

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

3

SÚBOR PRÁC
VENOVANÝCH K ŽIVOTNÉMU JUBILEU

prof. MUDr. JANA PFEIFFERA, DrSc.

a

prof. MUDr. VLADIMÍRA JANDU, DrSc.

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

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

Rehabilitácia

Časopis pre otázky liečebnej a pracovnej rehabilitácie

VYDÁVA:

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

VEDÚCI REDAKTOR:

Doc. MUDr. RNDr. Miroslav Palát, CSc.

TAJOMNÍČKA REDAKCIE:

Viera Reptová

REDAKČNÝ KRUH:

Vlasta Bortlíková, Zuzana Brndiarová, Eva Dobrucká, prof. MUDr.
Zdeněk Fejfar, DrSc., Božena Chlubnová, MUDr. Vladimír Kříž,
doc. MUDr. Štefan Litomerický, CSc., MUDr. Myrón Malý, doc.
MUDr. RNDr. Miroslav Palát, CSc. (predseda redakčného kruhu),
prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc., Jana Raupachová, doc. MUDr.
Vladimír Raušer, CSc., MUDr. Jaroslava Smolíková, MUDr. Jaro-
mír Stříbrný, MUDr. Miroslav Tauchmann.

GRAFICKÁ ÚPRAVA:

Melánia Gajdošová

REDAKCIA:

Kramáre, Limbová 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
zahranicia prijíma PNS – Ústredná expedícia a dovoz tlače, Gottwal-
dovo nám. č. 6, 813 81 Bratislava

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

Indexné číslo: 49 561

Imprimatur: 2. augusta 1988

Číslo vyšlo v auguste 1988

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK XXI/1988

ČÍSLO 3

*Venované
k životnému jubileu*

prof. MUDr. JANA PFEIFFERA, DrSc.

a

prof. MUDr. VLADIMÍRA JANDU, DrSc.

Z príležitosti životného jubilea venované prof. MUDr. Janovi Pfeifferovi, DrSc. a prof. MUDr. Vladimírovi Jandovi, DrSc. s pocitom priateľstva a hlbkej úcty k tomu, čo vykonali pre to, aby rehabilitácia ako odbor i ako smer medicínskeho myslenia pevne zakotvila v štruktúre moderného zdravotníctva. Obaja boli v radoch tých, ktorí formovali spolu s inými základy modernej rehabilitačnej starostlivosti a ktorí prispeli svojim dielom k vývoju rehabilitácie.



Prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc. 60 ročný

Strohé údaje hovoria, že prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc. sa dožíva 17. 4. 1988 šesťdesiatich rokov, že po štúdiu na gymnáziu v Třeboni sa dal zapísať na Lekársku fakultu Karlovej univerzity v Prahe a po jej absolvovaní v roku 1952 sa dostal ako lekár na detské a neuroinfekčné oddelenie v Tepliciach. Odtiaľ jeho dráha smerovala do Jedličkovho ústavu v Prahe a na Neurologickú kliniku prof. Hennera, kde už od roku 1960 postupne pracoval ako sekundár, odborný asistent, docent a neskôr profesor neurológie so zameraním na rehabilitáciu – to už videl katedru rehabilitácie Fakulty všeobecného lekárstva Karlovej univerzity v Prahe. Toto sú priesečníky životnej a profesionálnej dráhy profesora Pfeiffra.

Odborná neurologická a rehabilitačná verejnosť, ktorá pozná prof. Pfeiffera ako vysoko erudovaného, klinicky zameraného neurológa a nadšeného priekopníka moderných smerov rehabilitačného lekárstva v jeho najrozmanitejších podobách – začínajúc telesne postihnutými, pokračujúc širokou oblasťou modernej ergodiagnostiky a ergoterapie a dotýkajúc sa nesmierne dôležitých otázok využitia modernej techniky v rehabilitácii – váži si prof. Pfeiffera ako odborníka s medzinárodným profilom. Je členom niekoľkých zahraničných odborných spoločností a je vždy vítaným účastníkom na medzinárodných kongresoch a konferenciách, kde nielen počúva, ale aj stimulačne aktivuje mnohé jednania týchto podujatí. Medzinárodné vzťahy utvárajú pre prof. Pfeiffera rámec na bohatú výmenu poznatkov a skúseností. Jeho osobný príspevok v oblasti terminológie v rehabilitácii, tak ako sa realizuje v spolupráci s Nemeckou demokratickou republikou, je dôkazom tvorivého prístupu v takej dôležitej oblasti, ako je moderná terminológia.

Profesionálnu a odbornú činnosť jubilanta iste zhodnotia iní a lepšie. V malej remiscencii dovoľujem si akcentovať iné črty prof. Pfeiffera. Je dlhodobým funkcionárom Českej a Československej rehabilitačnej spoločnosti, je dlhodobým spolupracovníkom Českej neurologickej spoločnosti. Táto činnosť pre rehabilitáciu znamená pre prof. Pfeiffera jednu zo základných povinností – povinnosť zodpovedne udržať a udržiavať úroveň vedeckých a odborných informácií na medzinárodnej úrovni a týmto informáciám umožniť, aby sa dostali do širokej praxe. Pfeiffer nie je odborník v uzavretej pracovni, Pfeiffer je odborník praxe. Spomínam si na mnohé diskusie, v ktorých prof. Pfeiffer presadzoval a presadil mnoho dobrých myšlienok práve pre širokú prax. Je to predovšetkým jeho láska – ergodiagnostika, praktickou konzekvenciou je utvorenie fungujúceho ergodiagnostického laboratória, jedného z prvých, ak nie vôbec prvého v našej republike. Iným prakticky modulovaným okruhom je klasifikácia postihnutí – sám významne prispel k jej formulovaniu, ale najmä k jej realizácii v rehabilitačnej praxi, kde ako jeden z prvých dôsledne zaviedol a dôsledne používa niektoré prvky zatiaľ nie všeobecne prijatej Woodovej klasifikácie, s ktorou sa identifikovala Svetová zdravotnícka organizácia.

Profesor Pfeiffer má rád ľudí, má rád prírodu, chodí rád do galérií, rád navštevuje divadlá a má rád prácu. Veľmi mnoho by bolo možné povedať o jeho ľudskom profile, o profile ako občana tohto štátu – jeho práca s mládežou je všeobecne známa a korene má v mladých rokoch, keď ako mladý študent poznával život okolo seba a neskôr tieto poznatky formoval do oblasti práce pre mládež a s mládežou.

Pri životných jubileách sa vyslovujú aj želania pre jubilantov. Aj my máme príležitosť vysloviť náš vinný z príležitosti významného životného jubilea prof. dr. Jana Pfeiffera, DrSc.: prajeme mu dlhé roky, plné konkrétnej a uspokojujúcej práce, život bez kazov a s pozitívne riešenými problémami – bez problémov totiž nie je život životom – a veľa úspechov v ďalšej činnosti pre československú rehabilitáciu. História preverí, že práve prof. Pfeiffer ju spoluformoval. Prajeme mu ďalšie radosti, ktoré predstavujú soľ života, radosť v prírode a pre prírodu, radosti v rodine a pre rodinu a radosti v dennom zhone a ruchu, pretože tvorivý zhon a konštruktívny ruch sú pre život pozitívnymi hodnotami.

Milý Honzo, osobne si želim, aby naše priateľstvo, ktoré trvá mnoho rokov, vydržalo práve v takej intenzite a tvorivej atmosfére, ako je to doteraz, aby naša spolupráca prinášala ďalšie pozitívne projekty pre oblasť, ktorej sme sa upísali už v našich mladších rokoch, aby sa naše vzťahy stali prototypom vzťahov, ktoré umožňujú aj pri názorovej diferencii nájsť integrujúci model, vyjadrujúci pokrok vo forme i v obsahu.

Ad multos annos!

Mirek Palát



PROF. MUDr. VLADIMÍR JANDA, DrSc. ŠEDESÁTNIKEM

Ač to zní neuvěřitelně, dne 19. dubna letošního roku se dožívá prof. MUDr. Vladimír Janda, DrSc. šedesáti let.

Rodák z Prahy, maturoval s vyznamenáním na reálném gymnasiu v Kolíně v roce 1947. Potom studoval na Fakultě všeobecného lékařství Univerzity Karlovy v Praze a studium ukončil promocií v roce 1952. V roce 1963 obhájil kandidátskou práci a byla mu udělena hodnost kandidáta lékařských věd. V roce 1965 obhájil habilitační práci a téhož roku mu byla udělena hodnost docenta pro obor neurologie. V září 1980 obhájil doktorskou disertační práci a obdržel titul doktora lékařských věd. V roce 1983 pak byl jmenován profesorem neurologie.

V roce 1957 získal atestaci I. stupně z neurologie, později pak specializaci II. stupně z neurologie a nástavbovou specializaci z fyziatrie, balneologie a léčebné rehabilitace.

Po promocii nastoupil jako sekundární lékař Československých státních lázní v Jánkových Lázních. Záhy však od 23. února 1953 přišel do Fakultní nemocnice v Praze 10, kde pracoval zprvu jako sekundář, později starší sekundář a ordinář na neurologické klinice a konečně jako primář rehabilitačního oddělení. Od 1. listopadu 1967 se stal vedoucím nově zřízeného Kabinetu léčebné rehabilitace v ILF v Praze, který byl později změněn na Katedru rehabilitačního lékařství. Současně je přednostou kliniky rehabilitačního lékařství na Fakultní nemocnici v Praze 10, která byla svého času prvním lůžkovým rehabilitačním oddělením v ČSSR. Je také metodickým vedoucím Dětského denního rehabilitačního stacionáře v Praze 10, který v roce 1969 založil.

Jubilant patří k spoluzakladatelům rehabilitační společnosti Lékařské společnosti J. Ev. Purkyně, jejíž byl dlouholetým předsedou a kde je nyní členem výboru národního a federálního. Současně je také předsedou sekce manipulační a reflexní terapie.

Během své lékařské činnosti prof. Janda byl nebo je členem řady komisí ministerstva zdravotnictví, členem pedagogické komise vědecké rady, předsedou hlavní problémové komise oborového plánu výzkumu – úsek rehabilitace, komise pro poškozenou mládež a dalších. V současné době je prof. Janda hlavním odborníkem MZ ČSR pro obor FBLR. Je členem i řady komisí ministerstva školství a ministerstva práce a sociálních věcí. Ministerstvem zdravotnictví byl také pověřen do funkce experta v rehabilitaci Světové zdravotnické organizace.

Profesor Janda se významným způsobem zasloužil o zřízení vysokoškolského studia rehabilitačních pracovníků. Nyní je předsedou komise pro státní zkoušky rehabilitačního směru FTVS UK a předsedou rigorózní komise pro udělení doktorských titulů tamtéž.

Z pověření Purkyňovy společnosti je zástupcem Československa v Mezinárodní federaci pro manuální medicínu (FIMM), kde v současné době vykonává funkci předsedy vědecké rady.

Jubilant byl 2x odměněn cenou Čs. rehabilitační společnosti Československé lékařské společnosti. Dostal mnoho uznání za svou lékařskou činnost, jako např. čestné uznání ILF, čestné uznání FN 10, čestné uznání Lékařské fakulty hygienické UK, plaketu prof. Rudolfa Jedličky za zásluhy o péči o tělesně postižené, čestnou medaili federace čs. invalidů, uznání a plaketu Federálního ministerstva vnitra. V roce 1984/85 obdržel titul „Alumni Professor“ od University of Queensland v Austrálii.

Profesor Janda je čestným členem Fyziatrické společnosti NDR (1978), korespondujícím členem Rehabilitační společnosti NDR (1967), čestným členem Španělské rehabilitační společnosti (1967), čestným členem Švédské společnosti pro ortopedickou medicínu (1974), dále čestným členem Americké akademie pro manuální medicínu. Je členem Mezinárodní společnosti pro rehabilitaci, kde byl po několik let členem výboru, členem Americké společnosti pro elektromyografii, Amerického kongresu pro rehabilitaci a Mezinárodní společnosti pro spastiky. Je členem šesti redakcí zahraničních časopisů, a to Belgie 2x, Holandska, NDR, NSR, Rakouska.

Z pověření ministerstva zdravotnictví realizoval řadu služebních cest jako delegát na různá zasedání nebo jako účastník sjezdů.

Profesor Janda je často zván k přednáškám, vedení kursů nebo jako hlavní řečník mezinárodních kongresů. Mimo téměř všechny evropské státy také navštívil několikrát USA, Kanadu, Austrálii (kde je trvalým hostujícím profesorem), Singapur, Japonsko, Filipíny a další. V úloze experta SZO navštívil Irák, Egypt a Francii.

Už během studií na vysoké škole se živě zajímal o léčebnou rehabilitaci, zpočátku zvláště o činnost svalového systému, výrazem čehož bylo vypracování a první vydání svalového testu v publikaci Úvod do svalového testu, která vyšla ještě v době jubilantových studií. Dosud publikoval 14 knih, z nichž jedna vyšla v NDR a Bulharsku, další v NDR, Švédsku, Belgii a Anglii. Dále publikoval na 140 vědeckých prací, z nichž téměř polovina vyšla v zahraničí. Je autorem 44 dílného televizní seriálu Cviky pro zdraví, který byl vysílán po celý rok 1978, autorem řady dalších televizních a rozhlasových pořadů a nedávno byl vysílán opakovaně jeho desetidílný seriál Aby tělo nebolo.

Profesor Janda měl dvě největší lásky, a to rehabilitaci a dětskou neurologii, v níž je žákem prof. Lesného. Zvláště ho zaujala rehabilitační problematika v dětském věku, což se promítlo nakonec ve vybudování Dětského denního rehabilitačního stacionáře v Praze 10. Profesor Janda vybuřoval a vede kliniku rehabilitačního lékařství ve FN v Praze 10, která je prvním lůžkovým rehabilitačním zařízením v ČSSR. Vede katedru rehabilitačního lékařství ILF a je spoluautorem koncepce oboru fyziatrie, balneologie a léčebné rehabilitace. Na základě jeho rozsáhlé přednáškové a pedagogické činnosti nejen u nás, ale zvláště také v zahraničí je možno říci, že většina rehabilitačních lékařů v naší republice a ve světě vůbec jsou jeho žáky.

Oprávněnou pýchou prof. Jandy je jeho rodina. Manželka je odbornou lékařkou a pracuje na vedoucím místě také v oboru fyziatrie, balneologie a léčebné rehabilitace. Má dva nadějně syny, Vladimíra a Honzíka.

*Šedesátka zastihuje prof. MUDr. Vladimíra Jandu, DrSc. v plné duševní síle a svě-
žesti. Přejeme mu, aby ještě mnoho vykonal ve prospěch našeho rehabilitačního lékař-
ství, jehož je čelným představitelem.*

*Vážený a milý příteli, přeji Ti nejen za sebe, ale i za všechny blízké i vzdálené spolu-
pracovníky hodně dalších šťastných, radostných a úspěšných let!*

**doc. MUDr. Jaroslav Kraus, CSc.
Katedra rehabilitačního lékařství ILF, Praha**

EDITORIAL...

K HISTÓRII A ĎALŠIEMU ROZVOJU ČESKOSLOVENSKEJ REHABILITÁCIE

História vývoja každého zdravotníckeho odboru je v prvej fáze vždy históriou osobností. Nebolo to inak ani v modernej rehabilitácii, ktorej začiatky sa datujú od rokov päťdesiatych. Skúsenosti s poliomyelitídou a s bojom proti nej nevyhnutne viedli k formovaniu určitých opatrení zhrňujúcich snahu o udržanie pohyblivosti, ktorá bola poliomyelitickým procesom najviac postihnutá. Boj proti poliomyelitíde a jej následkom určite nie je začiatkom rehabilitácie ako procesu obnovenia funkcií postihnutých patologickým dejom, tobôž nie je začiatkom vzniku rehabilitačných snáh. Tieto snahy sa datujú do rokov pred druhou svetovou vojnou a naši ortopédi získavali prvé skúsenosti už v tridsiatych a štyridsiatych rokoch. Ale organizovaný boj proti masovému ochoreniu, ktoré poliomyelitída predstavovala, viedol nielen k určitým organizačným opatreniam – vznikli špeciálne inštitúcie pre chorých na poliomyelitídu (Jánske Lázně a Kladruby), ale predovšetkým k formulovaniu odborných zásad, ktoré už môžeme nazvať – s prizretím na moderné chápanie rehabilitácie – rehabilitačnými zásadami (metóda sestry Kenny, aplikácie telesných cvičení).

S likvidáciou nebezpečenstva poliomyelitídy neprišlo však k likvidácii metód, ktoré sa používali v boji proti nej. Naopak, formujú sa nové oblasti použitia rehabilitačných metódik a techník, objavujú sa nové rehabilitačné metódy a nové indikácie. Chirurgické disciplíny, predovšetkým ortopédia a časť chirurgie venujúca pozornosť úrazom (neskoršia traumatológia) využívajú svojich už históriou determinovaných skúseností prežívajú renesanciu rehabilitácie. A ruka v ruke s týmto vývojom sa rehabilitačné metódy dostávajú do oblasti modernej neurológie. Táto oblasť, aj keď je potrebné akceptovať prioritu chirurgických odborov, sa stáva doménou kvalitatívneho i kvantitatívneho vývoja v oblasti modernej rehabilitácie.

Jednotlivé metodiky a techniky rehabilitácie sa stávajú organickou súčasťou profesie neurológov nielen z hľadiska rozvinutia teoretických poznatkov, ale aj z hľadiska klinicko-praktickej konzekvencie – ich aplikácie v širokej praxi. A ako ide vývoj ďalej, postupne sa formuje rehabilitačný front, ktorý zasahuje aj do ostatných zdravotníckych odborov – do pediatrie, interného lekárstva (predovšetkým do pneumológie a kardiológie), do gynekológie a do ďalších odborov, takže v súčasnosti aj mladšie odbory, ako sú onkológia a transplantológia majú svoje niekde teoretické, inde už praktické rehabilitačné základy. S postupom vývoja sme svedkami jednotlivých etáp rehabilitácie porúch pohybových systémov, ktorá vyúsťuje až do dnes vo svete preferovaného odboru neuroortopédie a ďalej rehabilitácie porúch vnútorných systémov. V súčasnosti nie je možné predstaviť si napríklad starostlivosť o kardiakov bez rehabilitačnej zložky. Čoraz väčší význam nadobúdajú psychosociálne problémy rehabilitácie, ktoré práve u chronických

postihnutí predstavujú tú časť rehabilitácie, ktorá je alebo by mala byť centrálnym aspektom dlhodobej rehabilitačnej starostlivosti práve o chronicky chorých.

V ostatných dvadsiatich rokoch sme svedkami utvorenia samostatného odboru, ktorý má svoju koncepciu (fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia), svoju metodickú základňu a svoje štrukturálne zázemie (fyziatrisko-rehabilitačné oddelenia alebo rehabilitačné oddelenia a ústavy). História ukáže, či tento vývoj bol dobrý, alebo či v jeho rámci neprišlo k určitej retardácii. Jedno však treba zdôrazniť – nositeľom vývoja každej oblasti ľudskej činnosti sú ľudia – v rehabilitácii je to celý rad lekárov, odborníkov, ktorí so záujmom, so zánietením venovali svoje sily práve tomuto vývoju a posunuli koleso histórie ďalej. Ak bude niekto spracovávať históriu vývoja rehabilitácie s prihliadnutím na historické faktory na základe štúdia dokumentov a vzťahov jednotlivých etáp vývoja, bude musieť pravdepodobne konštatovať, že uplynulé roky, predovšetkým obdobie po druhej svetovej vojne, bolo obdobím, keď sa formulovali určité myšlienky, konštruovali sa určité štruktúry a tvorili sa základné línie určujúce vývoj rehabilitácie v ďalších rokoch. Toto obdobie bude pravdepodobne obdobím rozvoja rehabilitačného myslenia a obdobím deklarácie rehabilitačných zásad. Aj keď v budúcnosti príde (a to iste príde, pretože vývoj má svoje zákony a nie vždy uznáva determinovanie pozícií daných subjektívnym postojom jednotlivcov) k ďalšiemu rozvoju, ten bude vychádzať z poznatkov a cieľov dosiahnutých práve v období po druhej svetovej vojne, a z cieľov koordinovania všetkých snáh na úpravu fyzického, psychického a sociálneho zdravia telesne a zmyslovo postihnutého jedinca. Tieto kontúry predstavujú nielen to, čo sa urobilo, ale aj to, čo je treba urobiť.

Moderná rehabilitácia je oblasť, ktorá presahuje rámec zdravotníckeho odboru. Aj túto skutočnosť treba deklarovať, pretože z hľadiska súčasnosti sa každý medicínsky odbor musí zaoberať aj inými otázkami, ako je napríklad diagnostický, diferenciálno-diagnostický alebo medikamentózne či chirurgicky riešený terapeutický postup. Orientácia na chorobu sa stáva historickým faktorom, súčasnosť a najmä budúcnosť potrebuje orientáciu na chorého. Táto myšlienka nie je nová – už prof. Peľnár v minulosti formuloval tento vzťah. Stala sa však akousi druhoradou, moderný technický prístup vrátane strojovej diagnostiky odsunul do úzadia človeka ako celok a venoval pozornosť jeho chorým systémom. Ide o efektívny postup, ale v období akútneho vyšetovania a terapie; pre chronické ochorenia však táto orientácia nevystačí.

A práve tu predstavuje rehabilitácia ako odbor i ako smer zdravotníckeho vývoja určité riešenie – komplexným spôsobom posudzuje človeka v jeho chorobe a komplexným prístupom utvára predpoklad komplexného zásahu. A tento komplex – jeho zložky sú známe – predstavuje novú kvalitu vo vývoji rehabilitácie ako odboru i ako smeru medicínskeho myslenia.

dr. Miroslav Palát, Bratislava

NĚKTERÉ PRAKTICKÉ ZKUŠENOSTI PŘI HODNOCENÍ PŘETÍŽENÍ HORNÍCH KONČETIN

S. GILBERTOVÁ

*Katedra rehabilitačního lékařství Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů, Praha
Vedoucí: prof. MUDr. Vl. Janda, DrSc.*

Souhrn: V poslední době stoupá výskyt onemocnění horních končetin z přetížení a to zvláště u profesí charakterizovaných vysokou frekvencí opakovaných pohybů. Pomocí goniometrického vyšetření byl sledován rozsah kloubní pohyblivosti horních končetin u souboru operátorek. Zjištěné změny v podstatě odpovídají charakteru pracovní zátěže, přičemž je nutno respektovat rozsah kloubní pohyblivosti nejen ve smyslu hypomobility, ale i hypermobility.

Klíčová slova: přetížení horních končetin – kloubní pohyblivost.

Některá onemocnění horních končetin mohou být u nás hodnocena jako onemocnění z povolání. Jde o tzv. položku č. 29 Seznamu onemocnění z povolání – Onemocnění kostí, kloubů a nervů končetin z dlouhodobého, nadměrného a jednostranného zatížení. Týká se to zejména následujících onemocnění: tendovaginitidy, kompresivní neuropatie, epikondylitidy.

V etiologii těchto onemocnění může v některých případech převládat nadměrná fyzická zátěž se statickými prvky, či nevhodná pracovní poloha, zvláště extrémní a dlouhodobě fixovaná, nebo působení nárazů a vibrací. V poslední době vystupuje do popředí zatížení, jež je charakterizováno vysokou frekvencí opakovaných pohybů, přičemž vynakládaná síla nebývá obvykle velká (obsluha klávesnic počítačích strojů, pák mobilních strojů, některé typy pásové výroby a pod.) Onemocnění horních končetin, které tento typ zátěže vyvolává, bylo popsáno australskými autory jako RSI syndrom (repetition strain injury) a je podrobněji rozebráno v samostatné publikaci (Janda, Gilbertová, Urban, 1988).

Jedním ze závažných problémů v rámci onemocnění horních končetin je jejich objektivní hodnocení. Spočívá na jedné straně v hodnocení charakteru pracovní činnosti z hlediska jednostrannosti, nadměrnosti a dlouhodobosti a na druhé straně v objektivním hodnocení klinického nálezu. Jeho problém spočívá mimo jiné v tom, že vyšetřovací postupy nejsou dostatečně precizní nebo vypracovány do patričních detailů. Navíc k tomu přistupuje i skutečnost, že neexistují přesné normy a i škála rozptýlu se dá mnohdy těžce ohraničit. Konečně nalezené odchylky nejsou interpretovány jako patologické, nýbrž jsou posuzovány v rámci jejich variační šíře.

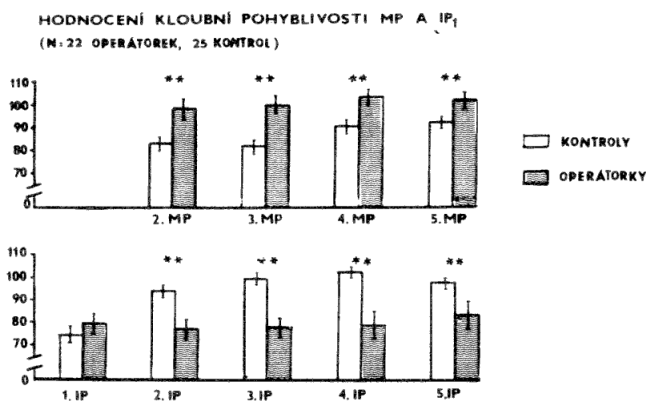
Podle typu postižení se využívá hodnocení EMG, rtg, laboratorních testů, v poslední době též termografie. V některých případech převažují subjektivní obtíže a objektivní nález je chudý (palpační bolestivost měkkých tkání, zejména zatěžovaných svalů a jejich úponů včetně zvýšeného napětí, eventuelně edematozní prosáknutí a zarudnutí kůže).

Jedním z podceněných a přitom jednoduchých postupů je hodnocení rozsahu kloubní pohyblivosti na základě goniometrického vyšetření. Možnosti jeho využití jsme ověřovali na souboru operátorek z n. p. VAKUS (Výpočetní a kontrolní ústředna spojů), kde došlo v posledních letech k nápadnému nárůstu nemocnosti pro obtíže z přetěžování horních končetin, vyúsťující v některých případech až k hlášení nemoci z povolání (Vejlupková a spol., 1988).

Práce operátorek spočívá v obsluze klávesnic, pomocí kterých se ukládají data z telefonních účtů, poštovních poukázek a pod. na magnetické paměťové médium s obrazovkou. Používá se anglického přístroje Redifon, jehož obsluha vyžaduje vnucené držení krční páteře v rotaci doleva a vnucené držení pravé horní končetiny, která obsluhuje klávesnici přístroje. Pracovní norma představuje 120 000 úhozů 2., 3. a 4. prstem pravé ruky, bývá však vysoce překračována.

Rozsah pohyblivosti horních končetin jsme vyšetřovali u 22 operátorek s průměrným věkem 34 roků a průměrnou dobou praxe 15 roků; naměřené hodnoty byly srovnány s kontrolní skupinou 25 žen (laborantek) s průměrným věkem 36 roků.

Rozsah pohyblivosti v ramenním kloubu a zápěstí se v obou skupinách významně nelišil; významně byl omezen pouze rozsah pohyblivosti flexe v loketním kloubu. Nejvýznamnější rozdíly se však projeví při hodnocení rozsahu pohyblivosti v MP a 1. IP kloubech. Z následujícího obrázku je patrné, že rozsah pohyblivosti všech hodnocených MP kloubů pravé ruky je na 1 % hladině významnosti vyšší ve srovnání s kontrolní skupinou. Naproti tomu 1. IP klouby mají vysoce významně nižší rozsah pohyblivosti. Tyto změny v podstatě odpovídají charakteru pracovní činnosti; při obsluze klávesnic vychází pohyb z MP kloubů, jejich opakované zatěžování vede k lokální hypermobilitě, zatím co IP klouby jsou ve fixovaném semiflekčním postavení.



Obr. 1

I když jsou v literatuře četné odkazy negativních důsledků této profese na onemocnění horních končetin z přetížení, s tímto nálezem jsme se nesetkali. Jako hlavní příčina obtíží, ať již rezultující v tendovaginitidách, sy karpálního tunelu, profesionálních spasmech, profesionálním cervikobrachiálním sy či jen zvýšeném spasmu extenzorové skupiny předloktí, je uváděna vnucená poloha horní končetiny v mírné dorzální flexi, jež vede k zvýšené aktivitě právě extenzoru předloktí, což bylo prokázáno i EMG (Arndt, 1983; Westgaard, Aaras, 1985).

Hypermobilita (HPM) je v rámci onemocnění z přetížení uváděna pouze jako jeden z možných rizikových faktorů vzniku těchto onemocnění (Patkin, 1985). Nejznámější profesí, která je spojována jak s konstituční, celkovou hypermobilitou, tak i lokální, jsou baletky, kde lokální HPM je nejvíce vyjádřena v prstech (klouby tarzální a tarzometarzální). Přitom se má zato, že u této profese jde především o HPM konstituční, což v podstatě znamená selektivní výběr.

Další profesí, kde je uváděna hypermobilita, a to rukou, jsou hudebníci. Jak uvádí Beighton (1983), je u této profese HPM spíše výhodou a zatím není zcela jasné, zda HPM ruce skutečně více disponují k tuhosti a degenerativním změnám.

I v našem souboru operátorek jsme zjistili, že kromě výše uvedeného lokální HPM vykazovala více než polovina souboru i znaky celkové konstituční HPM. Přesto, že je HPM obecně považována za jeden z predispozičních faktorů onemocnění pohybového aparátu, se v našem souboru projevila spíše příznivě. Většina pracovníků se znaky HPM neuváděla obtíže v oblasti horních končetin. Profese operátorek se vyznačuje též zvý-

šenou neuropsychickou zátěží, danou zvýšeným časovým tlakem a rychlostí vykonávaných pohybů. Vzhledem k tomu, že HPM je dávana též do souvislosti se zvýšenou neurovegetativní labilitou a se schopností reagovat rychle (Lewit, 1987), je pravděpodobné, že i tento faktor má důležitou roli v přirozeném výběru, jimž pracovnice prošly.

I když naše výsledky vycházejí z poměrně malých čísel a bylo by nutno dále je ověřit, svědčí o tom, že hodnocení rozsahu kloubní pohyblivosti může podat cenné informace ve vztahu k charakteru pracovní zátěže. Přitom je důležité sledovat nejen rozsah kloubní pohyblivosti ve smyslu hypomobility, ale i hypermobility.

LITERATURA

1. ARNDT, R.: Working posture and musculoskeletal problems of video display terminal operators. *Am Ind Hyg Assoc*, 44, 1983, 6, s. 437 – 446.
2. BEIGHTON, P., GRAHAME, R., BIRD, H.: *Hypermobility of joints*. Berlin-Heidelberg, Springer-Verlag, 1983, 178 s.
3. JANDA, V., GILBERTOVÁ, S., URBAN, P.: Přetěžování horních končetin opakovanými pohyby (RSI syndrom). *Prac Léč*, 40, 1988, 4, s. 180 – 183
4. LEWIT, K.: *Seminář o hypermobilitě*. Praha, 1987.
5. VEJLUPKOVÁ, J., et al.: Zdravotní stav operátorek jednoho výpočetního a kontrolního oddělení. *Prac Léč*, 1988, v tisku.
6. WESTGAARD, R. H., AARAS, A.: The effect of improved design on the development of work-related musculo-skeletal illnesses. *Applied Ergonomics*, 16, 1985, 2, s. 91 – 97.

Adresa autora: S. G., Katedra rehabilitačního lékařství ILPF, Praha

S. Гильбертова

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИ ОЦЕНКЕ ПЕРЕГРУЗКИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Резюме

В последнее время увеличивается число заболеваний верхних конечностей вследствие перегрузки, главным образом у профессий, характерных высокой частотой повторяемых движений. Путем гониометрического обследования изучался объем суставной подвижности верхних конечностей у группы женщин-операторов. Установленные изменения в сущности отвечают характеру трудовой нагрузки, причем следует принимать во внимание объем подвижности суставов не только в смысле гипомобильности, но и в смысле гипермобильности.

S. Gilbertová

PRACTICAL EXPERIENCE IN THE EVALUATION OF OVERUSE OF UPPER EXTREMITIES

Summary

Recently the incidence of diseases of the upper extremities from overuse has increased, particularly in occupations characteristic for a high frequency of repeated movements. By means of goniometric examination the extent of the mobility of the upper extremities was investigated in a group of operators. The found alterations are fundamentally in accord with the characteristics work load in consideration with the extent of the joint mobility not only in the sense of hypomobility, but also hypermobility.

DĚTSKÝ DENNÍ REHABILITAČNÍ STACIONÁŘ – NAŠE ZKUŠENOSTI S VČASNÝM ZÁCHYTEM DĚTÍ S PERINATÁLNÍM POŠKOZENÍM CNS

J. KRAUS, N. BRÁZDILOVÁ

*Katedra rehabilitačního lékařství ILF, Praha
Vedoucí: prof. MUDr. Vladimír Janda, DrSc.
ILF, Praha
Ředitel: prof. MUDr. P. Macúch*

Souhrn: Poukázáno na nutnost včasné intenzivní rehabilitace při udržení denního styku dítěte s rodinnou v prevenci vzniku různých pohybových poruch v útlém dětském věku. Ukázáno na nedonošenost jako na hlavní rizikový faktor při poškození centrálního nervového systému. Uvedena kritéria zachytu pohybově opožděných dětí a dále důvody pro zřizování dětských denních rehabilitačních stacionářů v rámci oboru fyziatrie, balneologie a léčebné rehabilitace.

Klíčová slova: dětský denní rehabilitační stacionář – psychická deprivace – reedukační techniky – rizikové děti – zvláštní mateřská škola – nedonošenost – senzomotorické dovednosti.

Dětský denní rehabilitační stacionář pro děti s pohybovými poruchami zřídil OÚNZ v Praze 10 ve spolupráci s klinikou rehabilitačního lékařství FN v Praze 10 v listopadu 1969. Toto zařízení představuje snahu spojit požadavky časně intenzivní rehabilitace na odborné úrovni s požadavkem udržení denního styku dítěte s rodinným prostředím. Spádovou oblastí je Praha 10 a Praha 3, ale podle možností se přijímají děti i z jiných pražských obvodů. Zařízení má 42 míst pro děti od 1 roku do 7 let, a to k denním pobytům, jinak je v průměru kolem 200 dětí v čisté ambulantní péči.

Ke vzniku zařízení vedly zejména tři důvody:

1. Především potřeba co nejčasnějšího začátku rehabilitace, tj. v průběhu prvního roku života, u některých postižení již v prvních týdnech postnatálního života, má-li být dosaženo horní hranice pohybových možností postiženého dítěte. Dalším důvodem je
2. psychologický požadavek prevence psychické deprivace dítěte. Má-li být umožněn správný vývoj osobnosti, nemá být dítě v prvních letech života na delší dobu vzdáleno od matky.
A konečně
3. reedukační techniky, které nejlépe podněcují časný vývoj motoricky postižených dětí, jsou poměrně složité a nelze očekávat, že všechny matky se jim naučí natolik, aby bylo možno s jejich pomocí zvládnout léčbu jen ambulantně. Dříve se většinou situace řešila umístěním dítěte v léčebně.

Zaměřili jsme se na úzkou spolupráci s pediatry. Formou seminářů, osobních návštěv i telefonického kontaktu jsme instruovali pediatry na obvodě tak, že se podařilo snížit průměrný věk postiženého dítěte při prvním vyšetření ze 2 1/4 roku na pouhých 7 měsíců, což považujeme již za vyhovující. Vždyť jde o průměr, takže indikované rizikové děti k nám přicházejí mnohem časněji. Spolupráce potvrdila další poznatek i výhodu tohoto systému, a sice to, že k pohybové retardaci a často i vážnému postižení psychomotorickému dochází u dětí se zcela negativní perinatální anamnézou, které nejsou pochopitelně pracovišti pro sledování rizikových dětí zachyceny a jimž by se tedy pravděpodobně dostalo léčebné tělesné výchovy (pohybové reedukace) příliš pozdě.

Pro diagnostiku pohybové retardace vypracoval V. Vlach velmi dokonalé schéma, které je však příliš složité pro běžnou ambulantní praxi, takže se bohužel málo používá. Naším pediatrům jsme se snažili zafixovat kritéria, při jejichž zjištění posílají dítě na vyšetření do naší ambulance:

- když se dítě do 6. měsíce nepřevrací,
- když se do 8. měsíce nestaví na všechny 4 končetiny,
- když v 10. měsíci neleze.

Tato praxe pomohla snížit věk při prvním záchytu, jak jsme již uvedli.

Nároky na přijetí do dětského denního rehabilitačního stacionáře mají dva vrcholy četnosti. Nejčastěji mezi 6. a 12. měsícem života, kdy se zjistí, že něco není v pořádku, a léčba začíná, druhý vrchol je mezi 2. a 3. rokem, kdy mají rodiče zájem o umístění dítěte do kolektivního zařízení a normální školy dítě odmítají. U lehčích postižení, která nevyžadují individuální léčebnou tělesnou výchovu a jsou charakterizována neobratností, spíše neklidem a lehkou celkovou retardací, jsou řešením zvláštní mateřské školy, o nichž nejsou pediatři dosti informováni a školské odbory je zřizují jen lilknavě.

Nedonošenost představuje dnes hlavní rizikový faktor při poškození centrální nervové soustavy. Při zvýšené pozornosti, kterou je pediatr zvyklý věnovat nedonošenému dítěti, řídí se běžně kritérii Štemberovými, kde od kalendářního věku odečítá týdny, o něž se dítě dříve narodilo. Toto pediatrické a neurologické kritérium však nepatří pro funkce psychické. Při rozvoji senzomotorických dovedností, které charakterizují vývoj dítěte v prvním roce života, je podíl senzorické, zejména vizuální stimulace na tvorbě nových neurofyziologických spojů, tedy nových dovedností, podstatně vyšší než při rozvíjení lokomoce a posturálních funkcí. Nezralé dítě s nepoškozeným vývojovým potenciálem CNS, patrně vlivem časnější vnější stimulace, dohání děti se stejným poporodním věkem rychleji, zpravidla již koncem prvního roku. Persistence vývojového opožďení do batolecího věku, zejména u střední a lehké nedonošenosti, budí vážné podezření na postižení vyšších funkcí CNS, tedy mentální postižení. Podíl učení je u vyšších funkcí CNS větší, časnější senzorická stimulace vývoj více urychluje a nedonošené dítě bez dalšího jiného postižení dohání své kalendářní vrstevníky v manipulaci a adaptivních činnostech rychleji než v lokomoci, zpravidla již koncem prvního roku života, jak již bylo řečeno.

Nedonošenost není ani omluvou pro zaostávání lokomočních funkcí. Pro velké riziko postižení právě u nedonošených je třeba pečlivé sledování a energický zásah léčebnou tělesnou výchovou při každém podezření, že vývojové minus – např. 2. měsíce – se při pravidelných kontrolách rychle nezmenšuje. Je pochopitelné, že pediatr nechce děsit rodiče, kteří sotva překonali úzkost, vzbuzenou předčasným narozením dítěte, ale není třeba sdělovat přímo diagnózu, která by byla děsivá („dítě má dětskou mozkovou obrnu“) v období, kdy lze stav výrazně zlepšit. Prosté konstatování („pohybový vývoj se opožďuje patrně ve vztahu k předčasnému narození, je třeba ho urychlit, aby se dítě zotavilo“) rodiče nevyděsí, ale pomůže je přimět k energické spolupráci. Naopak lze považovat za hrubé zanedbání povinné péče, jestliže se nedonošené dítě dostaví k prvnímu vyšetření např. již s rozvinutou spasticitou.

Závěrem můžeme konstatovat, že dětské denní rehabilitační stacionáře tak, jak byly koncipovány v rámci oboru FBLR, se v praxi plně osvědčily a představují dnes důležitý činitel při včasném záchytu a léčení pohybově postižených dětí, resp. dětí s perinatálním poškozením CNS.

LITERATURA

1. BAX, M., Mac KEITH, K.: Minimal cerebral dysfunction. Little Club Clinics in Developmental Medicine, No. 10, London, 1963.
2. HAGEMANN, E.: Die zerebrale Kinderlähmung, Berlin, 1955.
3. LESNÝ, I.: Mozečková onemocnění dětského věku. Praha, Avicenum, 1976.
4. LESNÝ, I., RÖSSLER, M., PROŠKOVÁ, M.: Vývoj centrálního infantilního hypotonického syndromu. Čs Neurol, 46, 1983, s. 375 – 379.

5. LESNÝ, I., KOCURA, P., LEHOVSKÝ, M., et al.: Dětská neurologie. Praha, Avicenum, 1980.
6. LESNÝ, I., et al.: Dětská mozková obrna. Praha, Avicenum, 2. vyd., 1985, 236 s.
7. LESNÝ, I., et al.: Obecná vývojová neurologie, Praha, Avicenum, 1987, 356 s.

Adresa autora: J. K., Klinika rehabilitačního lékařství Fakultní nemocnice v Praze 10., Šrobárova 50, 100 34 Praha 10 – Vinohrady.

И. Краус, Н. Браздилова

ДЕТСКИЙ ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ – НАШ ОПЫТ С РАННИМ ВЫЯВЛЕНИЕМ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЦНС

Резюме

Отмечается необходимость ранней интенсивной реабилитации с сохранением ежедневного контакта ребенка с семьей в предупреждении возникновения разных двигательных расстройств в раннем детском возрасте. Недоношенность приводится как основной фактор риска при повреждении центральной нервной системы. Приведены критерии захватывания отстающих в двигательном отношении детей и основания для учреждения детских дневных стационаров восстановительного лечения в рамках специальности физиатрия, бальнеология и восстановительное лечение.

J. Kraus, N. Brázdilová

CHILDREN'S DAY REHABILITATION STATION – EXPERIENCE WITH THE EARLY TREATMENT IN CHILDREN WITH PERINATAL CEREBRAL PALSY

Summary

Indicated is the necessity for early intensive rehabilitation and the maintenance of the daily contact of the child with the family in prevention of the incidence of defect regulation of motor function in early childhood. Premature birth is one of the chief risk factors in the impairment of the central nervous system. Presented are criteria of the registered motor retarded children and the reasons for the establishment of rehabilitation day-sanatoria within physiatric and balneologic and rehabilitation therapy.

JE TŘEBA SE ZAMÝŠLET NAD LÉČEBNOU TĚLESNOU VÝCHOVOU?

E. HALADOVÁ

Klinika rehabilitačního lékařství UK, Praha

Souhrn: Práce retrospektivně hodnotí vývoj některých metodik léčebné tělesné výchovy a jejich postavení v léčebné rehabilitaci. Autorka zdůvodňuje používání názvu instruktorka LTV a doporučuje jeho znovuzavedení do oficiální nomenklatury.

Klíčová slova: léčba pohybem – instruktorka LVT – cvičební techniky.

Díváme-li se zpětně na vývoj léčebné tělesné výchovy (LTV) u nás, sledujeme časo-

vé vzestupy a zákonité sestupy jednotlivých metod a také vážnosti celé léčebné tělesné výchovy. Tyto křivky se střídají v každé lidské činnosti.

Léčba pohybem vyšla ze základní gymnastiky, ale kromě zlepšení celkového stavu pohybové soustavy a zvýšení její zdatnosti přibyl úkol reedukace nebo restituce poškozené nebo ztracené funkce navíc. Na rozvoji metodik LTV sledujeme nejen nové poznatky vědy, ale také „lidský faktor“, který velmi ovlivňuje zavržení starých cvičebních technik a preferování technik nových. I v LTV se projevuje „módnost“ určitých technik. Uvedu několik náhodně vybraných příkladů. První zmínku o cvičební technice, které dnes říkáme postizometrická relaxace, uvedly autorky z VÚCHR (Matějčková, Hartová, Kadlcová) již r. 1971 na sjezdu Rehabilitační společnosti ve Smokovci. Tehdy však ještě nedozrál čas, aby se tato technika u nás ujala. Dnes není sdělení z LTV bez odvolání se na tuto techniku. Vojtova metoda reflexní léčby dětské mozkové obrny ve svých začátcích zásadně neuznávala i možnost operativního řešení. Když přišla éra Kabatovy cvičební techniky, užívala se na vše a všude. A byly i hlasy, aby se na základní rehabilitační škole učila jen tato technika – ostatní techniky nejsou již vhodné. Jednotliví autoři rehabilitačních metod mívají však tendenci pokládat svůj přístup za nový a nejlepší, i když mohou stát svým pojetím diametrálně proti sobě. Čas ukázal, že žádná z technik není samospasitelná a že v každé technice je ukryto racionální jádro, které lze účelně užít za určitých podmínek. A tak je třeba vystihnout princip každé z cvičebních technik a vlastní tvůrčí prací docílit nejlepší výsledky, třeba i kombinací několika technik.

Zde nastává druhé zamyšlení nad křivkou vývoje. Žijeme v době, kdy se zdůrazňuje týmová práce, která závisí na dokonalé informaci o nemocném. Lékař je pověřený řízením léčby – řídí léčbu na podkladě informací a jejich vyhodnocování. LTV se na výsluní dostávala vždy tenkrát, kdy se skutečně jednalo o týmovou práci lékaře a instruktorky. Tedy nikdy na základě striktní ordinace nebo na přikyvování, ale vždy na základě zdravé výměny názorů obou pracovníků. Je samozřejmé, že tento způsob spolupráce je možný jen s určitou částí rehabilitačních instruktorek. Já však věřím, že je jich hodně, které u své práce myslí, mají tvůrčí vlastnosti a umí si své postupy správně zdůvodnit.

Pro většinu instruktorek bude spíše zárukou určité úrovně provádění naučené techniky, i když, její šablonovité provádění může vést k postupnému zjednodušování a tak se její hodnota stává problematickou (Véle). Instruktorka musí znát více cvičebních technik a na podkladě analýzy vybrat tu nejvhodnější, nebo kombinaci různých technik. Tento způsob klade důraz na kvalitu a odpovědnost instruktorky – je již osobně do léčebného procesu zapojena a vytváří vlastní léčebný postup vhodný pro daný případ. Instruktorka má tak jistý stupeň samostatného rozhodování a stává se i konzultantem v jistých věcech pro lékaře.

Třetí zamyšlení je nad postavením LTV v dnešní rehabilitační praxi. Je nepopiratelné, že LTV je významnou aktivní složkou rehabilitačního procesu. Na výsledku této pohybové léčby závisí i návaznost další složky léčebné rehabilitace – ergoterapie. LTV má již ve svém názvu slovo *výchova* a to je věc, která je často v běžné praxi opomíjena. Instruktorka nejen že vlastní silou kloub a sval mobilizuje, aktivuje nemocného psychicky, ale především ho musí naučit, jak klouby ohýbat, svaly kontrahovat, jak svalovou činnost koordinovat atd. Domnívám se, že tato rehabilitační pracovníce není fyzioterapeutka (i když z fyzikální terapie používá řadu prostředků), ale především učí a instruuje nemocného, instruuje jeho rodinné příslušníky i jeho okolí. Tedy instruktorka vykonává pedagogicko – výchovnou práci, která je velmi namáhavá (zvláště u ležících nemocných) a často nedocenená. Nejde tedy říci „nějak se hýbejte“, ale je třeba s nekonečnou trpělivostí a často i s velkou fyzickou námahou i ten sebemenší pohyb naučit.

A k tomu patří i oslovení tohoto pracovníka. Zařadili jsme ho do kategorie středních zdravotních pracovníků, dali jsme mu polyvalentní vzdělání a tak trochu z pohodlnosti a lenosti jej nazýváme rehabilitační sestrou. Je to nedocenení tvůrčího přístupu instruktorky k léčbě i jejího výchovného působení.

Při ustanovení kliniky rehabilitačního lékařství Univerzity Karlovy, jímž prvním přednostou je prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc., můžeme si jen přát, aby v ideovém programu této kliniky se dostalo čelného místa pohybové léčbě – jak cvičením, tak hrou či prací – a aby název instruktorka byl znovu přijat a užíván.

Adresa autora: E. H., Prachnerova 12, 150 000 Praha 5 – Košíře

Э. Халадова

НАДО ЛИ ЗАДУМЫВАТЬСЯ НАД ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ?

Резюме

В статье в ретроспективном порядке оценивается развитие некоторых методик лечебной физкультуры и их место в восстановительном лечении. Автор обосновывает применение названия инструктор лечебной физкультуры и рекомендует вновь его в официальную номенклатуру.

E. Haladová

THOUGHT ABOUT EXERCISE THERAPY

Summary

The paper evaluates retrospectively the development of some therapeutical methods in exercise therapy and its place in medical rehabilitation. The author explains the use of the title „instructor of exercise therapy“ and recommends its reintroduction into the official nomenclature.

K VÝVOJOVÉ KINEZILOGII CHŮZE

J. JAVŮREK

Rehabilitační klinika Fakulty dětského lékařství Univerzity Karlovy, Praha

Přednosta: doc. MUDr. J. Javůrek, CSc.

Souhrn: Znalost charakteristiky kineziologického vývoje chůze u dětí do 7. roku života je předpokladem správně motorické výuky bipedální lokomoce u dětí zdravých i postižených.

Klíčová slova: vývojová neurofyziologie chůze – dětský vzorec chůze – zá sada motorické výuky chůze.

V každém novorozeném dítěti vězí značný počet motorických schopností, vývojových schopností a schopností přijímat podněty z okolí. Hybné ústrojí představuje biologickou formaci, pro jejíž uskutečnění hrají důležitou úlohu genetické faktory a při jejímž vývoji důrazně spolupůsobí okolní prostředí včetně podmínek fyzikálních a společenských. Člověk, tvor dvounohý, a jeho bipedální lokomoce podléhají dlouhému a složitému vývoji, kde se uplatňují mechanismy posturální, antigravitační a fá zické.

Koaktivace flexorů a extenzorů dolních končetin při krokovém mechanismu novorozenců je značně rozdílná od pohybového vzorce pozdějšího věku (Forsberg a Wallberg, 1980), tedy období 1. a 2. roku, období 2. – 4. roku a období 4. – 7. roku života, což je dokumentováno filmovými

snímky, elektromyograficky i registrací nášlapů a odrazů, exkurzí v nožních a hlezenných kloubech (Berger a spol., 1983). V souladu s tím jsme registrovali balanční pohyby u dětí 1 – 7letých ve vzpřímeném stoji na elektrické diferenciální balanční váze s vyhodnocovací elektronickou jednotkou. Výsledky sledování vývoje balanční schopnosti odpovídají výše uvedenému stupni vývoje bipedální lokomoce (Javůrek, 1987).

U 4 – 7 letých dětí stejně jako u dospělých jsou vzpřímený stoj a chůze kontrolovány orgánem rovnováhy, propiocepčním hlášením ze svalů, kloubů a zrakovým systémem, kdežto okolo 1. roku života je plně vyvinuta jen vestibulární kontrola (Eviatar a spol., 1974, Tibbling, 1969). Korigující pohyby při regulaci vzpřímeného stoje (Nashner, 1976, Mauritz a Dietz, 1980), balancování (Javůrek, 1987) vykazují dlouhou latenční dobu a také vizuální kontrola má v tomto vývojovém období malý přínos k tělesné stabilitě (Brandt a spol., 1976).

Při chůzi 4 – 7 letých dětí a dospělých jsou napínavé reflexy integrovány s inervací extenzorů (Dietz a spol., 1970), v 1. a 2. roce jsou předem programované a reflexní aktivace odděleny při výuce volní bipedální lokomoce a k integraci dochází až ve 4. – 5. roce života, což se prokazuje na elektromyografii mm. gastrocnemii. Rostoucí aktivita těchto svalů s vývojem chůze znamená větší jistotu a rychlost chůze u školních dětí, kdy napínavé reflexy modulují inervační vzorec kroků dle periferních podmínek a výsledná adaptace svalové inervace vyřeší s jistotou nerovnosti terénu, nepředvídané překážky a odpory a pod. Velké bifázické potenciály reflexů malých dětí lze vysvětlit jednak motorickým zráním, kdy není zcela vyvinuta supraspinální kontrola regulace chůze, a jednak nezralou svalovou mechanikou (svalové kontrakce, viskoelastické podmínky). S přibývajícím věkem dochází ke změňování bifázických reflexních potenciálů, segmentální napínavé reflexy posiluje aktivitu svalů při chůzi, dochází k integraci desynchronní reflexní aktivity a svalové aktivizace (Berger a spol., 1984).

Lze tedy charakterizovat chůzi malých dětí koaktivací extenzorů a flexorů dolních končetin s pozvolným vývojem reciproční inervace, velkými reflexními potenciály, které nejsou integrovány s aktivitou svalů, malou aktivitou mm. gastrocnemii ve stojné fázi kroku a větší aktivitou m. tibialis anterior, což má za následek malý zdvih nohy a nepravdělnou délku kroku s nestejnými exkurzemi v nožních a hlezenných kloubech a menší balanční schopnosti zejména při adaptaci na terénní podmínky chůze.

Tuto vývojovou zákonitost bipedální lokomoce je nutné respektovat v motorické výuce zdravých a postižených dětí. Porušení vývojových postupů bipedální lokomoce v prvních sedmi letech života (např. předčasná sportovní specializace) nese s sebou ohrožení motorického vývoje dítěte.

LITERATURA

1. BERGER, W., QUINTERN, J., DIETZ, V.: Pathophysiological aspects of gait in children with cerebral palsy. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*, 1983, 53, s. 538 – 548.
2. BERGER, W., DIETZ, V., HUFSCHEMIDT, A., et al.: *Haltung und Bewegung beim Menschen*. Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo, Springer Verlag, 1984, 198 s.
3. BRANDT, Th., WENZEL, D., DICHGANS, J.: Die Entwicklung der visuellen Stabilisation des aufrechten Standes beim Kind: ein Reifezeichen in der Kinderneurologie. *Arch Psychiatr Nervenkr*, 1976, 223, s. 1 – 13.
4. DIETZ, V., SCHMIDTBLEICHER, D., NOTH, J.: Neuronal mechanism of human locomotion. *J Neurophysiol*, 1979, 42, s. 1212 – 1222.
5. EVIATAR, L., EVIATAR, A., NARAY, I.: Maturation of neurovestibular responses in infants. *Develop Med Child Neurol*, 1974, 16, s. 435 – 446.
6. FORSSBERG, H., WALLBERG, H.: *Infant locomotion*. International series on sport sciences, vol. 10, Baltimore, University Park Press, 1980, s. 32 – 49.
7. JAVŮREK, J.: *Balance při bipedálním vzpřímeném stoji v klinice tělovýchovného lékařství*. Doktor. dizert. práce, Fakulta dět. lékař. Univer. Karlovy, Praha, 1987.
8. MAURITZ, K. H., DIETZ, V.: Characteristics of postural instability induced by blocking of leg afferents by ischemia. *Exp Brain Res*, 1980, 38, s. 117 – 119.
9. TIBBLING, L.: The rotatory nystagmus response in children. *Acta Otolaryngol*, 1969, 68, s. 459 – 467.

Adresa autora: J. J., Weberova 214, Praha 5 Motol

Й. Явурек

К КИНЕЗИОЛОГИИ РАЗВИТИЯ ХОДЬБЫ

Резюме

Знание характеристики кинезиологического развития ходьбы у детей до семилетнего возраста является условием правильного моторического обучения бипедальной локомоции у здоровых и пострадавших детей.

J. Javůrek

A CONTRIBUTION TO THE DEVELOPMENT OF KINESIOLOGY OF WALKING

Summary

The knowledge about the characteristics of kinesiological development of walking in children up to the age of 7 years is the precondition of a correct motor education of bipedal locomotion in healthy and handicapped children.

POZNÁMKY K RENTGENOVÉMU VÝZKUMU DYNAMIKY KRČNÍ PÁTEŘE

J. JIROUT

Neurologická klinika FVL UK, Praha

Přednosta: prof. MUDr. J. Vymazal, DrSc.

Souhrn: Rtg vyšetřování sagitálních synkinéz úklonů krční páteře ke straně umožňuje poznání funkce jednotlivých silových složek, které působí změny polohy obratle při přechodu z neutrální polohy do úklonu (1. fáze). Reakce na návrat do neutrální polohy (2. fáze) dávají informace o fyzikálních vlastnostech vaziva páteře. Odpověď na odstranění blokády dovoluje izolovat akci intrasegmentálních svalových elementů od činnosti vazivových struktur.

Klíčová slova: rtg vyšetření – dynamika krční páteře – sagitální synkinéza – blokády – fyzikální vlastnosti vaziva páteře.

Některé výsledky rtg výzkumu kloubní hry krční páteře mohou být v současné době již využity v léčebné a preventivní praxi manuální medicíny. Podrobné studie velkých souborů vyšetřovaných osob ukázaly, že z polohových změn obratlů v prostoru je možno soudit na úlohu jednotlivých struktur měkkých tkání páteře, přestože je nelze zobrazit. Rtg obraz je tedy výsledkem agonistického a antagonistického působení těchto složek. Vedle svalové složky se tu zúčastní podstatnou měrou vazivová tkáň, jejíž úloha v uplynulých letech nebyla doceněna.

Z hlediska páteřní dynamiky se ukázaly zvláště informativními studie souhybů, synkinéz, které provázejí laterální úklon hlavy a krční páteře, a to synkinéza rotační a zvláště pak synkinézy v sagitální rovině (ventrální a dorzální klopení).

Mezi rotační synkinézou a synkinézou v sagitální rovině je podstatný rozdíl: rotační synkinéza vzniká rotací osy, která se přenáší kaudálně ze segmentu na segment, vzdáleností od osy se vyčerpává, až v horní nebo střední hrudní páteři doznívá. Tento souhyb se vyznačuje nápadnou uniformitou a rozdíly mezi jedinci jsou pouze kvantitativní. U obratlů C3 – C7 představuje jen

pasivní reakci na kranioloterální tah interspinálních vazů, vycházející z axisu. Naproti tomu jsou synkinézy v sagitální rovině výsledkem souhry protisměrných dynamických složek, jejichž vzájemný poměr je individuálně různý. Proto nacházíme velmi variabilní lokalizaci nulové zóny, tj. segmentů, kde jsou protisměrné síly v rovnováze. Zásadní rozdílnost však spočívá i v charakteristické vlastnosti synkinéz zanechávat rezidua po návratu páteře do neutrální polohy. Tato vlastnost ostře odlišuje synkinézy od hlavního pohybu, úklonu ke straně, ale je podstatně výraznější u synkinéz v sagitální rovině než u synkinéz rotační. Ta prakticky nezanechává rezidua, kdežto u synkinéz v sagitální rovině je nacházíme v 3/4 případů.

Tento zajímavý jev nás vedl od 1. fáze úklonů, tj. od změn vznikajících při přechodu z neutrální polohy do maximální laterální inklinace, ke studiu 2. fáze, tj. polohových změn, které vznikají při návratu páteře z úklonu do neutrální polohy. Z hlediska dynamiky se tyto dvě fáze od sebe podstatně liší: reakce v první fázi jsou výsledkem souhry longitudinálně působících silových složek. Proto jejich výsledné vzory (patterns), nebereme-li v úvahu individuálně rozdílné vztahy jednotlivých silových složek navzájem, jsou v zásadě pouze dva. Naproti tomu ve 2. fázi přestávají tyto složky působit, návrat páteře do neutrální polohy je jedinou zevní silou a způsob, jakým se obratle vrací do původní polohy, je určován kostními útvary (kloubními ploškami) a vazivovými strukturami a jejich fyzikálními vlastnostmi. Proto také jsou tyto reakce diferencovanější než v 1. fázi a vykazují 7 různých typů.

V této 2. fázi, kdy se obratle vymanily z působení silových složek 1. fáze, máme možnost získat specifické informace o měkkých tkáních dynamického segmentu, zvláště kolagenního vaziva. Při uvážení anatomických poměrů máme za to, že reakci 2. fáze určuje 1. stupeň retraktibility, stažitelnosti vaziva, jako do jisté míry aktivní složka, a 2. stupeň kompresibility, stlačitelnosti, jako pasivní složka. Některé typy těchto reakcí je možno považovat za projev normálních fyzikálních vlastností měkkých tkání, zvláště vaziva, nad a pod trnem daného obratle. Jiné typy je možno vykládat jako projev abnormálních změn fyzikálních vlastností vaziva. Podporují nás v tom statisticky významné rozdíly frekvence těchto typů ve skupinách jedinců zdravých a nemocných po operaci výhřezu bederní meziobratlové ploténky. Tento výzkum by mohl umožnit **klasifikaci jedince z hlediska odolnosti vazivového ústrojí páteře** vůči fyzické zátěži. Je to první pokus zjišťovat tyto vlastnosti vaziva u živého jedince.

Další zásadní rozdíl v mechanismu synkinéz v horizontální a sagitální rovině se projevuje i v rozdílnosti reakce na odstranění segmentové blokády. Synkinézy rotační reagují jen málo a odpověď je nápadně uniformní. Nelze ani jinou očekávat u více méně pasivního pohybu vyvolaného tahem, který vychází z jednoho segmentu. Naproti tomu synkinézy v sagitální rovině reagují na odstranění blokády velmi diferencovanými změnami, které jsou projevem okamžitého uvolnění celého systému krční páteře. Vše nasvědčuje tomu, že **synkinézy v sagitální rovině jsou dynamickou složkou, která je maximálně postižena segmentovou blokádou.**

Srovnání této reakce s reakcí hlavního pohybu, tj. úklonů ke straně, však ukazuje ještě další zajímavý aspekt. Zjistili jsme, že po odstranění blokády nastane zvětšení úklonů obratlů jen asi v 30 – 40 %, kdežto u 30 – 40 % obratlů se tento pohyb po manipulaci naopak zmenšuje. To je v rozporu s palpačním nálezem, který ukázal u všech 280 nemocných výrazné uvolnění dynamiky. Vysvětlení podává rtg nález alternance změn, tj. že úklon jednoho obratle se po manipulaci zvětší, úklon sousedního obratle zmenší, pohyb dalšího obratle opět zvětší, dalšího opět zmenší, atd. To je též jediná možnost, jak při palpačním nálezů zvýšené pohyblivosti může být u 30 – 40 % obratlů úklon menší než před manipulací.

Tento jev má však následující implikace:

Nepochybuje o tom, ač jsme to systematicky nesledovali, že tyto alternující polohy nejsou trvalé, ale že zanikají po určité době a úklon se stává harmonickým ve všech

krčních segmentech. V každém případě však nasvědčuje tento jev, že jsme po manipulaci snímkovali v době, kdy v důsledku odstranění segmentové blokády zmizel reflexní mechanismem okamžitě plurisegmentální stah intrasegmentálních svalových elementů. Naopak vazivový systém, jehož reakce je pomalejší než svalstva, se ještě nestačil vyrovnat s nabídkou zvýšené pohyblivosti a dočasně se s ní vyrovnal podle principu alternance. Takto se nám, po našem soudu, poprvé podařilo **izolovat akci intrasegmentálních svalů od akce vazivových elementů.**

Tyto nálezy přivádějí naši pozornost k intrasegmentálním svalovým elementům. Ty bývají v anatomických učebnicích označovány ne zcela výstižnými názvy, jako mm. transversospinales, rotatores breves, intertransversarii, interspinales. Ve skutečnosti jde o rozptýlené svalové elementy uložené v síti kolagenního vaziva.

Na podkladě výsledků našeho výzkumu se zdá být pravděpodobné, že reflexní stah těchto svalových elementů vede k tomu, že blokáda, tedy monosegmentální jev, působí plurisegmentální reakci, která okamžitě ustoupí, jakmile byla blokáda odstraněna. Zdá se, že tyto elementy mají pro prevenci a léčení blokad určitý význam, pravděpodobně větší než svalstvo, kterým jsme se doposud převážně zabývali.

Proto se v současné době zaměřujeme na výzkum funkce intrasegmentálních svalových elementů a možnost jejího ovlivnění.

Závěr

Dynamické rtg studie umožnily poznání některých jevů dynamiky krční páteře a závěry, pokud jde o funkci svalové a vazivové intrasegmentální složky a jejich vztahu k mechanismu segmentové blokády.

LITERATURA

1. JIROUT, J.: Das Gelenkspiel der Halswirbelsäule. V tisku. Stuttgart, G. Fischer Verlag.

Adresa autora: J. J., Neurologická klinika FVL, Kateřinská 30, 12 000 Praha 2

И. Иуров К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ ДИНАМИКИ ШЕЙНОГО ПОЗВОНОЧНИКА

Резюме

Рентгенологическое исследование сагиттальных синкинезий наклона шейного позвонника в сторону дает возможность познания функции отдельных силовых элементов, вызывающих изменения в положении позвонка при переходе из нейтрального положения в наклон в сторону (1-ая фаза). Реакции на возвращение в нейтральное положение (2-ая фаза) дают информации о физических свойствах соединительной ткани позвонника. Ответ на ликвидацию блокады позволяет изолировать акцию внутрисегментарных мышечных элементов от деятельности соединительнотканых структур.

J. Jirout COMMENT ON RADIOLOGICAL RESEARCH OF CERVICAL SPINE DYNAMICS

Summary

The X-ray examination of ventral and dorsal tiltings of cervical vertebrae associated with lateral inclination of the head and neck makes it possible to obtain some knowledge on the function

of various dynamic components that take part in shaping the postural reaction of vertebra on lateral inclination (1st phase). On returning from lateral inclination to neutral position (2nd phase) the postural changes of vertebrae yield information on physical properties of the spinal ligaments. Reaction on abolition of segmental blockage by means of manipulative treatment allows us to isolate the action of intrasegmental muscle elements from that of collagen tissue structures.

PRVNÍ PROTÉZOVÁNÍ AMPUTOVANÝCH NA DOLNÍCH KONČETINÁCH V REHABILITAČNÍCH ÚSTAVECH

V. KRÍŽ

*Rehabilitační ústav, Kladruby
Ředitel: MUDr. Vl. Kríž*

Souhrn: Prvotní protézování amputovaných na dolních končetinách je prováděno v Rehabilitačním ústavu v Kladrubech od 1. 5. 1975. Tento systém péče o amputované podstatně zkracuje jejich resocializaci. Požadavky na prvotní protézování a z nich vyplývající organizační a technické podmínky jsou odlišné od opakovaného protézování.

Statistická vyhodnocení ukazují, že v oblasti počáteční péče o amputované na dolních končetinách jsou ještě velké rezervy, zatím bez prokazatelné tendence k potřebnému zlepšení.

Klíčová slova: prvotní protézování – systém péče o amputované – statistická vyhodnocení.

V roce 1975 zahájilo protetické oddělení Rehabilitačního ústavu (RÚ) v Kladru-bech prvotní protézování – tj. vybavení pacientů bydlicích ve Středočeském kraji a v Praze – první protézou po amputacích dolních končetin. Protože Krajské protetické oddělení (KPO) v Praze funguje i pro Středočeský kraj a pracuje stále v nepříznivých prostorových podmínkách, byla tato dělba práce velmi příznivá pro zkrácení čekacích dob na první protézu. Pacienti mohou být přijati do rehabilitačního ústavu za 3 – 6 týdnů po amputaci, podle stavu pahýlu a celkové tělesné zdatnosti. V rehabilitačním ústavu je jim zhotovena protéza hned po přijetí, po jejím obdržení je prováděna komplexní rehabilitace s hlavním cílem náviku používání protézy.

Je všeobecně známo, že amputační pahýl se při začátku používání první protézy podstatně a rychle mění, a proto je nutné protézu v průměru jedenkrát týdně upravovat. Tyto úpravy provádí protetické oddělení RÚ ze dne na den, takže pacient na ně nemusí čekat, nepřerušuje se tím rehabilitace, také pacienti odcházejí z rehabilitačního ústavu s vyhovující protézou, na níž umějí chodit.

Tento způsob prvotního protézování v rehabilitačním ústavu je podstatně rychlejší a kvalitnější než prvotní protézování v krajských protetických odděleních, kde při nejlepší snaze a dřívějších i stávajících podmínkách není možné zajistit trvalý kontakt pacienta, rehabilitačního personálu (lékaři, rehabilitační pracovníci, ergoterapeuti, sociální pracovníci aj.) a protetického personálu (lékař, protetičtí technici) během celého náviku používání protézy, trvajících 5 – 7 týdnů. Podobný způsob prvotního protézování byl zaveden i v Severomoravském kraji, kde amputovaní jsou hospitalizováni na detašovaném pracovišti Rehabilitačního ústavu Hrabyně v Chuchel-ně a protetické práce pro ně zajišťuje KPO v Ostravě.

Po zahájení činnosti protetického oddělení v Dětské Gottwaldově léčebně v Luži – Košumberku se má zde stejný způsob zavést v oblasti protézování dětí.

Také nový Rehabilitační léčebný ústav v Kováčově, otevřený 3. 9. 1987, jehož spádovou oblastí je celé Slovensko, má protetické oddělení, které počítá s prvotním protézováním čerstvě amputovaných.

O našich prvních zkušenostech jsme informovali v časopisu Rehabilitácia v roce 1977 (1). Výsledkem tehdejších statistik bylo, že prvotní protézování v RÚ zkracuje dobu od amputace do ukončení rehabilitace o více než 5 měsíců (157 dní).

V časovém intervalu 1. 1. 1987 – 31. 10. 1987 jsme provedli statistiku základních časových údajů primární péče o amputované (tab. 1). Máme možnost porovnání průběhu péče u pacientů protézovaných v RÚ Kladruby (což jsou pacienti ze Středočeského kraje a Prahy) a pacientů protézovaných v krajských protetických odděleních naší spádové oblasti (Čechy), kteří jsou po obdržení protézy na KPO posíláni do RÚ Kladruby k ústavní rehabilitaci (tab. 2). Očekávali jsme, že v důsledku intenzivního společenského zájmu o tuto oblast dojde ke zlepšení situace, což nám však naše statistiky vyvrátily (tab. 3).

V letech 1975 – 76 jsme dostali požadavky na prvotní protézování 160 pacientů, za 10 měsíců roku 1987 bylo na prvotní protézování přijato 120 pacientů. Porovnání těchto počtů (stejně tak jako každoroční statistiky) nám ukazují vzrůstající požadavky na tuto péči, neboť z původních 70 a 90 pacientů ročně protézujeme dnes 120 – 130 pacientů ročně.

Porovnáваме-li však dobu od amputace do přijetí do rehabilitačního ústavu, zjišťujeme, že v počátcích této služby se pacienti dostali do RÚ v průměru za 42 dní, zatím co v roce 1987 to bylo průměrně za 138 dní. Jednoznačně se na tomto podílí pozdní

Tabulka 1. Časové údaje pacientů přijatých do RÚ kladruby v r. 1987 na ústavní rehabilitaci s prvotním protézováním

Protézování v RÚ	počet	doba od amputace do dojití návrhu	doba od amputace do přijetí do RÚ	objednací doba na přijetí
amp. v bérci	40 osob	111,0 dne	147,3 dne	24,6 dne
amp. ve stehně	80	105,1	132,8	28,3
amp. DK celkem	120	107,1	137,7	27,1

Tabulka 2. Časové údaje pacientů přijatých do RÚ Kladruby v r. 1987 s protézami, zhotovenými Krajskými protetickými odděleními

Protézování v KPO	počet	doba od amputace do obdržení protézy	doba od amputace do dojití návrhu	doba od amputace do přijetí do RÚ	objednací doba na přijetí
amp. v bérci	19 osob	171,2 dne	200,0 dne	247,9 dne	26,5 dne
amp. ve stehně	24	147,4	228,8	258,9	28,1
amp. DK celkem	43	157,7	216,0	254,0	27,4

Tabulka 3. Porovnání časových údajů prvotně protézovaných

Prvotní protézování	v RÚ	v KPO
Doba od amputace do přijetí v RÚ		
1975 – 6	42 dní	207 dní
1987	137,7	254

posílání návrhů na prvotní protézování (a ústavní rehabilitaci), neboť tyto návrhy dnes dostáváme v průměru za 107 dní.

Chyba pravděpodobně musí být na pracovištích, která provedou amputaci a nepošlou hlášení krajskému protetckému lékaři, tak jak to nařizuje Pokyn k provádění jednotného hlášení provedených amputací končetin (Věstník MZ, částka 2, z 22. 2. 1966) a nepošlou ani návrh na ústavní rehabilitaci a prvotní protézování do rehabilitačního ústavu. (Rehabilitační ústavy předávají pacienty, které zde oprotézují, do další protetické péče krajskému protetickému oddělení.)

Svědčí to o nedostatečné informovanosti i základní medicínské i organizační péči o amputované, což je u chirurgických pracovišť, bohužel, tradiční. Mimo jiné je polovina návrhů na ústavní rehabilitaci z chirurgických pracovišť nedostatečně vyplněna, hlavně v oblasti údajů o celkovém stavu a funkčních schopnostech pacientů, jako by to nebylo v povinnostech či možnostech těchto pracovišť nebo v možnostech jejich spolupráce s ostatními odděleními nemocnice (2, 3, 4, 5, 6). Nežádka chybí i základní chirurgická informace o způsobu amputace, délce pahýlu, jeho tvaru a stavu. Můžeme tedy jen konstatovat, že efektivita prvotního protézování v RÚ Kladruby se zhoršila v tom smyslu, že pacienti od nás odcházejí rehabilitovaní později, než tomu bylo dříve, a to především v důsledku toho, že jsou k nám posílání pozdě (tab. 3).

I u pacientů, kteří jsou protézování na krajských protetických odděleních, není situace příznivá. U 43 pacientů přijatých v roce 1987 činila doba od amputace do obdržení protézy v průměru 157,7 dní a od amputace do přijetí do RÚ 254,0 dní (tab. 2). Na pozdním přijetí do RÚ se opět podílí pozdní zaslání návrhů na ústavní rehabilitaci, které činí od amputace průměrně 216 dní a od obdržení protézy 96,3 dne. Porovnávali-li ukazatele z let 1975 – 76 s ukazateli z roku 1987, zjistíme, že došlo v tomto jedenáctiletém období k prodloužení doby od amputace do přijetí na ústavní rehabilitaci o 47 dní.

Závěr

Přes všechna opatření v oblasti péče o amputované nedochází k potřebnému zlepšení. Nedostatky přetrvávají:

- a) v diagnostice ischemické choroby dolních končetin před amputací (amputace nejsou prováděny ve vhodné době a ve správné výši),
- b) v operační technice amputací (amputacím není věnována potřebná péče a kvalifikace personálu),
- c) v časně ošetřovatelské péči a rehabilitaci amputovaných bezprostředně po amputaci a ve funkčním zhodnocení tělesných schopností amputovaných,
- d) v organizaci předávání amputovaných do péče protetických oddělení či do rehabilitačních ústavů, zajišťujících prvotní protézování,
- e) v organizaci práce protetických oddělení, kde zhotovení první protézy trvá příliš dlouho, a i proto nejsou protézy kvalitní (pahýl se zatím změní),
- f) v zásobování protetických oddělení polotovary, materiály, stroji a nástroji,
- g) v nedostatečném zajištění kvalifikace protetických techniků,
- h) ve spolupráci a nutném prolínání protetické a rehabilitační péče u prvotně protézovaných amputovaných na dolních končetinách.

Všechny tyto nedostatky jsou odstranitelné erudovanými organizačními zásahy. Je třeba si uvědomit, že jsou rozdílné požadavky a tudíž i organizační zajištění prvotního a opakovaného (dalšího) protézování.

LITERATURA

1. KRŽÍŽ, V., MALÁ, E., BERAN, J.: Prvotní protézování v rehabilitačním ústavu. Rehabilitácia, 10, 1977, č. 3, s. 153 – 158.

2. KÁLAL, J., KRÍŽ, V.: Přehled nejčastěji užívaných zátěžových testů. *Prakt Léč*, 61, 1981, č. 8, s. 297 – 300.
3. Kontraindikace fyzické zátěže z hlediska rehabilitace. *Prakt Léč*, 61, č. 8, s. 303 – 305.
4. KRÍŽ, V.: Nejčastější chyby v rehabilitaci pacientů s postižením dolních končetin úrazem či operací. *Rozhl Chirurg*, 60, 1981, č. 8, s. 551 – 557.

Adresa autora: V. K., Rehabilitační ústav, 257 62 Kladruby

V. Кржиж

ПЕРВИЧНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ АМПУТАНТОВ НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ В ИНСТИТУТАХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Резюме

Первичное протезирование ампутантов на нижних конечностях осуществляется в Институте восстановительного лечения в Кладрубах с 1-го мая 1975 г. Эта система помощи ампутантам значительно сокращает их ресоциализацию. Требования к первичному протезированию и вытекающие из них организационные и технические условия отличаются от повторяемого протезирования.

Статистические оценки показывают, что в области первоначальной помощи ампутантам на нижних конечностях имеются еще большие резервы, пока без заметной тенденции к необходимому улучшению.

V. Kříž

PRIMARY PROSTHESING IN PATIENTS AFTER AMPUTATION OF THE LOWER EXTREMITIES AT THE REHABILITATION INSTITUTES

Summary

Primary prosthesis of patients after amputations of lower extremities has been carried out at the Rehabilitation Institute in Kladruby since May 1st 1975. This system of care for patients after amputations considerably reduces the period of resocialization. Demands on primary prosthesis and the ensuing organizational and technical conditions are different from those of a repeated prosthesis.

Statistical evaluation shows that in the sphere of initial care for patients after amputation of the lower extremities are great reserves, and so far without demonstrable tendency for a necessary improvement.

FENOMÉN UVOLNĚNÍ (RELEASE PHENOMENON)

K. LEWIT

Ústřední ústav železničního zdravotnictví, Praha

Souhrn: Základem většiny manuálních technik – diagnostických i léčebných – je schopnost ruky palpovat. Při léčení pomocí tzv. „měkkých technik“ jde o to dosáhnout v oblasti zvýšeného napětí uvolnění a tím i úpravu bolesti. Pokaždé jde různými obměnami o stejný jev: určitým mírným tahem nebo tlakem dosahujeme předpětí v tkáních, na které působíme, a potom tento tlak ne-

bo tah už jen nepatrně měníme a hlavně udržujeme. Po určité latenci se odpor nebo napětí začíná snižovat a postupně zcela mizí; cítíme, že utvořená řasa se protahuje, nebo prst, kterým vyvoláváme tlak, se hlouběji zanořuje. Při svalových spasmech a mobilizacích kloubních je výhodné, když před vlastním uvolněním předchází izometrický odpor v opačném směru mobilizace nebo prodloužení svalu. Léčebné postupy jsou konkretizovány na příkladu mobilizace kloubní, postizometrické relaxaci svalové, protažení kůže, pojiva, žizev a zkráceného svalu.

Klíčová slova: fenomén uvolnění – postizometrická relaxace – protažení kůže, pojiva, svalu – palpáce

V dřívější práci (1987) jsme se zabývali významem palpačního vyšetření i problémem jeho „subjektivnosti“. Skutečně nelze palpační vyšetření reprodukovat pomocí přístrojů, protože vyvoláváme v podstatě zpětněvazebnou interakci mezi vyšetřujícím a pacientem. Měníme totiž velmi účelně intenzitu i směr tlaku a vyvoláváme tím reakci tkání. Tím získáme ničím nenahraditelné informace, které ovšem jsou závislé na naší palpační technice. Toto platí ještě ve větší míře, jakmile používáme ruky při léčení nemocných při mobilizacích (manipulacích), při masáži nebo tzv. technikách měkkých tkání. Pokaždé nás totiž léčící ruka také informuje (palpací) o reakci nemocného. Ruka má tak možnost léčebný zákrok stále účelně korigovat. V tom právě tkví racionální jádro „lehké ruky“. Pro možnost uvědomělé zpětné vazby ruka předčí všechny přístroje, kterými disponuje fyzikální léčba.

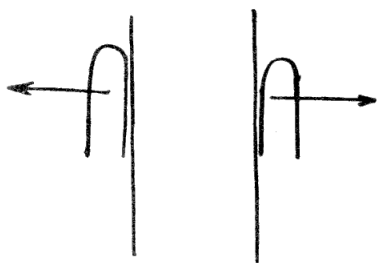
Pokusíme se uvedenou skutečnost konkretizovat při popisu některých významných léčebných postupů a vyvodit některé společné zákonitosti.

1. Postizometrická relaxace (PIR)

Lhostejno, zda metody používáme pro relaxaci svalů, nebo pro mobilizaci kloubní, postupujeme zásadně tak, že pasívním pohybem dosahujeme předpětí (svalu či kloubu) a v tomto postavení (a) vyzýváme nemocného, aby kladl odpor o minimální síle v opačném směru, který držíme 5 – 10 sekund. Potom (b) vyzveme nemocného, aby povolil a čekáme nečinně, až **cítíme**, že skutečně povoluje, a potom (c) sledujeme rukou, která a jak dlouho se exkurse **spontánně**, tj. relaxací, zvětšuje. Teprve když cítíme, že se exkurse už nezvětšuje (sval neprodlužuje) tj., že jsme znovu dosáhli předpětí, můžeme opakovat. Čím déle se relaxace prohlubuje, tím lépe. Mluvíme o jakémsi fenoménu „tání“, neboli **fenoménu uvolnění**. Dovedeme-li jej vnímat, víme bezpečně, že jsme svého cíle, tj. vymazání spoušťového bodu (zmírnění bolesti) dosáhli bezpečněji, nežli při často přečeňovaném fenoménu „lupnutí“.

2. Protažení kůže

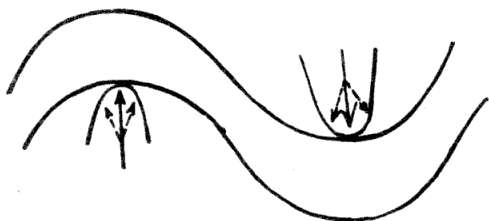
Kůži lze nejen řasit, ale také protahovat. Oběma metodami zjišťujeme v hyperalgetické zóně (HAZ) zvýšený odpor; protažení je na rozdíl od řasení zcela nebolestivé. Technicky je nejpřesnější, dosahujeme-li velmi lehkým tahem předpětí a z tohoto postavení pružením tah zvyšujeme. V HAZ pak chybí pružení. Při tom porovnáme symetricky uložené kožní areály na obou stranách těla (končetin) a protahujeme stejným směrem. Můžeme tak vyšetřovat zcela malé kožní okrsky (například v meziprstní řase) špičkami prstů nebo velké části kůže mezi našimi dlaněmi. Při léčení HAZ postupujeme analogicky: ve směru zvýšeného odporu dosahujeme jen mírným tlakem předpětí a **čekáme**. Po 5 – 10 sekundách, případně i delším čase cítíme, aniž bychom tah zvětšovali, že odpor povoluje a dochází k protažení kožního okrsku mezi našimi prsty nebo rukama. Po několika sekundách protažení více nepokračuje a zjišťujeme opět fenomén uvolnění: HAZ se upravila a nemocný často pocítuje příjemné teplo (obr. 1.).



Obr. 1. Prosté protažení povrchových vrstev kůže, případně jizvy.

3. Protažení pojiva

Zcela analogicky postupujeme při vyšetřování a léčení podkožní pojivové tkáně. Utváříme mezi prsty řasu, kterou prohmatáme, abychom zjistili zbytnění (zatvrdlinu). Stříhavým pohybem prstů (obr. 2) řasu protahujeme lehce do předpětí a vyčkáme, až po latenci 5 – 10 sekund, případně více, řasa povolí, aniž bychom tlak (tah) podstatněji měnili, a pozorujeme, jak se zbytnělá, zatvrdlá tkáň normalizuje, odpory mizí. Obvykle pak zjišťujeme, že při řasení jiným směrem ještě odpor (zbytnění) trvá a v tom směru manévr opakujeme. Nejčastěji tak postupujeme v oblasti jizev, ve kterých palpujeme místa zatvrdlá, méně posuvná proti okolí a která popsány manévry tahem či stříhem uvolňujeme. Podobné změny zjišťujeme například v oblasti bolestivých epikondylů, při bolestivé ostruže patní nebo pod bolestivou Achillovou šlachou.



Obr. 2. Utvoření řasy – pojiva, svalstva, případně hlubších vrstev jizvy (naznačené možné variace).

4. Protažení svalů

V zásadě je nutné rozlišovat zkrácený sval od svalu ve spasmu s bolestivými spouštěcími body, u nichž jde o bolestivě hyperaktivní svalová vlákna, vyžadující si **relaxaci**, čili útlum. Taková bolestivá místa lze nacházet i ve svalech ochablých. Právem Brügger rozlišuje bolestivě hypertonický a bolestivě hypotonický, ochablý sval. Zkrácený sval však nemusí být bolestivý a v tomto případě jde o změny v pojivu. Chceme-li dosáhnout normální délky svalové, je nutné sval **protáhnout**.

Technicky lze postupovat cestou, kterou bychom mohli nazvat „přímou“ a která je dobře známá pod termínem „stretching“. Anderson, který této technice věnoval rozsáhlou publikaci, zdůrazňuje, že je nutno postupovat nenásilně a hlavně vyčkat, až po delší latenci dochází (opět) k fenoménu uvolnění. Snad ještě lépe dosahujeme uvolnění technikou „nepřímou“, při které postupujeme stejným způsobem jako při protažení podkožní, pojivové řasy: uchopíme sval oběma rukama jako při masáži hnětením, ale pouze vyvoláme tah (obr. 2) a dosahujeme předpětí. Aniž bychom tah podstatněji měnili, vyčkáme (10, případně více sekund) a cítíme, že odpor ustupuje a sval se protahuje. Udržujeme tah, pokud se sval prodlužuje. Obvykle manévr opakujeme stříhem v opačném směru, podobně jako při hnětení svalu, ovšem ne střídavým rytmem, nýbrž pouze jednorázově, využívající fenoménu uvolnění. U ischiokrurálního svalstva můžeme tak výrazně upravit výsledek Laségueovy zkoušky.

Někdy je utváření řasy (pojivové, svalové) obtížné, například u hluboko uloženého svalu nebo vtažené jizvy. V takových případech lze používat pouhého tlaku v místě pohmatově změněné tkáně. I v tomto případě jde pouze o mírný tlak, při kterém vyčkááme, až ruka či prsty cítí, že tkáňový odpor mizí a opět se zmírňuje bolestivost. U svalů tak ovšem spíše docílíme relaxaci nežli skutečné protažení. Fenomén uvolnění vyvolaný pouze citem dávkovaným tlakem, při kterém se prst lehce zanořuje do tkáně tak, jak odpor povoluje, je nejspíše i základem efektu akupresury (obr. 3).



Obr. 3. Působení tlakem do hloubky při reflexních změnách v tkáni (pojivové nebo svalové působením bolesti). Naznačené možné variace.

Diskuse

Popsali jsme jev, který je jakýmsi společným jmenovatelem všech „měkkých“ technik včetně kloubních mobilizací. Pokaždé zjišťujeme zvýšený odpor a potom mírným tlakem či tahem dosahujeme předpětí. Po latenci odpor postupně mizí. Tím se normalizuje funkce (kloubní i svalová) a mizí bolest i reflexní změny. Na rozdíl od jiných autorů (Gaymans, Zbojan) se nedomníváme, že k uvolnění dochází po určitém počtu sekund, a zdůrazňujeme, že pokaždé musíme palpující rukou fenomén uvolnění sledovat od začátku do konce. Ovšem tam, kde jde o autoterapii, jako u antigravitační relaxace podle Zbojana (kdy tedy nemůžeme děj kontrolovat rukou), tam je správné určit – jak to předepisuje autor – dobu poměrně dlouhou, tj. 20 i více sekund, abychom relaxaci předčasně nepřerušili, což je největší chybou. Běžné masážní techniky, které se na první pohled popsaným „měkkým technikám“ podobají, nedosahují takového účinku pro stereotypní a příliš rychlý rytmus a mnohem menší zacílenost, tj. nepřesnost.

Společný mechanismus tvořící základ popsaného jevu by mohla být hysteresis, jak ji popsal Hubbard a spol. při opakovaném protažení preparátu šlachy. Měřil sílu potřebnou k protažení šlachy o určité procento původní délky. Síla během pokusu narůstá. Z počátku šlacha téměř nereaguje, ale od určité síly protažení postupuje téměř lineárně v poměru k síle, až dosahuje vrcholu křivky. Když po pause o určitém trvání pokus opakuje, zjišťuje, že (1) šlacha zůstává o něco delší, (2) potřebuje menší sílu k protažení a (3) že po určité, delší době se šlacha opět „zotavuje“, tj. že dosahuje původní délky i odporu.

Závěrem lze zdůraznit, že nám palpující ruka zprostředkuje jev, který je společný nejdůležitějším metodám či technikám, kterými obnovujeme normální funkci kloubů a svalů a upravujeme reflexní změny v kůži i pojivu, spojené s projevy bolesti. Pro subjektivnost tj. nemožnost přístroji napodobovat tyto techniky, představují také svízelný pedagogický problém. Zbývá nám proto jen co nejpřesněji popsat a analyzovat to, co nám naše palpační schopnost zprostředkuje. O to jsme se pokusili.

LITERATURA

1. ANDERSON, B.: Stretching. California, Shelter-Bolinas, 1980.
2. BRÜGGER, A.: Die Erkrankung des Bewegungsapparates und sein Nervensystem. Stuttgart, New York, G. Fischer, 1977.
3. GAYMANS, F.: Neue Mobilisations-Prinzipien und Techniken an der Wirbelsäule. Man Med, 11, 1973, s. 46 – 49.

4. JANDA, V.: Vyšetřování hybnosti I. Praha, Avicemum, 1972.
5. LEWIT, K.: Postisometrická relaxace. Čas Lék Čes, 119, 1980, s. 450 – 455.
6. LEWIT, K.: O významu palpáce u bolestivých onemocnění pohybové soustavy. Rehabilitácia, Supl 34, s. 23 – 27.
7. ZBOJAN, L.: Antigravitačná relaxácia, jej podstata a použitie. Výber referátov z celoštátnej konferencie 1984 Nové Zámky, Účelová publikácia sekcie M.R.T. pri S.R.S., s. 34 – 44.

Adresa autora: K. L., Dobrichovice u Prahy

K. Lewit

ФЕНОМЕН РАССЛАБЛЕНИЯ

Резюме

Основой большей части ручных медицинских техник, так диагностических, как и лечебных, является способность руки к пальпации. При лечении с помощью т. наз. „мягких техник“ речь идет о достижении расслабления в области повышенного напряжения, а тем самым и уменьшения боли. Всякий раз речь идет – с некоторыми изменениями – о том же явлении: некоторым умеренным тасканием или нажимом мы достигаем предварительного напряжения в тканях, на которые оказываем действие, после чего это давление или таскание уже лишь незначительно изменяем и, главное, поддерживаем. После некоторой латентности сопротивление или напряжение начинает снижаться и постепенно полностью исчезает; мы чувствуем, что образовавшаяся складка растягивается, или же палец, которым мы вызываем давление, проникает вглубь. При мышечных спазмах и мобилизациях суставов выгодно, если собственно расслаблению предшествует изометрическое сопротивление в противоположном к мобилизации или удлинению мышцы направлении. Лечебные приемы конкретизированы на примере мобилизации суставов, на постизометрической релаксации мышц, на растяжении кожи, соединительной ткани, рубцов и сокращенной мышцы.

K. Lewit

THE RELEASE PHENOMENON

Summary

The basis of all manual techniques, diagnostic as well as therapeutic, is palpation. The purpose of the „soft tissue“ techniques is to obtain release of increased tissue tension, which goes hand in hand with relief of pain. In every instance we have to do with variations of the same phenomenon: by applying slight pressure or pull on tissues we take up the slack (engage a barrier) and this pressure (pull) is held and only very little changed. After a certain latency period tension or resistance starts to decrease until it gradually vanishes and we sense that a void of tissue (skin) lengthens or that a finger which exerts pressure sinks deeper into the tissue. For mobilisation and postisometric muscle relaxation it is useful, if before relaxation (mobilisation) there is isometric resistance in the opposite direction to that of mobilisation (muscle relaxation). Postisometric muscle relaxation and joint mobilisation, skin stretchin and stretchin of connective tissue, in particular of scars and tight muscles, serve as examples to illustrate the principle of treatment.

REFERENČNÉ CENTRUM PRE PRIEČNE LÉZIE MIECHY

M. MALÝ, E. MALÁ

Rehabilitačný liečebný ústav, Kováčová

Riadiťel: MUDr. J. Hutýra

Súhrn: Práca sa zaoberá rozpracovaním návrhu referenčného centra pre transversálne lézie miechy. Konkretizuje lokalizáciu, náplň práce, personálne zabezpečenie, materiálne vybavenie, vedeckovýskumnú činnosť referenčného centra a spoluprácu s inými inštitúciami.

Kľúčové slová: transversálne lézie miechy – paraplegik – tetraplegik – referenčné centrum.

Priečne lézie miechy sú celospoločenským problémom pre svoju závažnosť a trvalé následky. Ročne v ČSSR pribúda asi 200 čerstvých úrazov chrbtice s poškodením miechy v zmysle transversálnej lézie. Celkový počet žijúcich para- a tetraplegikov v ČSSR sa iba odhaduje, keďže presná evidencia, dispenzarizácia, chýba. Rôzni autori a pracoviská udávajú rozptyl počtu žijúcich paraplegikov pod 3000 (Gúth), nad 5000 (Kříž) až po 8000 (Malý, Malá).

Zo zdravotníckeho pohľadu rehabilitant, pacient, handicapovaný transversálnou léziou miechy žiaľ nie je atraktívny pre neurológa, lebo diagnóza je jasná, ani pre neurochirurga, lebo ten si pri výkone diagnózy overil, ani pre traumatológa či ortopéda, ktorí stabilizovali kostné štruktúry osového orgánu a ďalšiu terapeutickú škálu už nevedia aplikovať, alebo je pre nich nezaujímavá. Takýto rehabilitant je neatraktívny aj pre urológa, ktorého zaujíma iba v štádiu litiázy, anúrie, či uroinfekcie. Tak by sme mohli pokračovať ďalej.

Prakticky, kvadruplegický rehabilitant rozhodne patrí do starostlivosti tímu zdravotníckych pracovníkov, na čele ktorého stojí odborník rehabilitačného lekárstva, rehabilitačný lekár.

Odbor rehabilitačného lekárstva zaručuje komplexnosť a schopnosť koordinovať podiel ostatných odborníkov pri celkovom ošetrovaní a ďalšom servise, aj mimorezortnom. Preto zastávame názor, že referenčné centrum treba utvoriť tam a v tom odbore, ktorý má ku komplexnej problematike najbližšie, a to je odbor rehabilitačného lekárstva.

Lokalizácia referenčného centra

Sídlom centra by malo byť také pracovisko, kde sa sústreďuje celorehabilitačná liečba priečných poranení miechy. Pracovisko by malo mať celoštátnu alebo aspoň celorepublikovú pôsobnosť. Tieto podmienky v súčasnosti spĺňajú RÚ Kladruby pri Vlašime, RÚ Hrabyně – Chuchelná a v SSR Rehabilitačný liečebný ústav v Kováčovej.

Náplň práce

Povinnosťou centra je sústrediť maximálne množstvo informácií v danej problematike, spracovať ich a uložiť vo vlastnej databanke. Informácie by boli k dispozícii všetkým inštitúciami a orgánom, ktoré o spomínanú problematiku majú záujem. Prenos informácií by bol možný klasickou formou pomocou informačného bulletinu, alebo automatickým systémom riadenia.

Referenčné centrum vypracuje metodiky rehabilitačných postupov pre ARO, neurochirurgické a traumatologické pracoviská, najmä v prípade včasnej rehabilitačnej liečby.

Spracuje základy rehabilitačného ošetrovateľstva pre spomínané oddelenia a kliniky, aby sa týmito modernými dynamickými ošetrovateľskými prvkami predchádzalo hlavne sekundárnym zmenám (dekubity, bronchopneumónie, zvrátený močový mechúr, demineralizácia a pod.) v prvej fáze komplexného ošetrovania.

Spracuje problematiku štádia intenzívnej rehabilitácie a pripraví výučbové video-programy z danej problematiky.

Referenčné centrum sa musí podieľať na príprave SZP (zdravotné sestry, sociálne pracovníčky, rehabilitačné pracovníčky-fyzioterapeutky, ergoterapeutky), ďalej informovať o programe centra aj poslucháčov lekárskech fakúlt a podieľať sa na doškolení v postgraduálnej príprave.

Do náplne práce centra by ďalej patrila konzultačná, ale aj konziliárna činnosť v danej problematike z určeného regiónu.

Centrum musí byť schopné plniť úlohy vyplývajúce z praxe a požiadaviek terénu.

Personálne zabezpečenie

Na čele centra stojí ordinár pre priečne lézie miechy s odbornosťou rehabilitačného lekára. Ďalší členovia tímu centra sú lekári, iní vysokoškolskí pracovníci (absolvent FTVS UK Praha – odbor liečebná rehabilitácia, psychológ, sociológ, klinický antropológ, imunológ) a strední zdravotnícki pracovníci. Dôležitými článkami pracovného kolektívu sú: sociálny pracovník, knihovník, pracovník zabezpečujúci automatizovaný systém riadenia, štatistik a dokumentárny pracovník.

Referenčné centrum metodicky a obsahovo priamo riadi hlavný odborník ministerstva zdravotníctva a sociálnych vecí pre odbor rehabilitačného lekárstva.

Materiálne vybavenie

Rehabilitačné centrum využíva štandardné vybavenie rehabilitačného ústavu doplnené o špičkovú techniku diagnosticko-evolučného úseku, ergonómie a videotechniky. Potrebná je výpočtová technika a vzájomné prepojenie formou terminálov.

Vedeckovýskumná činnosť

V spolupráci s klinickými pracoviskami, výskumnými ústavmi a ILF podieľa sa referenčné centrum na výskumnej práci. Plní len také výskumné úlohy, na ktoré stačí personálne a materiálne. Na ostatných sa zúčastňuje ako spoluriešiteľ.

Spolupráca s inými inštitúciami

Okrem spomínaných inštitúcií musí referenčné centrum bezpodmienečne spolupracovať so všetkými zdravotníckymi zariadeniami a inštitúciami. Ďalej by malo spolupracovať s Federálnym ministerstvom práce a sociálnych vecí, Ministerstvom školstva, Ústredným výborom zväzu invalidov a jeho podnikmi Metou a Integrou, s národnými výbormi a ČSZTV.

Z á v e r

Utvorenie referenčných centier v oblasti rehabilitácie považujeme za veľmi významné. V SSR túto požiadavku ako prvý predniesol hlavný odborník MZ doc. MUDr. et RNDr. M. Palát, CSc. My sme časť tejto problematiky rozpracovali a dovoľujeme si túto našu prácu venovať jubilantom, dvom veľikánom nášho rehabilitačného lekárstva, prof. MUDr. V. Jandovi, DrSc. a prof. MUDr. J. Pfeifferovi, DrSc.

LITERATÚRA

1. Materiály z pracovnej porady hlavného odborníka MZ SSR pre FBLR doc. MUDr. et RNDr. M. Palát, CSc., Banská Bystrica, apríl 1987.
2. MALÁ, E., KOZÁČEKOVÁ, A., FABIÁNOVÁ, A., GREGÁŇ, M., CVACHO, L.: Návrh na referenčné centrum pre priečne lézie miechy. Záverečná práca tematického kurzu o pokrokoch vo FBLR, 8. VI. – 19. VI. 1987, ILF Bratislava.

Adresa autora: M. M., Rehabilitačný liečebný ústav, 962 37 Kováčová

M. Malý, E. Malá
РЕФЕРАТИВНЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ ПОПЕРЕЧНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ
СПИННОГО МОЗГА

Резюме

Статья занимается разработкой проекта реферативного центра для поперечных повреждений спинного мозга. В ней конкретизируется локализация, характер работы, персональный состав, материальное обеспечение, научно-исследовательская деятельность реферативного центра и сотрудничество с другими учреждениями.

M. Malý, E. Malá
REFERENCE CENTRE FOR PATIENTS WITH TRANSVERSAL LESIONS OF THE SPINE

Summary

The paper presents the investigations of a proposal for the establishment of a reference centre for patients with transversal lesions of the spine. It pinpoints the localization, contents of work, provision of personnel, material equipment, the scientific and research activities of the centre and its collaboration with other institutions.

FUNKČNÍ PORUCHY HYBNÉHO SYSTÉMU – ČASTÁ PŘÍČINA EXTRAKARDIÁLNÍCH BOLESTÍ HRUDNÍKU

J. MIKULA, Z. ŠTURC

Československé státní lázně, Darkov
Ředitel: MUDr. Z. Šturc, CSc.

Souhrn: Bolest v oblasti hrudníku se poměrně často dostává do role klinického obrazu, znepokojujícího pacienta i lékaře. Příčinou jsou zejména obavy z jejího kardiálního původu. V praxi však není vzácná ani skličující bolest hrudníku, která má extrakardiální původ. Často může být spojena s funkčními poruchami svalového a ligamentózního aparátu, které jsou významnou složkou klinického obrazu bolestivých vertebrogenních poruch.

Jedná se především o velmi závažný vrstvý syndrom nebo o zkřížené syndromy jak proximální, tak distální. S funkčními poruchami hybného systému velmi pravděpodobně souvisí řada dalších potíží známých pod různými diagnostickým označením (hyperventilation syndrome, precordial crush [catch, cramp], sternální syndrom, možná i Tietzeho syndrom, kostochondrodynie nebo slipping rib syndrome). Jak kardiální, tak i kosterně svalový původ bolesti hrudníku mají společný rizikový faktor, a to hypokinézu. Podcenit nelze ani vertebroviscerální vztahy, díky kterým může být původ imitované bolesti hrudníku v gastrointestinálním traktu nebo jiných systémech.

Klíčová slova: hypokinéza – syndromy: vrstvý, horní/dolní zkřížený, hyperventilační, sternální, Tietzeho, slipping rib syndrome – vertebroviscerální vztahy.

Ve vyvinutých zemích jsou kardiovaskulární onemocnění stále nejčastější příčinou úmrtí. Není proto divu, že právě bolest v oblasti hrudníku tak výrazně zneklidňuje jak

pacienta, tak i lékaře. Ať se jedná o bolesti kardiálního či extrakardiálního původu, na jejich vzniku se velmi často může podílet společný rizikový faktor. Je to nedostatečná pohybová aktivita, tzv. hypokinetická nemoc, která má své významné místo v patogenezi ischemické choroby srdeční, ale také onemocnění pohybového aparátu. Pohybová chudost, nedostatek dynamické práce svalů a jednostranné přetěžování se podílejí na zhoršování funkční zdatnosti kardiorepiračního aparátu a přímo také vedou i k funkčním poruchám hybného systému (8, 6, 5). Vznikají svalové dysbalance, kdy na jedné straně je permanentně generován zvýšený svalový tonus s následnými myogelózami a entezopatiemi a na druhé straně hluboký motorický útlum vede ke svalové insuficienci s výraznou hypotrofií a hypotonii. Všechny tyto změny ve svalovém a vazivovém aparátu mají algický doprovod.

Vedle lokálních svalových dysfunkcí se mohou vytvořit klinické obrazy zkřížených syndromů (horní – proximální a dolní – distální) nebo velmi závažného vrstvého syndromu, které již před lety prvně popsal Janda (7). Zejména při sedavém zaměstnání dochází k jednostrannému přetěžování horních částí m. trapezius, m. levator scapulae, mn. scaleni a m. sternocleidomastoideus (3, 11). Přetížené svaly reagují zkrácením, hypertrofií a bolestí. Naopak dolní fixátory lopatek jsou hypotrofické a hypotonické. Kromě uvedených potíží tato svalová dysbalance predisponuje k tzv. dýchání horního typu, tedy kvalitativně méně hodnotnému stereotypu dýchání. Podobně u dolního zkříženého syndromu existující svalová dysbalance potencuje flekční držení kyčelních kloubů, rotaci pánve a vede k přetěžování ligament thorakolumbálního a lumbosakrálního přechodu. Ve vrstvě syndromu je nutno především upozornit na paradoxní hypotrofii lumbosakrálních erektorů trupu, která je kompenzována reaktivní hypertrofií erektoru thorakolumbálního přechodu (7).

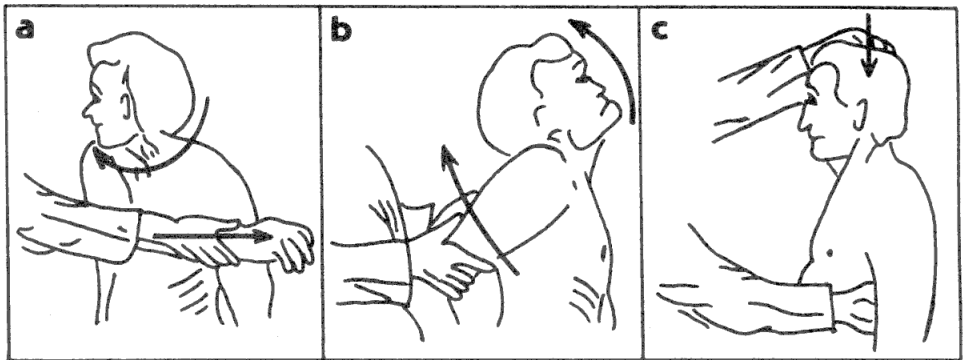
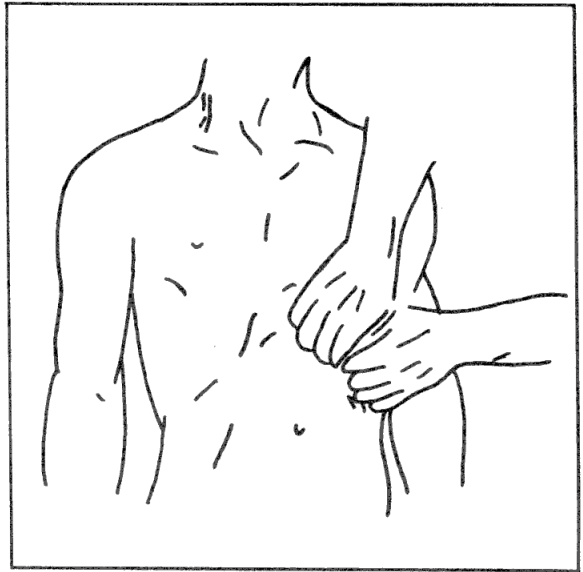
Pacienty někdy uváděný „pocit tíže“ bývá často spojován s primárním hyperventilačním syndromem (hyperventilation syndrome). Nemocný se „nemůže zhluboka nadechnout“, má palpitace, je neklidný, udává necitlivost či mravenčení rukou, nohou a kolem úst. Prudká bolest má prekordiální lokalizaci, až několikadenní trvání, jindy je charakterizována retrosternálním pocitem tlaku. Podle některých autorů (Wheatley) se na těchto potížích pravděpodobně podílí únava a funkční poruchy mezižeberních svalů (14).

Podobného původu, možná ještě navíc v důsledku komprese mezižeberních nervů, je prekordiální křeč (precordial crush, catch, cramp). Tato bolest má trvání několika sekund až minut, ale pro svůj prudký nástup a krutý a píchavý charakter může být dosti dramatická. Často k ní dochází při relaxačním či doslova chabém sedu a již změna polohy do sedu se vzpřímeným držením trupu, hluboké inspirium a intermitentní Valsalvův manévr vedou k rychlé úlevě. Hrudník není bolestivý na tlak (13). Brüger popisuje tzv. sternální syndrom (1) jako algickou reakci organismu na kyfotické držení trupu lokalizovanou do sternokostální a sternoklavikulární oblasti.

Chronická hypokinéza může, tak jako ve svalch, vést i k bolestivým dysfunkcím kloubním. Dlouhodobá inaktivita může na podpurném aparátu zanechat stopy daleko závažnější. Je to zejména osteoporóza z inaktivity. Raisz zde dokonce předpokládá vazbu s piezoelektrickým faktorem aktivujícím osteoblasty (12), což je další argument o nezbytnosti zatížení skeletu pohybovou aktivitou.

Některé bolesti na hrudníku mají svůj původ v chrupavčitých částech žeber. Následkem abnormální pohyblivosti dolních žeber v břišní krajině (slipping rib syndrome) dochází k prudkým píchavým bolestem ve ventrální dolní části hrudníku (4). Mohou nastat v klidu i při pohybu a k diagnostickým účelům je lze vyvolat tahem dolních žeber laterálně, tzv. hooking maneuver (obr. 1). Bolestivost a palpační citlivost nad kostochondrálními a kostosternálními přechody se vyskytuje u Tietzeho syndromu a u kostochondrodynie (9, 13). Tietzeho syndrom je vzácný, kostochondrální přecho-

Obr. 1. Diagnostický manévr k reprodukci bolesti u slipping rib syndromu (abnormální pohyblivosti žeberních chrupavek).



Obr. 2. Manévry podle Epsteina, Gerbera a Borera k diferenciální diagnostice kardiálních a extrakardiálních bolestí na hrudníku.

dy jsou oteklé; kostochondrodynie je bez otoku, vyskytuje se často a postihuje více kloubů na obou stranách sternu.

Pro diferenciální diagnostiku kardiálních a extrakardiálních bolestí na hrudníku jsou velmi cenné namévry podle Epsteina, Gerbera a Borera (2):

- horizontální flexe paže přes prsa se současným maximálním otočením hlavy k příslušnému rameni (obr. 2a),
- tah paží nazad a nahoru při současném pohledu pacienta kolmo vzhůru, tzv. crowing rooster maneuver (obr. 2b),
- kolmý tlak na hlavu pacienta shora (obr. 2c).

Je-li bolest na hrudníku některým z těchto manévru reprodukovatelná ve své kvalitě i lokalizaci, potvrzuje to její extrakardiální původ. Ischemické bolesti mohou také napodobit palčivé bolesti předcházející herpes zoster.

Pochopitelně, že při každé bolesti na hrudníku musíme předně vyloučit její myokardiální, aortální, perikardiální a plicní původ. Nikdy však nelze zapomenout na existující vertebroviscerální

vztahy, kdy vertebrogenní porucha může imitovat vnitřní onemocnění a naopak závažné vnitřní onemocnění se projevit jako bolest v zádech. Například levostranný cervikobrachiální syndrom může být prvním příznakem ischemické choroby srdeční, nebo noční bolest mezi lopatkami může být hladovou bolestí u vředové choroby duodena. Proto je nutné při bolestech na hrudníku pomyslet také na pankreatitidu, biliární potíže, zánět či rupturu jícnu. Diagnosticky cenný je také rozdíl mezi reflexními změnami u ischemické choroby srdeční a prostého vertebrocardiálního syndromu, který popsali Lewit a Rychlíková (10). Předně reflexní změny u vertebrogenních poruch jsou oboustranné, nikoliv tedy pouze vlevo, a jsou plurisegmentální. Blokády hrudní páteře převažují v oblasti Th_{4,6}, svalové spasmy a hyperalgické zóny pak v oblasti Th_{4,8}.

Závěrem nutno zdůraznit, že funkční poruchy hybného systému mají své oprávněné místo v diagnostických a prognostických úvahách, neboť se výrazně podílejí nejen na změnách svalového a ligamentózního aparátu a samotného držení těla, ale mohou také ovlivnit kardiovaskulární, respirační i další systémy v organismu.

LITERATURA

1. BRÜGGER, A.: Die Erkrankungen des Bewegungsapparates und seines Nervensystems. Stuttgart, G. Fischer Verlag, 1977.
1. EPSTEIN, S. E., GERBER, L. H., BORER, J. S.: Chest wall syndrome; a common cause of unexplained cardiac pain. J Am Med Ass, 241, 1979, s. 2793.
3. GILBERTOVÁ, S.: Sedavé zaměstnání a vertebrogenní onemocnění. Rehabilitácia, 17, 1984, č. 3.
4. HEINZ, G. H., ZAVALA, D. C.: Slipping rib syndrome. J Am Med Ass, 237, 1977, s. 794.
5. HRAZDÍROVÁ, V., HRAZDÍRA, Č. L.: Faktory ovlivňující výskyt vertebrogenních algických syndromů. Čs Neurol Neurochir, 50/83, 1987, č. 3.
6. JANDA, V.: Funkční vztahy mezi hybným systémem a vnitřními orgány. In: Rehabilitace ve vnitřním lékařství, Balnea, Praha – Karlovy Vary, 1976.
7. JANDA, V.: Vrstvový syndrom. Rehabilitácia, Supl 34, 1987.
8. JANDA, V.: Základy kliniky funkčních (neparetických) hybných poruch. ÚDV SZP, Brno, 1982.
9. KAYSER, H. L.: Tietze's syndrome. Am J Med, 21, 1956, s. 982.
10. LEWIT, K., RYCHLÍKOVÁ, E.: Vertebroviscerální vztahy. In: Rehabilitace ve vnitřním lékařství, Balnea, Praha – Karlovy Vary, 1976.
11. MIKULA, J., ŠTURC, Z., HUSIČKA, J.: Příklad léčby vertebrogenních torakalgii. Fysiat Věst, 65, 1987, č. 2.
12. RAISZ, L. G.: Bone metabolism and its hormonal regulation. Triangle, 22, 1983, No 2 – 3.
13. STONE, J. H.: Diferenciální diagnóza bolesti hrudníku. Sandoz Revue, 1982, č. 1, s. 1 – 6.
14. WHEATLEY, C. E.: Hyperventilation syndrome: a frequent cause of chest pain. Chest, 1975, 68, s. 195.

Adresa autora: J. M., 734 01 Karviná – Mizerov 68/2366

И. Микла, З. Штурц

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ – ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЭКСТРАКАРДИАЛЬНЫХ БОЛЕЙ В ГРУДИ

Резюме

Боль в области груди сравнительно часто выступает в роли клинической картины, обеспокаивающей больного и врача. Причиной этого являются главным образом опасения их кардиального происхождения. Однако, на практике нередко встречается гнетущая боль в груди экстракардиального происхождения. Она часто связана с функциональными расстройствами мышечного и связочного аппаратов, являющихся важным элементом клинической картины болезненных вертеброгенных расстройств. Речь идет прежде всего об очень важном слоистом синдроме или о

скрещенных синдромах, так проксимальных, как и дистальных. С функциональными расстройствами двигательной системы весьма правдоподобно связан ряд других затруднений, известных под разными диагностическими названиями (hyperventilation syndrome, precordial crush [catch, cramp], стернальный синдром, возможно и синдром Тизе, костохондродиния или slipping rib syndrome). Так кардиальное, как и костно-мышечное происхождение боли в груди имеют общий фактор риска, а именно гипокинезию. Нельзя недооценивать и вертебро-висцеральные отношения, благодаря которым происхождение имитированной боли в груди может быть в желудочно-кишечном тракте или в других системах.

J. Mikula, Z. Šturc

FUNCTIONAL DISTURBANCES OF THE MOTOR SYSTEM – A FREQUENT CAUSE OF EXTRACARDIAL PAINS IN THE CHEST

Summary

Pains in the thoracal region are rather frequent in the clinical picture causing uneasiness in patients and also physicians. They cause particularly apprehension about their cardiac origin. In practice, however, oppressive thoracal pain is not rare and may be of extracardial origin. It can frequently be connected with functional disorders of the muscle and ligamental systems which are a significant component of the clinical picture of painful vertebrogenic disorders. This is often the case in very severe stratial syndrome or transversal syndromes, proximal or distal. Functional disorders of the motor system are very probably connected with a number of other complaints known under various diagnostic specifications (hyperventilation syndrome, precordial crush [catch, cramp], sternal syndrome, possibly also Tietze's syndrome, costochondrodynia or slipping rib syndrome). Both the cardiac, costal and muscle origin of thoracal pain have a common risk factor, i.e., hypokinesia. Vertebrovisceral relation, due to which may the origin of imitated thoracal pain be in the gastrointestinal tract or other systems, should not be underrated.

REHABILITAČNÝ PROCES Z POHLADU REHABILITAČNÝCH PRACOVNÍČOK

M. PALÁT, R. ŠTUKOVSKÝ

Katedra FBLR, ILF Bratislava

Vedúci: doc. MUDr. RNDr. M. Palát, CSc.

Katedra psychologických vied FFUK, Bratislava

Vedúci: doc. PhDr. T. Kollárik, CSc.

Súhrn: Uskutočnili sme sondu do mentálneho priestoru, v ktorom rehabilitačné pracovníčky vnímajú rehabilitačný proces. Zistili sme, že ich postoje sú prevažne vysoko primerané a objektívne odôvodnené, ale že sa prejavujú aj špecifické sémantické aspekty podmienené ich profesiou.

Kľúčové slová: poinfarktová rehabilitácia – rehabilitačné pracovníčky – sémantický diferencál – škály.

Sémantický obsah každého pojmu ovplyvňujú najrozličnejšie vplyvy a faktory, medzi ktorými je na poprednom mieste aj profesia posudzujúceho. Je to tak aj pri posudzovaní pojmu rehabilitácia, konkrétne rehabilitácia po infarkte myokardu. Na základe predchádzajúcich štúdií sme pristúpili k analýze obrazu tohto pojmu vo vedomí

zdravotníčok, ktoré rehabilitačný proces realizujú. Ako teda vnímajú rehabilitačné pracovníčky poinfarktovú rehabilitáciu?

Materiál a metódy

V úlohe posudzovateľiek-respondentiek bolo 42 frekventantiek postgraduálnych kurzov v odbore rehabilitácie, čiže rehabilitačných pracovníčok (RP) s viacročnou praxou a nadpriemerným záujmom a odbor. Ich postoje sme zisťovali pomocou tzv. sémantického diferenciálu, pozostávajúceho z 27 sedemstupňových škál vybraných cielene na posudzovanie klinických jednotiek, najmä chorôb. Dotazník mal klasický formát (2), ale špeciálny obsah (3, 5). Polarita sa vypočítala ako rozdiel od neutrálnej odpovedovej pozície, ktorá bola zakódovaná ako hodnota 4. Polarizovanosť postojov sa testovala zvyčajným t-testom proti nule.

Výsledky a diskusia

Na úvod treba konštatovať, že dotazník sme zostavili predovšetkým na hodnotenie rôznych chorôb, preto sa niektoré škály pochopiteľne nejavili ako primerané na vyjadrenie postojov k rehabilitačnému procesu. No poinfarktová rehabilitácia sa ukázala ako jeden z kľúčových pojmov pri zmapovaní mentálneho priestoru pacientov i zdravých kontrol (4) v kardiologickej problematike. A práve pre spomínané profesijné špecifickosti (1, 5) i v záujme odbúrania komunikačných bariér je užitočné poznať aj mentálne implikácie tohto pojmu u samých RP.

Tabuľka 1. Polarita škál pri posudzovaní pojmu rehabilitácia (N = 42)

Označenie	Škála	Postojové skóre		Polarita		
		priem.	SE	priem.	t	sign.
a	kontrolovateľný	1,24	0,11	2,76	-25,88	***
b	preskúmaný	1,67	0,14	2,33	-16,29	***
c	prebieha pomaly	1,95	0,21	2,05	-9,76	***
d	predvídateľný	1,98	0,23	2,02	-8,62	***
e	má známe príčiny	2,05	0,27	1,95	-7,22	***
f	vylicený	2,17	0,19	1,83	-9,67	***
g	bez bolestí	2,26	0,25	1,74	-6,94	***
h	príjemný	2,67	0,28	1,33	-4,72	**
i	bez zármutku	2,67	0,29	1,33	-4,65	**
j	vzniká pomaly	2,88	0,32	1,12	3,50	**
k	(bezrizikový)	3,67	0,32	0,33	-1,04	NS
l	(neobmedzuje činnosť)	3,76	0,37	0,24	-0,65	NS
m	(prechodný)	3,95	0,38	0,05	-0,05	NS
n	(nevývoláva starosť)	3,98	0,33	0,02	-0,07	NS
o	(vzbudzuje obavy)	4,29	0,35	0,29	0,82	NS
p	(vedie k únave)	4,62	0,33	0,62	1,88	NS
q	nezabrániteľný	4,93	0,28	0,93	3,37	**
r	komplikovaný	5,07	0,31	1,07	3,46	**
s	znepokojujúci	5,10	0,20	1,10	5,61	***
t	závažný	5,48	0,27	1,48	5,54	***
u	mení životosprávu	5,60	0,33	1,60	4,86	***
v	často sa vyskytuje	6,48	0,23	2,48	10,80	***

Poznámka: škály sú definované podľa toho pólu, ku ktorému má tendenciu skupinový priemer resp. polarita;

signifikantnosť: *** = $P < 10^{-7}$ ** = $P < 0,001$

NS = neodlišuje sa signifikantne od nuly (SE = stredná chyba priemeru)

Hlavné výsledky sú v tabuľke 1, kde okrem priemerov a stredných chýb je aj polarita a stupeň polarizovanosti postojov RP. Prevažná väčšina škál je veľmi vysoko signifikantne rôzna od neutrálneho stred, ako to vidieť najmä v prvých riadkoch. Vlastnosti uvedené sub **a** až **g** sú denotatívne, opisujú objektívne vlastnosti rehabilitačného procesu, ktorý je preskúmaný, kontrolovateľný atď. Za zmienku stojí aj vysoká polarita pri **g** (je bez bolesti), a len o niečo menej výrazný úsudok, že je príjemný (**h**). Strednú skupinu škál tvoria nevyhranené postoje, teda nesignifikantné polarity od **k** po **p**. Prekvapuje, že poinfarktovú rehabilitáciu považovalo za bezrizikovú len 19 RP, kým 10 vyznačilo neutrálny stred, a 13 (31 %) ju dokonca chápe ako viac-menej nebezpečnú. Podobne pri škále **o** sa 25 RP (60 %) domnieva, že rehabilitácia vzbudzuje obavy a len 14 ju považuje za niečo, čoho sa netreba obávať – aj keď rozdiel tu nie je signifikantný. V tretej časti sú polarity smerujúce na opačný pól posudzovacích škál zase vysoko významné – s $P < 0,001$. Rehabilitácia je zaiste proces komplikovaný (**r**), závažný (**t**) a meniaci životosprávu. Povšimnutiahodná je škála **s**, kde 57 % respondentiek vyznačilo názory smerom k vlastnosti znepokojujúci, a len jedna jediná RP vyznačila názor smerom k pólu nevyvoláva starosti. No fakt, že 17 RP sa nevedelo rozhodnúť a zvolilo neutrálny stred, naznačuje, že táto škála je buď menej vhodná na hodnotenie rehabilitačného procesu, alebo sa pohľad na mentálne kontaminuje so znepokojením zo samej diagnózy – infarktu myokardu. Posledná škála v vykazuje masívnu polarizovanosť (34 RP odpovedalo extrémnou pozíciou na stupnici, čo je 81 % respondentiek). To je zrejme dôsledok profesie: keď dennodenne vykonávame určitú prácu, máme samozrejme dojem, že ide o niečo veľmi časté.

Záver

Videli sme, že RP vnímajú poinfarktovú rehabilitáciu značne polarizovane a že majú jednoznačné, vyhranené postoje, ktoré na prevažnej väčšine škál odrážajú objektívne vlastnosti rehabilitácie.

LITERATÚRA

1. OLIVER, B. L.: The semantic differential: A device for measuring interprofessional communication of selected concepts. *J Acc Res*, 12, 1974, s. 299 – 316.
2. OSGOOD, C. E., SUCI, G. J., TANNENBAUM, P. H.: The measurement of meaning. Urbana, Univ. Illinois Press, 1957, 342 s.
3. PALÁT, M., ŠTUKOVSKÝ, R.: Psychosociálne aspekty v rehabilitácii chorých s ischemickou chorobou srdca. Záverečná správa ÚSP 17 – 335-352-03-5/9, 1985, Bratislava.
4. PALÁT, M., ŠTUKOVSKÝ, R., SEDLÁKOVÁ, A.: Postinfarction rehabilitation – a central concept of medical terminology. In: Proc. IX-th Int. Congr. Physical Therapy, 1982, Stockholm, Pt. I., s. 272 – 276.
5. ŠTUKOVSKÝ, R., PALÁT, M., SEDLÁKOVÁ, A.: Štruktúra postojov k rehabilitácii po infarkte myokardu II. Interprofesijné rozdiely postojových profilov. *Rehabilitácia*, 13, 1980, s. 93 – 102.

Adresa autora: M. P., Katedra FBLR ILF, Limbová 5, 833 05 Bratislava.

М. Палат, Р. Штуковский
ПРОЦЕСС РЕАБИЛИТАЦИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ РАБОТНИКОВ
РЕАБИЛИТАЦИИ

Резюме

Мы осуществили зондаж в умственное пространство, в котором работники реабилитации воспринимают процесс реабилитации. Было установлено, что их взгляды по

преимуществу высоко ответственны и объективно обоснованы, однако, появляются и специфические семантические аспекты, обусловленные их профессией.

M. Palát, R. Štukovský

THE REHABILITATION PROCESS AS SEEN BY THE REHABILITATION WORKERS

Summary

A probe was carried out into the mental space in which the rehabilitation workers perceive the rehabilitation process. We found that their attitudes were predominantly highly adequate and objectively grounded. However, also specific semantic aspects appear conditioned by their profession.

ANAMNÉZA V RÁMCI REHABILITAČNÍHO VYŠETŘENÍ

J. PAPOUŠEK, J. VOTAVA

*Klinika rehabilitačního lékařství FVL UK, Praha
Přednosta: prof. MUDr. J. Pfeiffer, DrSc.*

Souhrn: V práci je zdůrazněna nutnost vypracovat anamnézu specifickou pro rozvíjející se obor rehabilitačního lékařství. Vedle již klasických bodů anamnézy (anamnéza rodinná, osobní, nynější onemocnění) se klade důraz na anamnézu školní, pracovní, na určení soběstačnosti, na údaje o sociální situaci, bydlení, partnerských vztazích a zapojení do společnosti. Tento typ anamnézy je určen jako vstupní informace pro ergodiagnostické testování, jehož účelem je zjistit možnosti pracovního a životního uplatnění zdravotně postiženého jedince.

Klíčová slova: anamnéza školní, pracovní, sociální – soběstačnost – technické pomůcky – partnerské a rodinné vztahy – ergodiagnostika – rehabilitační program.

Na rozdíl od jiných oborů není a nemůže být v rehabilitačním lékařství chorobopis plně standardizován. V ergodiagnostické laboratoři naší kliniky provádíme od r. 1981 ve spolupráci s výrobním podnikem Meta rehabilitační testování těžce zdravotně postižených osob mladšího a středního věku. Postup celého testování a dosažené výsledky u 190 testovaných jsme uvedli jinde (3, 4, 5). Na počátku testování provádí rehabilitační lékař vyšetření, jehož součástí je podrobná anamnéza. Protože informací o anamnéze je v odborné rehabilitační literatuře nedostatek (2), budeme se touto otázkou zabývat podrobněji.

Metoda

Pro účely ergodiagnostického testování jsme nejprve rozšířili schéma anamnézy, užívané v neurologii. V r. 1987 jsme shrnuli zkušenosti na názory všech lékařů, kteří se na testování účastní, a vypracovali jsme schéma o 16 bodech, které nyní pro získávání anamnézy používáme. Anamnézu získáváme především od samotného rehabilitanta, podle potřeby ji doplňujeme údaji od rodičů a z dostupné medicínské dokumentace.

Výsledky

Uvádíme zpracované schéma a podrobněji vysvětlujeme jen ty body, které jsou pro rehabilitační anamnézu specifické:

- 1) **Rodinná anamnéza**
- 2) **Osobní anamnéza**
- 3) **Poruchy zraku a sluchu:** představují významný limitující faktor a často se na ně při vyšetřování pohybového ústrojí zapomíná
- 4) **Nynější onemocnění**
- 5) **Užívané léky**
- 6) **Soběstačnost:** zjišťujeme dotazem stupeň soběstačnosti při všedních činnostech, tj. při oblékání, provádění hygieny, přípravě a konzumaci jídla, při komunikaci (psaní, telefonování). Ptáme se na schopnost transportu, tedy na chůzi nebo jízdu na vozíku po bytě i venku, překonávání schodů, užívání veřejné dopravy. Zajímá nás, zda postižený řídí (a vlastní) osobní auto, případně zda má zájem o získání průkazu. Zjišťujeme kvalitu spánku a problémy, vznikající během noci následkem postižení. Při všech činnostech se dotazujeme na potřebu cizí pomoci.
- 7) **Používané technické pomůcky:** které získal, zda mu vyhovují, jak často je používá (vozík, hole, dlahy aj.)
- 8) **Školní anamnéza:** zaznamenáváme, jakou školu pacient navštěvoval nebo navštěvuje. Zajímá nás průměrný prospěch, úspěšnost v jednotlivých předmětech a jejich oblíbenost. Máme-li se vyjádřit k možnosti dalšího studia, zjišťujeme názor dítěte i jeho rodičů na studium a také dostupnost školy, o níž se uvažuje.
- 9) **Pracovní anamnéza:** dosavadní pracovní zkušenosti, charakter práce, úspěšnost a spokojenost rehabilitanta.
- 10) **Čím by chtěl(a) být**
- 11) **Zájmy:** koníčky, problémy při jejich provádění.
- 12) **Sociální anamnéza:** zjišťujeme, zda je pacient v neschopnosti, či zda má invalidní důchod a jeho typ, z něho vyplývá možnost pracovního začlenění. Zajímá nás přiznání ZPS a výše výdělku postiženého i jeho manžela(ky).
- 13) **Bydlení:** ptáme se na typ a velikost bytu, existenci architektonických bariér a možnost jejich úpravy, na instalaci telefonu a na spolubydlíci.
- 14) **Partnerské a rodinné vztahy:** zaznamenáváme rodinné poměry, případně problémy či krize. Přiměřeně k věku vyšetřovaného zjišťujeme jeho názor na možnost získání partnera a na sexuální život, jeho zájem mít vlastní děti a znalost případných rizik (genetické faktory, rizika v těhotenství). Žije-li rehabilitant v manželství nebo má trvalého partnera(ku), ptáme se taktně na možné psychologické a sexuální problémy a na používání antikoncepce.
- 15) **Zapojení do společnosti:** ptáme se na přátele a známé, četnost vzájemných návštěv. Zjišťujeme, zda je členem Svazu invalidů či dalších společenských organizací a do jaké míry má možnost a zájem účastnit se jejich akcí.
- 16) **Životní okolí:** zjišťujeme dostupnost obchodů, služeb, kulturních institucí, ale také možnost pobytu v přírodě a rekreace.

Diskuse

Popsané schéma zajišťuje, aby vyšetřující lékař nevynechal při anamnéze žádnou důležitou informaci. Potřebujeme totiž zjistit nejen stupeň zdravotního postižení, ale také schopnosti testovaného a jeho životní podmínky. Vypracovaná anamnéza spolu s objektivním vyšetřením je pak výchozí informací pro další program testování v ergodiagnostické laboratoři. Anamnesticky zjištěné údaje srovnáváme s výsledky, získanými během testování. Při něm prakticky hodnotíme soběstačnost a používání pomůcek. Často zjišťujeme diskrepanci mezi výsledky psychologických vyšetření a školním prospěchem. Někdy uskutečneme návštěvu v bytě či na pracovišti rehabilitanta. Postižený často nezná typ důchodu, a proto kontrolujeme písemně vyjádření posudkové komise.

Cílem celého testování je určit předpoklady rehabilitanta pro pracovní zařazení a samostatný život ve společnosti. Podle získaných výsledků vypracováváme rehabili-

tační program, převážně dlouhodobý. S odstupem delšího času doplňujeme anamnestické údaje a tím sledujeme plnění rehabilitačního programu.

Závěr

Při vypracování anamnestického schématu jsme vycházeli z vlastních podmínek a zkušeností, tedy z potřeb testování mladších osob s těžkým zdravotním (obvykle pohybovým) postižením. Proto se nedomníváme, že popsaný postup by měl být univerzální pro všechna pracoviště a pro každého pacienta v jejich péči. Považujeme však za užitečné zdůraznit, že pro dosažení rehabilitačních cílů je třeba znát kromě zdravotního stavu i podrobnosti o soběstačnosti, údaje školní a pracovní, podmínky bytové a sociální, ale též informace o partnerských a sexuálních vztazích.

LITERATURA

1. CROMWELL, F. S. (editor): Work related programs in occupational therapy. New York, The Haworth Press, 1985, 125 s.
2. KRÍŽ, V.: Rehabilitace a její uplatnění po úrazech a operacích. Praha, Avicenum, 1986, 330 s.
3. Materiál z I. zasedání poradního sboru ergodiagnostické laboratoře, listopad 1982. Meta Praha, 64 s.
4. Materiál z II. zasedání poradního sboru ergodiagnostické laboratoře, červenec 1984. Meta Praha, 92 s.
5. Materiál ze III. zasedání poradního sboru ergodiagnostické laboratoře, listopad 1985. Meta Praha, 125 s.
6. PFEIFFER, J., VOTAVA, J.: Rehabilitace s využitím techniky. Praha, Avicenum, 1983, 318 s.

Adresa autora: J. P., Klinika rehabilitačního lékařství, Albertov 7, 128 00 Praha 2

Й. Панюшек, Й. Вотав

АНАМНЕЗ В РАМКАХ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ВОССТА- НОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Резюме

В работе подчеркивается необходимость разработать анамнез, специфический для развивающейся специальности восстановительной медицины. Наряду с уже классическими пунктами анамнеза (семейный, личный анамнез, нынешнее заболевание) подчеркивается важность школьного и трудового анамнезов, определения самостоятельности, данных о социальном положении, жилье, взаимоотношениях партнеров, социальной активности. Этот тип анамнеза установлен как вступительные информации для эргодиagnostического тестирования, целью которого является определить возможности ресоциализации пострадавшего.

J. Papoušek, J. Votava

ANAMNESIS WITHIN REHABILITATION EXAMINATION

Summary

The paper stressed the necessity to elaborate an anamnesis specific for the developing discipline of rehabilitation medicine. Next to already classic items of the anamnesis (family anamnesis, personal and that of the present disease), the school anamnesis is emphasized, working anamnesis for the determination of self sufficiency, for dates of social status, habitation, partner relations

and integration into society. This kind of anamnesis is understood as input information for ergo-diagnostic testing. Its purpose is to determine the chances of working and living assertion of the physically impaired individual.

ZAMYŠLENÍ NAD MOŽNOSTÍ PROSPĚŠNÉ SPOLUPRÁCE REHABILITAČNÍHO ODDĚLENÍ (LÉČBY PRACÍ) SE SOCIÁLNÍM ODBOREM NV A PÉČÍ O STARŠÍ OSOBY

G. PICKOVÁ, F. PICEK

OUNZ, Praha 6

Ředitel: MUDr. K. Kubát, CSc.

Souhrn: Autoři podávají návrh na realizaci co nejužší návaznosti rehabilitace léčebné s rehabilitací pracovní a to v zařízení, které by současně umožňovalo: 1) využití odborných znalostí a celoživotních zkušeností důchodců a udržovalo jejich psychickou i fyzickou aktivitu, 2) řešit problematiku úkolů: zajistit početné služby obyvatelstvu.

Klíčová slova: léčba prací – léčba pohybem – fyzická a duševní aktivita.

Je nutno si pravdivě přiznat, že ve velké většině rehabilitačních oddělení je léčba prací malou až nepatrnou součástí komplexní rehabilitace. Přes to, že jde o velmi cennou (je-li správně prováděna) složku léčby pohybem, je počet jejich výkonů jen malým zlomkem počtu aplikací LTV a FL. Tím je dána i omezená možnost úzké návaznosti rehabilitace léčebné s rehabilitací pracovní.

Tento nepříznivý stav má řadu důvodů:

A) ze strany rehabilitace:

- 1) nedostatek vhodných prostor,
- 2) nedostatek instruktorů, školených v léčbě prací,
- 3) nedostatek materiálů,
- 4) nedostatek plánovaných míst pro technické pracovníky, kteří by připravovali potřebný materiál a zajistili technickou složku činnosti,
- 5) nevyjasněné ekonomické vztahy mezi opatřeným materiálem a cenovým hodnocením výrobku zhotoveného pacientem,
- 6) pro nedostatek prostoru na rehabilitačním oddělení může být prováděn jen omezený počet činností.

B) Jak vypadá situace v péči o důchodce? Víme, že první podmínkou pro zabránění vzniku předčasné senility je udržení tělesné a duševní aktivity. Jednou z cest je např. „univerzita III. věku“, kde se přednáší důchodcům biologie aj. Ale jaký je efekt – kromě výplně času značně omezeného počtu „studentů“? Přinese to prospěch naší společnosti po stránce ekonomické?

C) Stále problémy NV s rozšiřováním služeb obyvatelstvu.

Daleko vhodnější – pro šíři uplatnění a ekonomický efekt – by bylo **zřízení pracovišť**, kde by mohli muži i ženy v důchodkovém věku provozovat činnost, jež by udržovala nejen jejich fyzickou i duševní aktivitu, ale přinášela by nezanedbatelný prospěch společenský a ekonomický, protože by pomáhala řešit i problematiku služeb obyvatelstvu.

Jak by mělo takové pracoviště vypadat? Po odborné stránce by bylo vedeno důchodcem-odbor-

níkem příslušného oboru, jenž by radil, pomáhal a doplňoval práci docházejícím – jednak zájemcům – důchodcům, jednak pacientům, kteří by tam byli posíláni rehabilitačním oddělením: Tak by mohly vzniknout – dle místních možností a potřeb – jakési dílny různého zaměření: šití a oprava prádla i šatů, opravná elektrospotřebičů, dílna mechaniky pro opravy hraček, kolebiček, kol a různých strojků, dílna truhlářská (opravy nábytku, výroba individuálních částí), opravná výrobků z kůže a umělých hmot, dílna zámečnická, keramická, lakýrnická (pro menší opravy), malá tiskárna, rámovna obrazů, výrobní kožené a dřevěné bižuterie a dalších – podle místních potřeb (výroba prototypů, součástek v malých sériích, zlepšovacích návrhů aj. (Již v r. 1954 bylo zřízeno v SÚR Kladruby 10 „přeškolovacích dílen“, ale žel z neznalosti MZd byly zrušeny v r. 1957.)

Co by bylo zapotřebí ke zřízení takových dílen?

- 1) Vhodné místnosti,
- 2) získání důchodců-odborníků v různých oborech, kteří by byli vedoucími dílen,
- 3) nejn nutnější strojové či přístrojové vybavení,
- 4) potřebný materiál,
- 5) ekonomické vedení.

Jak by bylo možno realizovat uvedené požadavky?

V prvé řadě s národním výborem (odbor plánovací, bytový, technický, právní aj). S jejich pomocí by bylo možno:

- 1) Získat potřebné místnosti (např. ze zrušených prodejen nebo bývalých administrativních místností v blízkosti dostavěných větších staveb, plně nevyužitých agitačních středisek, v klubech důchodců atd).
- 2) Potřebné pracovníky získat dotazem ve výrobních závodech, náborem MNV, případně z řad invalidních důchodců.
- 3) Přístrojové a strojové vybavení a nářadí by mohly poskytnout různé podniky ze skladů již vyřazených věcí – převodem majetku v socialistickém vlastnictví.
- 4) Materiál by bylo možno opatřit z odpadu velkovýroby, ze Sběrných surovin, z nevyužitých zásob v různých podnicích aj.
- 5) Jako vedoucí „podniků“ a hospodářští pracovníci by byli vybráni důchodci, odcházející z obdobných funkcí veřejných a podnikových.

Využití dílen: Do těchto zařízení by byli posíláni i pacienti v rámci léčebného programu. Byli by uváděni rehabilitačním pracovníkem s přímými pokyny o druhu činnosti, její délce a namáhavosti, délce přestávek, pracovní poloze a j. Protože by šlo v podstatě o léčbu (vymezenou časově), nebyli by pacienti za práci honorováni, protože pobírají podporu v nemoci.

V dílnách by byl přítomen instruktor léčby prací (LP), který by též kontroloval a potvrzoval docházku a zajišťoval součinnost s odděleními FL a LTV – samozřejmě dle pokynů rehabilitačního lékaře, jenž by do průvodní karty uvedl všechny potřebné údaje, upozornění na vedlejší onemocnění a pod.

Rehabilitační pracovník by též zajišťoval provádění desetiminutovek, relaxační a dýchová cvičení, dohlížel by na hygienu práce a prostředí a na dodržování bezpečnostních předpisů. Dalšími jeho povinnostmi by bylo sledování postupu léčby, stoupající výkonnosti a podle toho by navrhoval případně další zaměstnání. Ve spolupráci s technickým pracovníkem by:

- 1) navrhoval přípravu potřebného materiálu (jeho velikost a způsob opracování), výrobu různých držáků k usnadnění úchopů při postižení ruky či prstů, úpravu židle při omezeném pohybu v kyčli a pod,
- 2) prováděl **testování schopnosti** k výkonu určité činnosti či práce, což by bylo **velkou pomocí pro posudkovou agendu**,
- 3) navrhoval dobu prodloužení další léčebné a pracovní rehabilitace a tím eventuelně prodloužení pracovní neschopnosti, aby nedošlo k zbytečnému důchodovému řízení,
- 4) navrhoval nové možnosti pracovního zařazení v případech nutnosti změny původního zaměstnání, stupeň fyzického zatížení, délku pracovní doby a případně další školení, což by usnadnilo **rozhodování sociálnímu odboru**.

Navrhované řešení by přineslo prospěch třem složkám:

- 1) **zdravotníkům** by značně rozšířilo léčbu prací, zdokonalilo by návaznost na rehabilitaci pracovní a přispělo k urychlení uzdravení a zkrácení doby pracovní neschopnosti.
- 2) **Posudkové službě** a tím i sociálnímu odboru ONV by usnadnilo **objektivnost** při posuzování stupně postižení, nutnosti pracovního přeřazení a při důchodovém řízení.
- 3) Řešilo by péči o důchodce ve všech směrech. Podchytilo by životní zkušenosti a odborné znalosti mnohých, kteří odcházejí do důchodu a zachránilo by tyto hodnoty pro další prospěch společnosti. Vrátilo by starším lidem pocit užitečnosti a prodloužilo by aktivní léta jejich života.
- 4) Naší společnosti by přineslo ekonomický efekt a pomoc při řešení stále velmi problematické otázky služeb obyvatelstvu.

V naší práci jde samozřejmě o **námět k diskusi**. Je nutno promyslet, prodiskutovat a zvážit všechny možnosti (obtíže na straně jedné a dosažený efekt na straně druhé) a to kolektivem, v němž budou pracovníci národních výborů (odborů plánovacího, sociálního, bytového, právního aj.), dále zdravotníci, zástupci ROH a Svazu invalidů.

Jsmě si vědomi, jak těžké je realizovat něco, co není daleko dopředu plánováno a co naráží na přemíru obtíží. Ale nejsou to problémy neřešitelné – nadšení, cílevědomost a vytrvalost dokázaly překonat daleko větší překážky. A tyto hodnoty lze u zdravotníků plně očekávat i v řešení navrhovaného plánu.

Pro obor rehabilitace by z toho vyplynula nutnost zajištění školení dostatečného počtu instruktorů léčby prací.

Adresa autora: G. P., Na Kvintušce 6, 160 00 Praha 6

Г. Пицкова, Ф. Пицек

РАЗДУМЬЯ О ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛЕЗНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА ОТДЕЛЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ (ТРУДОТЕРАПИЯ) С СОЦИАЛЬНЫМ ОТДЕЛОМ НАЦИОНАЛЬНЫХ КОМИТЕТОВ И ОПЕКОЙ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Резюме

Авторы предлагают предложение о реализации как можно тесного сочетания восстановительного лечения с лечением трудом, а именно в учреждении, дающем возможность одновременно: 1) использовать профессиональные знания и жизненный опыт пенсионеров и сохранить их психическую и физическую активность и 2) решать проблематику задачи обеспечения многочисленных услуг населению.

G. Picková, F. Picek

POSSIBILITY OF BENEFICIAL COLLABORATION OF THE REHABILITATION DEPARTMENT (ERGOTHERAPY) AND THE SOCIAL DEPARTMENT OF CARE FOR THE ELDERLY OF THE NATIONAL COMMITTEE

Summary

The authors present a proposition for the realization of close continuity of medical rehabilitation with ergotherapy in facilities which would enable 1) to employ expert knowledge and life-long experience of pensioners and would maintain their physical and psychical activity, 2) to solve the problems: to secure a number of services for inhabitants.

PROBLEMATIKA NADVÄZNOTI LIEČEBNEJ REHABILITÁCIE NA PRACOVNÚ Z ASPEKTU ČINNOSTI VÝCVIKOVÉHO STREDISKA V BRATISLAVE

† A. PUČEK, O. ZÁVACKÁ

Výcvikové stredisko pre občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou, Bratislava

Vedúci lekár: † MUDr. A. Puček

Súhrn: V práci sa poukazuje na postupné budovanie pracovného poradenstva ako základne služby v špecializovanom zariadení pre prípravu na povolanie. Analyzuje sa jeho vznik, spôsob budovania na multidisciplinárnu službu, čím sa utvára základ objektívneho hodnotenia schopností a predpokladov zvládnuť robotnícke povolanie veľmi ťažko postihnutými jedincami. Zdôrazňuje sa nový, netradičný spôsob práce na rehabilitačnom oddelení za pomoci vypracovaných testov pracovnej schopnosti a poukazuje sa na možnosť začať takýto spôsob práce na rehabilitačných oddeleniach a utvárať tak podmienky pre nadväznosť liečebnej rehabilitácie na pracovnú.

Kľúčové slová: telesné postihnutie – hľadanie validity – rekomandácia na prípravu na povolanie – výsledok plného pracovného uplatnenia.

Naše zariadenie začalo pracovať v januári 1964. V tom čase sme mali úlohu pripraviť na povolanie alebo na prácu veľmi ťažko postihnutých jedincov vo veku 18 – 45 rokov. Išlo spravidla o pacientov bez kvalifikácie, s neukončeným ani základným vzdelaním, bez pracovných skúseností alebo len so skúsenosťami pomocných robotníkov. Našou úlohou napriek tomu bolo poskytnúť kvalifikáciu v robotníckych povolaniach (ortopedický obuvník, bandážista, krajčírka, elektromechanik, rádiomechanik, strojný zámočník, opravár kancelárskych strojov, sústružník, zvárač, knihár) i v skrátených učebných termínoch. Na to sa dal získať kurz účtovníkov JRD a absolvovať dvojročná ekonomická škola.

Po niekoľkých rokoch sa postupne začala meniť skladba pacientov podľa vekového zloženia v prospech nižších vekových skupín. V tom čase prevláda nižšia veková skupina, v prevažnej časti nadväzujúca na ukončenie základnej školy. Tým sa zmenila situácia v prospech získania základného vzdelania (nie vždy v prospech adekvátnych vedomostí), no klesali pracovné skúsenosti, návyky.

Systém vzdelávania pochopiteľne prešiel na systém Stredných odborných učilíšť pri uchovaní možnosti skrátenia výučby v prípade získanej kvalifikácie respektíve čiastočnej kvalifikácie u pacientov nad 14 rokov, u ktorých sa žiadala prekvalifikácia.

Postupne prišlo k preorientácii v získaní kvalifikácie výhradne na robotnícke povolania, vypustil sa kurz účtovníkov JRD, dvojročná ekonomická škola, odbory ortopedický obuvník a bandážista (vraj nebudú potrební). Dnes sa získava kvalifikácia v učebných odboroch krajčírka, mechanik – opravár administratívnej techniky, mechanik elektronických zariadení, zlatník – klenotník, hodinár, knihár, elektromechanik so zameraním na stroje a zariadenia a na meraciu a regulačnú techniku, mechanik – opravár strojov a zariadení, obrábač kovov, zvárač plameňom alebo oblúkom (podľa postihnutia).

V čase začatia činnosti sme nemali dostatočné skúsenosti, kadrové zabezpečenie ani čo sa týkalo rozvrstvenia odbornosti.

Situácia v odbore rehabilitácie v r. 1964 a v nasledujúcich rokoch nedávala predpoklady na vybudovanie systému práce, najmä pre objektívne hodnotenie zvyškového pracovného (či rehabilitačného) potenciálu a tým ani na kvalifikované zaraďovanie do učebných odborov, alebo na získanie kvalifikácie.

Nábor do prvého školského roku 1964/65 sa uskutočnil za 3 dni, viacmenej odhadom (60 pacientov denne). Táto situácia a výsledky nás donútili postupne vybudovať systém pracovného poradenstva na základe zásad posudzovania schopností spôsobom používaným vtedy v posudkovej službe sociálneho zabezpečenia, kladúc dôraz na hľadanie validity (systém progresívneho posudzovania) a používajúc zásady Vigdorčikovho vzorca o optimálnej pracovnej schopnosti:

$$\text{pracovná schopnosť} = \frac{\text{pracovný potenciál}}{\text{požiadavky práce}} = 1$$

Hodnoty väčšie, alebo menšie ako 1 znamenajú nevyužitie pracovného (či rehabilitačného) potenciálu, prípadne zladenie neúmerných požiadaviek.

V praxi to znamenalo dôkladne poznať nielen postihnutie a prognózu, ale aj hľadať spôsob kompenzovania či už pomôckami alebo iným spôsobom, ale najmä poznať postihnutého jedinca ako celok, integrál fyzických a psychických schopností, poznať možnosť a spôsob ich rozvoja. Pritom bolo zákonné brať do úvahy aj učenie o vzájomnom pôsobení prostredia na organizmus a naopak.

Tento pohľad a spôsob práce si vyžiadali kádrové doplnenie o psychologické, sociálne, špeciálno-pedagogické služby, rozšírenie služieb zdravotníckych, vybudovanie oddelenia na rehabilitáciu a špecifikovanie práve tohto oddelenia na podmienky zariadenia a na plnenie jeho úloh.

Takto sa položil základ na vybudovanie pracovného poradenstva ako multidisciplinárnej služby, ktorá je v našom zariadení službou základnou. Vypracovanie cielenej a kvalifikovanej dokumentácie z pracovného poradenstva dáva základnú smernicu a informácie pre každého pracovníka zúčastňujúceho sa na rehabilitačnom procese (na procese prípravy na povolanie). Preto aj naši rehabilitační pracovníci museli postupne vniknúť do nárokov jednotlivých učebných odborov. Vypracovali testy pracovnej schopnosti, vychádzajú z poznatkov kineziológie a somatometrie, na základe čoho prispievajú k objektívnemu hodnoteniu a určeniu pracovnej prognózy.

Potrebné zistenie schopností, rozumovej úrovne, technického nadania, vlôh, manuálnej zručnosti podávajú psychológovia v rámci klinickej psychológie. Úroveň vedomostí a pedagogickú prognózu určuje špeciálny pedagóg.

Prečo tento problém, respektíve systém práce a jeho vývoj opisujeme tak podrobne? Je tu jedna pohnútka. Upozorniť, že sú u nás utvorené podmienky, aj keď nie vždy optimálne, a existujú i vyhovujúce normatívy na to, aby sa nadväznosť liečebnej rehabilitácie na pracovnú postupne dostala na želanú úroveň a doterajšie pokusy alebo rozdielne systémy sa uviedli na spoločnú organizačnú základňu. Nazdávame sa, že naše takmer štvrtstoročné skúsenosti nás oprávňujú zaujať takéto stanovisko, pretože dosiahnuté výsledky v organizácii práce a v metodike a viac ako 2000 ťažko postihnutých jedincov, ktorí získali kvalifikáciu, sú výsledkom pracovného kolektívu, ktorý nemá zvláštne podmienky ani skúsenosti získané zvláštnou kvalifikáciou.

Ak by sme chceli aplikovať naše skúsenosti vo všeobecnosti, sme toho názoru, že je potrebné upustiť na rehabilitačných oddeleniach od doterajšieho systému práce a za behaného myslenia a preorientovať sa na funkčné a pracovné hodnotenie pacientov tak, aby smerovalo k nadväznosti na pracovnú rehabilitáciu. Myslíme si, že na to je nevyhnutné poznať celkové schopnosti pacienta a žiadať ich špecifikovanie u obzvlášť ťažko postihnutých jedincov v rámci klinickej psychológie či už psychológom zariadenia alebo okresnou pedagogicko-psychologickou poradňou. Pritom však nie je možné uspokojovať sa len so všeobecným konštatovaním. V rámci klinickej psychológie treba kladť dôraz okrem rutinných na špecifickejšie vyšetrenia týkajúce sa intelektu, osobnosti a pod., pretože anatomicko – funkčný nedostatok sa často dá kompenzovať práve osobitnými schopnosťami či nadaním.

Naše skúsenosti nás nútia zdôrazniť aj to, že pedagogickou diagnostikou a celkovým zhodnotením objavíme jedinca so sotva dostatočným prospechom, schopného absolvovať aspoň strednú, v niektorých prípadoch i vysokú školu. Zohráva tu svoju úlohu moment motivácie, ktorý u nás vzniká zo záverov poradenského konania a rekoman-

dovania na náročný – aj na veľmi náročný – učebný odbor. Keď k tomu pristúpi i taká skutočnosť, že napríklad u vysokoamputovaného na hornej končatine sa zvažuje taktiež problém protézy (aby neslúžila len na vyplnenie rukáva, ale aj ako pracovná pomôcka), je pochopiteľné, že sa toto stáva vysokým momentom motivácie: z bojazlivého, bezperspektívneho jedinca sa stane výbojný, pokojný a spokojný jedinec a z dostatočného prospechu prechádza na výborné výsledky s dodatkom: „Prečo sa mi toto nepovedalo už skôr?“

Domnievame sa, že takto by asi mala vyzerat' nadväznosť medzi rehabilitáciou a posudkovou službou, pochopiteľne u mladých jedincov, so zainteresovaním školských a dorastových lekárov, pediatrov, pedagógov a pod.

Naše skúsenosti hovoria aj pre to, že v nijakom prípade v tejto činnosti a starostlivosti nemožno obchádzať a nezainteresovať rodičov, najmä u ťažko postihnutých detí; tým by sme stratili veľmi cennú devízu a spolupracovníkov.

Zdôrazňujeme, že je potrebné riešiť ďalšie vzdelávanie a špecializáciu rehabilitačných pracovníkov s možnosťou získať až vysokoškolské vzdelanie – i popri zamestnaní. To, že sa to doteraz neumožňovalo, je neodpustiteľná chyba, a tak isto by bolo neodpustiteľné vyčkávať až na úzkošpecializované kádre a špeciálne vybavenie pracovísk. Tkáčske ani knižárske stavy, hrnčiarske kruhy ani iné teraz požadované vybavenia nevyriešia tento problém – problém nadväznosti liečebnej rehabilitácie na pracovnú bez nového myslenia.

Adresa autora: O. Z., Výcvikové stredisko pre občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou, Mokrohájska 1, 842 40 Bratislava.

† *A. Пучек, О. Завацка*

ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМАТИКУ ТЕСНОГО СОЧЕТАНИЯ ВОССТА-
НОВИТЕЛЬНОЙ И ТРУДОВОЙ ТЕРАПИИ НА ОСНОВАНИИ ДЕЯ-
ТЕЛЬНОСТИ УЧЕБНОГО ЦЕНТРА В БРАТИСЛАВЕ

Резюме

В статье описывается постепенное строительство консультации по вопросам трудовой деятельности как основной службы в специализированном учреждении по профессиональной подготовке. Описывается его возникновение, способ перестройки на многоотраслевую службу, чем создается предположение для объективной оценки способностей и предположений освоить рабочую профессию тяжело пострадавшими лицами. Подчеркивается новый, нетрадиционный способ работы в отделении восстановительного лечения с помощью разработанных тестов работоспособности и указывается на возможность начать работу таким способом в отделениях восстановительного лечения и создавать, таким образом, условия для тесного сочетания восстановительной и трудовой терапии.

† *A. Puček, O. Závacká*

THE PROBLEM OF CONTINUITY OF MEDICAL AND VOCATIONAL
REHABILITATION IN THE ACTIVITIES OF THE PROFESSIONAL
TRAINING CENTRE IN BRATISLAVA

Summary

The paper indicates the gradual establishment of a consultation centre as a basic service in a specialized facility for professional training. The authors analyse its establishment, the manner of development into a multidisciplinary service, thus creating a precondition for objective evaluation of abilities and the conditions of management of a worker's profession in severely handicapped subjects. A new untraditional method of work at the department of rehabilitation by means of constructed tests for working ability is being introduced. Indicated is the possibility to start this kind of work at the department of rehabilitation, and to create in this way a continuity in medical and vocational rehabilitation.

CT NÁLEZY U HEMIPARETICKÉ FORMY DMO

Z. SEIDL, J. SÜSSOVÁ, J. PĚTOVÁ

*Neurologická klinika FVL UK, Praha
Přednosta: prof. MUDr. J. Vymazal, DrSc.*

Souhrn: Vyšetřili jsme 38 jedinců s hemiparetickou formou dětské mozkové obrny. U všech dětí jsme sledovali porodní a časnou anamnézu, stranu postižení a prováděli CT vyšetření. V CT nálezech jsme našli častější výskyt rozšířených postranních komor mozku u nedonošených a porencefalickou dutinu častější u donošených. 15 % donošených jedinců má negativní porodní anamnézu, ale hemihypogenezu patrnou již při porodu. Domníváme se, že se jedná o porencefalickou dutinu založenou již v časném embryonálním vývoji.

Klíčová slova: hemiparetická forma DMO – CT vyšetření – embryonální vývoj.

Hemiparetické formě DMO se systematicky věnujeme již několik let. Náš zájem vychází z předpokladu, že s rozvojem a možnostmi nových vyšetřovacích metod budeme moci odkrýt i některé nové závislosti, které dříve unikly (např. Dittrich a spol., 1960). V současné práci jsme se zaměřili na popis CT nálezu u této choroby a hledání korelátu mezi jednotlivými typy postižení a anamnézou.

Metoda a materiál

Vyšetřili jsme celkem 40 dětí postižených hemiparetickou formou dětské obrny: 24 chovanců Jedličkova ústavu v Praze, 16 pacientů z dětského oddělení polikliniky FN 2. Děti byly ve věku 5 – 17 roků, 25 chlapců a 15 dívek. Pravostranné postižení mělo 25 jedinců, levostranné 15. Do našeho souboru jsme mohli zařadit pouze 38 jedinců, u 2 jsme nezískali úplnou anamnézu.

U všech dětí jsme sledovali porodní a časnou anamnézu, stranu postižení a prováděli CT vyšetření přístrojem Siretom 2000 E bez kontrastní látky ve standardních projekcích.

Výsledky

V souboru jsou 2 sourozenci stejně postižení, věkový rozdíl byl 3 roky. Devětkrát bylo těhotenství a porod bez komplikací, tři děti byly postižené až v postnatálním vývoji do 1/2 roku života (subdurální hematom, mediootitida, meningoencefalitida). Devět dětí bylo nedonošených, u několika navíc udávaná asfyxie či kříšení. Tři z těchto dětí byly z mnohočetných těhotenství.

Čtrnáctkrát jsme anamnesticky zjistili asfyxii nebo následné kříšení u donošených.

Zbývající tři děti nebylo možno zařadit do žádné z předchozích skupin (porod za septického stavu matky, dystrofický kojeneček, při neléčené hypotyreose, 5. těhotenství po 4 spontánních abortech).

CT nálezy jsme mohli rozdělit do 4 skupin:

1. nálezy v mezích normy byl sedmkrát,
2. pacienti s rozšířením postranní komory a retrakcí mozkového obsahu ke straně postižení – čtrnáctkrát,
3. ložisko snížené density – porencefalickou dutinu – jsme našli jedenáctkrát,
4. rozsáhlé postižení s hrubým tkáňovým defektem – porencefalická dutina komunikující s rozšířeným komorovým systémem – jsme našli pětkrát.

Patologické nálezy byly vždy kontralaterálně ke straně hemiparézy.

Korelace

Vzájemným srovnáním přechozích nálezů jsme zjistili: 4 z 5 udaných hrubých postižení dle CT nálezů byly ve skupině nedonošených, polovina s hmotností do 1550 g.

V skupině donošených s asfyxií či kříšením měla polovina pacientů postižení typu porencefalické dutiny, více než 1/4 normální nález a zbývající menší 1/4 rozšíření postranních komor (u 3 z této skupiny porod se zásahem – vakuumextraktor, kleště, ČR).

Z jedenácti dětí s porencefalií bylo 6 donošených, porod proběhl bez všech abnormit, ale ihned po narození bylo patrné postižení ve smyslu hemihypogenезy. Ostatních 5 dětí ze skupiny donošených s asfyxií.

Diskuse

Dyke a spol. (1933) popsali u 9 pacientů s hemiparetickou formou DMO rozšíření frontálních a etmoidních sinusů, vždy kontralaterálně k hemiparézě. Práce zabývající se pneumoencefalografickými nálezy (např. Dittrich a spol., 1960) nemohly prokázat tkáňové defekty, které nekomunikovaly s komorovým nebo subarachnoidálními prostory.

Z našich výsledků musíme dělat závěry s určitou rezervou, protože skupina vyšetřených se v několika případech rozpadá pouze na malý počet jedinců.

Jednoznačně snad můžeme říci, že existuje určitá skupina pacientů – v našem souboru tvoří 15 %, kdy nenalzáme abnormity v průběhu těhotenství, děti se rodí v termínu s dobrou hmotností, ale mají od narození patrné postižení ve smyslu hemihypogenезy s hemiparézou. V CT obraze u těchto dětí nalzáme porencefalickou dutinu temporálně či parietotemporálně. Zdá se nám vhodné zde užít termín v dřívější literatuře pediatriké a v patologicko-anatomické literatuře dodnes stále užívaný – pravá porencefalie. Dutiny by měly vznikat v embryonálním vývoji mozku a stěny by měly být gyrifikované (na rozhraní vertebrálního a karotického povodí).

Další naše nálezy potvrzují nebo se shodují s nálezy jiných (Kotlarek a spol., 1981) – u nedonošených nalzáme mnohem častěji rozšíření postranních komor, snad jako následek subependymálních krvácení či periventrikulárních malacií. Svůj podíl zde patrně sehrává kříšení s rychlým střídáním hypo- a hypertenze intrakraniální (Rothner a Cruse, 1976).

Rozsahlé postižení s hrubým tkáňovým defektem jsem našli vždy tam, kde bylo více nepříznivých momentů.

Závěr

Ve shodě s literárními údaji jsme našli v CT nálezech u našich pacientů častější výskyt rozšíření postranních komor mozku u nedonošených a porencefalickou dutinu častěji se vyskytující u donošených.

V našem souboru tvoří 15 % donošení jedinci s negativní porodní anamnézou, ale s hemihypogenézou patrnou již při porodu. Domníváme se, že se jedná o porencefalickou dutinu, založenou již v časném embryonálním vývoji.

LITERATURA

1. DITTRICH, J., JIROUT., VLACH, V.: Pneumoencephalographic findings in various forms of cerebral palsy. *Cerebral Palsy Bull*, 2, 1960, s. 286 – 289.
2. DYKE, C. G., DAVIDOFF, L. M., MASSON, C. B.: Cerebral hemitrophy with homolateral hypertrophy of the skull and sinuosity. *Surg Gynecol Obstet*, 57, 1933, s. 588 – 600.
3. PFEIFFER, J., VOJTAVA, J.: Rehabilitace s využitím techniky. 1. vydání. Praha, Avicenum, findings in congenital hemiparesis in childhood and their relation to etiology and prognosis. *Neuropediatrics*, 12/2, 1981, s. 101 – 109.
4. ROTHNER, A. D., CRUSE, R. P.: Computer tomographic findings in childhood hemiplegia. *Child Neurology Society, Monterey, Oct. 1976*, s. 219 – 223.

Adresa autora: Z. S., Nádražní 620, 258 01 Vlašim

Z. Seidl, J. Süssová

ДАННЫЕ ЦТ У ГЕМИПАРЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕТСКОГО МОЗГОВОГО ПАРАЛИЧА

Резюме

Мы обследовали 38 детей с гемипаретической формой детского мозгового паралича. У всех детей мы изучали родовой и ранний анамнезы, сторону повреждения и осуществляли ЦТ исследование. В полученных данных мы обнаружили расширение боковых желудочков чаще у недоношенных а порэнцефалитическую полость чаще у доношенных. У 15 % доношенных детей был негативный родовой анамнез, что речь идет о порэнцефалитической полости, основанной уже в раннем эмбриональном развитии.

Z. Seidl, J. Süssová

CT FINDINGS IN HEMIPARETIC FORMS OF CEREBRAL PALSY

Summary

38 individuals with hemiparetic forms of cerebral palsy were examined. In all children natal and post-natal anamnesis was recorded, as well as the location of impairment, and CT examination was carried out. In the CT findings a more frequent incidence of an extension of the lateral cerebral chambers was observed in pre-mature infants, and a porencephalic cavity more often in mature infants. 15 % of the mature born infants had a negative birth anamnesis, but a hemihypogenesis evident already at birth. It can be assumed that the porencephalic cavity must have been started already in the early embryonal development.

NAŠE SKÚSENOSTI S HODNOTENÍM VÝSLEDKOV REHABILITÁCIE PODĽA MEDZINÁRODNEJ KLASIFIKÁCIE PORÚCH, DISAPTIBILITY A HANDICAPU

D. STUDENÁ

Fyziatricko-rehabilitačné oddelenie ÚP Petržalka, ÚNZ mesta Bratislavy

Vedúci lekár: MUDr. D. Studená

Riaditeľka začleneného zariadenia: MUDr. E. Petriková

Súhrn: Autorka vo svojej práci uvádza výsledky vetrikálneho rehabilitačného procesu rehabilitantov, ktorí boli rehabilitovaní v rámci návštevných služieb poliklinického fyziatricko-rehabilitačného oddelenia. Výsledky rehabilitácie stanovuje kvantitatívne určovaním kategórií jednotlivých handicapov podľa Medzinárodnej klasifikácie porúch, disaptibility a handicapu a ich nasledujúcim súčtom. Hodnotenie sa takto objektivizuje a umožňuje porovnávať konečný výsledok rôznych rehabilitačných programov so zameraním na integráciu rehabilitanta.

Kľúčové slová: vertikálny rehabilitačný proces – návštevná rehabilitačná služba – rehabilitant – Medzinárodná klasifikácia porúch, disaptibility a handicapu – kategórie handicapov – handicap.

Na všetkých fyziatricko-rehabilitačných oddeleniach ústavu národného zdravia mesta Bratislavy robíme od r. 1980 návštevnú rehabilitačnú službu. Rehabilitácia pacien-

tov v domácom prostredí významne prispieva k urýchleniu vertikálneho rehabilitačného procesu a je vhodná najmä v mestských komunitách, v oblastiach, kde nie je lôžkové fyziatricko-rehabilitačné oddelenie. Jeho prednosťou je realizácia rehabilitačného programu doma, za priamej účasti príslušníkov rodiny. Najmä u starých ľudí je to výhoda, pretože tým zamedzujeme vývoju apatie, nezájmu, depresie a dezorientácie, ku ktorým často prichádza počas hospitalizácie gerontov (1). V našej práci sme sa zamerali na hodnotenie výsledkov rehabilitácie pacientov rehabilitovaných v začiatkovej fáze rehabilitačného procesu v domácom prostredí.

Materiál a metódy

V období od 1. 11. 1985 do 31. 7. 1987 sme v rámci návštevných služieb rehabilitovali na Fyziatricko-rehabilitačnom oddelení ÚP Petržalka 74 pacientov vo veku od 24 do 60 rokov, z toho 30 mužov a 44 žien s vekovým priemerom 57,2 roka. Podľa indikačných skupín sme rehabilitovali 49 traumatologických pacientov (28 mužov, 21 žien), 17 neurologických pacientov (7 mužov, 10 žien), 6 pacientov po amputácii (5 mužov, 1 žena) a 2 ortopedicko-reumatologických pacientov (2 ženy).

Priemerná dĺžka rehabilitácie bola 4,5 mesiaca, z toho program návštevných služieb trval 2,6 mesiaca, priemerné trvanie PN predstavovalo 3,2 mesiaca (4, 5).

Výsledky vertikálneho rehabilitačného procesu sme hodnotili kvantitatívne podľa Medzinárodnej klasifikácie porúch, disaptibility a handicapu, vydané WHO v r. 1980 a preloženej u nás v časopise *Rehabilitácia* v r. 1984 (2). Zamerali sme sa na klasifikáciu handicapov ako úloh prežitia v kľúčových dimenziách skúseností, voči ktorým sa od príslušnej osoby očakáva istá kompenzácia. Handicapy sme určovali pri skončení celého rehabilitačného procesu.

Do každej z kľúčových dimenzií handicapov sme zaraďovali rehabilitanta podľa kategórií stupní 0 – 9. Ich prehľad je v tabuľke 1.

Tabuľka 1. Zaradenie rehabilitantov podľa kategórií stupní 0 – 9 každého handicapu

Výsledok	Handicap	MHD	Počet rehabilitantov
výborný	minimálny 0 – 5	+	51
dobrý	ľahký 5 – 10	+	6
		sprievod	
zlepšený	stredne ťažký 11 – 15	–	3
mierne zlepšený	ťažký 16 – 25	–	10
nezlepšený	veľmi ťažký nad 25	–	2
exitus			2

Diskusia

Podľa definície WHO považujeme za handicap znevýhodnenie danej osoby vyplývajúce z poruchy alebo disaptibility a limitujúce, alebo zabráňujúce robiť úkony, ktoré sú inak normálne. Handicap určuje hodnotu prisudzovanú situácii alebo skúsenostiam príslušnej osoby, ak sa odchyli od normy. Charakterizuje ho nesúlad medzi výkonom, alebo stavom rehabilitanta a tým, čo od neho okolie očakáva. Handicap predstavuje zospoločenštie poruchy alebo disaptibility a odráža tieto následky pre rehabilitanta; vzniká v dôsledku nemožnosti, alebo neschopnosti prispôsobiť sa normám sveta, v ktorom rehabilitant žije (2, 3).

Výsledky

V konečnom hodnotení sme pre každého rehabilitanta získali 6 číslíc, ich sčítaním

sme dostali výsledný handicap. Výsledok celého ukončovaného rehabilitačného programu sme potom podľa hodnôt výsledného handicapu stanovili v 5 stupňoch:

1. výsledok výborný, mestskú hromadnú dopravu (MHD) zvládnu bez ťažkostí;
 2. výsledok dobrý, MHD zvládnu so sprievodom;
 3. výsledok zlepšený, MHD nezvládnu, mobilní okolo domu, zvládnu niekoľko schodov;
 4. výsledok mierne zlepšený, MHD nezvládnu, mobilní v byte, schody nezvládnu;
 5. výsledok nezlepšený, imobilní, neschopní mobility na invalidnom vozíku (5).
- Určenie výsledného handicapu je v tabuľke 2.

Tabuľka 2. Výsledky rehabilitačného programu návštevnjej služby pri ukončení liečby na FRO

Handicap	Kategória									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
orientácia	50	5	6	2	8	1	-	-	-	-
fyzická nezávislosť	46	15	2	2	5	-	2	-	-	-
pohyblivosť	39	4	7	6	7	4	-	5	-	-
zamestnanie, domácnosť	45	2	4	8	4	4	5	-	-	-
sociálna integrácia	50	-	3	9	6	-	4	-	-	-
hospodárska sebestačnosť	52	12	8	-	-	-	-	-	-	-

Podľa tohto hodnotenia sme výborné a dobré výsledky rehabilitačného programu dosiahli u všetkých traumatologických a ortopedicko-reumatologických pacientov (62,5 %), zlepšený a mierne zlepšený výsledok sme dosiahli u pacientov po amputácii a pri stavoch po NCMP (27,5 %), nezlepšený výsledok bol u pacientov po opakovaných NCMP s progredujúcim status lacunaris (5 %).

Záver

Aj keď si uvedomujeme, že ide o určité schématické zjednodušenie, chceli by sme sa naším príspevkom prihovoriť za štandardné hodnotenie výsledkov rehabilitácie takýmto alebo podobným jednoduchým objektívnym spôsobom. To by v budúcnosti umožnilo porovnávať prínosy rôznych rehabilitačných programov v praxi najmä v širokých súvislostiach integrácie rehabilitanta do normálneho života, a o to v modernej rehabilitačnej medicíne ide.

LITERATÚRA

1. PALÁT, M., MENKYNA, R.: Návštevná rehabilitačná služba – jeden z programov modernej rehabilitácie (v tlači).
2. Medzinárodná klasifikácia porúch, disaptibility a handicapu. Rehabilitácia [Supl], 28, 1984, s. 144.
3. PFEIFFER, J., VOJTAVA, J.: Rehabilitace s využitím techniky. 1. vydanie. Praha, Avicenum, 1983, 320 s.
4. STUDENÁ, D.: Návštevná rehabilitačná služba u starých ľudí. Celoštátna konferencia o rehabilitácii v geriatrickej v Nitre, júl 1987.
5. STUDENÁ, D.: Naše skúsenosti s návštevnou rehabilitačnou službou. Slávnostný seminár venovaný 60-tinám doc. MUDr. et RNDr. M. Paláta, CSc.

Adresa autora: D. S., Záporožská 12, 851 01 Bratislava

Д. Студена

НАШ ОПЫТ С ОЦЕНКОЙ ИТОГОВ РЕАБИЛИТАЦИИ

Резюме

Автор в своей работе представляет итоги вертикального реабилитационного процесса у реабилитантов, которые проходили восстановительное лечение в рамках предоставления услуг поликлинического физиатро-реабилитационного отделения на дому. Итоги реабилитации автор оценивает количественно при помощи определения категорий отдельных недостатков согласно Международной классификации расстройств, дизадаптации и гендикапа и их последующим подсчетом. Таким образом оценка объективизируется и дает возможность сравнения конечного итога различных реабилитационных программ с ориентировкой на интеграцию реабилитанта.

D. Studená

OUR EXPERIENCES WITH THE EVALUATION OF RESULTS IN REHABILITATION

Summary

In her paper the author presents the results of vertical rehabilitation process in patients rehabilitated by the visiting service of the polyclinical psychiatric rehabilitation department. The results of rehabilitation are determined by the quantitative assessment of handicaps according to the International Classification of Impairments, Disability and Handicaps and their consequent addition. Evaluation is objectivated and enables comparison of final results of various rehabilitation programmes with the target to integrate the rehabilitated patients.

KOGNITÍVNA BLÍZKOSŤ NEURÓZY K INÝM CHOROBÁM

M. ŠTUKOVSKÁ, M. PALÁT, R. ŠTUKOVSKÝ

Ústav experimentálnej psychológie SAV, Bratislava

Riaditeľ: D. Kováč, člen korešpondent SAV a ČSAV

Katedra FBLR, ILF Bratislava

Vedúci: doc. MUDr. RNDr. M. Palát, CSc.

Katedra psychologických vied FFUK, Bratislava

Vedúci: doc. PhDr. T. Kollárik, CSc.

Súhrn: Skúmali sme sémantický priestor lekárov a psychologov pre rôzne choroby. Metóda percipovanej blízkosti 14 diagnóz k pojmu neuróza ukázala, že poradie chorôb je signifikantne paralelné, ale priemery stupňov blízkosti sú u lekárov signifikantne nižšie ako u psychologov.

Kľúčové slová: neuróza – podobnostný profil – kognitívna blízkosť.

Pod kognitívnu blízkosťou rozumieme stupeň, v akom sa určitý pojem javí ako podobný iným pojmom tej istej tematickej oblasti. Konkrétne ide o to, do akej miery percipujú posudzovatelia daný pojem vo svojom mentálnom priestore ako príbuzný s inými alebo od nich vzdialený, čo je vlastne explorácia sémantickej štruktúry.

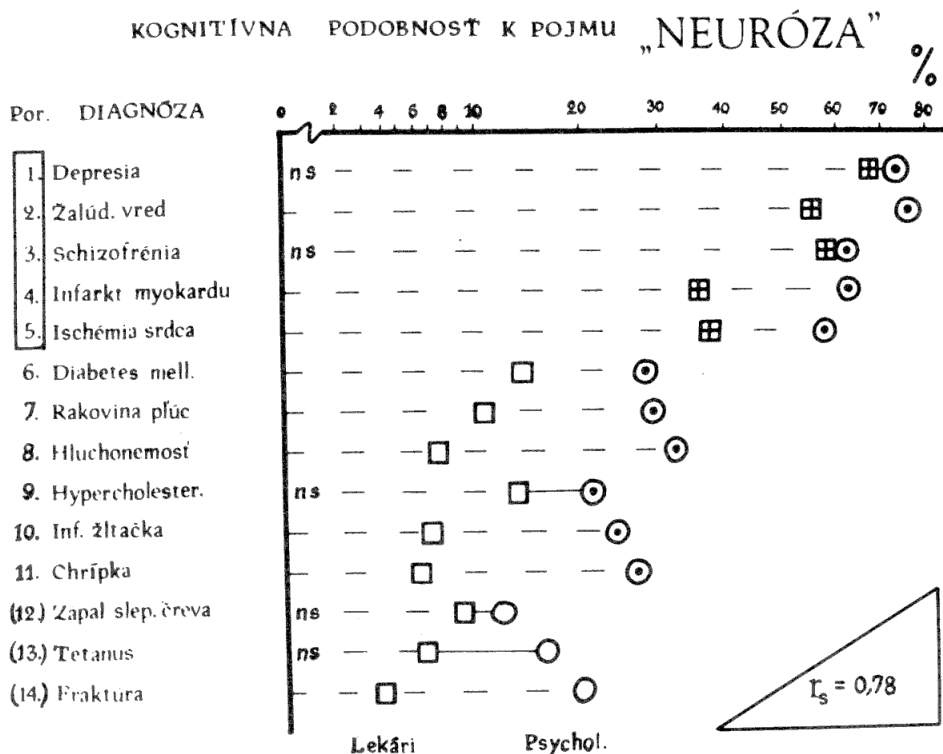
Materiál a metódy

Zvolili sme metódu podobnostných profilov, ktorá spočíva v tom, že posudzovatelia nimi numericky vyjadrujú subjektívne pocítovaný stupeň podobnosti, a to číslom medzi 0 % (absolútna nepodobnosť) až 100 % (totožnosť). Ako podnety na porovnanie sme okrem neurózy predložili 14 ďalších vybraných tak, aby pokryli čím širšie spektrum chorôb. Za respondentov nám ochotne slúžilo 32 osôb: 15 lekárov (učitelia alebo výskumníci na LFUK v Bratislave, teda „všeobecní lekári“) a 17 mladých absolventov neklinických špecializácií psychológie. Zdôrazňovali sme im, že niet „absolútne správnych“ odpovedí, ale že nám záleží na ich osobných dojmach podobnosti.

Získané hodnoty sa testovali jednak proti nule binomickou vetou, jednak medzikupinovo Lordovou aproximáciou k t-testu.

Výsledky a diskusia

Podobnostný profil pojmu neuróza je znázornený na obrázku, kde sú na odmocninovej škále vyznačené priemerné vnímané blízkosti 14 chorôb. Zrejmé sú dva hlavné poznatky: percipovaná podobnosť je u lekárov (L) všade výrazne nižšia ako u nelekárov, čo je asi dôsledkom výučbového „tréningu“, pretože pre lekárov je podstatné vedieť jednotlivé diagnózy oddiferencovať, čím sa kladie dôraz na rozdiely, kým psy-



Obr. 1. Priemerný stupeň percipovanej blízkosti rôznych chorôb k pojmu neuróza (v %)

Poznámka:

Štvorce sú úsudky lekárov, kružnice úsudky psychológov. Prázdne značky predstavujú priemery, ktoré sa signifikantne neodlišujú od nulovej podobnosti. Skratka NS znamená, že priemerné skóre oboch profesií sa od seba neodlišujú signifikantne.

chológovia (P) majú azda väčšiu tendenciu syntetizovať svoje úsudky. Druhým poznatkom je, že napriek rozdielnej hladine priemerov je zoradenie jednotlivých chorôb podľa stupňa podobnosti s neurózou v oboch skupinách podstatne rovnaké, čo potvrdzuje aj vysokosignifikantná korelácia $r_s = + 0,78$. Možno teda konštatovať, že napriek značnej interindividuálnej variabilite, s ktorou pri takýchto výkonoch treba počítať (2, 4), platia tie isté pravidelnosti, ktoré sme zistili aj v predchádzajúcej štúdiu o mentálnej lokalizácii rakoviny (3).

Individuálne choroby, porovnávané s neurózou, sa akoby samočinne rozdeľujú do troch skupín. Prvou päticou sú diagnózy jednoznačne „blízke“ obrazu neurózy, a to v očiach oboch skupín. Prvé miesto má depresia (67 % u L; 73 % u P), čo je v dobrej zhode so štúdiou na 892 neurotikoch (1), kde bola dimenzia depresie stabilná bez ohľadu na typ neurózy. Ani pri depresii, ani pri schizofrénii sa priemerné úsudky L a P neodlišujú. Ďalšie 3 položky tejto päťice sú zrejme dôsledkom rastúceho uvedomovania si psychosomatických súvislostí v oboch skupinách respondentov, najmä u P. Za touto päticou badať v intenzite percipovanej podobnosti istý zlom, s poklesom priemerov asi na polovicu predchádzajúcej (piatej) položky, a to u lekárov z 37 % na 14 %, u psychológov z 57 % na 28 %. Tu P ešte vidia podobnosť, kým L prisudzujú už skôr nepodobnosť; i poradie je tu oveľa menej jednoznačné. A nakoniec posledná trojica predstavuje zrejme diagnózy vonkoncom nepodobné a neblízke neuróze, a priemery sú dôsledkom iba náhodných individuálnych výkyvov.

Z á v e r

Skúmali sme vnímanú podobnosť pojmu neuróza so 14 inými chorobami, ako sa prejavuje v sémantickom priestore dvoch profesií. Hladina percipovanej blízkosti je u lekárov markantne nižšia ako u psychológov, ale poradie podľa jej stupňa je v oboch skupinách vysoko paralelné.

LITERATÚRA

1. DEROGATIS, L. R., et al.: Factorial invariance of symptom dimensions in anxious and depressive neuroses. Arch Gen Psychiatry, 27, 1972, s. 659 – 665.
2. HALMIOVÁ, O., POTAŠOVÁ, A.: Intervencia osobnostných vlastností na spoluprácu v kognitívnom výkone. Správy ÚEPs SAV, Bratislava, SAV, 1983, č. 425, 5 s.
3. KARASOVÁ, M., ŠTUKOVSKÝ, R., PALÁT, M.: Lokalizácia pojmu rakovina v percepčnom priestore lekárov a nelekárov. In: Zdravotná výchova v boji proti nádorovým ochoreniam, Bratislava, ÚZV, 1979, s. 39 – 43.
4. KOVÁČ, D.: Poznávacie procesy a osobnosť. Záverečná správa hlavného útvaru ŠPZV VIII-5-2, Bratislava, SAV, 1980, 85 s.
5. PALÁT, M.: Neurotic illness in patients with myocardial infarction. In: Psychological approach to the rehabilitation of coronary patients. Berlin, Springer, 1976, s. 181 – 186.

Adresa autora: M. Š., ÚEPs SAV, Kocelova 15, 821 08 Bratislava.

М. Штуковска, М. Палат, П. Штуковски
КОГНИТИВНАЯ БЛИЗОСТЬ НЕВРОЗА С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Резюме

Мы изучали семантическое пространство врачей и психологов для разных заболеваний. Метод воспринимаемой близости 14 диагнозов к понятию „невроз“ показал, что порядок заболеваний достоверно параллелен, но средние степеней близости у врачей достоверно ниже чем у психологов.

Summary

We investigated the semantic space for various diseases in physicians and psychologists. The method of perceived proximity in 14 diagnoses to the term „neurosis“ showed that the sequence of diseases is significantly parallel, but the average degrees of proximity significantly lower in physicians than in psychologists.

FUNKČNÍ ZMĚNY PÁTEŘE U KOJENCŮ VE VZTAHU KE SKOLIÓZÁM

V. TOŠNEROVÁ

Rehabilitační oddělení KÚNZ-FN, Hradec Králové

Přednosta: MUDr. V. Tošnerová

Krajský ústav národního zdraví, Hradec Králové

Ředitel: MUDr. R. Matuška

Ředitelství fakultní nemocnice, Hradec Králové

Reditelka: MUDr. J. Baudyšová, CSc.

Souhrn: Funkční poruchy mohou při dlouhodobém trvání, zvláště trvají-li od útlého dětského věku, přejít ve změny strukturální. Dle dnešních poznatků mohou blokády hlavových kloubů v důsledku porodního stresu ovlivňovat prostřednictvím hlubokých tonických šíjových reflexů asymetrie těla a „skoliózy“. Nabízí se možnost včasného funkčního ovlivnění těchto stavů jako vhodná prevence pozdějších změn.

Klíčová slova: blokády hlavových kloubů – tonické šíjové reflexy (TŠR) – asymetrický syndrom – C-skolióza.

Někteří autoři, u nás Janda, Lewit, se zabývali funkčními poruchami páteře u dětí. Sledovali blokády v oblasti SI kloubů krční páteře a výskyt „skolióz“. Některí autoři šli ještě dále a sledovali novorozence a malé kojence (Seifertová, Kubis). Seifertová zjistila patognomický vztah mezi blokádami hlavových kloubů a skoliózami páteře u novorozenců. Toto zjištění má svůj význam, když si uvědomíme vztah hlavových kloubů k páteři jako celku.

Víme o tonických šíjových reflexech (TŠR), které mají vedle labyrintu rozhodující význam při udržování polohy v prostoru. Tyto reflexy byly popsány již v roce 1912 Magnusem a De Kleynem.

Pokusy ukázaly, že páteř jako pohybová osa těla i orgán rovnováhy pracuje jako reflexně řízená funkční jednotka, kde jedna část ovlivňuje druhou nebo s ní spolupracuje. Dojde-li k určité změně postavení nebo funkce na jednom konci páteře, projeví se to okamžitě po celé ose. U člověka lze říci, že hlavové klouby mají vliv na funkci celého pohybového ústrojí tonusovými šíjovými reflexy, které významně ovlivňují tonus zádového a posturálního svalstva, zatímco pánev působí rozhodujícím způsobem na statiku. Musí tedy veškerá vychýlení a funkční poruchy kompenzovat především sama páteř.

Dnes je všeobecně uznávaný názor, že dlouhodobě trvající funkční změny v jednom úseku páteře mohou vyvolat bolestivé stavy v jiném úseku. Rovněž funkční změny mohou přecházet ve změny strukturální, zejména když trvají od útlého dětství a jsou ovlivňovány procesem vývoje organismu.

Seifertová vyšetřila 1093 novorozenců a zjistila blokády hlavových kloubů u 30 % novorozenců. Rovněž zjistila signifikantní korelaci mezi blokádami hlavových kloubů a C-skoliózami.

Když si uvědomíme řídicí vliv TŠR u dospělého, u novorozence a malého kojence, vliv těchto reflexů je dominantní a dokonce se klinicky manifestuje. V případech hlubokých tonických šíjových reflexů asymetrických (TŠRA) je poloha novorozence a malého kojence manifestována jako poloha „šermíře“, to znamená při rotované hlavě k jedné straně v poloze na zádech je na straně obličejové extenze horní končetiny, kdežto na straně záhlavní je flexe a elevace horní končetiny. Fyziologicky do tří měsíců věku ustupuje manifestace těchto reflexů, aby byl umožněn rozvoj dalších vývojově nadřazených reflexů.

Vliv vrozených nebo vzniklých derormit pohybového ústrojí je dobře znám ortopedům a dnes existuje jednoznačná zkušenost, že prevence vrozených ortopedických vad má nesmírný klinický význam. Ortopedi znají polohový syndrom tělesné asymetrie. Šikmá poloha je patrná brzy po narození (Gladel) u dětí ležících na zádech. Je charakterizována obličejovou asymetrií, asymetrií lebky (plagiocefalie) a asymetrickým držením v kloubech, někdy s kontrakturami a strukturálními změnami pánve (Komprda). Někteří autoři toto popisují jako plagiopelvie. Časté studie známek tělesné asymetrie jsou u starších dětí spojené se skoliózou páteře. Jak ukazují výsledky, jsou v souhlasu s plagiocefalií a plagiopelvií. Příčina kojeneckého asymetrického syndromu je zatím diskutována, někteří se přiklánějí k vzniku prenatalnímu, někteří k časné postnatálnímu. Z našeho hlediska by mohly sehrát roli funkční poruchy v oblasti hlavových kloubů vznikající během porodu a TŠR. Zajímavé je, že ve velkém procentu případů (dle různých autorů 80 – 85 %) je kojenecký asymetrický syndrom pravostranný.

Materiál

Během roku jsme vyšetřili 60 dětí v prvním roce života, které doporučil hlavně dětský neurolog (někdy pediatr, ortoped) pro poruchy v oblasti psychomotorického vývoje. Cíleně pro asymetrické držení hlavy, a to ve všech případech doprava, bylo doporučeno 6 dětí, pro C-skoliózu kojeneckou, v obou případech levostrannou, byly doporučeny dvě děti.

Z celkového počtu 60 dětí jsme zjistili ve 21 případech plagiocefalii pravostrannou, v 1 případě levostrannou. 21 dětí s pravostrannou plagiocefalií je možno rozdělit ještě na dvě skupiny. U 13 z nich bylo možno hlavu pasívním pohybem otočit na kontralaterální stranu a, co je zajímavé, u dvou z těchto dětí byla patrna levostranná C-skolióza. U některých z těchto dětí bylo zjevné, že otáčení hlavy je pro ně bolestivé. Zde by právě mohly sehrát roli blokády hlavových kloubů vznikající během porodu.

Při vyšetření za standardních podmínek jsme zjišťovali pre-, peri- a postnatální anamnézu. Dále jsme vyšetřovali aspexí, palpací, pasívními pohyby a provokovanou hybností (Vlach, Vojta).

Léčba

V reedukaci jsme se zaměřili na kojeneckou gymnastiku a dočasně jsme prováděli i metodiku reflexní lokomoce. Techniky zaměřené na zlepšení otáčení hlavy nesmí být nociceptivním podnětem. Při převládající jednostranné poloze kojence na zádech, většinou pravostranné, doporučujeme shodně s ostatními odborníky při polohování podkládat nejen hlavu, ale i trup dítěte tak, aby dítě bylo otočeno ke straně druhé.

Závěry

Při posuzování kojence je nutné znát psychomotorický vývoj, posturální situaci a ostatní reflexy, dále je třeba mít na paměti, že při výskytu asymetrií těla je nutno

myslet mimo jiné na blokády hlavových koubů. Z uvedeného vyplývá, že zde by mohla být i cesta prevence některých skolióz, zejména tzv. paradoxních, které se právě vyskytují u asymetrického syndromu. Některé funkční skoliózy, jak se dnes předpokládá, mohou přejít ve strukturální.

Je stále více zřejmé, že ve funkční patologii hybné soustavy a prevenci některých poruch statiky a dynamiky páteře je třeba hledat počátek příčin v útlém kojeneckém a novorozeneckém věku a co nejdříve zahájit prevenci vhodnou funkční léčbou.

LITERATURA

1. BOBATH, K.: A neurophysiological basis for the treatment of cerebral palsy. Philadelphia, 1980.
2. EMR, J.: Symptomatika syndromu asymetrie těla v klinickém a rentgenologickém obraze paradoxní skoliózy. Acta Chir Orthop Traumatol Čech, 44, 1977, č. 3, s. 221 – 231.
3. GUTMANN, G.: Das Atlas-Blockierungs-Syndrom des Säulings und des Kleinkindes. Manuelle Medizin, 25, 1987, č. 1, s. 5 – 10.
4. JANDA, V.: Muscles, central nervous motor regulation and back problems. Neurologic Mechanism in Manipulativ Therapy, 1978.
5. KOMPRDA, J.: Vliv šikmé polohy na postnatální vývoj kyčelních kloubů. Acta Chir Orthop Traumatol Čech, 44, 1977, č. 6, s. 511 – 531.
6. LESNÝ, I., et al: Dětská mozková obrna. Avicenum, Praha, 1972.
7. LEWIT, K., JANDA, V.: Vývoj funkčních poruch páteře v dětství a základy prevence vertebrogenních poruch. Čs Neurol, 26, 1963, č. 2 s. 73 – 80.
8. LEWIT, K.: Manipulační léčba v rámci reflexní terapie. Avicenum, Praha, 1975.
9. SEIFERT, I.: Kopfgelengsblockierung bei Neugeborenen. Rehabilitacia (Suppl. Lewit, K., Gutmann, G.: Funkční patologie hybné soustavy), 8, 1975, č. 10 – 11, s. 53 – 57.
10. VLACH, V.: Vybrané kapitoly kojenecké neurologie, Praha, Avicenum, 1979.

Adresa autora: V. T., Rehabilitační oddělení KÚNZ, Hradec králové

V. Тошнерова

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ПО ОТНОШЕНИЮ К СКОЛИОЗАМ

Резюме

Функциональные расстройства, продолжающиеся длительное время, в особенности если они возникли в раннем детском возрасте, могут перейти в структуральные изменения. Согласно сегодняшним сведениям могут блокады суставов головы вследствие родового стресса оказывать влияние посредством глубоких тонических затылочных рефлексив ассиметрии тела и „сколиозы“. Есть возможность раннего функционального воздействия на эти состояния как удобное предупреждение позднейших изменений.

V. Tošnerová

FUNCTIONAL ALTERATIONS IN INFANTS IN REALTION TO SCOLIOSIS

Summary

Functional disorders can in longer persistence, particularly if started in early childhood, lead to structural alterations. According to up-to-date knowledge, can blockade of cranial joints, in con-

sequence of birth stress influence by the mediation of deep tonic neck reflexes the asymmetry of the body and „scoliosis“. There is a possibility for early functional action of these conditions as suitable prevention for later alterations.

VISCEROGÉNNY RIZIKOVÝ FAKTOR BOLESTIVÝCH A FUNKČNÝCH PORÚCH POHYBOVÉHO SYSTÉMU

L. ZBOJAN

Čs. štátne kúpele, Trenčianske Teplice
Vedúci lekár: MUDr. J. Čelko

Súhrn: Autor poukazuje na bežný, ale nepoznávaný viscerogénny faktor chronických, intermitentných, nevysvetliteľne recidivujúcich bolestivých a funkčných porúch pohybového systému. Aj pri klinicky nevýraznej a nemej organickej i funkčnej poruche vnútorných orgánov prichádza k ich „manifestácii“ v oblasti pohybového systému. Výskyt charakteristických reflexných zmien homolaterálne, súčasne na trupe i na končatinách, vysvetľuje autor funkčnou poruchou bránice, ktorá sa tak stáva iradiovaným známym „frenickým syndrómom“. Iritáciou lumbálnych segmentov spazmom bránice vzniknutý pseudoradikulárny, často aj ľahko vyjadrený radikulárny syndróm L3/4, nazýva autor „dolným frenickým syndrómom“. Vychádza z dlhoročného klinického pozorovania i analýzy výskumu 60 pacientov. Terapia zameraná na elimináciu predpokladaného viscerogénneho faktora „funkčnou diétou“ a polohovanie podľa úľavových testov prinášajú zásadnú úľavu.

Kľúčové slová: pohybový systém – viscerogénny faktor – funkčná porucha bránice – frenický syndróm – šetriaca „funkčná“ diéta – úľavové testy.

V patogenéze bolestivých a funkčných porúch pohybového systému (PS) je stále veľa nejasného. Manuálna medicína svojou teóriou i praxou dokázala, že jemnou diagnostikou a terapiou vie riešiť mnohé z týchto stavov. Mnohé, ale nie všetky, respektíve nie natrvalo. Recidívy bolestivých stavov aj po úspešne realizovaných manipulačných zákrokoch dokazujú, že uvoľnením kĺbových blokáď neriešime ich príčiny. Tie ostávajú často skryté a nepoznané.

Pozornosť sa zameriava na svaly, svalový faktor – efektor PS, ale aj senzor jeho bolestivých a funkčných porúch. Zvýšené napätie a spazmy, ktorými svaly reagujú na nociceptívne podnety, úspešne, ale tiež dočasne ovplyvňujeme dnes postizometrickou relaxáciou (3).

Príčiny aj tak ostávajú neobjasnené. Je ich asi viac a navzájom sa prelínajú a kombinujú. Preto sa radšej hovorí o rizikových faktoroch (1), ktoré nemusia u každého a vždy, ale môžu u mnohých spolupôsobiť pri ich častom vzniku v civilizovanej populácii, nevynímajúc ani športovcov. Niektoré sú známe a uznávané, zohľadňované v liečbe i v prevencii. Spomeniem len neadekvátne preťažovanie PS nadváhou, prácou, športom, úrazmi a pod; chybné zaťažovanie pri vrodených i získaných tvarových a statických poruchách; skoliózy, šikmú panvu, spondylolistézu, hypermobilitu a pod; vek – starnutie a predčasnú degeneráciu štruktúr PS; hypokinézu s nasledujúcim chabým držaním trupu, slabým svalovým korzetom.

Zásluhou početných výskumov a prác prof. Jandu dnes vieme, že jednou z najčastejších príčin chronických porúch PS je narušenie kvality svalového faktora, vrátane

jeho narušenej regulácie. Svalová nerovnováha, dysbalancia a chybné motorické stereotypy vedú v bludnom kruhu k chybnému zaťažovaniu a preťažovaniu PS a k ďalším poruchám. V prevencii svalových dysbalancií a chybných motorických stereotypov, správnu životosprávu i cieleňou LTV treba podľa Jandu vidieť základ prevencie i liečby bolestivých porúch PS (2).

Chceli by sme poukázať na ďalší, myslíme, že bežný, ale nepoznávaný a nezohľadňovaný rizikový faktor bolestivých a funkčných porúch chrbtice i „celého“ PS, a to viscerogénny faktor (8).

Metodika a výsledky

Vychádzame z našich dlhoročných klinických pozorovaní možných vzťahov chrbtice a vnútorných – viscerálnych – orgánov u nami manipulačnou liečbou ošetrovaných pacientov (9). Všimli sme si nepomer medzi malým nálezom na krčnej chrbtici a výraznými HAZ v dermatómoch C3-5 a „typickými“ bolestivými myotendinózami šíjových svalov i svalov horných končatín (horných trapézov, mm. brachialis, brachioradialis, t.j. v myotémoch C4-6). Bolo nám známe ľudové laické poznanie, že po preťažení žalúdka diétnou chybou vznikajú podobné bolestivé stavy (7). Naš ľud ich nazýva ochvatom (alebo čemerom).

Pri našej zvýšenej rutinej práci v ostatných rokoch, t.j. pri vyšetrení stoviek pacientov, sme si všimli nápadne veľký počet chorých, ktorí popri typickom náleze reflexných zmien CBS mali variabilne, ale na tej istej strane ako CBS t.j. homolaterálne bolestivé stavy v bedre, slabine, kolene, nohe i v kostrči. Podrobným palpačným vyšetrením sme našli kožné i svalové reflexné zmeny v dermatóme i myotóme L3-4 (flexory a adduktory bedrového kĺbu). Jemným vyšetrením sa často našiel ľahko vyjadrený radikulárny syndróm L3/4.

Od r. 1986 sledujeme tieto stavy výskumne. Z 1100 za rok prijatých a nami vyšetrených kúpeľných pacientov sme našli u 292, t.j. u 26,4 % spomenutý charakteristický nález. Z nich 60 sme zaradili do rezortného výskumu MZ SSR (č. 23-03-04). Predbežná analýza podrobného dotazníka počítačom (263 sledovaných informácií) potvrdzuje inter- aj intrapersonálne síce variabilný, subjektívne nie vždy manifestný (39 – 50 %), ale jemnou palpáciou vždy objektivizovateľný (95 – 100 %) nález typických reflexných zmien; vždy homolaterálne (100 %) ľavo, alebo pravostranne.

Analýzovaný súbor 60 pacientov sa skladal z 11 mužov s priemerným vekom 53,3 roka (32 – 72 rokov) a 49 žien s priemerným vekom 45,2 roka (32 – 63 rokov). Bežné laboratórne testy boli negatívne. Rtg vyšetrenie bedrových kĺbov, C a L chrbtice vykazovalo ľahké, stredné, ale aj negatívne degeneratívne zmeny.

Diskusia

Systémový charakter a asymetria funkčných porúch chrbtice je pre ne charakteristický (4). Na refazové vzťahy funkčných porúch PS poukázal Lewit (5). Homolaterálne zmeny v hornej a dolnej polovici tela súčasne nemožno však vysvetliť nijakým nálezom na chrbtici, statikou, jednorukosťou, ani chybnými stereotypmi, aj keď drobné úchyľky sú tu takmer pravidlom. V literatúre sú pokusy vysvetliť ich poruchou kľúčových oblastí, t.j. prechodných zón chrbtice (6). My sme ich našli v 46 – 53 %, ale ani ich uvoľnenie manipuláciou neriešilo existujúce bolestivé stavy.

Všetci autori, ktorí sa doteraz výskumne zaoberali vzťahmi chrbtice a vnútorných orgánov, nachádzali reflexné zmeny len na trupe – nie na končatinách.

Domnievame sa, že homolaterálny nález možno vysvetliť jednostrannými funkčnými poruchami časti bránice: napríklad pri poruchách žalúdka vľavo, pri poruchách žľčnika vpravo. Reflexné zmeny v oblasti šije a HK vznikajú ako v gastroenterológii známy „frenický syndróm“ prostredníctvom párového bránicového nervu, iradiované, za spoluúčasti vegetatívneho nervového systému a jeho ganglií. V oblasti bedra a DK vznikajú asi iritáciou horných lumbálnych segmentov výbežkami spastickej bránice, s nasledujúcim iradiováňým „dolným frenickým“, t.j. pseudoradikulárnym, prípadne pri chondróze diskov aj radikulárnym syndrómom (L3-L4).

Nevelké zažívacie poruchy udávalo 42 % pacientov súboru, „nijaké“ 58 %. Všetci však mali bolestivé HAZ v epigastriu, myotendinózy žuvacích svalov a bolestivý ilio-
psoas homolaterálne. 76 % malo citlivý plexus solaris, 73 % bielo povlečený jazyk, 76
% udávalo zvyk alebo nevyhnutnosť rýchlo, hltavo jesť a obľubu studených nápojov.
Treba poznamenať, že v gastroenterologickej literatúre polovica pacientov nemá
objektívny nález! (Napríklad 47,5 % podľa (10)).

Terapia zameraná na elimináciu či redukciu predpokladaného viscerogénneho fak-
tora predovšetkým „funkčnou diétou“ prináša zásadnú úľavu, ak sa dodržiava (pomaly
jesť, každé sústo dobre požuť, piť len teplé nápoje a nijaké studené).

Na „dolný frenický syndróm“ sa osvedčuje aj polohovanie podľa úľavových testov
a AGR na myotendinóze svaly.

Na záver možno konštatovať, že zohľadnenie, redukcia, či eliminácia možného vis-
cerogénneho faktora je prínosom pre teóriu i klinickú prax bolestivých a funkčných
porúch pohybového systému.

LITERATÚRA

1. HENTEROVÁ, E.: Rizikové faktory v patogeneze vertebrogénneho syndrómu. Celoštátna konferencia SRS, 19. 11. 1987, Trenčianske Teplice.
2. JANDA, V.: Základy kliniky funkčných (enparetických) hybných porúch. Brno, UDVŠZP, 1982.
3. JANDA, V., LEWIT, K.: Trends und Perspektiven der Manuellen Medizin, 18, 1980, č. 1, s. 1 – 6.
4. LEWIT, K.: Manuelle Medizin in Rahmen der medizinischen Rehabilitation. München-Wien-Baltimore, Urban u. Schwarzenberg, 1977, s. 139.
5. LEWIT, K.: Zfětězení funkčních poruch pohybové soustavy. Čas Lék Čes, 126, 1987, č. 42, s. 1310 – 1312.
6. MAIGNE, R.: Das Syndrom der Übergangszonen der Wirbelsäule. Manuelle Medizin 22, 1984, č. 5, s. 122 – 124.
7. ZBOJAN, L.: Bolestivé syndrómy horných končatín a krčnej chrčbtice spôsobené poruchou vnútorných orgánov. V. reumatologický kongres, Piešťany 9. 10. 1981, Abstrakta, s. 159.
8. ZBOJAN, L.: Vertebrogénny syndróm a viscerálne ochorenia, Čs Gastroent Výž, 39, 1985, č. 4, s. 277 – 278.
9. ZBOJAN, L.: Chrbtica a vnútorné choroby. Voj Zdrav Listy, 39, 1970, č. 3, s. 110 – 112.
10. HERVEY, A., et. al.: LANCET, 11983, s. 632 – 634, cit. v Čs Gastroent Výž, 19, 1985, s. 88.

Adresa autora: L. Z., Čs. štátne kúpele, KL PAX, 914 51 Trenčianske Teplice

Л. Збоян

ВИСЦЕРОГЕННЫЙ ФАКТОР РИСКА БОЛЕЗНЕННЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Резюме

Автор занимается обычным, но неопознаваемым висцерогенным фактором хронических, интермиттентных, неизъяснимо рецидивирующих болезненных и функциональных расстройств двигательной системы. Даже клинически невыразительные и немые, органические и функциональные расстройства внутренних органов „manifestируются“ в области двигательной системы. Наличие характерных рефлекторных изменений на одной стороне, одновременно на туловище и конечностях, объясняется функциональным расстройством диафрагмы. Таким образом, оно представляет иррадированный, известный „френический синдром“. Возникший ирритацией поясничных сегментов вследствие спазмы диафрагмы псевдорадикалярный, иногда даже слабо выраженный радикалярный синдром автор называет „нижним“

френическим синдромом. Он исходит из многолетнего опыта клинического наблюдения и анализа обследования 60 больных. Терапия, направленная на исключение предполагаемого висцерогенного фактора при помощи „функциональной диеты“ приносит существенное облегчение.

L. Zbojan

VISCEROGENIC RISK FACTORS OF PAINFUL AND FUNCTIONAL DISORDERS OF THE MOTOR SYSTEM

Summary

The author points out the common, but unrecognized viscerogenic factors of chronic, intermittent, unaccountably recurrent painful and functional disorders of the motor system. Also in clinically inexpressive organic and functional impairments of internal organs their „manifestation“ may arise in the sphere of disturbances of the motor system. The incidence of characteristic reflex alterations, homolaterally, simultaneously in the trunk and the extremities can be explained by the functional disorders of the diaphragm. This happens in the irradiated known „phrenic syndrome“. By the irritation of the lumbar segments by the spasm of the diaphragm occurring pseudoradicular, frequently easily expressed radicular syndrome L3/4, the author calls „lower phrenic syndrome“. The author proceeds from a longterm clinical observation and analysis of research in 60 patients. Therapy is recommended for the elimination of the presumed viscerogenic factor by „functional diet“ and positioning, according to facilitating tests which results in essential relief.

Pokyny pre dopisovateľov

1. Príspevky musia byť písané strojom na jednej strane papiera formátu A/4.
2. Príspevky musia byť stručné, stylisticky a jazykovo správne upravené. Každý rukopis sa podrobí jazykovej úprave.
3. Nadpis článku musí stručne vyjadrovať rozoberanú tematiku.
4. Mená autorov sa uvádzajú bez akademických titulov s uvedením pracoviska. Zároveň treba oznámiť redakcii presnú adresu bydliska a rodné číslo autora.
5. Práce zaslané na uverejnenie musia byť schválené vedúcim pracoviska.
6. Pri pôvodných prácach treba uviesť základnú literatúru.
7. Citácia literatúry musí byť uvedená podľa platných medzinárodných zvyklostí. Napr. Rehabilitácia, 16, 1983, 4, s. 213 – 217 (t.j. ročník, rok, číslo, strany).
8. Redakcia si vyhradzuje právo na úpravu prác bez dohovoru s autorom.
9. Redakcia si vyhradzuje právo určiť poradie uverejnenia a právo konečnej úpravy do tlače.
10. Práca musí obsahovať stručný súhrn v rozsahu 10 – 15 riadkov písaných strojom, napísaných v 5 exemplároch, každý na osobitnom liste papiera pre cudzojazyčné súhrny. Cudzojazyčné súhrny zadováži redakcia. Pri súhrnoch musí byť uvedený autor a názov práce.
11. Práce, ktoré nebudú vyhovovať týmto požiadavkám, redakcia vráti autorom na doplnenie.
12. Fotografický materiál a kresby musia byť dodané vo vhodnom vyhotovení pre tlač.
13. Práce publikované v časopise Rehabilitácia sa honorujú.

OBSAH**Súbor prác
venovaných k životnému jubileu
prof. MUDr. Jana Pfeiffera, DrSc.
a
prof. MUDr. Vladimíra Jandu, DrSc.**

<i>M. Palát:</i> Prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc. 60 ročný	130
<i>J. Kraus:</i> Prof. MUDr. Vladimír Janda, DrSc. šedesátníkem	132
<i>M. Palát:</i> K histórii a ďalšiemu rozvoju československej rehabilitácie	135
<i>S. Gilbertová:</i> Některé praktické zkušenosti při hodnocení přetížení horních končetin	137
<i>J. Kraus, N. Brázdilová:</i> Detský denný rehabilitačný stacionár – naše zkušenosti s včasným záchytem dětí s perinatálním poškozením CNS	140
<i>E. Haladová:</i> Je třeba se zamýšlet nad léčebnou tělesnou výchovou?	142
<i>J. Javůrek:</i> K vývojové kineziologii chůze	144
<i>J. Jirout:</i> Poznámky k rentgenovému výzkumu dynamiky krční páteře	146
<i>V. Kříž:</i> První protézování amputovaných na dolních končetinách v rehabilitačních ústavech	149
<i>K. Lewit:</i> Fenomén uvolnění (release phenomenon)	152
<i>M. Malý, E. Malá:</i> Referenčné centrum pre priečne lézie miechy	157
<i>J. Mikula, Z. Štunc:</i> Funkční poruchy hybného systému – častá příčina extrakardiálních bolestí hrudníku	159
<i>M. Palát, R. Štukovský:</i> Rehabilitačný proces z pohľadu rehabilitačných pracovníčok	163
<i>J. Papoušek, J. Votava:</i> Anamnéza v rámci rehabilitačného vyšetrení	166
<i>G. Picková, F. Pícek:</i> Zamyšlení nad možností prospěšné spolupráce rehabilitačního oddělení (léčby práci) se sociálním odborem NV a péčí o starší osoby	169
† <i>A. Puček, O. Závacká:</i> Problematika nadváznosti léčebnej rehabilitácie na pracovnú z aspektu činnosti výchovného strediska v Bratislave	172
<i>Z. Seidl, J. Süssová, J. Pětová:</i> CT nálezy u hemiparetické formy DMO	175
<i>D. Studená:</i> Naše zkušenosti s hodnotením výsledkov rehabilitácie podľa Medzinárodnej klasifikácie porúch, disaptibility a handicapu	177

<i>M. Štukovská, M. Palát, R. Štukovský: Kognitivna blízkost neurózy k iným chorobám</i> ...	180
<i>V. Tošnerová: Funkční změny páteře u kojenců ve vztahu ke skoliózám</i>	183
<i>L. Zbojan: Viscerogénny rizikový faktor bolestivých a funkčných porúch pohybového systému</i>	186

aktuality aktuality

V práci sa opisujú patofyziologické mechanizmy pri bolestivej a nebolestivej forme angíny pectoris. Pacienti s asymptomatickou formou ischémie nemajú nijaké významné rozdiely v koronárnom náleze oproti pacientom s typickou anginóznou bolesťou. Rozdiely nie sú ani vo funkcii ľavej komory a v ostatných klinicko-funkčných parametroch. Už nepatrná ischémia myokardu predstavuje predpoklad na objavenie sa bolestivého syndrómu. Adekvátne podráždenie bolestivých receptorov, umiestnených vo voľnom zakončení sympatických nervov v myokarde a najmä v oblasti koronárnych artérií, je výsledkom mechanickej stimulácie, eventuálne napätia steny srdca alebo uvoľnenia určitých chemických substancií. Impulzy idú do centrálného nervového systému prostredníctvom regulačných mechanizmov na spinálnej a supraspinálnej úrovni. Viscero-viscerálne a viscerosomatické konvergence majú vplyv na ich zosilnenie, prípadne inhibíciu. Za kognitívne, efektívne a emocionálne komponenty bolesti zodpovedajú doposiaľ nepoznané dráhy bolesti v limbickom systéme, neokortexe a mozgovej kôre. Centrálny prah pre bolesť je teda výrazom komplexnej neurofyziologickej regulácie. U pacientov s nemou ischémiou oproti pacientom s bolestivým ischemickým syndrómom sa preukázala hypoalgézia so významne zvýšeným prahom na vnímanie bolesti.

Droste, C.: Herz, 12, 1987, s. 369 – 387.

Autoři z Patologického ústavu curyšské univerzity popisují neobvyklé případy koronární smrti, jejichž příčinou není stenotizující koronární sklerosa. Příčinou koronární smrti mohou být mykotické koronární aneurysmy, vedoucí k tamponádě perikardu při jeho prask-

nutí, Takayasova aortitida stenotizující ostium a hlavní kmen levé koronární arterie, a fibromuskulární dysplazie pravé koronární arterie. Uvedené příčiny koronární smrti jsou kasuisticky zpracovány a dobře dokumentovány.

Schneider, J., Coester, C., Meyer, W., Oeschlin, E.: Schweiz Med Wochenschr, 117, 1987, s. 1577 – 1582.

Autoři ve své práci vycházeli z experimentálních a klinických zkušeností a vypracovali metodu, která má cíleně vyloučit příčiny instability menisků kolena. U všech pacientů s chondropatickými potížemi aplikovali nejprve fyzikální terapeutický program, a teprve potom provedli operační zákrok, při čemž preferovali techniku podle Slocuma a Larsona.

Scharf, W., Weinstabl, R.: Orthop Praxis, 24, 1988, s. 158 – 159.

aktuality aktuality

Pri vyšetrení pacientov s prolapsom disku v lumbálnej oblasti overeným počítačovou tomografiou sa pri meraní kožnej teploty objavila teplotná diferenciacia na končatine postihnutej bolestivým syndrómom oproti končatine bez bolesti. Tento fenomén viedol autorov k použitiu infračervenej termografie ako skreeningovej metódy pri diagnostike možných diskogénnych afekcií.

Siebert, W. et al: Orthop Praxis, 24, 1988, s. 17 – 18.

Autor vo svojej práci kriticky hodnotí použitie počítačovej tomografie v diagnostike chrbtice a chrbtice. Tento spôsob vyšetrenia chrbtice má už dlhú tradíciu a značne prispel ku zlepšeniu diagnostiky predovšetkým zápalových a tumorózných procesov. Počítačová tomografia slúži v prvom rade na priestorovú analýzu a kvalitatívnu diferenciaciu spinálneho kanálu a

jeho okolia. Na diagnostiku diskogénneho ochorenia chrbtice však v určitých prípadoch nestačí – treba použiť aj iné metódy, napríklad kontrastné. Počítačová tomografia nie je náhradou za natívnu röntgenovú techniku; je cenným doplnením komplexného diagnostického prístupu pri diagnostike afekcií osového orgánu tela.

Bruns, H.: Orthop Praxis, 24, 1988, s. 30 – 42.

Autor dochádza k záveru, že presná diagnosa u chondromalacie pately je základným predpokladom úspešného operačného zákroku. Vyžaduje presné vyšetrenie a znalosť patogenetických mechanizmov. Chirurgické zákroky rozdeľuje na operácie mäkkých častí a operácie kostí. K operačným zákrokom by malo dochádzať vždy len po neúspešnej intenzívnej konzervatívnej terapii.

Uhthoff, K. H.: Orthop Praxis, 24, 1988, s. 168 – 169.

Autoři věnují pozornost otázce použití bezkontaktní infračervené teletermografie v diagnostice revmatických onemocnění a při osteomyelitidách. Tato metoda spojená s vyhodnocováním získaných dat představuje jednu z možností diagnostického zlepšení u výše uvedených onemocnění a dále u Morbus Paget a Morbus Sudeck. Slouží také diferenciální diagnostice mezi lézí menisku a chondropatií pately (femoropatelní bolestivý syndrom).

Siebert, W., Kohn, D., Siebert, B., Wirth, C. J.: Orthop Praxis, 24, 1988, s. 321 – 323.
