby bývajú stuhnuté, nepohyblivé. Choroba zachvacuje aj okolité svalstvo, ktoré ochabuje. Okrem toho postihnutý sa chce chrániť pred prudkou bolesťou, v kĺboch a vystríha sa pohybu, a tak sa vyvinie úbytok funkčnej schopnosti.

Preto sa v rehabilitácii pacientov s progresívnou artritídou zameriavame hlavne na funkcie nepostrádateľné pre každodenný sebestačný život.

V reedukácii funkčnej zdatnosti artritika rozoznávame dve fázy:

- a) prevencia deformít,
- b) reedukácia svalstva.

Ak je postihnutie pacienta také, že sa nemôže nadobudnúť pôvodná funkčná kapacita, zameriavame sa na nácvik náhradných pohybov. To znamená:

- funkčnému výcviku musí predchádzať adekvátne prevencia a reedukácia svalová,
- musí sa skúšať každý spôsob nenávratenia funkcie prv, než by sa pristúpilo k ich nadobudnutiu či už pomocou kompenzačných pohybov, alebo určitých pomôcok (Hilfsgeräte, self-help aids, adjuvatika).

Rozsah pohybu v kĺboch a svalová sila sú síce dôležitým informatívnym zdrojom pri celkovom hodnotení pacienta, ale rozhodujúci význam má zistenie jeho funkčnej kapacity.

Prax ukázala, že funkčné hodnotenie pacienta — artritika len na základe artrotestu a svalového testu je nedostatočné, lebo bolesť sama od seba zabraňuje presnému hodnoteniu svalovej sily pri artritickom procese. Takýto test vždy ukáže oslabenie svalovej aktivity, lebo voľné úsilie pri svalovej kontrakcii spôsobuje pri testovaní bolesť. A preto aj výsledky týchto druhov testovania nedávajú jasný dôkaz o tom, čoho je a nie je pacient schopný.

Často možno pozorovať, že stupeň kĺbových deformít a deštrukcií nie je v korelácii so stupňom funkčnej zdatnosti pacienta. Pri ergoterapii sa program upravuje podľa defektov ruky, ktoré spôsobujú jej funkčnú nedostatočnosť a zlepšiť sa môžu kompenzačnou adaptabilitou.

Najčastejšiou deformáciou na rukách je ulnárna deviácia prstov, flekčná kontraktúra zápästia a proximálnych interfalangálnych kĺbov a extenčná kontraktúra faláng.

Preto sa usilujeme zachovať čo najoptimálnejšie uchopovaciu činnosť ruky, to znamená ruku nielen v päst uzavrieť, ale aj štipku urobiť.

Najprv venujeme pozornosť hlavne uzavretiu ruky v päst a dorzálnej flexii zápästia. Na tento účel sú najvhodnejšie práce z dreva a tkanín.

Výber práce z dreva je pestrý, vyžaduje však dosť pevné uchopenie nástrojov. Sem patrí rezanie pílkou, vŕtanie, hobľovanie, hladenie šmirgľovým papirom. Pri pílení sa súčasne angažuje aj ramenný pletenec. Na tkacom stave možno úspešne mobilizovať volárnu flexiu zápästia, pronáciu a supináciu. Pri háčkovaní opäť opozíciu palca a flexiu prstov. Pri navliekaní korálkov flexiu prstov, ako aj štipku. Ak však ide o deficit v jemnej funkcii prstov, vtedy sa ordinuje hlavne sieťovanie a viazanie. Zručnosť a koordinácia sa dá zlepšiť

P. ŠKODÁČEK / ERGOTERAPIA PRI REUMATICKÝCH CHOROBÁCH

použitím jemnejšieho materiálu, a preto sa ordinuje najprv práca z lyka a jemnejšej vlny. Na zlepšenie svalovej sily pri dostatočne zachovanej zručnosti prstov sa môže ordinovať aj pletenie väčších predmetov z hrubšej vlny, ktorá nie je taká elastická a pritom sú obe ruky dostatočne angažované. Na upravenie a zlepšenie extenzie prstov je úspešné modelovanie predmetov z hliny alebo z plastelíny. Na predchádzanie únavy si pacient na tzv. uchopovacom paneli precvičí základné funkcie ruky, ktoré používa v dennom živote (na vypínači, otáčanie kľúčom, otváranie a zatváranie dverí). Na šliapacej píлке alebo brúske sa zvyšuje amplitúda mobility kolenných a členkových kĺbov, podobne aj na šijacom stroji, čím sa predchádza ankylóзам týchto kĺbov. Pri tom treba zachovávať zásady úpravy stoličky, resp. sedadla.

Podľa Mastného charakter denných úkonov je individuálne rôzny, líši sa u mužov a žien. Spoločným základom je však osobná obsluha. Návrik osobnej obsluhy možno rozdeliť do troch skupín:

- I. skupina: Úkony sa robia prevažne jednou rukou ako riadiacou končatinou.
Pacient sa učí používať jedálny príbor, písať ceruzou alebo perom, manipulovať s elektrickým vypínačom, s kľučkou na dverách, vodovodným kohútikom, otvárať a zamykať kľúčom.
- II. skupina: Úkony zložitejšie, ktoré vyžadujú súhru oboch horných končatín: zapínať si gombíky, viazať zásteru, obliekať si košeľu a kabát, česať sa hrebeňom, umývať sa. V tejto skupine okrem sily a obratnosti prstov je potrebný určitý rozsah pohybov vo všetkých kĺboch hornej končatiny.
- III. skupina: Zahŕnuje najdôležitejšie úkony, ku ktorým je potrebná koordinovaná činnosť horných aj dolných končatín. Pacient sa učí obúvať, obliekať a vyzliekať si pančuchy, nohavice.

Pri značne oslabených svaloch polohujeme v závese alebo na podložke, zvlášť pri česaní alebo pri jedle, pri obmedzenej mobilite ramenného a lakťového kĺbu.

Funkčná zdatnosť sa zisťuje podľa funkčného testu. Takýto test bol pre progresívnu artritídu vypracovaný Výskumným ústavom reumatických chorôb v Piešťanoch. Podľa toho sa končatina hodnotí ako celok a zahŕnuje v sebe také činnosti, ktoré sú charakteristické pre jednotlivé kĺby a pritom dôležité pre sebestačný denný život (príloha 1). Test obsahuje 10 charakteristických činností, zvlášť pre hornú a dolnú končatinu.

Stupnica, ktorou sa vykonanie činnosti hodnotí, pozostáva z 5 hodnôt udávaných v percentách:

- 100 % — normálna činnosť, čo do spôsobu vykonania,
- 75 % — činnosť vykonaná pomaly, s malou námahou,
- 50 % — činnosť vykonaná pomaly s námahou a náhradnými pohybmi (palica, zábradlie, druhá ruka), je schopný postarať sa sám o seba a nepotrebuje cudziu pomoc,
- 25 % — činnosť značne obmedzená s neúmerne vynaloženou námahou a časom, je schopný vykonať činnosť len s pomocou náhradných pohybov, pohybových trikov alebo len čiastočne,
- 0 % — pacient nie je schopný vykonať činnosť.

Percentuálne hodnoty sa spočítavajú a delia sa počtom vykonaných činností. Teda súhrnný výsledok — aritmetický priemer všetkých činností nám udáva tzv. **výkonnostný kvocient** — VQ, ktorý hodnotí nielen svalovú silu, ale hlavne koordináciu, vitalitu pacienta a jeho celkovú výkonnosť. Aby sa zistovalo zlepšenie v priebehu liečenia, musia sa hodnotiť pracovné schopnosti chorého, a to hneď pri nástupe liečenia, a opakovať po 14 až 21-dňovej liečbe.

P. ŠKODÁČEK / ERGOTERAPIA PRI REUMATICKÝCH CHOROBÁCH

Príloha 1.

FUNKČNÝ TEST PRE HORNÉ KONČATINY

Dátum				
1 Učesať sa				
2 Očistiť si zuby				
3 Umyť sa				
4 Napiť sa z pohára				
5 Napiť sa zo šálky				
6 Otočiť vypínačom				
7 Obliecť si kabát				
8 Otvoriť a zatvoriť dvere				
9 Odomknúť a zamknúť dvere				
10 Zapnúť si gombík pod krkom				
Dotyk pleca pravou rukou				
Dotyk pleca ľavou rukou				
Dotyk šije pravou rukou				
Dotyk šije ľavou rukou				
Priemerná funkčná schopnosť				

FUNKČNÝ TEST PRE DOLNÉ KONČATINY

1 Chôdza po rovine				
2 Chôdza do schodov				
3 Chôdza zo schodov				
4 Posadiť sa na stoličku				
5 Vstať zo stoličky				
6 Sadnúť si na stolček				
7 Vstať zo stolčeka				
8 Zdvihnúť predmet v predklone				
9 Urobiť drep				
10 Obuť sa v sede				
Priemerná funkčná schopnosť				

pokračovanie prílohy 1.

FUNKČNÝ TEST PRE IMOBILNÝCH PACIENTOV				
Dátum				
1 Odkryť sa				
2 Prikryť sa				
3 Obrátiť sa v posteli				
4 Sadnúť si v posteli				
5 Lahnúť si späť				
6 Sadnúť si na okraj postele				
7 Lahnúť si späť do postele				
8 Poslúžiť si predmetmi na nočnom stolíku				
9 Postaviť sa				
10 Sadnúť si späť na posteľ				
Priemerná funkčná schopnosť				
100 % — normálna činnosť, pokiaľ ide o spôsob a čas vykonania 75 % — činnosť vykonaná s malou námahou 50 % — činnosť vykonaná pomaly, s námahou, ale postačuje 25 % — činnosť silne obmedzená, vykonaná s veľkou námahou 0 % — činnosť nevykonaná				

Schému jednotlivých druhov činností sme modifikovali pre porušenú funkciu kĺbov a nervov a podľa tejto schémy sa ordinujú jednotlivé činnosti po vyšetrení funkčného testu, ktorý nám slúži tiež ako základ pre metodický postup liečby (príloha 2 a 3).

I. Následky zápalového ochorenia nachádzame pri reumatických chorobách chrbtice hlavne pri *chorobe Bechterevovej (spondylitis ankylosans)*. To je zápalové ochorenie bedrovo-driekových kĺbov, malých medzistavcových kĺbov, stavcov, ako aj väziva spájajúceho stavce. Dosť často bývajú postihnuté aj veľké kĺby a kĺb bedrový a ramenný, niekedy aj kĺb čelustný. Konečným obrazom priebehu neliečenej choroby je úplné stuhnutie celej chrbtice a hrb vytvorený v hrudnej časti chrbtice. Takto dochádza k zníženiu vitálnej kapacity, hrudníkové dýchanie je takmer úplne nemožné.

Cieľom ergoterapie pri tejto chorobe, obdobne ako pri liečebnom telocviku Bechterevovej choroby, je predísť ďalšiemu zmeraveniu chrbtice, aby chrbtica zotrvala vzpriamená. Preto musíme voliť takú činnosť, pri ktorej dostatočnými pohybmi zosilujeme svalstvo chrbta a hrudníka. Angažované sú aj svaly thoraxu a pletenca ramenného. To sa dosiahne prácou na vysokom vertikálnom

Príloha 2. Ergoterapia postihnutých kĺbov.

Postihnutý kĺb	Pohyb	Ordinovaná činnosť
I. Palce a prsty	flexia	modelovanie z hliny, tesárske práce ručnými nástrojmi, sieťovanie, košíkárstvo, sadzačstvo, hoblovanie, strihanie
	extenzia	hrnčiarsky kruh, tkanie na krosnách stolných klavír, písanie na stroji, strihanie, záhradníctvo, plenie
	abdukcia	klavír, písanie na stroji, sadzačstvo,
	addukcia	klavír, písanie na stroji, sadzačstvo, spracovanie kože
	opozícia	spletanie povrazu, spracovanie kože, práca s lykom, pletené figúrky, strihanie, prerážanie dierok do kože, tlačiarenský lis
II. Zápästie	flexia	práca s kladivom na dreve a kove, tkanie, dlabanie dlátom pomocou kladiva, natieranie veľkých plôch, lemovanie kožou
	extenzia	tkanie, tlačiarenský ručný lis, práca s rezačom papiera, spletanie povrazu
	ulnárna dukcia radiálna dukcia	práca s kladivom, písanie na stroji tkanie, práca s kožou, klavír
III. Predlaktie	pronácia	košíkárstvo, lemovanie kožou, hrnčiarstvo (na hrnčiarskom kruhu), viazanie uzlov, rôzna strojová mechanika
	supinácia	tkanie šálu v rámmiku, šraubovanie, žmýkanie bielizne, rôzna strojová mechanika
IV. Lakeť	flexia	tkanie, vŕtanie, ručný tlačiarenský stroj
	extenzia	hoblovanie, tesárske práce s rezačom papiera, pletenie povrazov, viazanie pásov, sieťovanie, košíkárstvo, vyrezávanie ručnou pílkou, vŕtanie vŕtačkou, viazanie pásikov, šmirgľovanie, hrabanie, utieranie, čistenie okien, hladenie, okopávanie

pokračovanie prílohy 2.

Postihnutý kĺb	Pohyb	Ordinovaná činnosť
V. Rameno	flexia	hobľovanie, rezanie pílkou, šmirgľovanie, vŕtanie, záhradníčenie — okopávanie, rytie.
	extenzia	ručný tlačiarenský lisovací stroj, vŕtanie
	abdukcia	tkanie, natieranie veľkých plôch, čistenie, záhradníčenie, okopávanie, rytie, siatie
	addukcia	čistenie, tesárčina
	vnút. rotácia	spletanie povrazov, rytie dlátom
VI. Bederný kĺb	flexia	šľapacia píłka, brús na šľapanie, záhradníčenie s lezením po kolenách
	extenzia	píłka na šľapanie, brús na šľapanie, tlačiarenský stroj na šľapanie, tkáčsky stroj so šľapaním
	abdukcia	hrnčiarsky kruh, tkáčsky stroj na šľapanie
	addukcia	hrnčiarsky kruh, tkáčsky stroj na šľapanie
VII. Koleno	flexia	šľapacia píłka, hrnčiarsky kruh, šijací stroj
	extenzia	brús na šľapanie, píłka na šľapanie, hrnčiarsky kruh
VIII. Kĺb talokrurálny	flexia	šľapacia píłka, šľapací brús, šľapací tlačiarenský stroj, hrnčiarsky kruh
	extenzia	šľapacia píłka, šľapací brús, šľapací tlačiarenský stroj, hrnčiarsky kruh

stave. Dôležitá je šírka tkaného kusu, aby bolo zvlášť zainteresované svalstvo pletenca ramenného. Do obdobia odpočinku vkladáme hru v šachy na veľkej šachovnici, namontovanej vysoko na stene s vyťahujúcimi figúrkami. Doporučuje sa všeobecne ergoterapia postojacky, vykonávaná s veľkým rádiom hornej končatiny.

Príloha 3. Ergoterapia pri postihnutých svaloch.

Nerv		Svaly	Určené práce
Accesorius	1	sternocleidomastoideus	záleží na polohe pri práci
Thoracicus longus	2	serratus lat.	tkanie na hrubom tkáčskom stave, rezanie píly, rezanie papiera
Thoracodorsalis	3	latissimus dorsi	spletanie povrazov, tkanie na hrubom stave, natieranie veľkých plôch, tesárčina
Suprascapularis	4	supraspin. infraspin.	dtto
Masculocutaneus	5	biceps brachii	spletanie povrazov, tkanie, záhradníčenie, vŕtanie
Axillaris	6	dectoideus	sietovanie, rezanie píly, tkáčsky stav
Radialis	7	triceps brachioradialis supinator extensor com. digit. extensor carpi rad. abductor pollicis long. extensor pol. long. extensor pol. brevis	modelovanie z hlíny, hrnčiarsky kruh, natieranie veľkých plôch tkanie
Medianus	8	pronator teres flexor carpi rad. flexor digit. sup. flexor pol. long. abductor pol. brevis opponens pol. flexor digit. prof.	rezanie píly, práce s kladivom, vŕtanie, modelovanie z hlíny, hra na klavíri, písanie na stroji, sadačstvo, strihanie, tkanie
Ulnaris	9	flexor carpi ulnaris. abductor dig. V. interossei abductor pollicis flexor digit. prof.	modelovanie z hlíny, písanie na stroji, hra na klavíri, tkanie, práca s kladivom

pokračovanie prílohy 3.

Nerv		Svaly	Určené práce
Femoralis	10	iliopsoas quadriceps fem. adductores	tkáčsky stav, píla na šľapanie, tlačiarenský lis na šľapanie
Ischiadicus	11	glutaeus maximums biceps fem. semitendineus	tkáčsky stav, píla na šľapanie, tlačiarenský lis na šľapanie
Tibialis	12	gastrocnaemius tibialis post. flexor digit. long. flexor hallucis	píla na šľapanie, žatie trávy, šijací stroj na šľapanie
Fibularis	13	tibialis aut, ext. digit. longus extensor hallucis longus a brevis fibularis longus a brevis	brús a píla na šľapanie, šijací stroj na šľapanie šijací stroj na šľapanie

II. Medzi nezápalové choroby reumatické patria ochorenia kĺbov z opotrebovania (osteoartróza). Patria medzi najčastejšie civilizačné choroby, spôsobené nesprávnym zaťažením kĺbov, a to metabolickej rovnováhy, dekompenzáciou elementárnej trofiky (dysplázia kĺbu, morbus Perthes, nekróza hlavice femoru). Pri artróze ide o multifaktoriálnu genézu. Na zosilnenie bedrového kĺbu a jeho svalstva slúži špeciálne skonštruovaný tkací stav, na ktorom sa dá pracovať aj posediačky. Obdobne veľmi dobre sa angažujú flexory kolena pri práci na šľapacej píлке. Interpolovať sa môže aj bicyklovanie s dózovaným odporom na ergometri. Pri III. a IV. štádiu ochorenia má ergoterapia význam len psychologický.

Pri gonartrózach sa ordinuje šľapacia píлка, pri ktorej pacient zamestnáva aj hornú končatinu vyrezávaním rozmanitých predmetov z lepenky.

Periarthritis humeroscapularis prichádza najčastejšie pri cervikobrachiálnom syndróme. V 23 % prichádza akútne, vo zvýšenom počte sa pomaly objavuje bolestivé obmedzenie pohyblivosti. Často sa súčasne vyskytujú aj bolesti krčnej chrbtice s entezopatiou na epicondylus humeri radialis et ulnaris.

Z klinických príznakov s bolestivosťou sa výrazne demonštruje obmedzenie mobility, hlavne rotačných pohybov. Na dosiahnutie väčšej amplitúdy pohyblivosti ramenného kĺbu sa doporučuje ergoterapia na krosnách s vysokým brdom, prípadne na stojacich krosnách. Trvanie ergoterapie treba ordinovať s aspektom na bolesti. Medzi tento typ liečby sa vsunuje hra na šachovnici, prípadne precvičenie ramenného kĺbu na rebríčku.

LITERATÚRA

1. DONALD, L., LAVERNA, I.: A Remedial occupational therapy program from the residue of rheumatoid arthritis of the hand. Amer. J. of Physical Med. 1952, 31, 5—13.
2. DUMOLIN, J.: Précis d'ergothérapie. Libraire Maloine S. A. Paris 1967.
3. EDSTRÖM, G.: Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der chronischer Arthritiker, Documenta rheumatologica Geigy 4, 1959.
4. JENTSCHURA, G.: Beschäftigungstherapie, Georg Thieme Verlag, 1974.
5. KRÍŽ, V.: Způsoby uplatnění léčby prací v rehabilitaci, Rehabilitácia č. 4, 195—201. 1979.
6. KOLEKTIV ANTORŮ: Léčba prací. Ústav pro další vzdělávání středních zdravotních pracovníků, Brno 1976.
7. MASTNÝ, F.: Vybrané kapitoly z léčby prací po úrazech [skriptá].
8. NEZBEDOVÁ, JANŮ: Teória liečby pracou — scriptá. Vydalo Pov. zdravotníctva, školské oddelenie, 1959.
9. OBRDA, K., KARPÍŠEK, J.: Rehabilitace nervově nemocných, SZN, Praha 1960.
10. PALÁT, M.: Léčba prací v systému rehabilitační medicíny, Rehabilitácia č. 4, 193—194, 1979.
11. PFEIFER, J. a kolektiv: Facilitační metody v léčebné rehabilitaci. Avicenum 1926.
12. SIŤAJ, Š., NIEPEL, G.: Progresívna artritída, SAV 1953.
13. SEDLÁČKOVÁ, E.: Léčebné postupy v lázeňské reumatologii, SZN, Praha 1961.
14. SCHUICKING, B., HUCHTHAUSCH, G.: Leiffaden der Beschäftigungs und Arbeitstherapie, D. Steinkopf Verlag, Darmstadt 1961.
15. ŠKODÁČEK, P.: Liečebná práca pri reumatických chorobách, Rehabilitácia 3/2, 71—78, 1965.
16. ŠKODÁČEK, P.: Základné princípy ergoterapie pri progresívnej polyartritíde, Fyziatrický vestník, 57, 1979, č. 309—315.
17. ŠKODÁČEK, P.: Liečba zamestnaním. Zdrav. pracovnice č. 9, 1958, 521—525.
18. ŠKODÁČEK, P.: Vývoj rehabilitácie v piešťanských kúpeľoch a jej prostriedky. Balneologický spravodaj 1980, str. 24—38, Účelová publikácia Balneologického múzea v Piešťanoch.
19. ŠKODÁČEK, P.: Psychosociálny aspekt rehabilitácie lokomočného aparátu, Rehabilitácia 14, 1961, str. 231—235.

Adresa autora: Dr. P. Š., Šafárikova 3, Piešťany.

П. Шкодачек

ЭРГОТЕРАПИЯ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Резюме

Понятие и значение эрготерапии в рамках реабилитационного комплекса, а именно функциональное, психическое и ресоциализирующее. Простейшие методики при некоторых ревматических заболеваниях. Оснащение отделения трудотерапии, рецепты трудотерапии, роль методиста по трудотерапии. Доказать таким образом, что эрготерапия не является „ancilla“ реабилитации, а равноценным с другими элементами компонентом, стратегической целью которого является достигнуть как можно большей независимости и самостоятельности и как можно большей степени адекватной трудоспособности. Этим терапевтическим компонентом подтверждается древняя римская пословица «Labor vincit omnia».

P. ŠKODÁČEK / ERGOTERAPIA PRI REUMATICKÝCH CHOROBÁCH

P. Škodáček

ERGOTHERAPY IN RHEUMATIC DISEASES

Summary

The conception and significance of ergotherapy within the rehabilitation complex from the functional, psychical and resocialization point of view. The most usual methods in some rheumatic diseases. The equipment of the ergotherapeutic department, principles in ergotherapy and the role of the instructor of ergotherapy. To prove that ergotherapy is equivalent with other elements of rehabilitation and its strategic to achieve as much as possible independence and selfsufficiency and also an optimal grade of working capacity. By this therapeutical component the old Roman proverb „Labor vincit omnia“ is being realized.

P. Škodáček

ERGOTHERAPIE BEI RHEUMATISCHEN ERKRANKUNGEN

Zusammenfassung

Der Begriff und die funktionale, psychische und die Resozialisierungswirkung der Ergotherapie innerhalb der komplexen Rehabilitationstherapie. Die gebräuchlichsten bei manchen rheumatischen Erkrankungen angewandten Methodiken. Die Ausstattung von Arbeitstherapie—Abteilungen, das Rezeptarium der Ergotherapie, Aufgaben eines Ergotherapie—Instruktors. Nachzuweisen ist, daß die Ergotherapie kein bloßer Adnex der Rehabilitationstherapie, sondern ein gleichwertiges Element ist, das ebenso wie die übrigen das strategische Ziel verfolgt, größtmögliche Unabhängigkeit und Selbstversorgung des Patienten sowie größtmögliche adäquate Arbeitsfähigkeit zu gewährleisten. Zugleich wird mittels dieser therapeutischen Komponente das alte römische Sprichwort verwirklicht, das besagt, „labor vincit omnia“.

P. Škodáček

L'ERGOTHERAPIE DANS LES DOULEURS RHUMATISMALES

Résumé

La notion et le terme de l'ergothérapie dans le cadre du complexe de réadaptation soit fonctionnel, psychique et de resocialisation. Les plus courantes méthodes chez certaines maladies rhumatismales. Equipement de la section thérapeutique par l'activité, le programme de l'ergothérapie, le rôle de l'instructeur dans ce domaine. Démontrer ainsi que l'ergothérapie n'est pas „l'ancilla“ de la réadaptation, mais un élément équivalent aux autres, dont le but stratétique consiste à obtenir la plus grande indépendance et suffisance à soi-même et aussi le plus haut degré d'aptitude adéquate au travail. Par cette composante thérapeutique se réalise aussi l'ancien proverbe romain „Labor vincit omnia“.

J. DAHMER

ANAMNESE UND BEFUND

Anamnéza a nález. 5. přepr. a rozš. vydání

Vydal Georg Thieme Verlag Stuttgart — New York 1984

ISBN 3 — 13 — 455805 — X

V pátém přepracovaném a rozšířeném vydání vychází v nakladatelství Georgie Thieme Verlag ve Stuttgartě a New Yorku kniha prof. Dahmera z Hannoveru, věnovaná otázkám systematického lékařského vyšetření. Je vlastně didaktickou příručkou, zabývající se oblastí vyšetření v lékařství. Má celkem 23 kapitol, předmluvu, přehled literatury, seznam symptomů s příkladem jednotlivých diagnóz a věcný rejstřík.

Jednotlivé kapitoly systematicky věnují pozornost všem otázkám, s kterými se medik nebo lékař při svém studiu či ve své praxi setkávají. Kniha je bezesporu především určená studentům medicíny ve vyšších, klinických semestrech, představuje však tak významnou příručku, že i lékaři tu najdou návod na systém vyšetřování v logickém sledu jednotlivých potřebných kroků. Každá kapitola je uvedena krátkým odstavcem, polygraficky zvláště vyznačeným, ve kterém jsou definovány učební cíle, protože příručka, jak už bylo zdůrazněno, slouží především výuce. Pozoruhodné jsou kapitoly v první části knihy. Zabývají se lékařskou diagnostikou, technikou anamnézy a vyšetřováním anamnézy, přehledem průběhu onemocnění a přídatnými obtížemi, tedy anamnézou v širším slova smyslu a konečně vlastním nálezem. Potom následují už kapitoly věnované speciálním otázkám vyšetření jednotlivých systémů počínaje vyšetřením hlavy a konče neurologickým

a gynekologicko-porodnickým vyšetřením. Závěrečné kapitoly potom rozebírají otázky vyšetření dětí, vyšetření bezvědomých a otázky ošetření problémových pacientů.

Dahmerova publikace má početné ilustrace, nákresy, schémata a tabulky. Tato dokumentace je nutným doplňkem pro předkládaný text, zvýrazňuje ho a slouží didaktickým potřebám.

Je nespornou zkušeností ve všech oborech klinického lékařství, že dobrá anamnéza a cílené vyšetření vede cestou objektivních nálezů k racionální a dobré diagnóze. Udává se, že dobrá anamnéza až v 60 % vyšetření vede k správnému diagnostickému vzorci, který si ověřujeme, eventuálně doplňujeme dalšími laboratorními, rentgenologickými a funkčními vyšetřeními. Naučit se dělat dobrou anamnézu a najít způsob dobrého kontaktu s pacientem s cílem získání anamnestických údajů, potřebných pro konečnou diagnózu, vyžaduje nejen určité zkušenosti, ale i určitý systém. A tento systém předkládá publikace Dahmerova. Nepochybujeme, že její sestavení spočívá na velkých osobních zkušenostech autora, o čemž jistě svědčí už páté přepracované a doplněné vydání.

I medicína potřebuje svůj systém. A systém pro základní a první kontakt s pacientem podává ve velmi pěkné podobě s účelným zaměřením Dahmerova příručka, věnována anamnéze a nálezu.

Dr. M. Palát, Bratislava



JUBILEUM Dr. GRNÁČA

Svoje päťdesiatiny oslávil 6. januára 1985 MUDr. Gabriel Grnáč, riaditeľ Čs. štátnych kúpeľov v Piešťanoch. Pri tejto príležitosti načrtnol na slávnostnom seminári generálny riaditeľ Slovakotermy Ján Janík úspešný úsek cesty i pracovných snažení jubilanta a udelil mu vyznamenanie Zaslúžilý pracovník odboru.

Štúdium na LF UK v Bratislave ukončil promóciou r. 1959. Prvým pracoviskom sa mu stala ambulancia obvodného lekára a neskôr interné oddelenie OÚNZ v Štúrove, kde získal atestáciu I. stupňa z internej medicíny. Obľuboval šport a jeho hlavná zložka — pohyb — ho pútala aj pri štúdiu v cyklických kurzoch a na školiacích miestach, organizovaných subkatedrou reumatológie, fyziatrie a liečebnej rehabilitácie Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov v Bratislave. R. 1974 získal nadstavbovú špecializáciu v týchto odboroch a stal sa vedúcim lekárom fyziatricko-rehabilitačného oddelenia ÚNZ v Štúrove. Po dvojročnom pôsobení v tejto funkcii ho riaditeľ OÚNZ vymenoval za vedúceho lekára novej polikliniky v Štúrove.

R. 1977 prešiel MUDr. G. Grnáč do Čs. štátnych kúpeľov v Piešťanoch, kde ako vedúci lekár kúpeľnej polikliniky videl možnosť naplno uplatniť svoju špecializáciu. Osobitný záujem o zvolený odbor prejavil aj viacerými prednáškami. V rámci rehabilitačnej a fyziatrickej spoločnosti zaujala poslucháčov v Michalovciach, Trenčianskych Tepličiach a Gottwaldove jeho téma z odboru organizácie prác na fyziatricko-rehabilitačnom oddelení, v ergoterapii a elektroliečbe. Po troch rokoch nastúpil v rámci kádrových zmien za vedúceho lekára kúpeľnej liečebne Jalta a r. 1984 sa stal riaditeľom Čs. štátnych kúpeľov v Piešťanoch.

Pri príležitosti 50. narodenín ocenil pracovné a organizátorské schopnosti jubilanta minister zdravotníctva SSR Emil Matejíček udelením vyznamenania Za rozvoj socia-

listického zdravotníctva. Slovenská lekárska spoločnosť mu spolu s blahoprajným listom udelila bronzovú plaketu PROPTER MERITA a ÚV ČSTV v Prahe, ktorého je členom, ocenil jeho pôsobenie v rôznych športových funkciách medailou Za zásluhy o rozvoj čs. telesnej výchovy. Aj ONV Trnava ocenil aktívnu činnosť MUDr. G. Grnáča vo funkcii predsedu Okresnej mierovej rady udelením vyznamenania Za zásluhy o socialistický rozvoj okresu Trnava a MsNV Piešťany za spoluprácu a pomoc pri riešení problematiky kúpeľného mesta medailou Za zásluhy o socialistický rozvoj mesta Piešťany.

Pre ďalšie obdobie vidí MUDr. Gabriel Grnáč svoju úlohu predovšetkým v úspešnom zabezpečovaní úloh hospodárskeho plánu Čs. štátnych kúpeľov Piešťany. Nemenej náročnou úlohou bude aj plánovaná rekonštrukcia kúpeľnej liečebne Slovan a kúpeľov Irma. Tu chce v rámci komplexnej liečby rozšíriť a prehĺbiť rehabilitáciu vo všetkých jej prvkoch a okrem liečebnej telesnej výchovy dať priestor aj ergoterapii. Za rovnako dôležité považuje aj rozšírenie vedeckej činnosti kúpeľnej organizácie, k čomu dá predpoklady plánovaná výstavba funkčných laboratórií.

E. Stančeková, Piešťany

RECENZIE KNÍH

J. V. BASMAJIAN
THERAPEUTIC EXERCISE

Léčebné cvičení. 4. vyd.

Williams and Wilkins, Baltimore, London 1984

ISBN 0 — 683 — 00434 — 4

Ve čtvrtém, doplněném vydání vychází dnes už klasická učebnice prof. Basmajiana z McMasterovy university v Hamiltonu v Kanadě o otázkách léčebných cvičení — u nás bychom použili název tělesných cvičení v léčbě. Kniha je součástí ediční řady Rehabilitation Medicine Library, kterou rediguje autor této publikace. První vydání vyšlo v roce 1958, kniha byla přeložena do holandštiny, portugalštiny a španělštiny.

Vypracování jednotlivých kapitol této monografie se zúčastnilo celkem 23 autorů předních odborníků fyzikální a rehabilitační medicíny. Kniha je vlastně souborem jednotlivých metodik, používaných v oblasti rehabilitačních programů, přičemž důraz je kladen na léčebnou tělesnou výchovu, dnes bychom u nás použili název pohybovou léčbu.

Po kapitole, kterou napsal Sidney Licht — otec fyzikální medicíny ve Spojených státech, který zemřel roku 1979 (kapitola byla převzatá z předcházejících vydání), je pojednáno o některých všeobecných

aspektech, jako jsou cvičení síly a vytrvalosti, facilitační techniky, otázky resistovaných cvičení a otázky izometrických cvičení, nácvik chůze a cvičení ve vodě. Jednotliví autoři pak přistupují k speciálním oblastem použití tělesných cvičení jako rehabilitačního prostředku. Popisují se metodiky u dětské mozkové obrny, u paraplegiků, u hemiplegií, u pacientů se sklerózou multiplex, pojednává se o možnostech cvičení, u bolestí v zádech a u amputovaných. Pozornost se věnuje otázkám tělesných cvičení ve sportu ve zdraví i při poškození sportovce, problematice tělesných cvičení u reumatiků a nemocných s periferní poruchou prokrvení. Poslední dvě kapitoly se zabývají otázkami moderní rehabilitační péče u pacientů s koronární chorobou srdce a u pacientů s chronickými pulmonálními afekcemi. Věcný rejstřík ukončuje tuto poměrně rozsáhlou monografii, jejíž jednotlivé kapitoly jsou bohatě obrázkově dokumentované, čímž text získává na srozumitelnosti a názornosti.

Celá řada učebnic, monografií a úzce zaměřených publikací v oboru rehabilitace charakterizuje rychlý vývoj této oblasti moderní medicíny. Ne však vždy a ne každá taková publikace slouží svému účelu. Monografie Basmajiana o „léčebných cvičeních“ je prototypem publikace, která má široký praktický dopad a která je nepostradatelná pro každého, kdo se zabývá otázkami léčebné rehabilitace v praxi, hlavně tam, kde pohybová léčba a tělesné cvičení představují metodický prostředek v rámci dlouhodobého a komplexního léčebného programu v klinice

různých onemocnění a poškození. Kniha je poučná — přináší množství cenných informací, je instruktivní — zaměřuje se na metodické postupy u různých onemocnění, je dobře napsaná — svědčí to o velkých zkušenostech autorů jednotlivých kapitol a je konečně praktická — každý zde najde právě to, co potřebuje pro denní realizaci rehabilitačního programu.

Basmajianova monografie vyšla ve čtyřech vydáních. I to svědčí o její ceně a o tom, že pronikla do široké odborné veřejnosti v oblasti fyzikální a rehabilitační medicíny.

Dr. M. Palát, Bratislava

R. DZÚRIK

PORUCHY VNÚTORNĚHO PROSTREDIA

Vydala Osveta, Martin 1984

Ako 81. zväzok Dérerovej zbierky v edícii pre postgraduálne štúdium lekárov vydáva kolektív autorov pod vedením doc. Dzúrika monografiu, ktorá venuje pozornosť diagnostike a terapii porúch vnútorného prostredia. Otázky fyziologického a patologického vnútorného prostredia hrajú veľkú úlohu predovšetkým v oblasti akútnych medicínskych stavov. Preto je Dzúrikova monografia vítanou príručkou, ktorá komplexne rieši túto problematiku. Kniha má dve časti: všeobecnú a špeciálnu.

Vo všeobecnej časti sa hovorí o distribúcii vody a elektrolytov, o poruchách hospodárenia sodíkom, draslíkom a chlórmi, o poruchách bilancie vody a o poruchách acidobázickej rovnováhy. Ďalej sa

stručne rozoberajú poruchy s hospodárením vápnika, fosforu a magnézia.

Druhá, špeciálna časť, je vlastne súbor kazuistík pacientov, u ktorých dochádza z rôznych príčin k narušeniu iónového hospodárstva. Táto časť je pedagogicky dobre zostavená a vyžaduje aktívnu účasť čitateľa. Zoznam obrázkov, schém a tabuliek, ktoré dopĺňujú text jednotlivých kapitol, a vecný register, ukončujú túto pomerne stručnú monografiu o otázkach porúch vnútorného prostredia. Kniha je v prvom rade určená klinickým biochemikom, ale slúži aj ako praktická príručka pre racionálnu diagnostiku pri poruchách vnútorného prostredia.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. STIPPING, A. BERG, J. KEUL

BEWEGUNGSTHERAPIE BEI KORONARER HERZKRANKHEIT

Pohybová liečba pri koronárnej chorobe

Vydal Georg Thieme Verlag Stuttgart — New York 1984

ISBN 3 — 13 — 653 501 — 4

Autori pripravili veľmi pekný zásobník cvikov pre pacientov s koronárnou chorobou srdca, z hľadiska stavby a usporiadania cvičebnej hodiny pri cvičení a tréningu skupín. V našom poňatí predklada-

jú rehabilitačné programy, ktorých náplňou je systém telesných cvičení. Po úvodných kapitolách, venovaných problematike pohybovej liečby u ambulantných pacientov s koronárnou chorobou a otázkam

stavby ambulantných rehabilitačných pohybových programov, zaoberajú sa autori (všetko známi odborníci z Oddelenia športovej a výkonnostnej medicíny freiburgskej Internej kliniky) jednotlivými cvičeniami a ich systémom. Zdôrazňujú metodické aspekty, venujú pozornosť zlepšeniu flexibility, koordinačných schopností, dynamickej a statickej vytrvalosti v sile a otázkam zlepšenia celkovej vytrvalosti — všetko formou jednotlivých cvikov, podrobne opísaných a vizuálne dokumentovaných. Posledná kapitola sa zaoberá dýchacou gymnastikou ako doplnkom celého rehabilitačného programu. Systematič-

nosť usporiadania celej príručky spočíva v jasnom návode s uvedením možných variácií a s dôrazom na cieľ.

Príručka freiburgských autorov iste poteší všetkých rehabilitačných pracovníkov, no aj lekári, ktorí sa zaoberajú rehabilitačnými programami u pacientov po infarkte myokardu a s koronárnou chorobou srdca tu nájdú veľa cenného. Systematickým spôsobom sa podáva zásobník cvikov s príslušným metodickým a fyziologickým zdôvodnením. Je to dobrá, účelná a praktická kniha.

Dr. M. Palát, Bratislava

M. EIGEN, R. WINKLER

DAS SPIEL. NATURGESETZE STEUERN DEN ZUFALL

Hra. Přírodní zákony řídí náhodu

Vydal Piper Verlag, München—Zürich. 5. vydání.

ISBN 3—492—02331—2

Profesor Manfred Eigen je ředitelem Max Planckova ústavu pro fyzikální chemii a obdržel v roce 1967 Nobelovu cenu za objev kinetiky rychlých chemických reakcí, Dr. Ruthhild Winklerová pracuje ve stejném ústavu a zabývá se především oblastí chemie a biologie. Oba autoři, známi mnohými vědeckými pracemi, ve své knize nazvané jednoduše „Hra“ se zabývají velmi zajímavou problematikou náhody a přírodních zákonů. V úvodu této poměrně rozsáhlé, populárně napsané knížky autoři zdůrazňují, že hra je vlastně přírodním fenoménem, který je základem všeho dění v dichotomii náhody a nutnosti. Kniha má čtyři díly, každý z nich několik kapitol — celkem obsahuje 18 kapitol a mnohé podkapitoly. Poděkování, přehled literatury, slovníček, vysvětlující význam jednotlivých cizích odborných výrazů a věcný rejstřík ukončují tuto pozoruhodnou publikaci, vycházející v roce 1983 v pátém vydání. Prvé vydání vyšlo v roce 1975 a skutečnost, že kniha vychází prakticky během osmi let v pěti vydáních s celkovým počtem skoro 50 000 výtisků, svědčí sama o sobě o jejím edičním a čtenářským úspěchu. Jednotlivé kapitoly jsou doplněné početnými obrázky, nákresy, fotografiemi a grafy.

Kapitoly této pozoruhodné publikace, která se stala bestsellerem, pojednávají o

vzniku hry, mikro- a makrokosmu, o otázkách selekce, problematice struktury a uspořádání, symetrii a metamorfóze a o problematice uspořádání života. Zajímavé jsou kapitoly o umělém životě, o otázkách genetických manipulací a inteligentních automatech. Autoři si všímají i problematiky růstu a explozivního růstu a otázky ekosystémů v současné industriální společnosti. Ve čtvrté části rozebírají otázky symbolu a řeči, problém molekulární sémantiky, otázky paměti, umění a smyslu a hranic teorie estetické informace.

Jednotlivé pasáže knihy jsou zpracovány tak, aby přinášely nejen informaci uvedenou na současný stav poznání, ale aby současně vytvořily pozitivní vztah mezi čtenářem a podávanou informací. Tento vztah totiž vždy rozhoduje o dopadu přenášené informace. Kniha je vynikající svým obsahem a pozoruhodná svým pojetím. I když je určena především pro širokou veřejnost, přináší takové informace v takovém sledu, že i odborníci tu najdou mnoho cenného. Eigenova a Winklerové publikace o „Hře“ je prototypem dobře napsané, obsahově bohaté a svým pojetím ojedinelé knížky, určené především veřejnosti „nající aktivní zájem o informace, které se týkají přírody a jejích zákonů.

Dr. M. Palát, Bratislava

K. H. PÖHLE A KOL.

REHABILITATIONSPÄDAGOGIK FÜR HÖRGESCHÄDIGTE

Rehabilitačná pedagogika pre sluchovo postihnutých
VEB Verlag Volk und Gesundheit Berlin, 1984

Túto prácu, ktorú možno bezpochyby zaradiť medzi popredné diela svojho druhu v Európe, pripravil 11-členný autorský kolektív. Na tvorbe diela sa podieľali lekári, špeciálni pedagógovia, psychologovia, pedagógovia. Názov knihy — doslovne „Rehabilitačná pedagogika sluchovo postihnutých“ — korešponduje s našim termínom „surdopédia“.

Autorský kolektív si určil pomerne náročný cieľ. Autori chceli predovšetkým zhrnúť poznatky o teoretických východiskách surdopédie, charakterizovať sluchovo postihnutú populáciu a špecifické úlohy, súvisiace s komplexnou starostlivosťou o ňu. Okrem toho si predsavzali podať celkový prehľad o pracovnej oblasti surdopédie: analyzovať existujúce súvislosti a vzťahy medzi rôznymi čiastkovými sférami surdopedického pôsobenia a jeho aktuálne problémy, ako aj možnosti a hranice klasifikácie sluchového postihnutia. Takto široko koncipovaný cieľ práce zne-

možnil autorom venovať sa detailným otázkam, ako sú napr. metodické aspekty práce so sluchovo postihnutými deťmi v predškolskom veku alebo otázky ich mimoškolskej výchovy.

Autori určili svoje dielo najmä študentom surdopédie, pedagógom v školách pre sluchovo postihnutých, pracovníkom v poradniach pre osoby s poruchami reči, hlasu a sluchu, otorinolaringológom, pediatriom, školským lekárom, ako aj ďalším záujemcom spomedzi pedagógov a rodičov.

Knihu K. H. Pöhla a kol. treba hodnotiť jednoznačne kladne. Ide o dielo, v ktorom sa autorom podarilo na pomerne malom priestore rozobrať (a čiastočne aj riešiť) kľúčové, najaktuálnejšie otázky súčasnej surdopédie. Preto možno oprávnene očakávať, že z tejto práce budú čerpať informácie surdopédi nielen v NDR, ale aj u nás.

Dr. V. Lechta, doc. I. Drobňý, Trnava

CH. K. CASSEL, J. R. WALSH

GERIATRIC MEDICINE. VOL. I AND II.

Geriatrická medicína. Sv. I. a II.

Verlag Springer Berlin—Heidelberg—New York—Tokyo 1984

ISBN 3—540—90944—3 [Vol. I.] a ISBN 3—540—90958—3 [Vol. II.]

Ve dvoch svazkoch v pekné polygrafické úpravě vychází v nakladatelství Springer Verlag učebnice geriatrické medicíny. Vydavatelem je Christine K. Casselová z Mt. Sinai Medical Center v New Yorku a John R. Walsh z geriatrické kliniky portlandského lékařského centra v Oregonu. Učebnice má dva rozsáhlé díly, každý obsahuje několik kapitol; jejího zpracování se zúčastnila celá řada předních amerických odborníků z nejrůznějších oblastí medicíny.

Prvý svazek věnuje pozornost lékařským psychiatrickým a farmakologickým problémům geriatrické medicíny. Hovoří se tu o biologii buňky při procesu stárnutí, o teoretických otázkách stárnutí člověka. Velká kapitola věnuje pozornost jednotlivým medicínským problémům geriatrického pacienta — otázkám cerebrovaskulár-

ních poruch, poruchám polohy a pohybu, neuromaskulárním chorobám, problematice oftalmologie a audiologie ve stáří, otázkám respiračních chorob, široké problematice kardiologie a angiologie, otázkám nefrologie, endokrinologie, poruchám metabolismu minerálních látek a kalcia, otázkám dermatologie, ortopedie a poruchám v oblasti orální patologie. Zvláštní kapitola je věnovaná oblasti psychiatrických poruch u starých pacientů a taktéž zvláštní, závěrečná kapitola prvního dílu rozebírá otázky moderní farmakologie se zvláštním zřetelem k oblasti léčiv ve sféře kardiovaskulární, psychoterapeutické, respirační, protizápalové a antikoagulační.

Druhý svazek této pozoruhodné učebnice se zabývá základy péče u geriatrické v pěti kapitolách. V první kapitole věnuje po-

zornost perspektívam stárnutí, pričomž klade dôraz na perspektivy demografické a sociální. Péče o geriatrického pacienta — tato kapitola je nejrozsáhlejší z druhého dílu a diskutuje otázky epidemiologie chorob, klinické evaluace starých nemocných, psychologické otázky evaluace pacienta, problematiku výživy, tělesných cvičení, sexuality, otázky spánku a jeho poruch. V dalších subkapitolách se hovoří o alkoholu a jeho abusu, o otázkách chronické bolesti a oblasti rehabilitační medicíny a o problematice péče v období konce lidského života. Další kapitola druhého dílu této významné učebnice řeší otázky zákonných aspektů geriatrické medicíny a další kapitola otázky systému zdravotní péče a geriatrické medicíny. Pátá kapitola se zabývá problematikou výskumu v geriatrii. Apendix druhého dílu přináší velmi mnoho cenných informací o možnostech zdravotní péče o nemocné geriatrické pacienty.

Oba díly této učebnice jsou doplněné potřebnou obrazovou a tabulkovou dokumentací, věcný rejstřík je vždy zařazený na konec každého dílu. Kapitoly a podkapitoly přinášejí na závěr přehled další literatury, takže každý, kdo se chce detailně zabývat některým dílčím problémem geriatrické medicíny, má možnost další informace z literárních zdrojů.

Geriatrické medicíně se věnuje v posledních několika desetiletích velká pozornost ve všech vysoce rozvinutých zemích. Je to především proto, že počet starých lidí soustavně stoupá a s narůstáním stařecké populace se objevuje čím dále tím více problémů zdravotních, sociálních a psychologických. Nedochozí ještě k objevení nových onemocnění, známa onemocnění mají však v období stá-

ří modifikovaný průběh. Je proto naprosto nutné, že se vytváří, resp. vytvořil nový medicínský obor — geriatrické lékařství. V posledních letech se produkuje velké množství monografií, učebnic a jiných publikací, které se zabývají problematikou stárání, stárnutí a otázkami, které se v oblasti medicíny objevují v průběhu procesu stárnutí. Je to nutné, protože zdravotní péče je konfrontována s touto oblastí.

Učebnice Casselové a Walshe představuje prototyp moderně pojaté a zpracované učebnice se širokým dopadem na odbornou veřejnost. Je to učebnice široce koncipovaná, dobře zpracovaná v jednotlivých kapitolách, s účelným pedagogickým dopadem a s „poolem“ informací, odpovídajícím současné úrovni poznatků. Učebnice je i dobře sestavená, jednotlivé kapitoly na sebe účelně navazují a s maximálním přehledem diskutují jednotlivé otázky současné geriatrické medicíny.

Učebnice si v rámci jednotlivých kapitol všimá i takových otázek, jako jsou chronické bolesti u starých pacientů, tělesné zatěžování a tělesná cvičení, což opět z hlediska rehabilitace mnohých onemocnění geriatrického kruhu představuje moderní přístup. Otázce rehabilitační medicíny je věnována jedna kapitola, která se zabývá nejen hodnocením pacienta, ale i oblastí rehabilitační péče u některých onemocnění starého věku, kde právě tato péče představuje jednu z metod dlouhodobé terapeutické volby se zaměřením na úpravu poškozených funkcí.

Učebnice geriatrické medicíny se jistě stane standardním dílem, které poslouží nejen přenosu informací, ale i jako publikace, která představuje dobrý zdroj pro praktickou činnost na poli geriatrické medicíny.

Dr. M. Palát, Bratislava

A. MENNE

EINFÜHRUNG IN DIE METHODOLOGIE

Úvod do metodologie: elementárne všeobecné vedecké metódy myslenia
Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt, 2. prepr. vyd. 1984
ISBN 3-534-05251-X

Autor útlej knižky prof. A. Menne je riaditeľom Filozofického ústavu a vedúcim pracovnej skupiny pre logiku na bochumskej univerzite. V zhustenej, ale elegant-

ne a jasne štylizovanej forme podáva prehľad o zásadách vedeckého myslenia.

Po stručnom historickom úvode sa venuje kľúčovému pojmu každej vedy, totiž

„definícií“ a jej rôznym variantom. Potom nasleduje kapitola o rozlišovaní (a rozlíšiteľnosti, totožnosti a pod.) a o triedení, kategorizácii a „poriadku“. Štvrtá kapitola je výkladom heuristiky a definuje ju ako náuku o metódach získavania vedeckých poznatkov: zdôrazňuje špecifickosť konkrétnych disciplín a stručne vymenúva hlavné možné prístupy. Potom nasleduje kapitola o odôvodňovaní, t. j. o dokazovaní, o dôkaze pravdivosti alebo nesprávnosti nejakého tvrdenia, o pravdepodobnosti atď. Posledná, šiesta kapitola hovorí o všeobecnom postupe každej výskumnej práce, pričom sa kladie dôraz na potrebnú pružnosť [rozumie sa dotyčného bádateľa!] a vysvetľuje pojmy ako otázka, problém, hypotéza, teória, model, vedecký jazyk a intuícia.

Celé dielo je charakterizované presnými a jasnými formuláciami, ako aj snahou preniesť túto presnosť aj na čitateľa, nech by pracoval v akomkoľvek odbore. Aj početné príklady — stručné ale vysoko ilustratívne — sú interdisciplinárne zostavené. O úspechu knihy svedčí aj to, že necelé štyri roky po prvom vydaní (medzitým preloženom do poľštiny) sa ukázala potreba vydania ďalšieho. Nejde o odychové čítanie, ale štúdium tohto „úvodu“ rozhodne pomôže očistiť mentálne inštrumentárium každého logického myslenia. Aj pracovník, ktorý nepracuje priamo vo výskume, z neho čerpá bohaté všeobecno-metodologické poznatky správneho myslenia.

Doc. R. Štukovský, CSc., Bratislava

B. K. ZIMMERMAN

BIOFUTURE. CONFRONTING THE GENETIC ERA

Biologická budúcnosť. Konfrontácia s genetickou érou.

Plenum Press, New York, London, 1984

ISBN 0—306—41315—9

Francis Crick, laureát Nobelovej ceny za objavenie dvojitej hélíovej štruktúry deoxyribonukleínovej kyseliny napísal predhovor k zaujímavej, pre širokú verejnosť určenej publikácii o budúcnosti biológie, ktorú vydal vo vydavateľstve Plenum Press v New Yorku roku 1984 dr. Zimmerman, známy autor vedeckých prác určených predovšetkým pre laickú verejnosť. Predmetom tejto novej knihy dr. Zimmermana je oblasť prenosu genetickej informácie nebezpečenstva, ktoré vyplýva zo zneužitia týchto prenosov, a budúca perspektíva vo vývoji genetiky, predovšetkým z hľadiska možného praktického využitia.

Kniha má 4 kapitoly a epilóg. Je doplnená jednak presnou históriou a súčasným stavom molekulárnej a bunkovej biológie, jednak poznámkami a poukazmi na literatúru, ktorú autor použil pri spracovávaní jednotlivých kapitol a podkapitol. Vecný register ukončuje túto zaujímavú a moderne napísanú a informujúcu knižku.

Cieľom autorovej práce bolo prístupným spôsobom poukázať na príslušný vývoj, súčasný stav a perspektívy súčasnej genetiky — odboru, ktorý v relatívne krátkom čase zaznamenal rýchly rozvoj spojený

s celým radom technologických, odborných, etických a morálnych problémov. Autor sa veľmi dobrým spôsobom a logickým uvádzaním faktov vysporiadal s touto ťažkou úlohou. Výsledkom je kniha, ktorá poukazuje na jednotlivé aspekty a vyhraneným spôsobom sa zaoberá práve tými, ktoré predstavujú jadro veci. Čitateľ s plným sústredením vníma jednotlivé kapitoly a aj keď nie je informovaný detailne o genetických problémoch, s plným zaujatím sleduje „dobrodružnú“ cestu charakterizujúcu jednotlivé kroky výskumu a aplikácie genetických poznatkov v súčasnom živote. Niektoré ilustrácie a obrázky dopĺňajú jednotlivé kapitoly, čím sa text stáva zrozumiteľnejším.

Kniha je dobrá, poukazuje ilustratívnym spôsobom na oblasť súčasnej genetiky, všíma si prednosti a nebezpečenstvám, ktoré prinášajú výskumom získané poznatky, a poukazuje aj na tú oblasť, ktorá vyžaduje pevné eticko-morálne postoje, aby sa tieto poznatky, z ktorých mnohé prinášajú pokrok pre ľudí, nestali nebezpečím hroziacim pri ich zneužití práve ľuďom.

Dr. M. Palát, Bratislava

W. HOLLMAN, R. ROST, B. DUFAUX, H. LIEBEN
PRÄVENTION UND REHABILITATION VON HERZ—KREISLAUFKRANKHEITEN DURCH KÖRPERLICHES TRAINING

Prevenencia a rehabilitácia kardiovaskulárnych ochorení telesným tréningom

Hippokrates Verlag, Stuttgart 1983, 2. prepr. vyd.
ISBN 3—7773—0577—4

Prevenčii a rehabilitácii kardiovaskulárnych ochorení sa v posledných 20 rokoch venuje mimoriadna pozornosť. Je to preto, že stúpa tak morbidita, ako aj mortalita na tieto choroby.

Celý rad publikácií, monografií, ale aj časopiseckých prác sa zaoberá touto problematikou z hľadiska experimentálneho, klinického alebo metodologického. Kolektív autorov pod vedením prof. Hollmanna z Ústavu pre výskum krvného obehu a športového lekárstva Nemeckej vysokej športovej školy v Kolíne pripravil už druhé vydanie pozoruhodnej publikácie o otázkach prevencie a rehabilitácie kardiovaskulárnych ochorení, s osobitným zameraním na telesné zaťaženie a tréning. V jednotlivých kapitolách autori tejto nie veľmi rozsiahlej monografie sa zaoberajú všeotkými otázkami, ktoré zaujímajú odborníkov v príslušnej oblasti, ale aj ostatných lekárov. Kniha má celkom 24 kapitol,

rozsiahly prehľad literatúry a vecný register. Početné grafy, obrázky a tabuľky dokumentujú text jednotlivých kapitol a zdôrazňujú niektoré diskutované otázky na základe experimentálnych a klinických prác. Prvé dve kapitoly sú venované otázkam epidemiológie, v ďalších sa hovorí o základoch telesných cvičení ako prototypu tréningového programu. Pozoruhodné sú niektoré kapitoly, ktoré rozoberajú vplyv určitých foriem telesného zaťaženia na rizikové faktory, a iné, ktoré slúžia ako model pre použitie v oblasti kardiologickej rehabilitácie. Posledná časť knihy venuje pozornosť pacientom po infarkte myokardu, problematike pohybovej liečby a otázkam funkčného posúdenia kardiovaskulárneho systému námahovými testmi.

Zaujímavé sú aj kapitoly, ktoré hovoria o vplyve rôznych farmako-dynamických látok na telesný tréning.

Dr. M. Palát, Bratislava

A. CARMÍ, E. CHIGIER, S. SCHNEIDER
DISABILITY

Springer Verlag, Berlin — Heidelberg — New York — Tokyo 1984
ISBN 3 — 540 — 13421 — 2

Nakladateľstvo Springer Verlag vydáva v edičnom rade venovanom zdravotníckemu právu monografiu venovanú problematike disaptibility. Ide o pozoruhodnú publikáciu, ktorú pripravili do tlače prof. Carmí, Chigier a Schneider v spolupráci s celým radom ďalších autorov, ktorí sa zaoberajú čiastkovou problematikou tohto okruhu. Kniha má 5 častí. V úvodnej časti sa diskutuje o otázkach disaptibility zo všeobecného hľadiska a poukazuje sa na publikáciu Svetovej zdravotníckej organizácie z roku 1980, ktorá sa zaoberá definíciami jednotlivých stavov telesného poškodenia a medzinárodnou klasifikáciou porúch, disaptibility a handicapu (táto publikácia SZO vyšla v českom preklade ako Supplementum č. 28 časopisu Rehabilitácia v roku 1984).

V ďalších troch častiach autori jednotlivých kapitol diskutujú o otázkach disaptibility a zákonných podkladoch disaptibility a medicíny, o problematike medicínsko-legálnych aspektov.

Záverečná časť prináša formou epilógu pohľad na 80. roky, ktoré predstavujú dekádu postihnutých.

Problematike disaptibility sa venuje veľká pozornosť, predovšetkým z hľadiska lekárskeho a sociálneho. Podnetom k tomu bol predovšetkým Medzinárodný rok invalidov 1981. Publikácia, ktorú vydávajú Carmí, Chigier, Schneider, poukazuje na iné aspekty tohto základného problému modernej spoločnosti. Aj keď názory vyjadrené v jednotlivých kapitolách poukazujú na mnohotvárnosť, monografia je veľmi cenným príspevkom práve z hľadiska globál-

neho pohľadu. Prináša celý rad podnetov, poukazuje na niektoré závažné aspekty invalidity, disaptibility a handicapu. Bude určite vítaným príspevkom pre každého,

kto sa stretáva s touto oblasťou — teda aj pre rehabilitačných odborníkov.

Dr. M. Palát, Bratislava

SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ

III. PRACOVNÍ KONFERENCE SEKCE ERGOTERAPIE ČESKÉ REHABILITAČNÍ SPOLEČNOSTI

Ve dnech 10. — 11. 1985 se konala v Rehabilitačním ústavu čsl. st. lázní Karviná—Hranice III. pracovní konference sekce ergoterapie České rehabilitační společnosti na téma „návaznost léčebné a pracovní rehabilitace“. Konference se zúčastnilo asi 140 účastníků a bylo předneseno 22 referátů, k nimž se rozvinula bohatá diskuse.

V úvodním referátu prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc., z katedry léčebné rehabilitace FVL UK Praha hovořil na téma Teorie návaznosti léčebné a pracovní rehabilitace. Vertikální rehabilitace, převážně léčebná, pečující o pacienta v časně době po vzniku postižení, je v ČSSR poměrně dobře zajištěna. Řízení horizontální rehabilitace, která má na starosti péči o postižené osoby — rehabilitanty až do jejich plné integrace do společnosti, je u nás roztržena mezi několika ministerstev a organizací a plynulá péče o rehabilitanta je tím značně znesnadněna. K správnému začlenění rehabilitantů chybí ergodiagnostika a výcvik pro povolání, jež musí zajišťovat tým odborníků, kteří však zatím pracují v rehabilitaci jen výjimečně. Důležitým činitelem v obou typech rehabilitace je ergoterapie, která v ČSSR stále není dostatečně rozvinuta a nemá dostatečně kvalifikované pracovníky. Rehabilitační program je nejlépe uskutečňovat na samostatných lůžkových rehabilitačních odděleních. Ergoterapie je na takovýto oddělení důležitější než LTV a je zaměřena na ergodiagnostiku. LTV je užívána více jako závažná z hlediska fyzického výkonu. Pracovní začlenění zdravotně postižených osob na vybraná chráněná místa v závodech nebo do chráněných provozů výrobních

družstev invalidů nebo výrobních podniků Svazu invalidů META a INTEGRA, které jsou ekonomicky motivovány pro přijímání zdravotně postižených osob. Na tyto výrobní podniky a družstva je třeba soustředit především pozornost moderních rehabilitačních oddělení při složitě ergodiagnostické práci.

Dále vystoupili zástupci MPSV ČSR MUDr. F. Třebický, MUDr. J. Škach a s. A. Šmicrová. Pro správně prováděnou pracovní rekomandaci osob se ZPS je odpovědně prováděné ergodiagnostické hodnocení těchto osob na rehabilitačních odděleních nezbytné. Realizování pracovní rehabilitace je uloženo všem resortům předsednictvem vlády ČSR č. 241/P z 18. 8. 1982 a jeho směr udává *Plán rozvoje péče o invalidní občany do r. 1991*. Následkem snah o zefektivnění národního hospodářství se zhoršuje situace v možnostech a počtu pracovních příležitostí pro občany se ZPS, je třeba hledat nové vhodné výrobní programy. Nevyřešeným úkolem je zajišťování rekvalifikace, zvláště u osob, u nichž již původní kvalifikace byla nedostatečná nebo vůbec žádná. Závažným problémem v zaměstnávání osob ZPS a TZP je zajišťování domácí práce. Koordinanční porada předsedy České odborové rady, ministra zdravotnictví a ministra práce a soc. věcí ČSR v únoru 1982 uložila ve dvou krajích ověřit experimentálně pracovní rehabilitaci v podmínkách velkého závodu. Podle současných předpisů lze pracovní rehabilitaci realizovat v době trvání pracovní neschopnosti za předpokladu, že se tak stane na základě doporučení koordinanční rehabilitační komise ve složení: posudkový lékař, st. zdrav. správy, rehab. lékař, záv. lékař,

zástupce závodu a jeho odborové organizace a posudkový lékař soc. zabezpečení. Během ní je možné čerpání nemocenských dávek v plném rozsahu vč. jejich možného prodloužení. Náklady tohoto experimentu je možné řešit využitím prostředků regresních náhrad. Rozhodujícím předpokladem práce koordinačních komisí musí být odpovídající úroveň ergodiagnostiky.

MUDr. I. Hadraba, CSc. zdůraznil nezbytnost vysoké úrovně ortopedické protetiky, bez níž v některých případech není vůbec možné hovořit o sociální a pracovní integraci tělesně postižených osob.

MUDr. V. Kříž (Rehabilitační ústav Kladruby) hovořil o možnostech účasti pracovišť léčebné rehabilitace na návaznosti léčebné a pracovní rehabilitace. Hlavní úkoly má zde to rehabilitační oddělení, které se nachází v jednom územním celku s postiženou osobou. Roční činnost komisí pro Mezinárodní rok invalidů, které byly zřízeny stranickými a vládními orgány, jež byla realizována národními výbory, ukázala, že je možné řešit i některé složité problémy lepším porozuměním odborníků jednotlivých resortů. Potvrdil se tak celospolečenský charakter rehabilitace a nutnost rozvíjení a šíření rehabilitačního myšlení v celospolečenské sféře, které dosud chybí. K tomu je třeba zajistit potřebnou informovanost všech pracovníků v terénu, kteří mají zákonná opatření uvádět do praxe.

Sociální pracovnice RÚ Kladruby, s. Daňková, uvedla konkrétní příklady, kdy se nepodařilo tělesně postiženého invalidního občana začlenit do pracovního procesu vinou nedostatečné práce odborů sociálních věcí a zdravotnictví ONV.

MUDr. Z. Novotný z Nových lázní Teplice, zdůraznil zaměření léčebné rehabilitace DMO dětí na neprofesionální přípravu a uvedl příklady špatné práce koordinačních rehabilitačních komisí při volbě povolání dětí s DMO. Koordinovaná péče o postižené děti končí evidencí, výběr povolání pro mladistvé se ZPS je značně omezen, trvá řadu let na stejné úrovni, jakoby se technický pokrok zastavil. Závody nejsou ochotny provést úpravu pracovních míst; tato úprava se nyní začala provádět v chráněných provozech VDI. Přesto z dětí, které prošly léčebnou v posledních letech, je 85 % je-

dinců pracovníě začleněno. Okruh povolání je velmi široký, mnozí pracují úspěšně v oborech vyčleněných podle směrnic jen pro zdravé osoby. Zde opět je jasné, že pomůže pouze odpovědně prováděná ergodiagnostika.

S. Pololáníková hovořila o zkušenostech z práce ÚSP pro TP mládež v Brně a shodla se s názory a zkušenostmi z Teplíc. Upozornila na kompenzační pomůcku „tykadlo“, která se upevňuje na obrub brýlí a umožňuje psát pohybem hlavy dětem s těžkou funkční poruchou oboch HK namísto dříve prováděného psaní ústy.

O možnostech a perspektivách chráněných pracovních a životních podmínek pro psychotické pacienty hovořili pracovníci z psychiatrické léčebny v Kroměříži (MUDr. V. Mikula, CSc., PhDr. J. Rak, PhDr. Šubrtová) a z psychiatrické léčebny v Praze 8 — Bohnicích (MUDr. Slavíková, J. Fürst). V obou ústavech se ergoterapie, která zde má dlouholetou tradici, zaměřuje v posledních letech na zavedení odstupňovaného systému chráněných pracovních a životních podmínek. V Kroměříži se tento systém uplatňuje u skupiny pacientů se schizofrénní psychózou. V rámci léčebny pacienti navštěvují dílny pracovní terapie, pak výukové dílny, posléze docházejí na extramurální chráněná pracoviště ve St. zámku Kroměříž, OPP Kroměříž a dojíždějí do Morkovic do výrobního družstva Zařev. Pacienti jsou na tato pracoviště zařazováni během hospitalizace. Dalším krokem bude plánovaná péče o tyto pacienty po propuštění z ústavu.

V Bohnicích bude pro tento účel zřízen denní stacionář, kde budou psychotici zaměstnáni a dále vedeni k samostatnosti v péči o vlastní osobu a domácnost tak, aby byli postupně schopni samostatné existence. Bude podporováno a organizováno vytvoření nové komunity, která bude mít za úkol udržovat sociální vztahy a zamezit izolaci, do které tyto pacienti po skončení hospitalizace většinou upadají. Extramurální práce psychotiků se v Kroměříži osvědčila také proto, že se stala přínosem pro informovanost laické veřejnosti o duševně nemocných a má vliv na správný přístup k nim.

Další skupinu referátů přednesli odborní pracovníci z výrobních družstev invalidů a výrobního podniku Svazu invalidů META. Na těchto pracovištích je snaha

o provádění ergodiagnostického hodnocení nových pracovníků i nových výrobních programů. Pro mentálně postižené jsou zakládány zácvikové dílny, kde jsou postižení dlouhodobě sledováni, hodí-li se pro zařazení na práci v plánovaném výrobním procesu. Chráněné provozy VDI i METY pečují i o sociální stránku svých zaměstnanců, o kulturní využití sportovní, aktivitu i rekreaci a zřizují u provozoven mini-rehabilitační oddělení, kde poskytují kondiční rehabilitační terapii. META se soustřeďuje při výběru svých výrobních a pracovních programů na osoby se ZPS a TZP. Kromě oboru programátor pražské METY je pro středoškolsky a vysokoškolsky vzdělané invalidní osoby zřízeno v Ostravě Středisko duševních činností. Pro tyto náročné obory zajišťuje META i rekvizifikaci. Také při personálním vybavení těchto chráněných provozů je nedostatek odborníků se zaměřením na ergodiagnostiku.

Zástupkyně úseku ergoterapie z RÚ Hrabyně, Karviná a Kladruby zhodnotily, jak může současná ergoterapie plnit úkoly, které se od ní nyní požadují. Shodly se na tom, že úseky ergoterapie mohou dobře plnit úkol výcviku pacientů k soběstačnosti a úkol provádět cílenou pohybovou léčbu pacientů. Z funkčních hodnocení pro potřebu pracovního začlenění se provádí hodnocení soběstačnosti v sebeobsluze, denních činnostech, dorozumívání a samostatné lokomoci při cestování, hodnocení úchopové schopnosti ruky, hodnocení pracovní vytrvalosti v pracovních polohách. Tato hodnocení však nejsou sjednocena a pro potřebu ergodiagnostiky nepostačují. Denní zatížení pacienta není dostatečně dlouhé a zaměřené na potřebu pro-

fese, kterou bude pacient vykonávat, takže testování pracovní výkonnosti nemůže být objektivní. Pro erudovaně provedené testování pracovní zdatnosti v rámci léčebné rehabilitace je třeba rozšířit rehabilitační tým o odborné pracovníky v profesiografii. V tomto směru je třeba také doplnit vzdělávání ergoterapeutek. Je třeba znovu uvažovat o zřízení speciální školy pro ergoterapii podobně jako je tomu v jiných zemích s vysokou úrovní rehabilitační péče (napr. v sousední NDR). Obor ergoterapie je vhodným profesním oborem pro osoby se ZPS.

Na konferenci byl dále předložen návrh norem vybavení úseků ergoterapie na různých stupních ŮNZ. Návrh spracovaly s. Klusoňová z RÚ Hrabyně a s. Pěkná z RÚ Kladruby podle připomínek z různých pracovišť. Normy by se týkaly složení rehabilitantů, personálu, úkolů úseků ergoterapie, vybavení ZP a DKP a rozsahu pracovní náplně pro funkci ergoterapeutika.

Závěrečné usnesení obsahuje tyto zásadní body:

1. Je třeba rozvinout činnost územních koordinačních rehabilitačních komisí.
2. Úkoly úseků ergoterapie při NsP je třeba doplnit o ergodiagnostiku.
3. Je třeba doplnit rehabilitační týmy o další odborníky s profesiografickým zaměřením.
4. Je třeba zřídit speciální odbornou školu pro ergoterapeutky, která by se stala současně jednou ze středních odborných škol pro OZPS.
5. Je třeba vyřešit otázku vybavení úseků ergoterapie speciálními přístroji, které se v ČSSR nevyrábějí.

Jarmila Pěkná,
Sekce ergoterapie ČRS

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

V dňoch 18. — 23. marca 1985 sa uskutočnili záverečné skúšky pomaturitného špecializačného štúdia na úseku práce liečebná telesná výchova. Skúšky sa konali na školiacej báze katedry rehabilitačných pracovníkov Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave.

Záverečné skúšky úspešne ukončilo 19 poslucháčov:

Bystrianská Anna
Blašková Viera
Čerevka Michal
Daníhelová Margita
Deáková Jana
Dorociaková Marta
Horváthová Darina
Hricová Rozália
Chlpekova Marta
Ilenáková Helena
Jankajová Viera
Kozolková Eva
Masaryková Darina
Podobenová Melánia
Poljaková Valéria
Pisztonová Terézia
Štroncerová Alžbeta
Tichá Lýdia
Vaská Eva

OÚNZ Lučenec
OÚNZ Rimavská Sobota
MÚNZ Košice
NsP Nová Baňa
OÚNZ Rimavská Sobota
OÚNZ Žilina
ŠÚNZ Bratislava
OÚNZ Spišská Nová Ves
Čs. št. kúpele Bojnice
MÚNZ Bratislava
NsP Snina
Čs. št. kúpele Dudince
OÚNZ Topoľčany
OÚNZ Poprad
FNsP Martin
OÚNZ Nové Zámky
ZÚNZ Košice — Šaca
Čs. št. kúpele Sliač
ÚNZ Bratislava

M. Štefíková, Bratislava

INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNI MEDICÍNY

u s p o ř á d á

**při příležitosti 15. výročí vzniku IKEM
pod záštitou ministerstva zdravotnictví ČSR,
prof. MUDr. Jaroslava P r o k o p c e, CSc.**

a ve spolupráci s Českými a Slovenskými společnostmi
chirurgickou, internistickou, kardiologickou, nefrologickou a SZP
Československé lékařské společnosti J. E. Purkyně

ve dnech 4. — 5. prosince 1985

ve Společenském sále Paláce kultury v Praze 4

VI. VĚDECKOU KONFERENCI IKEM

PROGRAM KONFERENCE

4. 12. ● Současné možnosti prevence nejzávažnějších srdečních a cévních onemocnění
- Diagnostika ischemické choroby srdeční
 - Léčení ischemické choroby srdeční
 - Tepenná onemocnění
- Paralelní sekce pro SZP — Intenzivní péče
5. 12. ● Srdeční vady a kardiomyopatie
- Transplantace srdce
 - Transplantace pankreatu a diabetes
 - Nedostatečnost, selhání a náhrada funkce ledvin

aktuality aktuality

V posledných desaťročiach dochádza k explózii publikácií v oblasti medicíny. Pozoruhodným aspektom je, že publikáciu uverejňuje vždy viac autorov. Niekedy sa nedá rozhodnúť, kto je prvým autorom, ani aké je poradie autorov a účasť jednotlivých autorov na príslušnej publikácii. Z toho vyplýva, že sa nedá spoľahlivo rozhodnúť, aký podiel majú jednotliví autori na kvalite práce a aká je individuálna zodpovednosť jednotlivých autorov v porovnaní so spoluautormi. Nie sú vypracované pravidlá na určenie poradia účasti jednotlivých autorov na vedeckých publikáciách. V určitých inštitúciách a na určitých klinikách sa postupuje podľa tradície „Noblesse oblige“ — teda sa uvedie riaditeľ alebo prednosta na každej práci, bez ohľadu na to, či mal na nej aktívnu účasť. Zvyčajne sa uvádza na poslednom mieste. Zdá sa, že problém multiautorstva je ťažké vyriešiť.

(S. D. Mouloupoulos a spol., Brit. med. J., 287, 1983, 6405, s. 1569 — 1570, 1608 — 1610).

Autori opisujú u 6-ročného dievčatka s familiárnou hypercholesterolémiou, vysokými hodnotami cholesterolu a vážnym poškodením srdca transplantáciu pečene so súčasným transplantovaním srdca. Obidve transplantácie sa urobili operáciou trvajúcou 16 hodín. Štyri mesiace po zásahu bol nález na srdci a pečeni normálny.

(T. E. Starzl a spol., Lancet 1984/I, 8, 391, s. 1382)

V priebehu 6 rokov sledovala skupina pracovníkov z univerzity v Southamptone výskyt morbus Perthes u detí vo veku do 14 rokov. Výskyt ochorenia jednoznačne koreluje so sociálnym pôvodom, vo vyšších sociálnych vrstvách je výskyt 7,7 a vo vrstvách s nízkym sociálnym štandardom 26,3 na 100 000 detí. Autori sú toho názoru, že podvýživa môže predstavovať čiastočnú príčinu pre vznik morbus Perthes.

(A. J. Hale a spol., Brit., Med. J., 287, 1983, 6407, s. 1757 — 1759)

Autor (L. W. Wale) jedného zaujímavého článku píše: „Keď vedci robia kariéru, sú menej často tvorivo činní a ďaleko častejšie sa vyskytuje ich meno ako spoluautora. Táto skutočnosť odráža skôr inštitucionálne postavenie, než vedeckú kvalifikáciu.“

Druhý autor (J. R. A. Mitchell) podáva k problému multiautorských publikácií zaujímavý návrh: „Všetci potenciálni autori vedeckej publikácie, vrátane šéfa, by si mali položiť túto otázku: Mohol by si zajtra prednášať na významnom kongrese všetky výsledky, keby všetci spoluautori náhle ochoreli? Kto odpovie na túto otázku áno — je autorom, kto povie nie — dostáva poznámku uznania.“

(L. W. Wale, J. R. A. Mitchel, Brit. med. J., 287, 1983, s. 1794 — 1798)

aktuality aktuality

V posledných rokoch sa propagovalo značné zníženie obsahu oxidu uhoľnatého v cigaretách. V štúdií z Anglicka sledovali 18 000 mužov vo veku medzi 40 až 64 rokmi života. V konečnej fáze vyhodnotili 4900 fajčiarov, ktorí preferovali cigarety so spomenutým znížením obsahu oxidu uhoľnatého. Výsledky sú protichodné. Ak sa analyzujú rôzne faktory so známym vplyvom na ochorenie kardiorepiračného systému, ako sú vek, povolanie, spotreba cigariet a obsah dechtu v cigaretách, potom u fajčiarov cigariet s vysokým obsahom oxidu uhoľnatého sa znížila úmrtnosť na koronárnu chorobu o 32 %, ale zvýšila sa úmrtnosť na rakovinu pľúc o 49 % (hodnoty však neboli štatisticky významné).

Ešte zaujímavejší je iný výsledok. Fajčiari, ktorí inhalovali cigarety s vysokým obsahom oxidu uhoľnatého, mali nižšiu úmrtnosť na následok koronárnej choroby srdca o 51 % (signifikantný výsledok), ale úmrtnosť na rakovinu pľúc vyššiu o 75 percent v porovnaní s osobami, ktoré fajčili cigarety s nízkym obsahom oxidu uhoľnatého.

[C. Borland a spol., Brit. Med. J. 287, 1983, 6405, s. 1583 — 1586]

Autor dr. Gee opisuje smrť pacienta po aplikácii akupunktúry. Išlo o štíhlu pacientku so svalovým reumatizmom v oblasti chrbta, prvýkrát liečenú akupunktúrou. Ihly boli zavedené po obidvoch stranách chrbtice. Pacientka si sťažovala na dušnosť, kolabovala a zomrela. Pri pitve sa zistil vpich až do pleura visceralis, kolaps ľavých pľúc, obojstranný pľúcny emfyzém, chronická bronchitída a osteoartróza dolných hrudných stavcov.

Ako ukazuje táto správa, akupunktúra pri súčasnom pľúcnom ochorení môže viesť k vážnym komplikáciám.

[D. J. Gee, Brit. Med. J., 288, 1984, 641, s. 114]

Podľa nálezov americkej pracovnej skupiny dr. Galloa je príčinou AIDS vírus HTLV — III.

Práca predstavuje štúdiu, keď autori zistovali protilátky proti bielkovine tohto vírusu. Test vyšiel pozitívne u všetkých 34 pacientov s AIDS. Podobné výsledky získali u 16 z 19 pacientov s lymfadenopatiou, o ktorej sa predpokladá, že predstavuje syndróm pred vývojom AIDS. Oproti tomu u zdravých homosexuálnych mužov zistili tieto protilátky u 3 z 14 a u zdravých mužov nezistili tieto protilátky vôbec.

[B. Safai a spol., Lancet 1984/I, 8, 392, s. 1438]

Autor opisuje prípad 56-ročného pacienta s diabetes mellitus, u ktorého zaviedli diétu 10 dní po začiatku užívania nifedipínu (antagonista kalcia, v dávke 20 mg denne). Na kliniku bol prukázaný pre únavnosť, polyúriu a vzostup glukózy v krvi v 555 mg/%. Nifedipín mu vysadili a nasadili inzulín. V priebehu 2 mesiacov došlo k redukcii dávok inzulínu až k jeho úplnému vysadeniu. Podobný priebeh sa zopakoval u ďalšieho pacienta. Zdá sa, že nifedipín a verapamil vedú k útlmu sekrécie inzulínu, a preto je potrebná opatrnosť pri indikáciách, ak ide o terapiu antagonistami kalcia.

[S. K. Bhatnagar, Brit. med. J. 289, 1984, 6434, s. 19]