

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

3

OBSAH

EDITORIAL

M. Palát: Stárnutí a rehabilitace 129

PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

Z. Šos, M. Bílek, M. Kavalír, P. Schleiss, Z. Šosová, V. Vlková:
Příspěvek k diagnostice dětí s LMD (Pilotní studie) 131

J. Kredba, P. Horka, Z. Rychlý: Syndrom karpálního tunelu ve
vztahu k profesi rehabilitačního pracovníka 143

M. Drahošová: Ambulantná kúpeľná liečba tepnovej hyperten-
zie 151

M. Palát, M. Štukovská, R. Štukovský: Infarkt myokardu v per-
cepčii zdravotníčok a ich fiktívnych pacientov 161

METODICKÉ PRÍSPEVKY

*V. Gonzúrová, M. Pešák, J. Pfeiffer, J. Procházka, M. Trnková,
B. Verner:* Epidemiologická studie pedagogické rehabilitace
u zrakově postižených studentů 170

P. Kutěj: Rehabilitace a komplexní terapie nemocí pohybového
aparátu 176

SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ 183

SPRÁVY Z INŠTITÚTOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE
SZP 184

NOVÉ KNIHY 188

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),
PhDr. Miroslava Paličová, prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc., Jana
Raupachová, doc. MUDr. Vladimír Raušer, CSc., MUDr. Jaroslava
Smolíková, MUDr. Jaromír Stříbrný, MUDr. Miroslav Tauchmann.

GRAFICKÁ ÚPRAVA:

Helena Matejovová

REDAKCIA:

Kramáre, Limbová ul. 5, 833 05 Bratislava

TLAČ:

Nitrianske tlačiarne, š. p., ul. R. Jašíka 18, 949 50 Nitra
Vychádza štyrikrát ročne, cena jedného čísla Kčs 7,-

Rozširuje Poštová novinová služba. Objednávky na predplatné i do
zahranicia prijíma PNS – Ústredná expedícia a dovoz tlače, nám. Slo-
body 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: v októbri 1990

Číslo vyšlo v novembri 1990

EDITORIAL...

STÁRNUTÍ A REHABILITACE

Problematika stárnutí a staré populace se stala v posledních deseti letech jedním z nejvýznamnějších problémů nejen současné medicíny, ale i současné psychologie, sociologie a celé řady dalších vědních i praktických odvětví našeho života. Stárnoucí a starý člověk přináší nejen určité medicínsko-rehabilitační problémy, objevují se však i problémy sociální a společenské.

Je tedy jen logickou konsekvencí, že moderní léčebné systémy hledají určité plausibilní cesty pro zvládnutí všech těchto problémů. I před současnou rehabilitací stojí tyto problémy, o to závažnější, protože rehabilitační medicína vytváří komplexní a comprehensivní systém starostlivosti, mající nejen dimenzi časovou, ale i dimenzi obsahového naplnění. Patologie v geriatrici je patologií multimorbidit – na teréne stárnoucího a starého organismu se objevuje celé spektrum nejrůznějších příznaků a poruch funkce jednotlivých systémů, které je nutno řešit globálně – a v tom je to specifické. Jeden symptom totiž ovlivní jiný systém, narušený poruchou homeostázy fyziologických funkcí organismu jako celku a výsledek je pestrá mozaika narušených orgánových a systémových funkcí s možným následným narušením organické podstaty těchto systémů.

Z aspektu rehabilitační medicíny v patologii geronta musíme přistupovat k řešení celého komplexu otázek v několika fázích:

- 1. fázi akutní péče, s akcentem na základní léčebnou péči a s využitím všech možností současné rehabilitace a fyziatrie*
- 2. fázi krátkodobé péče, kde v prvním řadě hrají základní roli prostředky rehabilitační medicíny a tím, že cílem je úprava narušených fyziologických funkcí s možností využití prostředků, používaných ve fázi akutní péče o geronta.*
- 3. fázi dlouhodobé péče s využitím všech prostředků rehabilitační medicíny, včetně prostředků psychosociální rehabilitace s cílem zajistit vedle comprehensivního přístupu možnost úpravy psychosociální homeostázy.*

Celý tento koncept, který je výchozí bází rehabilitační péče v geriatrici v některých zemích, vyžaduje i svoje strukturální zajištění – v akutní fázi jsou to lůžkové profily specificky zaměřené na starou populaci, ve fázi krátkodobé péče jsou to rehabilitační oddělení a ve fázi dlouhodobé péče jsou to speciální zdravotnická zařízení, například

léčebny pro dlouhodobě nemocné se zvláštním zaměřením na geriátrickou populaci a patří sem i dobře organizovaná péče v domácnosti, tedy péče rodiny. Je jistě celá řada dalších možností celou tuto situaci optimálně řešit. Jisté je, že zatím existují jen určitá torza která poukazují na důležitost této problematiky, je potřebné však dobudovat především z hlediska koncepce při využití možností existujících struktur.

Celý tento model zajišťuje především kontinuitu – a zajištění kontinuity právě v této oblasti je „conditio sine qua non“. Tak jako probíhá kontinuálně celý proces stárnutí; tak je nutno zabezpečit kontinuální péči o tuto skupinu populace. Jistě nám chybí především základní koncepční přístup, chybí nám také reálné prostředky a možnosti, ale myslím si, že vytvoření základní koncepce nám dovolí využít i už existující možnosti a prostředky.

Existuje tu vlastně určitý zpětně-vazební okruh – narůstající počet lidí gerontologického okruhu a nutnost komplexní péče o ně s přihlédnutím na charakteristiku této skupiny – multimorbiditu. A když neakceptujeme tuto existenci zpětné vazby, hrozí tu nebezpečí narůstání entropie se všemi negativními fenomény medicínského, psychologického a sociálního charakteru. Konečný výsledek potom je, že starý člověk se dostává na periferii společnosti a společnost mu poskytuje jen neúplnou a defektní péči, která spíše improvizuje než řeší celou situaci.

**Dr. M. Palát,
Bratislava**

LITERATURA

1. BRODY, S. J., RUFF, G. E.: Aging and Rehabilitation, Springer Publishing Comp, New York 1986.

PŘÍSPĚVEK K DIAGNOSTICE DĚTÍ S LMD (PILOTNÍ STUDIE)

Z. ŠOS, M. BÍLEK, M. KAVALÍR, P. SCHLEISS, Z. ŠOSOVÁ, V. VLKOVÁ

*Rehabilitační oddělení OÚNZ Domažlice**Primář: MUDr. Z. Šos**Klinika pracovního lékařství, FN Plzeň**Přednosta: prof. MUDr. V. Hůzl, DrSc.**Neurologické odd. polikliniky OÚNZ Domažlice**Ředitel: MUDr. Z. Kubalík**Pedagogicko-psychologická poradna Domažlice**Vedoucí: PhDr. P. Schleiss**Logopedická poradna OÚNZ Domažlice**Vedoucí: K. Ebenstreit**Dětské oddělení polikliniky OÚNZ Domažlice**Primář: MUDr. J. Skočdopole.*

Souhrn: Vyšetřeno 58 dětí (24 děvčat a 34 chlapců) ve věku 65 – 77 měsíců z mateřských škol týmem složeným z rehabilitačního lékaře, logopeda, neurologa, psychologa a pediatra. Cílem bylo co nejcitlivěji diagnostikovat zralost organismu a LMD. Prokázala se nutnost speciálních vyšetření pro dg. LMD. Při srovnání se skutečným odkladem nebyly 3 (–4) děti námi diagnostikované a 5 (–12) dětí, které by si odklad zasloužily, jej nedostaly. Srovnáním závěru o LMD s prospěchem v první třídě byl prokázán vztah, že při susp. LMD jsou děti hodnoceny sníženým prospěchem. Zdůrazněna nutnost vytvoření podmínek pro týmovou práci a koordinaci odborných lékařů.

Klíčová slova: lehká mozková dysfunkce – týmové vyšetření – diagnostika zralosti dětského organismu – školní prospěch.

Stoupající školní nároky a zhoršující se zdravotní stav dětí vyvolávají i otázky stanovení zralosti dítěte pro vstup do školy. Jedním ze závažných problémů, které se v této souvislosti diskutují, je také zvyšující se množství případů lehké mozkové dysfunkce (dále LMD) – v současné populaci je 2 – 20 % takových dětí^{12, 13, 15}, s rostoucím trendem. Příčiny LMD jsou multifaktoriální, předpokládají se drobné difúzní poruchy mozkové tkáně trvalého rázu, vzniklé prenatálně, perinatálně a postnatálně. Poprvé byla LMD popsána Straussem a Lehtinenem v r. 1947 (cit. dle 10). Podíl na LMD má genetická predispozice, různé další biologické faktory (drobné somatické anomálie, rozdílná fyziologická reakce při stimulaci) a také negativní vlivy prostředí (vztah mezi hyperaktivitou a plazmatickou hladinou olova).¹² Patologicko-anatomická verifikace LMD chybí. Safer a Allen (cit. dle 12) však uvádějí, že v 95 % nenalezeme zřejmé známky poškození mozkové tkáně. Jde o poruchu funkce subsystému

centrální nervové soustavy – dysfunkce základních modulačních okruhů, dysfunkce zpracování specifických informací a dysfunkční propojení struktur řídících jemnou a hrubou motoriku.⁵ Onemocnění je provázené lehkým nebo žádným neurologickým nálezem, často hyperaktivitou, impulzivitou, vždy nedostatkem pozornosti, distraktibilitou, motorickými poruchami a poruchou koordinace. Dosud neexistují jednotná diagnostická kritéria. Někteří autoři kladou na první místo hyperaktivitu, v USA převládá názor, že se jedná o poruchu spojenou s nedostatkem pozornosti (Attention Disorder Deficit dle Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association – DSMIII).¹² LMD je postupně překrývaná učním, zkušenostmi i vědomým úsilím jedince (tréninkem). Kompenzační schopnosti však jsou sníženy nižší funkční zdatností CNS při zátěži a nemoci, kdy se demaskuje porucha a dojde ke snažší dekompenzaci. Četné studie (cit. dle 12) se shodují v názoru, že hyperaktivita má s věkem klesající tendenci, ale zůstávají problémy s pozorností a koncentrací. Borland ve své 25-leté prospektivní studii zjistil, že děti popsané jako hyperaktivní měly v životě více problémů, horší prospěch ve škole, musely pracovat více hodin, častěji měnily zaměstnání apod. Z hlediska některých zdravotních problémů nachází Janda³ u obtížně léčitelných vertebropatů podobné odchylky v psychologickém a neurologickém obraze jako jsou u dětí s LMD. Zřejmě tyto děti nejsou schopny si vypěstovat správné základní pohybové stereotypy a dochází u nich postupně k snažšímu přetěžování. Multifaktoriální povaha LMD nás vedla k vytvoření pracovního týmu složeného z rehabilitačního lékaře, logopeda, neurologa, psychologa a pediatra. Každý z odborníků navrhl metody vyšetření, o nichž byl přesvědčen, že jsou pro diagnostiku LMD nejvíce citlivé.

V předložené studii nás zajímalo:

1. která z disciplín je nejvíce citlivá k diagnóze LMD; dg. LMD je chápána jako souhrnné hodnocení ze všech užitých metod,
2. vzhledem k předpokládané poruše koordinace a větší fyzické únavnosti u LMD bychom měli nalézt změny v držení těla jako statickém prvku, tak v poruše jednoduchých pohybových testů v dynamické části,
3. zda lze vytvořit tak jednoduchou sestavu speciálních metodik zúčastněných oborů, které by predikovaly na postačující úrovni diagnózu LMD³, a které by pro svoji jednoduchost byly použitelné např. v metodice depistážního plzeňského modelu.¹⁶

Metoda

Studie se zúčastnilo N = 58 dětí, rozdělených na dívky N1 = 24 a chlapce N2 = 34 ve věku 65 – 77 měsíců s Mod = 75 měsíců. Děti byly ze dvou mateřských škol z Domažlic. Vyšetření probíhala v mateřských školách, v dopoledních hodinách, abychom vyloučili únavu dětí a zachovali jejich prostředí.

1. Logopedické vyšetření: špatné řečové návyky, patlavost, sykavky, rř, slovní zásoba, dialog, souvislé vyjadřování. Hodnoceno 3 stupni: 1-bez poruchy, 2-lehká porucha, 3-těžká porucha.
2. Pediatrické vyšetření: rodinná anamnéza, osobní anamnéza, průběh těhotenství a porodu. Hodnoceno 3 stupni: 1-zdráv, 2-lehké poruchy, 3-vleklá onemocnění, dispenzarizace.
3. Neurologické vyšetření: poruchy komunikativní, slovní dysfázie, percepční dysfázie, dyspraxie, dysgnozie, malé mozečkové postižení, nespecifická vegetativní symptomatologie, hypodynamenie, poruchy vstřípivosti a paměti, ložiskové neurologické poruchy. Hodnoceno 5 stupni: 1-normální, 2–5 porucha.
4. Psychologické vyšetření: impulzivita, efektivnost, Míka, subjektivní hodnocení. Hodnoceno 1–9: 1-normální 2–9 porucha.

5. Rehabilitační vyšetření:

- a) statika – výška, hmotnost, držení hlavy, držení těla, Mathiass, plochonoží, m. trap., m. pector., m. iliops., hamstr., m. adduct. cox., zádové svaly paravert.,
- b) dynamika – hluboké flexory šíje, břišní svaly, stoj na jedné končetině, abdukce paže, extenze kyčle, abdukce kyčle, stoj na špičkách, klek, klik.

Hodnocení uvádíme na jiném místě (11).

Každý obor byl pojímán jako subsystém, který hodnotil jeden expert, výjimku tvořily subsystémy statiky a dynamiky, které hodnotil rehabilitační lékař. Každý z expertů provedl párové srovnání všech proměnných daného subsystému z hlediska vztahu k LMD, a to zvláště pro chlapce a pro děvčata. K pořadovým hodnotám byly přiděleny normalizované hodnoty C-škály ($m = 5, s = 2$).² Hodnoty rovné nebo větší 5 měly pozitivní vztah k LMD. Tím byly získány normalizované hodnoty sledovaných subsystémů. Rehabilitační lékař provedl celkové párové hodnocení jednotlivých subsystémů z hlediska vztahu k LMD. Dopustili jsme se nepřesnosti při užití C-škály v tom smyslu, že navržený postup předpokládá více expertních párových hodnocení, která se dále matematicky zpracovávají. Přesto tento postup vykazoval rozdělení velmi blízké normální distribuci, a proto byl vybrán jako postačující. Závěr o LMD jsme srovnali s hodnocením prospěchu vyšetřovaných dětí po ukončení 1. třídy. Děti byly hodnoceny dvěma učitelkami stupnicí 1–5. Posuzováno zde bylo jen 45 dětí původního souboru, neboť 13 dětí nenastoupilo do školy vzhledem k datu narození (září – prosinec). Výpočty byly provedeny na mikropočítači IBM PC/XT metodami postupné a násobné regresní analýzy¹ a faktorové analýzy s rotací VARIMAX.¹⁴ Nejprve byly spočítány 3 regresní modely mezi proměnnými, o nichž předpokládáme, že predikují LMD, a predikovanou proměnnou – dg. LMD – pro chlapce a děvčata a spojený soubor. Pro ověření hypotézy o nezávislosti pohlaví v regresních modelech jsme použili přístup s připojením závislé proměnné (pohlaví) a vytvoření 4. regresního modelu⁹ F-testu ve tvaru:

$$F = \frac{(n - k - 1) \cdot (r_{y_{x_1 \dots x_k}^2}^2 - r_{y_{x_1 \dots x_k}^2}^2)}{(k - 2) \cdot (1 - r_{y_{x_1 \dots x_k}^2}^2)}$$

Kde: n = počet pozorování.

k = počet proměnných včetně zástupné.

$r_{y_{x_1 \dots x_k}^2}^2$ = zástupnou proměnnou x_z

$r_{y_{x_1 \dots x_k}^2}^2$ = násobná korelace nerozšířeného modelu.

Výsledky a interpretace

1. Výsledky regresních modelů pro uvažované subsystémy speciálních vyšetření pro chlapce, děvčata a spojený soubor jsou uvedeny v tab. 1a. Je patrné, že všechny modely predikují závislou proměnnou LMD v 84–91 %, jak ukazují hodnoty R (čtverce násobného korelačního koeficientu). F-testem jsme prokázali, že mezi chlapci a děvčaty neexistuje významný rozdíl v predikčních modelech, a proto je vhodné spojit oba soubory a přijmout model s predikcí 89,2 %. Ačkoliv rozdíl jednotlivých regresních koeficientů není statisticky významný, přesto mezi chlapci a děvčaty lze vysledovat (nevýznamné) rozdíly:

– chlapci jsou dále v rozvoji statiky,

– děvčata předbíhají chlapce v úrovni řeči, psychiky a bývají méně nemocné.

Přijali jsme výsledný regresní model dg. LMD v následující podobě:

$$y = 0,361 \cdot x_1 + 0,287 \cdot x_2 + 0,384 \cdot x_3 + 0,277 \cdot x_4 + 0,333 \cdot x_5 + 0,187 \cdot x_6 - 4,243$$

kde x_1 = logopedické vyšetření

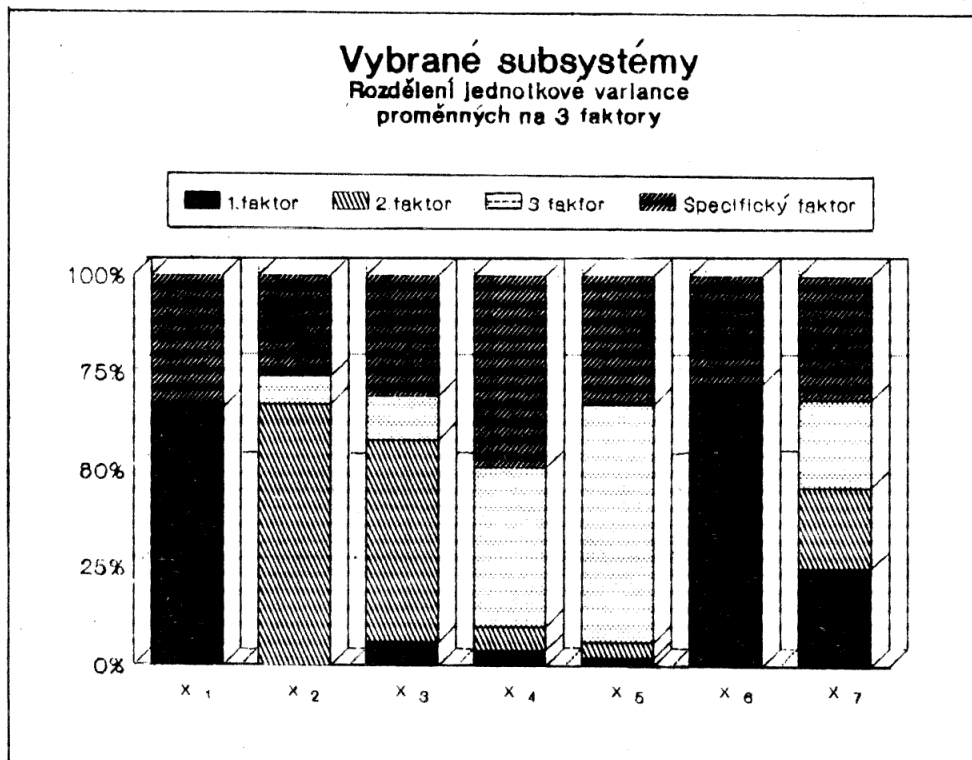
x_2 = vyšetření statiky

x_3 = vyšetření dynamiky

x_4 = psychologické vyšetření

x_5 = pediatrické vyšetření

x_6 = neurologické vyšetření



Obr. 1.

x₁ – logopedie, x₂ – statika, x₃ – dynamika, x₄ – psychologie, x₅ – pediatrie, x₆ – neurologie,
x₇ – % celkové variance

Tabulka 1a Regresní modely pro subsystémy

skupin	konst	LOG	STA	DYN	PSYC	PED	NEUR	SEX	R ²
Hoši	-4.17	0.34	0.32	0.40	0.29	0.31	0.15	-	0.916
Dívky	-5.00	0.43	0.23	0.41	0.32	0.4	0.18	-	0.845
H + D	-4.24	0.36	0.28	0.38	0.28	0.33	0.18	-	0.892
H + D	-4.21	0.36	0.29	0.38	0.28	0.33	0.19	-0.1	0.890

F = -0.1818

F_k (0.01) = 3.41

Legenda:

LOG – logopedie

STA – statika

DYN – dynamika

PSYCH – psychologie

PED – pediatrie

NEUR – neurologie

SEX – pohlaví

R² – čtverec násobného korelačního koeficientu

H + D – hoši a dívky

F – F-test

Z. ŠOS, M. BÍLEK, M. KAVALÍR, P. SCHLEISS, Z. ŠOSOVÁ, V. VLKOVÁ/ PŘÍSPĚVEK K DIAGNOSTICE DĚTÍ S LMD (PILOTNÍ STUDIE)

Tabulka 1b Rotovaná faktorová matice pro spojené soubory

proměnné	faktor			komunalita h ²	specif. variance u ²
	1	2	3		
Logopedie	0.806	0.069	0.073	0.659	0.340
Statika	-0.089	0.807	0.228	0.712	0.288
Dynamika	0.225	0.718	-0.316	0.667	0.333
Psychologie	0.207	-0.246	-0.616	0.482	0.518
Pediatric	0.149	-0.206	0.767	0.653	0.347
Neurologie	0.830	-0.007	-0.125	0.705	0.295

Tabulka 1c Analýza variance rotovaných faktorů

zdroje variance		% celkové variance
1. faktor	1.462	24.368
2. faktor	1.276	21.260
3. faktor	1.139	18.999
celková komunalita h ²	3.878	64.627
celková specifická variance u ²	2.122	35.372
celková variance	6.000	100.000

Rotovaná matice 3 faktorů je uvedena v tab. 1b. Navrhujeme tuto interpretaci faktorů:

F1 – zralost CNS

F2 – motorická zralost

F3 – psychická zralost a nepřítomnost závažnějšího onemocnění v dětství.

2. Při vytváření regresních modelů pro predikci LMD pomocí speciálních metod jsme postupovali stejným způsobem jako v předešlém případě. Proměnné byly vybrány arbitrárně na základě svých hypotetických vlastností a dle toho, kolik čerpaly informace v jednotlivých subsystémech. Celkový index determinace (100R) 70.7 % je nižší než v předešlém případě. To je způsobeno především tím, že nezávislé proměnné – jednotlivé metody – nejsou, na rozdíl od závislé proměnné, normalizovány. Rotovaná faktorová matice je uvedena v tab. 2b. Přijali jsme konečný regresní model platný pro obě pohlaví:

$$y = 0,758 \cdot x_1 + 0,227 \cdot x_2 + 0,945 \cdot x_3 + 0,472 \cdot x_4 + 0,824 \cdot x_5 + 1,279 \cdot x_6 + 0,896 \cdot x_7 - 4,349$$

kde x_1 = dyslázie percepcí

x_2 = Míka

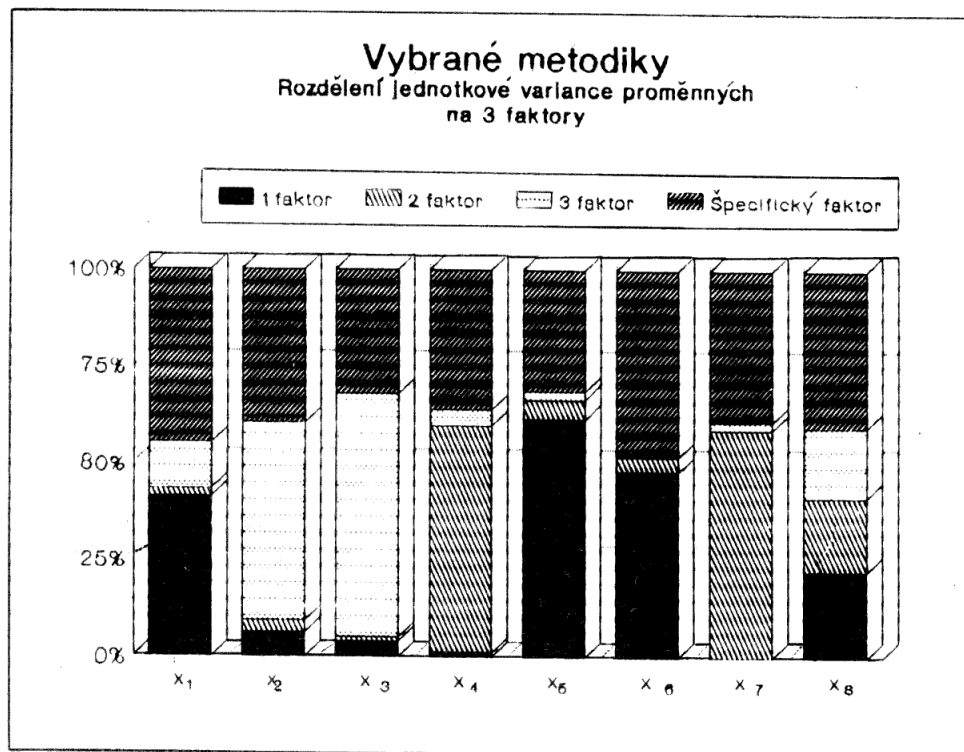
x_3 = abdukce paže vpravo

x_4 = extenze v kyčelním kloubu vpravo

x_5 = řečové návyky

x_6 = slovní zásoba

x_7 = držení těla



Obr. 2.

x_1 – dysfázie percepční, x_2 – Míka, x_3 – abdukce paže vpravo, x_4 – extenze kyčle vpravo, x_5 – řečové návyky, x_6 – slovní zásoba, x_7 – držení těla, x_8 – % celkové variance

Navrhujeme následující interpretaci faktorů:

- F1 – rozvoj řeči a CNS
- F2 – rozvoj hrubé motoriky
- F3 – rozvoj koordinace ruky.

Vzhledem k tomu, že jednotlivé faktory nejsou v prostoru přísně ortogonální, tj. jsou mezi sebou částečně závislé, provedli jsme další faktorovou analýzu na těchto třech faktorech s cílem získat obecnější faktor 2. řádu – faktor zralosti levé hemisféry (tab. 2d), který byl nejvíce sycen 3. faktorem – rozvojem koordinace ruky (test jemné motorické koordinace a test abdukce paže vpravo). Prohlídkou tab. 3a, b, c zjišťujeme, že dle našeho modelu způsobivosti nebyly 3 (-4) děti diagnostikovány jako nezralé nebo s LMD, naproti tomu odklad nedostalo 5 (-12) dětí, které by si jej zasloužily. Ověření empirické validity našeho modelu jsme provedli stanovením vztahu mezi prospěchem v první třídě a závěrem o LMD. Tetrachorický korelační koeficient je $r = 0,344$ a je významný na hladině $p < 0,05$.

Z. ŠOS, M. BÍLEK, M. KAVALÍR, P. SCHLEISS, Z. ŠOSOVÁ, V. VLKOVÁ/ PRÍSPĚVEK K DIAGNOSTICE DĚTÍ S LMD (PILOTNÍ STUDIE)

Tabulka 2a Regresní modely pro vybrané metodiky

skupina	konst	DSFP	MIKA	APDX	EXKD	REC�	SLVZ	DRZT	SEX	R ²
Hoři	-5.5	0.56	0.33	1.04	0.54	1.16	1.02	0.97	-	0.733
Dívky	-4.9	2.19	0.10	0.78	0.64	0.67	0.79	1.12	-	0.734
H + D	-4.4	0.76	0.23	0.94	0.47	0.82	1.28	0.89	-	0.707
H + D	-4.9	0.88	0.23	0.93	0.55	0.90	1.04	0.90	0.73	0.731

F = 0.729

F_k(0.01) = 3.18

Tabulka 2b Rotovaná faktorová matice pro vybrané metodiky

proměnná	faktor			komunalita	specif. variance u ²
	1	2	3		
Dysfáziepr	0.652	0.156	0.339	0.564	0.436
Míka	0.078	-0.183	0.708	0.541	0.459
Abdapažedx	-0.065	0.120	0.790	0.643	0.357
Extkyčdx	0.112	0.769	-0.189	0.639	0.361
Řečnáv	0.782	0.238	-0.126	0.685	0.315
Slovzás	0.695	0.206	-0.056	0.535	0.465
DržtĚla	-0.010	0.769	0.122	0.608	0.392

Legenda:

DSFP, Dysfáziepr = dysfázie percepční

ABOX, Abdapažedx = abdukce paže vpravo

EXKD, Extkyčdx = extenze kyčle vpravo

REC�, Řečnáv = řečové návyky

SLVZ, Slovzás = slovní zásoba

DRZT, DržtĚla = držení těla

SEX = pohlaví

R² = Čtverec násobného korelačního koef.

Tabulka 2c Analýza variance rotovaných faktorů

zdroje variance		celkové variance
1. faktor	1.549	22.129
2. faktor	1.356	19.366
3. faktor	1.311	18.736
celková komunalita h ²	4.216	60.232
celková specifická variance u ²	2.784	39.768
celková variance	7.000	100.000

Tabulka 2d Zralost levé hemisféry

	sycení (zátěž)
3. faktor – rozvoj koordinace ruky	0.845
2. faktor – rozvoj hrubé motoriky	0.717
1. faktor – rozvoj řeči	0.573

Tabulka 3a Odklad a predikce LMD

	počet	%
odklad školní docházky	6	10.34
hodnota závěru ≥ 8 , tj. velmi pravděpodobně LMD	7	12.06
hodnota závěru ≥ 7 , tj. málo až velmi pravděpodobně LMD	15	25.86

Tabulka 3b Vztah mezi odkladem a málo až velmi pravděpodobným závěrem o LMD

hodnota závěru	LMD	odklad		počet
		ano	ne	
≥ 7	ano	3	12	15
< 7	ne	3	40	43
celkový počet		6	52	58
r = 0.187 x = 0.878, tedy významné na hladině p < 0.5				

Tabulka 3c Vztah mezi odkladem a velmi pravděpodobným závěrem o LMD

hodnota závěru	LMD	odklad		počet
		ano	ne	
\geq ano	ano	2	5	7
< 8	ne	4	47	51
celkový počet		6	52	58
r = 0.221 x = 2.858, tedy významné na hladině p < 0.1				

Diskuse

Dětem s LMD věnujeme pozornost hlavně v předškolním věku, kdy nás tato diagnóza zajímá jako charakteristika způsobilosti ke školní docházce. Většinou se o dětech pojednává vcelku, nesledují se odděleně dle pohlaví.⁴ Drobné rozdíly v pohlaví jsme sice našli, ale nebyly signifikantní. Častěji byla diagnóza LMD stanovena u chlapců (2:1), v literatuře nalézáme ještě výraznější výskyt u chlapců – 3:1 – 9:1.¹² Pro obrovskou šíři možných poruch u dětí s LMD je prakticky nemožné, aby jeden odborník odhalil všechny postižené děti. Každý z autorů akcentuje svůj obor z hlediska důležitosti pohledu na problém. Základním kritériem by však měl být názor, abychom naším vyšetřením postihli maximum postižených dětí a mohli přijmout preventivní opatření do budoucnosti. Faktorová analýza souhrnných proměnných z jednotlivých oborů prokázala ve spojení s regresním modelem, že pro dg.LMD jsou jednotlivá speciální vyšetření nutná. Rotované 3 faktory jsou specifické (nebyl přítomen obecný /generální/ faktor). Logopedické vyšetření (řečové návyky a slovní zásoba) a nepřítomnost slovní dysfázie tvořilo první faktor, který čerpal 22,1 % variance, držení těla a extenze v kyčelním kloubu vpravo tvořilo druhý faktor, který čerpal 19,36 % varian-

ce a třetí faktor tvořila abdukce paže vpravo spolu s testem jemné motorické koordinace (Míka). Tento faktor čerpal 18,7 % variance. Velmi významné je vyšetření základních pohybových stereotypů – abdukce paže (úchopový mechanismus) a extenze v kyčelním kloubu (krokový mechanismus). Podstatně méně informací přináší psychologické, pediatrické a neurologické vyšetření – jen 35,4 %.

Zdá se, že vybrané metody těchto oborů byly hrubší a méně citlivé k dané problematice. Psycholog v naší práci nepoužil obvyklou baterii testů z předškolních prohlídek, ale vybral cíleně některé metody, o nichž se v literatuře tvrdí, že predikují LMD a jsou časově nenáročné.^{6, 7, 8}

Zajímavý je fakt, že zjištěná vyšetření se týkají pravé strany, tedy levé hemisféry. Víme, že je zde centrum řeči, ale i logického, abstraktního a analytického myšlení¹⁵ a můžeme si také položit otázku: pokud platí, že pro dobrou činnost mozku je zapotřebí vyzrálosti obou hemisfér, zda u LMD nedochází k zabrzdění vývoje levé hemisféry.

Domnívali jsme se, že problém zrlosti organismu závisí i na životosprávě (otázka přístupu celé rodiny k tělesné hmotnosti, pohybu, sportu, televizi apod.). Rodiče dostali domů vyplnit dotazník k uvedené problematice. Vztah se nepodařilo prokázat, proto jsme ho dále neuvažovali. Validita anamnestických údajů od rodičů závisí od jejich intelektové úrovně, ochotě spolupracovat a na celkové úrovni starostlivosti o dítě. Užitečné mohou být jen částečné informace z dotazníku, a to, že se dle udání rodičů děti aktivně pohybují denně 3–4 hodiny, prakticky vůbec nejsou seznámeni se základy plavání ani jinými základy sportů, denně sledují 1–1,5 hodiny televizi, převážně všedě. Dotazník se ukázal jako nevhodná forma a bude nutné jej nahradit řízeným rozhovorem.

Diagnóza LMD v předškolním věku nemůže být zcela spolehlivá pro velkou variabilitu rychlosti zrání jednotlivých funkcí. Proto i otázka odkladu je problém velice citlivý a zařazení nezralého dítěte, zvláště s dg.LMD, může přinést nositeli neřešitelnou situaci. Srovnáním vztahu mezi naším závěrem o LMD a prospěchem v první třídě se potvrdilo, že při susp. dg.LMD jsou děti hodnoceny sníženým prospěchem. Máme za to, že by se osvědčilo používat hledisko pro velké podezření LMD (tab. 3c), které není ani v zásadním protikladu s dosud prováděnými odklady. O tom svědčí i korelace mezi odkladem a hodnocením $r = 0,221$, která je významná na hladině $p < 0,1$. Pro složitost a nevyhraněnost problematiky je nutná koordinace jednotlivých odborných lékařů, vytvoření podmínek pro týmovou práci a zabezpečení komplexní diagnostiky, terapie, výchovy a vzdělávání postižených dětí.

LITERATURA

1. ANDĚL, J.: Matematická statistika, SNTL/Alfa, Praha, 1978, 346 s.
2. BŘICHÁČEK, V.: Úvod do psychologického škálování, Psychodiagnostika, Bratislava, 1978, 82 s.
3. JANDA, V.: Základy kliniky funkčních (neparetických) hybných poruch, Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně 1982, 139 s.
4. LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z.: Psychická deprivace v dětství, Avicenum, Praha, 1974, 400 s.
5. LEHOVSKÝ, M.: Kapitoly z dětské neurologie, UK Praha 1985, 194 s.
6. MÍKA, J.: Orientační test dynamické praxe, Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p. Bratislava, 1982.

**Z. ŠOS, M. BÍLEK, M. KAVALÍR, P. SCHLEISS, Z. ŠOSO VÁ, V. VLKOVÁ/ PŘÍSPĚVEK
K DIAGNOSTICE DĚTÍ S LMD (PILOTNÍ STUDIE)**

7. MULLNER, J., a kol.: TE-NA-20. Test nacházení známých obrázků (dětská verze), Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p. Bratislava, 1984.
8. NOVÁČKOVÁ, J.: Podíl jednotlivých psychologických metod užitých při předškolních prohlídkách na predikci školní úspěšnosti dítěte, in: Československá psychologie, 1988, č. 2, s. 117 – 1261.
9. RAO, R. C.: Lineární metody statistické indukce a jejich aplikace, Academia, Praha, 1978, s. 320 – 323.
10. SKORIČOVÁ, M.: Psychopatológia a klinika duševných porúch pri organickom poškodení mozgu u detí, Čs. Psychiat., 84, 1988, č. 2, s. 90 – 99.
11. ŠOS, Z.: Úroveň pohybového ústrojí v 6 letech, Rehabilitácia, v tisku.
12. SCHWARTZ, S., JOHNSON, J. H.: The Concept of Minimal Brain Dysfunction (Hyperkinesis), in Psychopathology of Childhood: A Clinical-experimental Approach, Pergamon Press, N. York, 1983, 423 s.
13. TŘESOHLAVÁ, Z., a kol.: Lehká mozková dysfunkce v dětském věku, Praha, Avicenum, 1982.
14. UBERLA, K.: Faktorová analýza, Alfa, Bratislava, 1974, 334 s.
15. VOJÁČEK, K.: Autogenní trénink, Avicenum, Praha, 1988, s. 22.
16. VOJÁČEK, M., a kol.: Plzeňský model předškolních prohlídek, principy, organizace, metodika, KPPP, Plzeň, 1978, 97 s.

Adresa autora: MUDr. Z. Š., Puškinova 94, 346 01 Horšovský Týn

Z. Šос, М. Билек, М. Кавалир, П. Шейс, З. Шосова, В. Влкова
K DIAGNOSTIKE DETEJ S LMD

Резюме

Коллективом, состоявшим из врача-методиста, логопеда, невролога, психолога и педиатра было обследовано 58 детей (24 девочки и 34 мальчика) в возрасте 65–77 месяцев из детских садов. Цель исследования – как можно чутко диагностировать зрелость организма и ЛМД. Необходимым оказалось специальное исследование для поставления диагноза ЛМД.

По сравнению с фактической отсрочкой нами не диагностировано 3 (–4) ребенка а 5 (–12) детей, которым следовало дать отсрочку, не получили её. Сравнением заключения о ЛМД с успеваемостью в первом классе установлен факт, что дети с подозрением ЛМД оцениваются пониженными отметками.

Подчеркивается необходимость создания условий для совместной работы и координации врачей по специальности.

Z. Šos, M. Bilek, M. Kavalír, P. Schleiss, Z. Šosová, V. Vlková
DIAGNOSIS IN CHILDREN WITH LIGHT CEREBRAL
DYSFUNCTION

Summary

Fifty eight children (24 girls and 34 boys) aged 65 to 77 months in nursery schools were examined by a team consisting of a rehabilitation physician, a logopaedist, neurologist, psychologist and paediatrist. The aim was to investigate as precisely as possible the maturity of the organism and light cerebral dysfunction.

**Z. ŠOS, M. BÍLEK, M. KAVALÍR, P. SCHLEISS, Z. ŠOSOVÁ, V. VLKOVÁ/ PRÍSPĚVEK
K DIAGNOSTICE DĚTÍ S LMD (PILOTNÍ STUDIE)**

Comparing the actual deferment of school attendance, 3 (-4) children recommended by us for deferment and 5 (-12) deserving deferment, did not get it. Comparison in conclusion on light cerebral dysfunction with the progress in the first grade of school prove that in suspect light cerebral dysfunction children are valued with poor progress.

The necessity is emphasized to create conditions for team work and coordination of specialists.

Z. Šos, M. Bílek, M. Kavalír, P. Schleiss, Z. Šosová, V. Vlková
BEITRAG ZUR DIAGNOSTIK VON KINDERN MIT LEICHTER
GEHIRNFUNKTIONSSTÖRUNG

Zusammenfassung

Von einem aus einem Rehabilitationsarzt, einem Logopäden, einem Neurologen, einem Psychologen und einem Pädiater bestehenden Team wurden 58 Kinder (24 Mädchen und 34 Knaben) im Alter zwischen 65 und 77 Monaten aus Kindergärten untersucht. Zweck dieser Untersuchung war eine möglichst gründliche Diagnostizierung der Reife des Organismus und der leichten Gehirnfunktionsstörung. Die Untersuchung wies die Notwendigkeit spezieller Untersuchungsweisen zwecks Feststellung der Diagnose „leichte Gehirnfunktionsstörung“ nach.

Bei einer Komparation mit dem tatsächlichen Schulbesuchsaufschub wurden 3 (-4) Kinder vom Team nicht diagnostiziert und 5 (-12) Kinder, die einen Aufschub verdient hätten, haben ihn nicht bekommen. Mit Hilfe des Vergleichs der Untersuchungsergebnisse im Bezug auf leichte Gehirnfunktionsstörung mit dem Fortgang in der ersten Klasse wurde die Beziehung nachgewiesen, wonach bei einer susp. leichten Gehirnfunktionsstörung die Kinder mit schlechterem Fortgang gewertet werden.

Es wird die Notwendigkeit hervorgehoben, Bedingungen für ein Teamwork und für die Koordinierung der Tätigkeit der Fachärzte zu schaffen.

Z. Šos, M. Bílek, M. Kavalír, P. Schleiss, Z. Šosová, V. Vlková
CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC DES ENFANTS AFFECTÉS
DU DYSFONCTIONNEMENT CÉRÉBRAL FAIBLE

Résumé

58 enfants furent examinés, dont 24 filles et 34 garçons, entre 65 et 77 mois, des Ecoles maternelles par le team composé du médecin de réadaptation, du logopède, du neurologue, du psychologue et du pédiatre. Le but reposait de diagnostiquer le plus sensiblement possible l'organisme mûr et le dysfonctionnement cérébral faible. La nécessité d'examens spéciaux fut démontrée pour diagnostiquer le DCF.

Dans la comparaison du délai réel 3 à 4 enfants n'ont pas été diagnostiqué et 5 à 12 enfants qui auraient bien mérité ce délai, ne l'ont pas obtenu. En comparant la conclusion sur le DCF avec les résultats scolaires dans la première classe fut démontré le rapport que vers le DCF susp. les enfants sont notés par des résultats scolaires plus faibles. Est soulignée la nécessité de la création des conditions pour le travail de team et la coordination des spécialistes médicaux.

J. F. HOFFMAN, P. DE WEER
ANNUAL REVIEW OF PHYSIOLOGY
Ročný prehľad fyziológie Vol. 51
Palo Alto, Annual Reviews Inc, 1989
ISBN 0-8243-0351-2

V tradičnom vybavení vyšiel začiatkom roka 1989 Ročný prehľad fyziológie, už ako 51. zväzok tejto série. Editormi sú prof. J. F. Hoffman z Yale a prof. P. de Weer z washingtonskej univerzity. Podobne ako predchádzajúce zväzky, aj posledný zväzok sa člení do jednotlivých sekcií, redigovaných vždy odborníkom v príslušnej oblasti – renálna a elektrolytová fyziológia, gastrointestinálna, kardiovaskulárna a molekulárna fyziológia, porovnávací fyziológia, endokrinológia a respiračná fyziológia predstavujú základné sekcie; každá z nich obsahuje početné práce s problematikou tematicky zodpovedajúcou príslušnej sekcii. Okrem týchto prác sú do ročného prehľadu zaradené niektoré špeciálne témy – kontrakcie buniek hladkého svalstva, optické poznatky o nervových funkciách, polarita epiteliálnych buniek – tieto špeciálne otázky prinášajú súčasný pohľad aj na danú tematiku a sú základným materiálom pre štúdium týchto otázok.

Posledný zväzok Ročného prehľadu z fyziológie je uvedený prácou dr. Posta z oddelenia nukleárnej fyziológie a biofyziky z Vanderbiltovej univerzity v Nashville, o systéme nátríu, kália a adenosintrifosfatázy. Ide o stručný prehľad vývoja a súčasný stav v oblasti výskumu tohto systému, neznámeho vo svojej interakcii do roku 1954.

Posledný ročník uvedeného prehľadu má obvyklú polygrafickú úpravu a vybavenie, jednotlivé práce sú dobre dokumentované, rozoberajú modernú problematiku a poukazujú na aktuálnosť niektorých tém v oblasti modernej fyziológie. Ilustrácie a tabuľky, vrátane prehľadu literatúry dopĺňujú text jednotlivých prác.

Aj 51. zväzok Ročného prehľadu fyziológie už tradične dobre dopĺňa celý rad predchádzajúcich zväzkov.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. NOCKER
BIOLOGISCHE GRUNDLAGEN DER LEISTUNGSSTEIGERUNG DURCH TRAINING

Biologické základy zvyšovania výkonnosti tréningom, 8. prepr. vyd.
Schorndorf, Verlag Hoffmann, 1989
ISBN 3-7780-4038-3

Prof. dr. Josef Nocker, jeden z najvýznamnejších odborníkov športového lekárstva v Spolkovej republike Nemecko, so širokým internistickým vzdelaním a skúsenosťami, vydáva v nakladateľstve Hoffmann Verlag v Schorndorfe už v 8. prepracovanom vydaní pozoruhodnú knižočku – príručku o biologických základoch zvyšovania telesnej výkonnosti tréningom, o aplikovanej fyziológii, určenú predovšetkým trénerom a telovýchovným odborníkom. Po krátkom úvode autor venuje pozornosť otázkam tkanív, ich štruktúre a funkcií, problematike vplyvu tréningu na muskulatúru a metabolizmus, otázkam kardiovaskulárneho systému a pôsobenia tréningu na jednotlivé parametre, významu športu v prevencii ochorení srdcovo-cievneho systému. V ďalších kapitolách venuje pozornosť otázkam krvi, problematike tréningu z hľadiska vekových skupín,

otázkam výživy a tréningu, významu vitamínov a minerálnych látok pre telesnú výkonnosť, problematike tekutín a oblasti tréningových metód. Prehľad literatúry ukončuje túto, rozsahom nie príliš veľkú, obsahove však závažnú publikáciu, početné tabuľky a obrázky dopĺňajú text jednotlivých kapitol.

Prednosťou tejto publikácie je jej rozsah a dobré spracovanie závažnej problematiky súčasného tréningového procesu. Autor poukazuje na všetky oblasti, s ktorými sa z hľadiska modernej fyziológie stretáva každý tréner a každý športovec vstupujúci do tréningového procesu. Odpoveď na tieto otázky prof. Nocker predkladá z pozície veľkých skúseností a teoretických znalostí.

Dr. M. Malý, Kováčová

SYNDROM KARPÁLNÍHO TUNELU VE VZTAHU K PROFESI REHABILITAČNÍHO PRACOVNÍKA

J. KREDBA, P. HORKA, Z. RYCHLÝ

*Ústřední vojenská nemocnice, Praha
náčelník: genmjr. doc. MUDr. V. Dbalý, CSc.
Oddělení fyziatrie a léčebné rehabilitace
náčelník: pplk. MUDr. P. Horka
Oddělení neurologie
náčelník: plk. MUDr. J. Janák*

Souhrn: U souboru 19 rehabilitačních pracovníků oddělení fyziatrie a léčebné rehabilitace ÚVN jsme provedli podrobné elektroneurografické vyšetření n.medianus v oblasti karpálního tunelu na obou rukou. Použili jsme rozsáhlou paletu doplňujících nekonvenčních vyšetření, která nám umožnila i odhalení lehkých forem syndromu karpálního tunelu. Vzhledem k velkému věkovému rozpětí a tím také délce profese, podrobili jsme statistickému hodnocení naměřených parametrů nejen celou skupinu, ale i skupinu mladších (21–40 let) a starších pracovníků (41–59 let). U dvou pracovníků ze starší skupiny jsme našli oboustranný syndrom karpálního tunelu s převahou horších hodnot na dominantní straně. U dalších dvou pracovníků téže skupiny jsme odhalili postižení senzitivních vláken n.medianus na dominantní ruce. Z celkového počtu 38 vyšetřených rukou byl zjištěn pozitivní syndrom karpálního tunelu u 6 rukou (15,8 %). Vzhledem k této skutečnosti lze předpokládat, že dlouhodobé a nadměrné přetěžování rukou u rehabilitačních pracovníků může vést k vyššímu výskytu syndromu karpálního tunelu.

Klíčová slova: profese rehabilitační pracovníce – syndrom karpálního tunelu – elektroneurografie.

Syndrom karpálního tunelu, při kterém dochází ke kompresi n.medianus, patří mezi nejčastější postižení periferních nervů. Je tedy pochopitelné, že touto problematikou se zabývají mnohé lékařské obory, hlavně neurologie a chirurgie, které přinášejí svůj vklad po stránce diagnostické či terapeutické. V neposlední řadě řeší pracovní lékaři ve spolupráci se jmenovanými obory problémy sociálně-ekonomické, profesní i posudkové.

Není tedy divu, že syndromu karpálního tunelu, jeho diagnostice a léčbě i dalším aspektům bylo věnováno mnoho publikací. Není účelem naší studie, abychom je citovali a podrobně se jejich závěry zabývali.

Podnětem k naší práci byla publikace Reptová a spol.¹², která věnovala pozornost poruchám hybného systému především páteře u rehabilitačních pracovníků v souvislosti s výkonem jejich povolání. Cílem našeho zkoumání bylo zjistit výskyt syndromu karpálního tunelu u souboru rehabilitačních pracovníků našeho oddělení.

Metodika a soubor

U souboru 19 rehabilitačních pracovníků ve věku 21–59 let jsme provedli klinické vyšetření s důrazem na subjektivní obtíže a délku profese. Všechny rehabilitační pracovníky se podrobily detailnímu elektromyografickému (EMG) a elektroneurografickému (ENG) vyšetření. Abychom odhalili možné postižení n.medianus v karpálním tunelu, zvolili jsme rozsáhlou paletu ENG vyšetření.

1. Klasická metodika:

- nativní EMG vyšetření snímání pomocí povrchových snímacích elektrod přiložených na svalstvo tenaru a antitenaru při maximálním úsilí (opozice a abdukce palce a abdukce malíku)
- stimulační EMG vyšetření, kdy n.medianus a n.ulnaris byly drážděny pravoúhlými podněty 0,2 ms supramaximálně v průběhu nervů na zápěstí v konstantní vzdálenosti 8 cm⁹
- orthodromní snímání neurogramu na zápěstí v konstantní vzdálenosti 14 cm při stimulaci páskovými elektrodami 2. prstu (n.medianus) a 5. prstu (n.ulnaris)⁸

2. Doplnující metodika:

- orthodromní snímání neurogramu n.medianus a n.ulnaris na zápěstí po stimulaci uvedených nervů v dlani (2. meziprstní prostor n.medianus a 4. meziprstní prostor n.ulnaris) v konstantní vzdálenosti 8 cm^{1, 2, 11, 14}
- orthodromní snímání neurogramu n.medianus a n.ulnaris na zápěstí po stimulaci 4. prstu páskovými elektrodami v konstantní vzdálenosti 14 cm^{2, 4, 6}
- orthodromní snímání neurogramu n.medianus a n. radialis na zápěstí po stimulaci palce páskovými elektrodami v konstantní vzdálenosti 10 cm^{4, 7}.

Naměřené údaje motorických odpovědí (latence, amplituda) a neurogramů (latence k odstupu a negativnímu vrcholu, rychlost vedení, amplituda měřená od vrcholu k vrcholu) byly statisticky zpracovány u skupiny 17 osob bez subjektivních obtíží a negativním objektivním nálezem. Dvě osoby, u kterých byl jednoznačně na podkladě EMG nálezů diagnostikován oboustranný syndrom karpálního tunelu, nebyly do statistického hodnocení zařazeny.

EMG a ENG vyšetření bylo provedeno na čtyřkanálovém EMG DISA 1.500 za použití filtrů 2 Hz–10 KHz při nativním EMG a STEMG a 20 Hz–2 KHz při snímání neurogramu (evokovaný potenciál byl zpravidla zprůměrněn 30x). Průběžně byla měřena kožní teplota kontaktními elektrodami přístrojem ELLAB, aby kožní teplota neklesla pod 31 °C. Všechna měření byla prováděna za pokojové teploty.

Výsledky

U 19 rehabilitačních pracovníků průměrného věku 39 ± 12.6 (21–59) let bylo provedeno podrobné EMG a ENG vyšetření se zaměřením na možný výskyt syndromu karpálního tunelu. Celkem bylo vyšetřeno 38 rukou. Vzhledem k tomu, že šlo o poměrně velké věkové rozpětí a tím také k rozdílné délce profese, byly naměřené hodnoty posouzeny jednak u celé skupiny a jednak byl celý soubor rozdělen na skupinu I, průměrného věku 26.2 ± 5.6 (21–40) let a skupinu II, průměrného věku 49.5 ± 5.2 (41–59) let. Statistické zpracování nepárovým T-testem obou skupin navzájem neprokázalo významné změny, i když ve skupině mladších pracovníků byla nalezena evidentně kratší doba trvání přenosu vzruchu, vyšší rychlost vedení a vyšší amplituda evokovaných potenciálů.

U dvou pracovníků II. skupiny (starší), u kterých byly subjektivní obtíže a objektivní nález svědčící pro syndrom karpálního tunelu oboustranně, byl nalezen pozitivní nález útlakových změn motorických a senzitivních vláken n.medianus v karpálním tunelu. Větší změny byly naměřeny na dominantní straně. Tyto osoby nebyly zařazeny do statistického hodnocení.

J. KREDBA, P. HORKA, Z. RYCHLÝ/ SYNDROM KARPÁLNÍHO TUNELU VE VZTAHU K PROFESI REHABILITAČNÍHO PRACOVNÍKA

Tabulka 1 Normativní hodnoty latencí n.medianus, n.ulnaris, n. radialis u zdravých žen (34 rukou)

DML n.medianus: 3,47 ± 0,33 ms (4.13)		
DML n.ulnaris: 2,81 ± 0,32 ms (3.45)		
DSL n.medianus:		
	latence k odstupu (ms)	latence k vrcholu (ms)
I. prst – zápěstí:	1,77 ± 0,17 (2.11)	2,30 ± 0,18 (2.66)
II. prst – zápěstí:	2,28 ± 0,24 (2.76)	2,89 ± 0,24 (3.37)
IV. prst – zápěstí:	2,23 ± 0,32 (2.87)	2,79 ± 0,30 (3.39)
Dlaň – zápěstí:	1,19 ± 0,19 (1.57)	1,64 ± 0,22 (2.08)
DSL n.ulnaris:		
V. prst – zápěstí:	2,20 ± 0,21 (2.62)	2,82 ± 0,23 (3.28)
IV. prst – zápěstí:	2,37 ± 0,27 (2.91)	3,04 ± 0,30 (3.64)
Dlaň – zápěstí:	1,15 ± 0,11 (1.37)	1,69 ± 0,16 (2.01)
DSL n.radialis:		
I. prst – zápěstí:	1,66 ± 0,19 (2.04)	2,25 ± 0,20 (2.65)
DML = distální motorická latence. DSL = distální senzitivní latence		
Hodnoty uvedené v závorce značí horní limit ($\bar{x} + 2SD$)		

Tabulka 2 Normativní hodnoty latencí u doplňujících vyšetření zdravých žen (34 rukou)

	latence k odstupu (ms)	latence k vrcholu (ms)
I. prst – zápěstí (m-r)	0,11 ± 0,21 (0.53)	0,05 ± 0,22 (0.49)
II. a V. prst – zápěstí (m-u)	0,08 ± 0,24 (0.56)	0,08 ± 0,28 (0.64)
IV. prst – zápěstí (m-u)	-0,14 ± 0,26 (0.38)	-0,24 ± 0,22 (0.20)
Dlaň – zápěstí (m-u)	0,04 ± 0,22 (0.48)	-0,04 ± 0,26 (0.48)
Hodnoty uvedené v závorce značí horní limit ($\bar{x} + 2SD$)		

U 17 pracovníc bez subjektivních obtíží a normálního klinického nálezu (I. skupina 14 rukou, II. skupina 20 rukou) byly naměřeny hodnoty, které byly považovány za normy pro další hodnocení případných odchylek od normy (Tab. 1 a 2). Při porovnání naměřených a statisticky zpracovaných hodnot s hodnotami u jednotlivých pracovníc jsme našli ještě u dvou (z II. skupiny) rovněž na dominantní straně nadhraniční hodnoty latencí neurogramů n.medianus po stimulaci IV. prstu a dlaně. Tedy u 6 rukou (15,8 %) z 38 rukou u starší skupiny rehabilitačních pracovníc vykonávajících dlouhodobě svou profesi jsme našli syndrom karpálního tunelu s převahou na dominantní straně.

Diskuse

Všeobecně se dnes přijímá názor, že klinické vyšetření tunelových syndromů, mezi které se řadí syndrom karpálního tunelu, je nedostatečné. EMG a zvláště pak ENG

vyšetření funkčního stavu *n.medianus* je tedy pro diagnózu syndromu karpálního tunelu nezbytné. Byly proto vedle klasických EMG a ENG metod zařazeny do palety ENG vyšetření další doplňující vyšetřovací techniky, které pomáhají určit nebo potvrdit diagnózu tohoto syndromu již v počáteční fázi, kdy klinické příznaky jsou buď negativní nebo prchavé^{1, 4, 8}. V těchto případech podrobné EMG a ENG vyšetření má již význam preventivní.

Každodenní pracovní náplní rehabilitačního pracovníka (lépe rehabilitační pracovnice, neboť tuto profesi provádějí ponejvíce ženy), je provádění četných léčebných úkonů, které vedou k přetěžování lokomočního aparátu. Jsou to metodiky, u kterých dochází k nadměrnému zatěžování rukou jako např. klasické masáže, reflexní masáže, měkké techniky, akupresura apod. U těchto léčebných technik, rehabilitační pracovnice vykonává svou činnost v déletrvajícím flekčním nebo extenzním postavení zápěstí a flexi prstů, při níž dochází k nepřiměřenému napětí šlach flexorů předloketních svalů a k nežádoucí iradiaci aktivity i na vzdálené svalové skupiny.⁵ Veškerá tato činnost může pak vyústit ke strukturálním změnám v oblasti karpálního tunelu s následnou kompresí *n.medianus*. Tlakové změny v karpálním tunelu při flekčním nebo extenzním postavení v zápěstí byly určeny u zdravých osob i u osob se syndromem karpálního tunelu.³ Dalším faktorem a to ne nepodstatným je kapacita organismu, která je dána konstitucí a proto nepřekvapuje, že syndrom karpálního tunelu se vyskytuje převážně u žen.¹⁰

Naše studie byla zaměřena na možný výskyt syndromu karpálního tunelu u skupiny rehabilitačních pracovníků našeho oddělení a posouzení, zda tento syndrom se u této skupiny vyskytuje častěji než jak je uváděno v populaci (méně než 1 %).¹³ Přihlédli jsme k věkovým skupinám a tím také k délce profese. Hodnoty naměřené u obou skupin bez klinických EMG a ENG vyšetření potvrzujících diagnózu karpálního tunelu nám posloužily jako průměrné hodnoty (normativy) pro další studii.

Při hodnocení námi sledovaných ukazatelů (latence, rychlost vedení a amplituda), přikládáme největší význam naměřeným latencím ať již k počátku negativní fáze nebo k vrcholu negativní fáze. Od stanovení rychlosti vedení v terminální části se dnes již upouští.¹ Měření amplitudy neurogramu je v literatuře rozporné; někteří autoři měří amplitudu od základní linie k negativnímu vrcholu, jiní od negativního vrcholu k pozitivnímu, další uvádějí amplitudy získané antidromním způsobem stimulace příslušných nervů (je 3–5x vyšší než u metody orthodromní). Také rozptýl naměřených hodnot je vysoký, např. při stimulaci dlaně^{11,14}, což dosvědčují i naše zkušenosti (20–200 uV). Z těchto důvodů výsledky uvedené v tab. 1 a 2 se týkají pouze distálních latencí a pokládáme je proto pro diagnózu za nejcennější. Pro konečné hodnocení funkčního stavu *n.medianus* v oblasti karpálního tunelu je významné použít rozsáhlejší paletu ENG vyšetření, jak jsme uvedli v metodice. Větší množství naměřených parametrů nám totiž odhalí i velice lehké formy syndromu karpálního tunelu. Zároveň lze doplňující metodikou posoudit i funkční stav dalších nervů (*n.ulnaris* a *n.radialis*), což má význam i diferenciatně diagnostický.

LITERATURA

1. AMBLER, Z., KERNDLOVÁ, E., AMBLEROVÁ, V.: Elektrodiagnostika syndromu karpálního tunelu – význam vyšetření senzitivních vláken. Čs. Neurol. Neurochir., 50/83, 1987, č. 3, s. 177–181.

J. KREDBA, P. HORKA, Z. RYCHLÝ/ SYNDROM KARPÁLNÍHO TUNELU VE VZTAHU K PROFESI REHABILITAČNÍHO PRACOVNÍKA

2. DI BENEDETTO, M., MITZ, M., KLIGBEIL, G. E., DAVIDOFF, D.: New criteria for sensory nerve conduction especially usefull in diagnosing carpal tunnel syndrome. Arch. Phys. Med. Rehabil., 67, 1986, č. 9, s. 586 – 589.
3. GÉLBERMAN, R. H., MERGENROEDER, P. T., HARGENS, A. R., LUNDBORG, G. N., AKESON, W. H.: The carpal tunnel syndrome: A study of carpal pressures. J. Bone and Joint Surg., 63, A, 1981, č. 3, s. 380 – 383.
4. JACKSON, D. A., CLIFFORD, J. C.: Electrodiagnosis of mild carpal tunnel syndrome Arch. Phys. Med. Rehabil., 70, 1989, č. 3, s. 199 – 204.
5. JANDA, V., GILBERTOVÁ, S., URBAN, P.: Přetěžování horních končetin opakovanými pohyby (RSI syndrom). Prac. Lék., 40, 1988, č. 4, s. 180 – 183.
6. JOHNSON, E. W., KUKLA, R. D., WONGSAM, P. E., PIEDMONT, A.: Sensory latencies to the ring finger: Normal values and relation to carpal tunnel syndrome. Arch. Phys. Med. Rehabil., 62, 1981, č. 5, s. 206 – 208.
7. JOHNSON, E. W., SIPSKI, M., LAMMERTSE, T.: Median and radial sensory latencies to digit I: Normal values and usefullnes in carpal syndrome. Arch. Phys. Med. Rehabil., 68, 1987, č. 3, s. 140 – 141.
8. KIMURA, J.: Electrodiagnosis in diseases of nerve and muscle. Principles and practice. F. A. Davis, Philadelphia, 1983, s. 672.
9. KYRAL, V.: Fyziologické a patologické hodnoty ukazatelů při stimulaci motorických vláken n.medianus u syndromu karpálního tunelu. Čs. Neurol. Neurochir., 49/82, 1986, č. 4, s. 210 – 216.
10. LUKÁŠ, E.: Tunelové syndromy z hlediska průmyslové neurologie. Čs. Neurol. Neurochir., 52/85, 1989, č. 5, s. 294 – 297.
11. MONGA, T. N., SHANKS, G. L., POOLE, B. J.: Sensory palmar stimulation in the diagnosis of carpal tunnel syndrome. Arch. Phys. Med. Rehabil., 66, 1985, č. 9, s. 598 – 600.
12. REPTOVÁ, V., SOJÁKOVÁ, M., PALÁT, M.: Riziká pracovnej neschopnosti rehabilitačných pracovníčok. Rehabilitácia, 22, 1989, č. 2, s. 83 – 88.
13. STEVENS, J. C., SUN, S., BEARD, C. M., O'FALLON, W. M., KURLAND, L. T.: Carpal tunnel syndrome in Rochester, Minnesota, 1961 – 1980. Neurology, 38, 1988, č. 3, s. 134 – 138.
14. WONGSAM, P. E., JOHNSON, E. W., WEINERMAN, J. D.: Carpal tunnel syndrome: Use of palmar stimulation of sensory fibers. Arch. Phys. Med. Rehabil., 64, 1983, č. 1, s. 16 – 19.

Adresa autora: MUDr. J. K., CSc., U první baterie 37, 162 00 Praha 6

И. Кредба, П. Горка, З. Рыхлый
СИНДРОМ ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА ПО ОТНОШЕНИЮ
К ПРОФЕССИИ МЕТОДИСТА

Резюме

В группе 19 методистов нашего отделения мы провели подробные электронейрографические исследования срединного нерва в области запястного канала на обеих руках. Мы применили широкую палитру нетрадиционных дополнительных исследований, позволивших выявить даже легкие формы синдрома запястного канала. Учитывая большие различия в возрасте, а тем самым и в трудовом стаже, мы подвергли статистической оценке намеренные параметры не только всей группы, но и группы младших (20–40 лет) и старших сотрудниц (41–59 лет). У двух сотрудниц из группы старших мы обнаружили двусторонний синдром запястного канала с перевесом худших показателей на доминирующей стороне. У других двух сотрудниц той же группы

J. KREDBA, P. HORKA, Z. RYCHLÝ/ SYNDROM KARPÁLNÍHO TUNELU VE VZTAHU K PROFESI REHABILITAČNÍHO PRACOVNÍKA

мы обнаружили нарушение чувствительных волокон срединного нерва на доминирующей руке. Из общего числа 38 обследованных рук позитивный синдром запястного канала найден на 6 руках (15,8 %). Ввиду того можно предполагать, что длительная и чрезмерная перегрузка рук у методистов может привести к более частому наличию синдрома запястного канала.

J. Kredba, P. Horka, Z. Rychlý
**THE CARPAL TUNNEL SYNDROME IN RELATION
TO THE PROFESSION OF THE REHABILITATION WORKER**

Summary

In a group of rehabilitation workers at our department a detailed electroneurographic examination of n. medianus in the region of the carpal tunnel in both hands was carried out. A large range of complementary unconventional examinations was carried out that enabled us to reveal mild forms of the carpal tunnel syndrome. In consideration of the great differences in age and also the length of the period of work in this profession, statistic evaluation of the measured parameters had to be carried out not only in the whole group but also in the group of younger (20 to 40 years) and the older (41 to 51 years) workers. In two workers of the older category bilateral carpal tunnel syndrome with predominantly worse values on the dominant side was diagnosed. In two other workers of the same group we discovered an affection of the sensitive fibres of n. medianus in the dominant hand. Out of the total of 38 examined hands a positive carpal tunnel syndrome was found in six hands (15.8 %). Taking into consideration these findings it is to be expected that long-term overuse of the hand in rehabilitation workers can lead to a higher incidence of the carpal tunnel syndrome.

J. Kredba, P. Horka, Z. Rychlý
**DAS KARPALTUNNELSYNDROM UND SEINE BEZIEHUNG ZUM
BERUF DES REHABILITATIONSTHERAPEUTEN**

Zusammenfassung

Bei einem Patientengut von 19 Rehabilitationstherapeutinnen unserer Abteilung wurde eine eingehende electroneurographische Untersuchung des Medianus im Bereich des Karpaltunnels an beiden Händen durchgeführt. Dabei wurde eine umfangreiche Palette zusätzlicher unkonventioneller Untersuchungsweisen eingesetzt, die es ermöglichten, auch leichte Formen des Karpaltunnelsyndroms festzustellen. In Anbetracht der großen Altersunterschiede und somit auch der großen Unterschiedlichkeit der Dauer der Berufsausübung wurde nicht nur beim Gesamtpatientengut eine statistische Auswertung der gemessenen Parameter durchgeführt, sondern auch bei der Gruppe der Jüngeren (2-40 Jahre) und bei der älteren Mitarbeiterinnen (41-59 Jahre). Bei zwei Mitarbeiterinnen in der Gruppe der Älteren wurde ein beidseitiges Karpaltunnelsyndrom mit überwiegend schlechteren Werten an der dominanten Seite festgestellt. Bei anderen zwei Mitarbeiterinnen der gleichen Gruppe wurde eine Schädigung der sensitiven Fasern des Medianus an der dominanten Hand festgestellt. Innerhalb der gesamten Anzahl von 38 untersuchten Händen wurde an sechs Händen (15,8 %) ein positives Karpaltunnelsyndrom festgestellt. Infolge dieser Tatsache kann vorausgesetzt werden, daß die langfristige und übermäßige Belastung der Hände bei Rehabilitationstherapeutinnen zu einem häufigeren Vorkommen des Karpaltunnelsyndroms führen kann.

J. KREDBA, P. HORKA, Z. RYCHLÝ/ SYNDROM KARPÁLNIHO TUNELU VE VZTAHU K PROFESI REHABILITAČNÍHO PRACOVNÍKA

J. Kredba, P. Horka, Z. Rychlý
**LE SYNDROME DU TUNEL CARPIEN PAR RAPPORT
À LA PROFESSION DES KINÉSITHÉRAPEUTES**

Résumé

Dans un groupe de dix neuf kinésithérapeutes de notre section on a effectué des examens électroneurographiques détaillés n. medianus dans le domaine du tunnel carpien sur les deux mains. On a utilisé une vaste palette d'examens non conventionnels complémentaires qui nous ont permis de découvrir aussi des formes légères de syndrome du tunnel carpien. Vu la grande extension d'âge et donc aussi de la durée de profession, on a soumis à l'évaluation statistique des paramètres mesurées non seulement le groupe entier, mais aussi le plus jeune groupe (2 à 40 ans) et celui des travailleurs entre deux âges (41 à 59 ans). Chez deux kinésithérapeutes du groupe entre deux âges on a découvert le syndrome bilatéral du tunnel carpien avec supériorité des valeurs inférieures sur la face dominante. Chez deux kinésithérapeutes de ce groupe on a découvert l'affection des fibres sensitifs u. medianus sur la main dominante. Du nombre total de 38 mains examinés on a constaté le syndrome positif du tunnel carpien chez 6 mains (c.à.d. 15,8 p.c.). Vu ces réalités on peut supposer que la surcharge de longue durée et excessive de la main peut chez les kinésithérapeutes conduire vers l'apparition plus fréquente du syndrome du tunnel carpien.

P. R. MASANI
NORBERT WIENER (1894 – 1964)
Basel, Boston, Berlin, Birkhäuser-Verlag 1990
ISBN 3-7643-2246-2

Jednou z najvýznamnejších osobností v oblasti kultúry a vedy v tomto storočí je nepochybne Norbert Wiener. Mnohí ho nazývajú druhým Leibnitzom. Vydavateľstvo Birkhäuser-Verlag v Bazileji vydáva v roku 1990 pozoruhodne napísanú biografriu tohoto významného vedca, ktorý sa síce narodil v Spojených štátoch, jeho korene sú však v Rusku, odkiaľ pochádza jeho starý otec a otec. Otec Norberta Wienera, Leo Wiener navštevoval gymnázium v Minsku, potom odišiel do Ameriky, kde sa stal profesorom na univerzite v Missouri, neskôr na Harvardskej univerzite na Katedre slovanských jazykov; bol jazykovým fenoménom, hovoril asi 40 jazykmi. Okrem iných, medzi jeho priateľov patrila aj Tomáš G. Masaryk, prvý prezident Česko-Slovenska.

Masaniho kniha venuje pozornosť jednotlivým životným úsekom mladého i dospelého Norberta Wienera, zaoberá sa jeho vedeckými úspechmi a diskutuje jeho objavy v najrôznej-

ších vedných oblastiach. Norbert Wiener je známy ako otec kybernetiky, menej známe sú jeho práce v oblasti fyziológie, najmä neurofyziológie. Aj tu spolu s ostatnými získal Norbert Wiener určitú pozíciu a určité vedecké úspechy. Jednotlivé kapitoly tejto životopisne zameranej publikácie profesora matematiky dr. Masaniho, ktorý okrem tejto biografrie vydal súborné dielo Wienera v 4 zväzkoch, doplnené niekoľkými listami priateľom, predstavujú nielen literárny, ale aj odbornovo-vedecký pohľad na zaujímavý, udalosťami naplnený a častokrát prekvapujúci život jednej z najväčších postáv súčasnej vedy. Wienerova kreativita, ako sa uvádza v epilógu, bola charakterizovaná intelektuálnym makepom a charakteristickým modus operandi.

Kniha je veľmi zaujímavá, inšpirujúca a informujúca.

Dr. M. Palát, Bratislava

H. MESCHKOWSKI
VON HUMBOLDT BIS EINSTEIN

Od Humboldta k Einsteinovi
München, Piper Verlag, 1989
ISBN 3-492-03134-X

V dvadsiatych rokoch tohto storočia sa stal Berlín Mekkou modernej fyziky. Tento sen sa skončil po roku 1933 a od tej doby nedošlo k renezancii tejto skutočnosti. Prof. H. Meschkowski je matematik a fyzik a vo svojej poslednej knihe venuje pozornosť historickej skutočnosti, že Berlín bol v tej dobe svetovým centrom exaktných vied, ako už napovedá podtitul jeho publikácie. V celkove 15 kapitolách sa z pohľadu historika, ale aj matematika a fyzika zamýšľa nad jednotlivými érami vývoja prírodných vied, matematiky, fyziky a chémie a charakterizuje tieto etapy, predstavujúce slávnú kapitolu histórie vedeckého rozvoja. Akcentuje niektoré postavy, ktoré nielen charakterizovali, ale aj určovali rozvoj príslušného obdobia – je to Jacobi, Alexander von Humboldt, Emil du Bois-Reymond, Kirchhoff, ide o celú plejádu chemikov ako boli Althoff a Emil Fischer, či veľká postava Max Plancka, ktorý základným spôsobom ovplyvnil

vývoj modernej fyziky svojou kvantovou teóriou, alebo postava Alberta Einsteina s jeho špeciálnou teóriou relativity a jeho všeobecným princípom relativity, sú to konečne osobnosti Max von Laue a Otto Hahn, nositelia Nobelovej ceny. Kniha je ukončená kapitolou o Erwinovi Schrodingerovi, jednom z veľkých vedeov nedávnej minulosti.

Ilustračná príloha dopĺňa text tejto pozoruhodnej publikácie, ktorá iste nájde odozvu u tých, ktorí sa zaoberajú nielen vedou a jej podstatou, ale aj historickým backroundom jednotlivých objavov, ktoré posunovali pokrok dopredu. Berlín bol skutočne v období medzi svetovými vojnami centrom a kolískou modernej vedy, predovšetkým vied exaktných. Meschkowského knižka sa dobre číta, prináša zaujímavé informácie a je dobre a kvalifikovane dokumentovaná.

Doc. R. Štukovský, Bratislava

W. MAXWELL COWAN, E. M. SHOOTER, CH. F. STEVENS,
R. F. THOMPSON

ANNUAL REVIEW OF NEUROSCIENCE

Ročný prehľad vied o nervovom systéme, vol. 12, 1989
Palo Alto, Annual Reviews Inc. 1989
ISBN 0-8243-2412-9

Dvanásty ročník Ročného prehľadu vied o nervovom systéme je uvedený prácou Viktora Hamburgera Cesta – neuroembryológa. Autor venuje pozornosť jednotlivým etapám vývoja modernej embryológie nervového systému od dvadsiatich rokov s prihliadnutím na svoje životné skúsenosti.

Po tejto reminiscencii, ktorá poukazuje na jednu z oblastí vied o nervovom systéme a mala až po našu dobu búrlivý vývoj, sa v ďalších prácach jednotliví autori zaoberajú niektorými otázkami súčasného záujmu. Okrem iných, pozoruhodné sú i práce o krátkodobej synaptickej plasticite (R. S. Zucker), o dlhodobej depresii (M. Ito), o vývoji hormonálnych a neuromodulačných systémov v regulácii uchovania pamäti (J. L. McGaugh), o toxínoch pavúkov a ich aplikácii v neurobiológii (H. Jackson, T. N. Parks), o biochémií mozgo-

vých proteínov pri Alzheimerovej chorobe (D. J. Selkoe) a o extracelulárnych molekulách matrixu ovplyvňujúcich vývoj neurónov (J. S. Sanes). Aj ostatné práce zaradené do tohto zborníka prinášajú pozoruhodné príspevky z oblasti vied o nervovom systéme. Všetky práce sú dobre dokumentované, početné ilustrácie a tabuľky dopĺňajú ich text. Literatúra, ako je to obvykle pri ročných prehľadoch, je zaradená aj tu na koniec práce.

Dvanásty zväzok Ročného prehľadu vied o nervovom systéme sa dôstojným spôsobom zaraďuje do radu predchádzajúcich zväzkov. Je dobrým informačným prameňom v uvedenej oblasti a je aj určitou inšpiráciou pre tých, ktorí sa pracovne zaoberajú touto oblasťou modernej vedy.

Dr. M. Palát, Bratislava

AMBULANTNÁ KÚPELNÁ LIEČBA TEPNOVEJ HYPERTENZIE

M. DRAHOŠOVÁ

*Česko-slovenské štátne kúpele Sliač
Vedúci Kúpeľnej polikliniky MUDr. Vincent Šlota*

Súhrn: Počas trojtýždennej ambulantnej kúpeľnej liečby v Česko-slovenských štátnych kúpeľoch Sliač (Čs. št. k. Sliač) sme sledovali 30 chorých (25 žien 83,33 % a 5 mužov 16,67 %) v II. štádiu tepnovej hypertenzie podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO) s aplikáciou uhličitého kúpeľa a 10 žien pracujúcich v Čsl. št. k. Sliač bez uhličitých procedúr. K vyhodnoteniu sme zvolili index srdcovej práce (ISP), ktorý sa na konci liečby oproti príchodu v skupine s uhličitými procedúrami znížil o $28,93 \pm 5,39$, pri súčasne zníženej medikamentózne liečbe. V skupine bez uhličitého kúpeľa v priebehu trojtýždenného sledovania ISP sa znížil o $17,50 \pm 3,64$ zvýšením medikamentózne liečby.

Kľúčové slová: tepnová hypertenzia – medikamentózna liečba – kúpeľná liečba.

Úvod

Kardiovaskulárne choroby patria vo väčšine krajín k najčastejším ochoreniam. Medzi nimi má popredné zastúpenie tepnová hypertenzia.

V Čsl. št. k. Sliač sme sledovali hodnoty krvného tlaku (TK) v II. štádiu tepnovej hypertenzie podľa SZO²⁵ v poliklinickom ambulantnom systéme, po aplikácii uhličitého kúpeľa u chorých, ktorí dochádzali na trojtýždennú kúpeľnú liečbu zo vzdialenosti 7 až 30 km autobusom alebo vlakom, alebo boli ubytovaní v súkromných bytoch v Sliači. K vyhodnoteniu v ambulantných podmienkach sme zvolili nenáročné, ľahko opakovateľné vyšetrenie, index srdcovej práce (ISP) ako súčin srdcovej frekvencie a systolického krvného tlaku ($SF \times sTK \times 10^{-2}$) na začiatku a na konci liečby v absolútnych číslach, ktorý je i nepriamy ukazovateľ myokardiálnej spotreby kyslíka a koronárneho prietoku.^{5, 8, 9} Cieľom bolo zistiť či organizmus po trojtýždennej ambulantnej liečbe s podávaním uhličitého kúpeľa vo forme bazénu reaguje po adaptácii na kúpeľ menšou srdcovou prácou.

Súbor chorých a metodika

Súbor 40 chorých sme zadelili do skupiny s uhličitým kúpeľom a bez uhličitého kúpeľa. 30 chorých (25 žien 83,33 %, 5 mužov 16,67 %) absolvovalo denne 30-minútový uhličitý (CO_2) kúpeľ v bazéne, s vekovým priemerom žien 48 a mužov 57 rokov. Skupina bez CO_2 kúpeľa bola zastúpená 10 ženami pracujúcimi v Čsl. št. k. Sliač s priemerným vekom 51 rokov. V oboch skupinách boli chorí v I. a II. štádiu funkčnej klasifikácie podľa NYHA (New York Heart Association). Krvný tlak sme merali na pravej hornej končatine po príchode do ambulancie i počas liečby v do-

M. DRAHOŠOVÁ/ AMBULANTNÁ KÚPELNÁ LIEČBA TEPNOVEJ HYPERTENZIE

poludňajších hodinách nepriamo posluchovou metódou, manžetovým tonometrom, štandardným postupom.^{25, 27} Hodnoty systolického TK sme určovali v 1. fáze merania, t.j. objavení sa Korotkovovho zvuku a diastolického TK v 5. fáze, t.j. vymiznutím jeho zvuku, 3-krát po sebe so zápisom priemernej hodnoty. SZO normálne hodnoty TK definovala: systolický TK 18,7 kPa (140 mmHg) a menej, diastolický TK 12,00 kPa (90 mmHg) a menej. Tepnovú hypertenziu ako systolický TK 21,3 kPa (160 mmHg) a viac, diastolický TK 12,7 kPa (95 mmHg) a viac. Hraničnú ako systolický TK 18,8 – 21,2 kPa (141 – 159 mmHg), diastolický TK 12,1 – 12,5 kPa (91 – 94 mmHg).

Anamnéza

Trvanie tepnovej hypertenzie v oboch skupinách bolo 1 až 25 rokov; najvyšší TK 30/18 kPa (225/120 mmHg). Domáca liečba sa u všetkých vykonávala ambulantnou formou. U vyšetrovaných sa nevyskytli poruchy vyplývajúce zo zmeneného obehového alebo centrálného nervového systému.

Z rizikových faktorov v oboch skupinách (súbor 40) vysoký TK u rodičov uviedlo 20 chorých (50 %), diabetes mellitus II. typu liečený perorálnymi antidiabetikami malo 5 žien (12,5 %).

Tabuľka 1 Antihypertenzná medikamentózna trojtýždenná liečba

Názov lieku	S CO ₂ kúpeľom			Bez CO ₂ kúpeľa		
	počet chorých (n-30)	začiatok	koniec	počet chorých (n-10)	začiatok	koniec
		liečby			liečby	
		tabletky denne	tabletky denne		tabletky denne	tabletky denne
Trimepranol	6	3x1	3x1/2		-	-
Dopegyt	4	2x1	1x1	2	1x1	2x1
Moduretic	3	1x1	-		-	-
Trimepranol + Moduretic	8	2x1	2x1	3	2x1	2x1
		1x1	-		-	1x1
Dopegyt + Moduretic	4	2x1	1x1	3	1x1	2x1
		1x1	-		-	1x1
Cordafen +	2	1x1	1x1	1	1x1	2x1
		1x1	-		1x1	2x1
Trimepranol + Dihydralazin	3	2x1	2x1	3	2x1	2x1
		2x1	2x1/2		2x1/2	2x1
Moduretic		1x1	-		-	1x1

Trimepranol Spofa, tabl. 10 mg

Dopegyt Egypt, tabl. 250 mg

Moduretic Spofa, tabl. (5 mg amiloridu + 50 mg hydrochlorothiazidu)

Cordafen Polfa, tabl. 10 mg

Dihydralazin Spofa, tabl. 25 mg

Hmotnosť podľa Brockovho indexu viac ako 10 % bola prítomná u 47,5 % chorých. Hodnoty celkového cholesterolu podľa Návrhu na kúpeľnú starostlivosť a podľa zdravotného záznamu viac ako 5,5 mmol/l malo 45. Nefajčil nikto, alkohol bol konzumovaný príležitostne. Všetci boli primerane fyzicky aktívni, antikoncepcnú liečbu neuviedla žiadna žena. Menopausu malo 14 žien (35 %).

V **objektívnom náleze** pri príchode okrem akcentovanej II. ozvy nad áreou aorty nikto nemal známky srdcovej slabosti funkčnej skupiny III., IV. (NYHA).

Liečba

1. Uhlíčitý bazénový izotermický kúpeľ s teplotou vody 33 – 34 °C bol aplikovaný 6-krát týždenne 30 minút, celkove 18-krát v dopoludňajších hodinách s 30-minútovým suchým zábalom po kúpeľi.
2. Antihypertenzná – medikamentózna liečba (tab. 1).
Chorí už doma mali antihypertenznú liečbu, v nej sa ďalej pokračovalo. Dávky liekov počas aplikácie balneoterapie sa upravovali v zmysle zníženia podľa poklesu TK. V skupine bez balneoterapie sa naopak v priebehu 3 týždňov dávky postupne zvyšovali, aby sa dosiahli optimálne hodnoty TK. Výmena lieku sa neuskutočnila, nakoľko zdravotný stav nevyžadoval.
3. Príjem soli v potrave u väčšiny bol taký ako mimo kúpeľnej liečby. 70 % chorých sa stravovalo doma, 30 % v Čsl. št. k. Sľach diétami podľa celoštátneho diétného systému.
4. Fyzikálnu liečbu a masáže sme poskytovali pri pridružených ochoreniach pohybového systému 2-krát týždenne, plynové injekcie denne pri svalových spazmoch alebo varikózných žilách na dolných končatinách.
5. Liečebnú telesnú výchovu sledované skupiny neabsolvovali kvôli dochádzke na kúpeľnú liečbu.

Výsledky

Všetci chorí v oboch skupinách mali známky hypertrofie ľavej komory (LK) hodnotené podľa bežne používaných EKG kritérií.²⁵ Pri odchode oproti príchodu neboli zaznamenané nové patologické zmeny na EKG krivke.

Tabuľka 2 Priemerné hemodynamické ukazovatele so smerodajnou odchýlkou v skupine s CO₂ kúpeľom (n=30) na začiatku a na konci trojtýždennej liečby

	sTK	S	dTK	S	SF	S	ISP	S
začiatok liečby	163,33	19,67	101,17	6,25	81,00	6,19	132,01	18,64
koniec liečby	141,17	14,72	88,50	4,94	73,67	5,71	103,77	13,92
Δ	-22,17	11,20	-12,67	5,37	-8,20	6,04	-28,93	5,38

- sTK – systolický TK v mmHg
- dTK – diastolický TK v mmHg
- SF – srdcová frekvencia za minútu
- ISP – index srdcovej práce (SF x sTK x 10⁻²)
- S – smerodajná odchýlka
- Δ – rozdiel hodnôt (začiatok a koniec liečby so smerodajnou odchýlkou)

M. DRAHOŠOVÁ/ AMBULANTNÁ KÚPELNÁ LIEČBA TEPNOVEJ HYPERTENZIE

V skupine s CO₂ kúpeľom (n=30) bola priemerná hodnota sedimentácie erytrocytov (SE) pri príchode 16/28, pri odchode 14/28, moč bol chemicky negatívny u všetkých. Podobné hodnoty SE sa našli v skupine bez CO₂ procedúr (n=10) na začiatku liečby 15/30, na konci liečby 14/26, moč bol negatívny u všetkých žien.

Po trojtýždennej uhličitej kúre sme zistili pokles cholesterolu z 5,8 milimólov/liter na 5,4 a VLDL + LDLch/very low density lipoproteins + lowdensity lipoproteins cholesterol/ z 3,4 milimólov /liter na 3,1. Podobný pokles po absolvovaní CO₂ kúpeľov je popisovaný aj inými autormi.^{3, 6, 16}

V skupine bez balneoterapie pri antihypertenznej liečbe v trojtýždennom sledovaní nenastali výraznejšie zmeny v biochemických parametroch ako je glukóza v sére, kreatinín, kyselina močová, celkový cholesterol, VLDL + LDLch.

Priemerné hemodynamické ukazovatele so smerodajnou odchýlkou v skupine s CO₂ kúpeľom (n=30) na začiatku a na konci trojtýždennej liečby (tab. 2). Priemerné hemodynamické ukazovatele so smerodajnou odchýlkou v skupine bez CO₂ kúpeľov (n=10) na začiatku a na konci trojtýždennej liečby (tab. 3).

Tabuľka 3 Priemerné hemodynamické ukazovatele so smerodajnou odchýlkou v skupine bez CO₂ kúpeľa (n=10) na začiatku a na konci trojtýždennej liečby

	sTK	S	dTK	S	SF	S	ISP	S
začiatok liečby	182,00	12,52	103,50	7,09	78,20	5,92	141,23	18,24
koniec liečby	164,00	10,59	94,00	4,59	75,33	5,17	123,54	8,85
Δ	-17,00	9,49	-9,50	5,99	-3,90	2,09	-17,70	3,64

Pokles srdcovej frekvencie na konci liečby je adaptáciou organizmu na kúpeľ a prejavom nižšej srdcovej práce, čo predstavuje jedno z kritérií ekonomie srdcovej práce.¹² Priemerné hodnoty ISP pri príchode v skupine s CO₂ kúrami (n=30) boli 132,01 ± 18,64, pri odchode 103,77 ± 13,92. Pri odchode srdcová práca vyjadrená súčinom SF x sTK x 10⁻² (ISP) je nižšia o 28,93 ± 5,38 pri zníženej medikamentóznej liečbe. V skupine bez CO₂ kúpeľa srdcová práca u všetkých žien za 3 týždne bola nižšia o 17,50 ± 3,64 zvýšením medikamentóznej liečby.

Diskusia

Kúpeľná liečba je indikovaná ak je krvný obeh kompenzovaný, nie sú prítomné známky trombotického alebo zápalového procesu, časté anginózne bolesti, arytmie, menlivá EKG krivka. V uhličitom kúpeli dochádza k vzostupu diurézy, kaliurézy i natriurézy.^{15,22} Sympatolytickým pôsobením CO₂ kúpeľa pri indierentnej teplote vody 33–34 °C sa spomaľuje srdcová frekvencia, vzniká vazodilatácia a hyperémia bez tepelného podnetu. Rozšírením cievného riečiska klesá periférna cievná rezistencia a s ňou i TK.^{13, 15, 19, 22} Je individuálne, ako dlho po kúpeľnej liečbe trvá pokles TK.

Sú chorí, ktorí po balneoprocédúrach majú normálne hodnoty TK 3–4 mesiace bez medikamentózneho liečby. Potom je skupina chorých, ktorí sa po návrate do domáceho, pôvodného prostredia hneď po skončení CO₂ procedúr bez medikamentózneho liečby nezaobídu. Ďalšia skupina má vzostup TK pred odchodom z kúpeľného liečenia. Stav sa pripisuje orientácii na pracovné a rodinné povinnosti. Pokles TK a frekvencie srdca po CO₂ kúre i zlepšenie subjektívnych ťažkostí nie je tak dlhodobý a výrazný, aby nastalo aj objektívne zlepšenie.

Pri tepnovej hypertenzii je zvýšené riziko cerebrovaskulárnych ochorení, srdcového a obličkového zlyhania, ischemickej choroby srdca (ICHS) i oklúzie periférnych tepien.¹¹ S diabetom mellitus sa kombinuje v závislosti od veku až v 50 %.^{7,23} Pre vznik kardiovaskulárnych komplikácií je hodnota systolického TK taká významná ako aj hodnota diastolického TK.¹¹ Diastolický TK 14,00 kPa (105 mmHg) a viac má 4-krát vyššie riziko vzniku ICHS ako diastolický TK 11,33 kPa (85 mmHg). Pri systolickom TK 24,00 kPa (180 mmHg) je vznik ICHS 3-krát vyšší než pri systolickom TK 16,00 kPa (120 mmHg).²⁵ S každým zvýšením systolického TK o 1,33 kPa (10 mmHg) sa riziko vzniku náhle mozgovej cievnej príhody zvyšuje o 30 %.⁴ Hypertonicí, ktorí majú na EKG krivke voltážové kritériá hypertrofie a známky preťaženia LK podľa údajov framinghamskej štúdie, majú vyššiu mortalitu ako chorí po akútnom infarkte srdcového svalu.¹⁰

K systematickej celoživotnej liečbe hypertenzie patrí okrem pravidelnej kontroly TK úprava životosprávy, rozdelenie režimu dňa na pracovnú a odpočinkovú fázu s dostatočným spánkom. Priaznivý efekt redukcie telesnej hmotnosti, duševnej relaxácie i dosiahnutie určitého stupňa telesnej zdatnosti je spolu s prvým a stálym liečebným opatrením, nesolenou nízkoenergetickou diétou nepopierateľný.^{1, 2, 14, 17, 18, 20, 24, 26, 27, 28}

Záver

Uhlčitá balneoterapia zaujíma dôležité miesto v liečebnom pláne tepnovej hypertenzie, najmä II. štádia podľa SZO. V III. štádiu u tých, ktorí sú plne kardiálne kompenzovaní, kde CO₂ procedúry umožňujú udržať zdravotný stav v primeranej funkčnej pohyblivosti. V I. štádiu u tých, ktorí majú viaceré rizikové faktory nepriaznivé pre prognózu, ako pozitívna rodinná anamnéza v zmysle úmrtia do 60 rokov na akútne kardiovaskulárne príhody, diabetici, ľudia s vysokým obsahom tukov v krvi i obezni.^{15, 21, 25} Nemôžeme očakávať, že balneoterapia nahradí medikamentózne liečbu. Cieľom kúpeľnej liečby je zlepšiť celkový zdravotný stav, výkonnosť kardiopulmonálneho systému a tým i pracovnú výkonnosť. Takto sa kúpele s kardiovaskulárnou indikáciou zapájajú do plnenia kardiovaskulárneho programu a stávajú sa i liečebným strediskom umožňujúcim opätovné spoločenské uplatnenie chorého.

LITERATÚRA

1. BENEŠ, K.: Využití pohybové terapie při léčení nemocných s hypertenzní nemocí II. stadia. 1. část. *Balneol. L.*, 2, 1974, č. 5, s. 65 – 68.
2. BENEŠ, K.: Využití pohybové terapie při léčení nemocných s hypertenzní nemocí II. stadia. 2. část. *Balneol. L.*, 2, 1974, č. 7, s. 106 – 108.
3. CAGÁŇOVÁ, A., CAGÁŇ, S.: Vplyv doliečenia v kúpeľoch na lipidy krvného séra pacientov po koronárnej príhode. *Fysiat. Reumatol. Věstn.*, 49, 1971, č. 5, s. 210 – 215.

M. DRAHOŠOVÁ/ AMBULANTNÁ KÚPELNÁ LIEČBA TEPNOVEJ HYPERTENZIE

4. DANIVELICIUS, Z.: Brain infarction and blood pressure. Amer. J. Med. Ass., 236, 1976, č. 13, s. 1501.
5. FEJFAR, Z., GVOZDJÁK, J., HURYCH, J., KVASNIČKA, J., KOLESÁR, J.: VII. Světový kardiologický kongres Tokio, září 1978, Kardio '79, V/1, s. 9 – 29.
6. CHRÁSTEK, J., SADÍLEK, L., KRÍŽEK, V.: Nefarmakologická léčba arteriální hypertenze žen v lázeňských podmínkách. Refer. Výber kardiol., 26, 1986, č. 1, s. 42 – 43.
7. HOLTZ, K., DŮCK, D., HEINRICH, J., KNAPPE, J.: K voprosu patogeneza essencialnoj gipertenzii: mnogomernyj analiz sočetannych faktorov. Cor et vasa, 27, 1985, č. 2 – 3, s. 179 – 185.
8. JANOTA, M.: Pracovní elektrokardiografický test ve vnitřním lékařství. Vnitř. Lék., 27, 1981, č. 8, s. 750 – 757.
9. JORDAN, H., WAGNER, H.: Denní změny srdeční frekvence za lázeňské léčby v závislosti na věku. Fysiat. Reumatol. Věstn., 63, 1985, s. 41 – 45.
10. KANNEL, W. B.: Prevalence and natural history of electrocardiographic left ventricular hypertrophy. Amer. J. Med. Ass., 75, (Suppl.), 3A, s. 4 – 11.
11. KANNEL, W. B., DAWBRER, T. R., MCGEE, D. L.: Perspectives on systolic hypertension. The Framingham study. Circulation, 61, 1980, č. 6, s. 1179 – 1182.
12. KOCINGER, A.: Niektoré klinické aspekty rehabilitácie pacientov s ischemickou chorobou srdca a esenciálnou hypertenziou pri pravidelnom zaťažovaní terénnymi kúrami. Rehabilitácia, 3, (Suppl.), 1970, s. 27.
13. KOLESÁR, J., ĐURIANOVÁ, J., HUPKA, J., PAVLÍK, I.: Fyziatria. Martin, Osveta, 1975, s. 235.
14. KOLLÁR, J.: Telesná nadhmotnosť a esenciálna hypertenzia. Lek. Obz., 33, 1984, č. 10, s. 615 – 626.
15. Konference České a Slovenské kardiologické společnosti 20 – 21. IV. 1978.: Hypertenze. Kardio '78, IV/2, s. 15 – 60.
16. MIČUDA, J., BALÁŽ, V.: Objektivizácia uhličitej kúpeľnej kúry a jednotlivého kúpeľa na niektoré funkcie myokardu a látkovú premenu. Fysiat. Reumatol. Věstn., 62, 1984, č. 1, s. 38 – 43.
17. ONDREJIČKA, M., TAKÁČ, M.: Panelová diskusia o systémovej hypertenzii na Celoštátnych kardiologických dňoch v Košiciach 10. a 11. októbra 1974. Kardio '75, I/1, s. 7 – 15.
18. PALÁT, M.: Základy kardiológie pre rehabilitačných pracovníkov. Martin, Osveta, 1980, s. 306.
19. REINHOLD, D. U.: Účínok komplexnej kúpeľnej liečby na myokardiálnu spotrebu kyslíka u pacientov s koronárnou chorobou. Rehabilitácia 4, 1971, č. 1, s. 33 – 42.
20. SELDON, W. A.: Rehabilitation of patients with hypertension. Acta Cardiol., (Suppl.), (Brux.), 14, 1970, s. 69 – 74.
21. Smernice o poskytovaní kúpeľnej starostlivosti v zariadeniach štátnej zdravotníckej správy.: Vestník MZ SSR, 31, 1985, čiastka 9 – 12, s. 80 – 81.
22. ŠTREC, V., BRDOVÁ, L., PETROVIČOVÁ, J.: Účelná farmakoterapia diuretikami v kúpeľných podmienkach. Fysiat. Reumatol. Věstn., 61, 1983, č. 2, s. 79 – 86.
23. ULRICH, J., FIŠEROVÁ, J., ALFERI, D.: Diabetes mellitus a tepenná hypertenze. Vnitř. Lék., 29, 1983, č. 5, s. 446 – 451.
24. VOZ.: Vostanoviteľnaja terapija serdečnosudistych boľnych. Otčet o Seminare sozvanym Evropejskim regionalnym bjuro. Vsemirnoj Organizacii zdravoochranenija. Nordvejk an Zee 2. – 7. X. 1967.
25. WIDIMSKÝ, J., HORÁK, J.: Diagnostika a léčba hypertenze. Farmakoterap. Zpr. Spofa, (Suppl.), 1, 1982, s. 182.
26. WIDIMSKÝ, J., LEFFLEROVÁ, K.: Nefarmakologická léčba hypertenze. Vnitř. Lék., 33, 1987, č. 8, s. 705 – 712.
27. WIDIMSKÝ, J.: Hypertenze. Praha, Avicenum, 1987, s. 294.
28. ZICHA, J., PÁLKA, O., DOBEŠ, P.: Rizika tepenné hypertenze. Vnitř. Lék., 33, 1987, č. 1, s. 27 – 32.

M. DRAHOŠOVÁ/ AMBULANTNÁ KÚPELNÁ LIEČBA TEPNOVEJ HYPERTENZIE

Adresa: MUDr. M. D., VOSR 840/6 962 32 Sliac

M. Drahošová

AMBULATORNÉ KURORTNÉ LIEČENIE ARTERIALEJ HYPERTENZIE

Резюме

Na protažení třechneдельного ambulatorního kurortního léčenia v čechoslovačkom štátnom štátnej kúpeľi Sliac sme študovali 30 chorých (25 žien – 83,33 % a 5 mužov – 16,67 %) so druhou štádiou arteriálnej hypertenzie podľa VOZ, s aplikáciou uhľokislych kúpeľí a 10 žien pracujúcich v Čsl. štátnom štátnej kúpeľi Sliac bez uhľokislych procedúr. Pre hodnotenie sme vybrali index práce srdca, ktorý v konci liečenia klesol v porovnaní s počiatočnými hodnotami v skupine s aplikáciou uhľokislych procedúr na $28,93 \pm 5,39$ pri súčasnom znížení medikamentózneho štátnej kúpeľi Sliac. V skupine, ktorá nebrala uhľokislye kúpeľi na protažení třechneдельного štátnej kúpeľi Sliac index práce srdca klesol na $17,50 \pm 3,64$ pri zvýšení medikamentózneho štátnej kúpeľi Sliac.

M. Drahošová

AMBULANT BALNEOTHERAPY IN ARTERIAL HYPERTENSION

Summary

During three weeks of ambulant balneotherapy in the Czechoslovak Spa Sliac 30 patients (25 women 83,33 % and 5 men 16,67 %) with arterial hypertension stage II according to WHO were examined and treated with carbon dioxide baths. The control group consisted of 10 women, not taking any baths, working at the Czechoslovak State Spa Sliac. For evaluation the index of heart work was chosen which showed at the end of the spa treatment, compared with the values at arrival in the spa, in women treated with carbon dioxide procedures, a decrease of $28,93 \pm 5,39$ with a simultaneous reduction of pharmacotherapy. In the group without treatment, the index of heart work decreased in the course of three weeks by $17,50 \pm 3,64$ with a simultaneous increase of pharmacotherapy.

M. Drahošová

AMBULANTE BADEKURBEHANDLUNG ARTERIELLER HYPERTENSION

Zusammenfassung

Während einer dreiwöchigen ambulanten Badekurbehandlung im tschechoslowakischen staatlichen Badekurort Sliac wurden 30 Patienten (25 Frauen, 83,33 %, und 5 Männer, 16,67 %) im II. Stadium arterieller Hypertension gemäß Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter Anwendung von Kohlendioxidbädern und 10 im genannten Badekurort Sliac beschäftigte Frauen ohne Kohlendioxidprozeduren beobachtet. Als Parameter für die Wertung der Ergebnisse wurde der Herzleistungsindex herangezogen. Zum Ende der Behandlung hatte sich der Blutdruck im Vergleich zum Anreisetag in der Gruppe mit Kohlendioxidprozeduren um $28,93 \pm 5,39$ bei gleichzeitig eingeschränkter medikamentöser Behandlung verringert. In der Gruppe ohne Kohlendioxidbäder verringerte sich der Blutdruck im Laufe der dreiwöchigen Beobachtungszeit des Herzleistungsindex um $17,50 \pm 3,64$ bei gesteigerter medikamentöser Behandlung.

M. Drahošová
THÉRAPIE BALNÉAIRE AMBULATOIRE DE L'HYPERTENSION
ARTÉRIELLE

Résumé

Au cours des trois semaines de traitement balnéaire ambulatoire dans la Station balnéaire nationale tchécoslovaque de Sliač, on a suivi 30 malades (25 femmes c.à.d. 83,33 p.c. et 5 hommes c.à.d. 16,67 p.c.) dans le deuxième stade d'hypertension artérielle d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS) avec application de bains carboniques et 10 femmes employées à la Station balnéaire nationale tchécoslovaque de Sliač sans les procédures carboniques. Pour l'évaluation, on a choisi l'indice de travail cardiaque qui à la fin du traitement par rapport à l'arrivée (entrée) du groupe avec les procédures carboniques, s'est abaissé de $28,93 \pm 5,39$ par le traitement médicamenteux actuel réduit. Dans le groupe sans thérapie balnéaire carbonique pendant le contrôle, le travail cardiaque de trois semaines s'est abaissé de $17,50 \pm 3,64$ avec augmentation du traitement médicamenteux.

E. ROLAND, E. MUNTHE
BULLYING, AN INTERNATIONAL PERSPECTIVE
Násilnictví. Mezinárodní pohled
David Fulton Publishers, London, 1989
ISBN 185346 115 6

Problematika týrání, násilnictví, vydírání, šikanování či „mazáctví“ na školách všech stupňů i typů se dostala v poslední době do centra pozornosti nejširší veřejnosti, a to nejen prostřednictvím literárního či filmového ztvárnění (vzpomeňme např. *Džungle před tabulí*), ale též zásluhou řady veřejných soudních přelíčení s mladistvými, kteří terorizovali své spolužáky nebo ohrožovali učitele. Proto se ve světě o těchto otázkách bohatě diskutuje. Jedná se bezesporu o závažný problém, jehož řešení předpokládá koordinovaný přístup odborníků z mnoha oborů. Přitom nelze podcenit význam pozitivního pedagogického vzoru a specifický podíl národní mentality. Je přece všeobecně známé, že jižní národy jsou ve srovnání se severními temperamentnější, impulzivnější.

Norští autoři z pedagogické školy ve Stavangeru uspořádali příspěvky, které informují o problematice násilí, týrání a šikanování na školách v různých evropských zemích. Konkrétně je čtenář seznámen se situací na britských ostrovech, apeninském a iberijském

poloostrově, ve skandinávských zemích a v Holandsku. Tento poměrně vyčerpávající mezinárodní přehled je vhodně doplněn některými sděleními orientovanými prakticky. Z nich jistě zaujmou např. kapitoly o formách řešení třídních konfliktů nenásilnou cestou nebo jakýsi manuál strategií omezujících různé prostředky týrání a šikanování. Nechybí ani nástin preventivních pedagogických opatření. Specifickou sférou jsou metody skupinových nátlaků a davového působení.

Knížka je dobře a pečlivě uspořádána, zahrnuje teoretický vzhled i konkrétní praktické poznatky (např. příspěvek srovnávající násilnictví ve dvou anglických středních školách). Je určena širokému čtenářskému okruhu od pedagogů přes psychology, dětské lékaře, sociální pracovníky až po rodiče a studenty učitelského zaměření. Škoda jen, že otázky násilí a šikanování byly u nás dosud i přes svou prokazatelnou existenci nesmyslně tabuizovány, sociální a osobnostní kořeny těchto nežádoucích jevů mají nepochybně internacionální povahu.

Dr. J. Kábele, Praha

P. G. SCHEURLLEN

DIFFERENTIALDIAGNOSE IN DER INNEREN MEDIZIN

Diferenciálna diagnóza vo vnútornom lekárstve

Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Springer Verlag, 1989
ISBN 3-540-19050-3

Pozoruhodnú monografiu o diferenciálnej diagnostike vo vnútornom lekárstve vydal v roku 1989 prof. P. G. Scheurlen z Kliniky vnútorných chorôb hamburgskej univerzity. Ide o pozoruhodne spracované dielo, ktoré venuje základnú pozornosť symptomatológii a nálezov pri interných ochoreniach. Na vypracovaní jednotlivých častí sa zúčastnilo celkom 41 popredných západonemeckých odborníkov. Kniha má celkove 58 kapitol, predhovor, zoznam autorov a vecný register. Literatúra k jednotlivým problémom je uvedená vždy na záver jednotlivých kapitol. Početné tabuľky a niektoré vyobrazenia dopĺňujú text.

Monografia má zvláštnu štruktúru – je rozdelená podľa jednotlivých symptómov – čo slúži aj určitým cieľom: získaniu rýchlej, obsiahlej a konkrétnej informácie o danom probléme, predovšetkým z aspektu diferenciálnej diagnostiky. Autori jednotlivých príspevkov sa nevyhýbajú ani klinickému hodnoteniu jednotlivých chorobných stavov. Je to logické, pretože diferenciálna diagnostika síce využíva poznatky predovšetkým zo symptomatológie, ale základný prístup musí ostať klinický – analýza príznakových komplexov sa nevyhnutne musí viazať na nozologické jednotky.

P. M. AUGNER

WOLFGANG ROSENTHAL

Liepzig, BSB B. G. Teubner Verlagsgesellschaft, 1989
ISBN 3-322-00692-1

Ako 93. zväzok edičného radu Biografie vynikajúcich prírodovedcov, technikov a lekárov vyšla v roku 1989 drobná biografia o dr. W. Rosenthalovi, čestnom doktorovi lipskej Karl-Marxovej univerzity, jednom z vynikajúcich európskych plastických chirurgov, ktorý sa prevažne venoval rekonštrukčnej chirurgii obličaja. Menej známe je, že tento vynikajúci chirurg bol rovnako vynikajúcim spevákom, predovšetkým koncertným.

Autorom publikácie je Peter M. Augner, kniha vychádza v 1. vydaní, má niektoré ilustrácie, ktoré dokumentujú text jednotlivých kapitol. Autor sa zaoberá životnou dráhou dr. Rosenthala, ktorý v období druhej svetovej vojny musel prerušiť svoju profesionálnu čin-

Scheurlenova monografia je dobre napísaná. Stane sa bezosporu základným dielom v oblasti vnútorného lekárstva nielen pre internistov, teda lekárov zameraných na oblasť interných chorôb, ale som presvedčený, že aj ostatní lekári predovšetkým všeobecného zamerania tu nájdu dostatok účelných informácií.

Dôležitým dokumentačným materiálom je tabuľková časť – tabuľky predstavujú organickú súčasť textu jednotlivých kapitol. Aj keď celkom ojedinele nachádzame citácie literatúry z roku 1988, viac literárnych prameňov je z roku 1987. Text jednotlivých kapitol je uvedený na súčasný stav poznatkov určitej oblasti, a to robí túto monografiu cennou predovšetkým preto, že aj v oblasti diferenciálnej diagnostiky vnútorných chorôb sa využívajú najnovšie poznatky súčasnej medicínskej vedy. Každá publikácia tohto druhu si iste vyžaduje komplexný pohľad. Som toho názoru, že toto sa prof. Scheurlenovi podarilo. Vytvoril v kolektíve veľkého počtu autorov jednotný prístup pri rôznom pohľade na danú problematiku.

Dr. M. Palát, Bratislava

nosť, a ktorý sa k nej opäť vrátil v roku 1945 po ukončení vojnových udalostí. Stal sa súčasne popredným plastickým chirurgom v Nemeckej demokratickej republike, zaslúžilým lekárom a nositeľom Národnej ceny NDR. Autor rozoberá životnú cestu dr. Rosenthala ako lekára – chirurga a ako speváka, obidve dráhy znamenajú vždy určitý vrchol. Životným cieľom dr. Rosenthala bolo založenie vlastnej kliniky, tento cieľ sa mu splnil v Thallwitze. Dr. Rosenthal zomrel v roku 1971 a vstúpil nielen do histórie vývoja modernej medicíny v NDR, ale súčasne do histórie lekárstva vôbec.

Doc. R. Štukovský, Bratislava

KOL. AUTOROV
DER MUSKEL

Sval

Uelzen, Medizinisch literarische Verlagsgesellschaft mbH, 1989
ISBN 3-881136-133-2

Ide o drobnú publikáciu, ktorá sa zaoberá problematikou svalového systému z najrôznejších aspektov. Pozornosť venuje morfológii a fyziológii, ďalej diagnostike a terapii svalových poranení, otázkam tréningu, epidemiológii športových úrazov svalového systému a inej zaujímavej problematike súčasnej myológie. Knihu zostavil prof. Puhl z ortopedickej kliniky v Ulme a jednotlivé práce zaradené do tohto zväzku sú v podstate prednášky, ktoré odzneli v rámci programu 36. výročného zasadnutia Ortopedicko-traumatologickej spoločnosti telovýchovného lekárstva (GOTS) v Baden-Badene.

Jednotlivé príspevky zaradené do tohto zborníka poskytujú veľmi cenné informácie, najmä z oblasti traumatológie v športovom lekárstve, sú dobre dokumentované, početné

ilustrácie a obrázky dopĺňajú text, každá práca je ukončená prehľadom literatúry.

Vecný register a zoznam autorov jednotlivých príspevkov ukončujú túto rozsahom nie príliš veľkú, obsahove však nielen zaujímavú, ale aj závažnú publikáciu, ktorá poukazuje na význam muskulatúry ako orgánu, ktorému sa doteraz nevenovala a ani nevenuje príslušná pozornosť (ako píše v úvode zostavovateľ tejto knižičky prof. Puhl).

Kniha je dobrá, je informujúca a je potrebná nielen pre ortopédov a traumatológov, ale predovšetkým pre športových lekárov, ktorí sa stretávajú prakticky denne s poruchami svalového systému. Niektoré rehabilitačné príspevky akcentujú význam tohto odboru a jeho metód.

Dr. M. Malý, Kováčová

J. LEDERBERG

THE EXCITEMENT AND FASCINATION OF SCIENCE

Vzrušenie a fascinácia vedou Vol. 3., Part 1, 2

Palo Alto California, Annual Reviews Inc., 1990

ISBN 0-8243-2601-6

V pozoruhodnej úprave vychádza vo vydavateľstve Annual Reviews Inc. v Palo Alto dvojzväzkový komplet, zostavený prof. J. Lederbergom z Rockefellerovej univerzity, ktorý prináša závažné úvahy popredných svetových vedeckých kapacít z rôznych vedných odborov. Predhovor napísal William Kaufmann, šéfredaktor Annual Reviews Inc., úvod Joshua Lederberg, prezident Rockefellerovej univerzity. Celé dielo má dva zväzky, v jednotlivých zväzkoch sú uvedené príspevky zoradené podľa jednotlivých odborov. Tieto príspevky boli publikované už v minulosti, predstavovali vždy úvodnú prácu k jednotlivým ročníkom rôznych ročných prehľadov. V prvom zväzku sú práce z oblasti antropológie, astronómie, biochémie, planetárnych vied, mechaniky tekutín, genetiky, imunológie a mikrobiológie. Druhý zväzok obsahuje práce z oblasti vied o nervovom systéme, nukleárnej fyziky, výživy, farmakológie a toxikológie, fyzikálnej chémie, fyziológie, fytopatológie, rastlinnej fyziológie a sociológie. Menný a vecný register spo-

lu s appendixom ukončujú druhý zväzok tohto jedinečného komplexu, približujúceho čitateľovi fascináciu a vzrušenie, ktoré sa vyskytuje v živote tých, ktorí pomocou vedeckých metód z najrôznejších oblastí poznávajú nové a približujú sa vo svojich reminiscenciách k tomu, akou cestou, častokrát plnou prekážok alebo plnou prekvapení, išli.

Pozoruhodný je Lederbergov úvod, v ktorom uvažuje o biografii vedy. Tento príspevok je inšpirujúci a veľmi koncíznym spôsobom poukazuje na obsah vedy, filozofiu, sociológiu vedy, hovorí o psychológii vedca. Svoju úvahu zakončil úlohou vedného historika, ktorému pravdepodobne poslúžia práce o vzrušení a fascinácii uvedené v oboch zväzkoch k precíznemu historickému hodnoteniu vývoja a úlohy vedy v jednotlivých vedeckých disciplínach.

Dielo je vynikajúcim príspevkom pre každého, kto sa zaoberá niektorými otázkami modernej vedy a jej jednotlivými disciplínami.

Dr. M. Palát, Bratislava

INFARKT MYOKARDU V PERCEPCII ZDRAVOTNÍČOK A ICH FIKTÍVNYCH PACIENTOV

M. PALÁT, M. ŠTUKOVSKÁ, R. ŠTUKOVSKÝ

Rehabilitačná klinika NsP akad. L. Déreza, Bratislava

Prednosta: doc. MUDr. et RNDr. M. Palát, CSc.

Ústav experimentálnej psychológie SAV, Bratislava

Riaditeľ: člen korešpondent SAV a ČSAV D. Kováč

Katedra psychologických vied FF UK, Bratislava

Vedúci: doc. PhDr. T. Kollárik, DrSc.

Súhrn: Autori analyzujú postoje 42 rehabilitačných pracovníčok k pojmu INFARKT MYOKARDU (IM), kvantifikované pomocou špeciálneho sémantického diferenciálu. Respondentky najprv vyjadrili svoje vlastné úsudky, a potom dostali inštrukciu odpovedať tak, ako by podľa nich odpovedal typický postinfarktový pacient. Zistilo sa, že postoje v afektívne podfarbených subjektívnych oblastiach sa prakticky nelíšia v situácii „ja sama“ a „ja v role pacienta“, ale že v oblasti objektívnych opisných vlastností sú fiktívni pacienti pesimistickejší, resp. skeptickejší. Rehabilitačné pracovníčky prisudzujú fiktívnym pacientom vnímanie IM signifikantne negatívnejšie než ho vnímajú ony same, javí sa im ako viac neznámy, neliečiteľný, nepredvídateľný, záhadný a komplikovaný. Toto relatívne podceňovanie vzťahu pacientov k zdravotníctvu naznačuje určitú potrebu zlepšiť vzájomné kognitívne poznanie prostredia v záujme efektívnejšej komunikácie.

Kľúčové slová: infarkt myokardu – postoje zdravotníčok – postoje pacientov – rola pacienta – kognitívne pole.

Úvod

Problematika komunikačných bariér a optimalizácie informačného procesu medzi chorým, lekárom a ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi sa v súčasnej medicíne čoraz častejšie dostáva do záujmovej oblasti klinických, ako aj teoreticko-výskumných pracovníkov. Neoptimálny kontakt s pacientom môže už na rovine verbálnej nepriaznivo ovplyvniť všetky terapeutické a rehabilitačné procesy. V opačnom prípade by sa mal dobrý podporný mechanizmus interpersonálnych vzťahov uplatňovať už od počiatku, aj pri kognitívnom posudzovaní, hodnotení a prežívaní choroby.¹ To znamená, že táto problematika má dva hlavné aspekty: prvý je stránka sémantická – to, ako a s akými prívlastkami príslušnú chorobu vnímajú osoby, ktoré sa zúčastňujú na týchto vzťahoch, a druhý je stránka komunikačná – to, či a do akej miery sa tieto osoby dokážu vyjadrovať v spoločných dimenziách v rámci danej klinickej entity.

Inými slovami: rieši nielen otázku, ako pacient chápe svoju chorobu, aký pojem si o nej utvrdil a ako diferencovane a osobne prežíva negatívne prvky s ňou spojené.

ale aj otázku, aké signály vysiela smerom k zdravotníkom (či už spontánne alebo z podnetu, napr. lekára) a ako zdravotník tieto signály vníma alebo ako na ne reaguje.⁵

Cieľom tejto štúdie je spojiť obidva tieto komplexy sondovaním sémantických dimenzií pojmu infarkt myokardu (IM) a konfrontovaním postojov mladých zdravotníčok s postojmi, ktoré – podľa nich – majú sami pacienti. Ide teda o určitý model, v ktorom sa stretávajú názory zdravotníčok v „úlohe ja sama“ s názormi vyslovenými „v role pacienta“, čo pochopiteľne dovoľuje potom úsudok o tom, ako pacientov vidia zdravotníčky, čiže ako sa IM javí v mysli typického pacienta.

Súbor respondentov a metódy

Na kvantifikované zisťovanie mentálnych implikácií pojmu IM sme použili metódu tzv. sémantického diferencálu. Pretože pôvodná verzia⁸ je celkom všeobecná, prikrročili sme k zostaveniu vlastnej sady škál, špecificky zameranej na nemocničnú a kardiologickú tematiku, ktorá sa nám aj v minulosti dobre osvedčila.⁹ Technicky sa vychádza z idey, že každý pojem zahrňuje určitý komplex významov, ktorý však jednotlivec ťažko môže verbalizovať. Preto sa mu predkladá 22 sedemstupňových škál, kde stačí jednoducho graficky vyznačiť smer a intenzitu názorov a postojov k danému pojmu. Išlo vždy o dvojice (bipolarity), kde jeden pól bol menej hrozivý či viac akceptovateľný a druhý pól hrozivejší či nepríjemný. Typickým príkladom je dvojica „vyliciteľné – nevyliciteľné“. Konkrétne obsahy všetkých 22 škál sú slovné definované v tab. 1.

Ako respondentky spolupracovalo 42 mladých rehabilitačných pracovníčok (RP), ktorým sme uvedený dotazník predkladali na vyplnenie. Išlo o účastníčky kurzov ÚĎV SZP v Bratislave. Ich úloha spočívala najprv v tom, že pojem infarkt myokardu (IM) posudzovali na sémantickom diferencáli. Potom dostali na vyplnenie iné, vedomostné i postoje dotazníky a na konci sedenia, keď sa už pravdepodobne nepamätali na svoje odpovede z prvej fázy, dostali ešte raz tých istých 22 škál na háрку toho istého formátu, ale so zmenenou inštrukciou: „Vyplňte teraz sémantický diferencál tak, ako si myslíte, že by ho vyplnil typický postinfarktový pacient! Vžite sa teda do roly pacienta: kým na prvom háрку ste vyjadrili svoje vlastné názory a postoje, dalo by sa povedať „v roli ja sama“, teraz máte posudzovať IM v úlohe „ja ako pacient“. Respondentky ochotne spolupracovali.

Na štatistické vyhodnotenie sme použili štandardné postupy, t. j. výpočet aritmetického priemeru a smerodajnej odchýlky (s počtom stupňov voľnosti v menovateľi); rozdiely odpovedí v oboch rolách sme overovali Studentovým t-testom pre párované dáta (išlo o intrapersonálne diferencie) a polarizovanosť sme testovali nepárovým t-testom proti nule, v každej „úlohe“ zvlášť. Celkový smer diferencií cez všetkých 22 škál bol ešte overený Mostellerovým testom maximálnych hodnôt vo verzii pre párované dáta, pričom za pár sa považovali dvojice priemerov na tejže škále.¹²

Výsledky

Tab. 1 prezentuje všetkých 22 škál zoradených podľa veľkosti priemernej diferencie medzi odpoveďami „ako ja“ a „ja ako pacient“. Pre prvý riadok to konkrétne znamená, že RP prisudzovali pacientom o celých poldruha škálových jednotiek horší názor než bol ich vlastný: domnievajú sa teda, že pacienti považujú i.m. za vysokosignifikantne menej poznaný, čiže smerom bližšie k pólu neznáme príčiny. Podobný názor na skepticizmus (či pesimizmus?) pacientov vyplýva aj z nasledujúcich riadkov, či už priemerný rozdiel na danej škále je štatisticky významný alebo nie. No priemerné rozdiely sa rýchlo zmenšujú a štatistickú významnosť dosahuje už iba škála „jednoduché-komplikované“: o komplikovanosti ako takej niet pochybností, no vďaka výni-

M. PALÁT, M. ŠTUKOVSKÁ, R. ŠTUKOVSKÝ/ INFARKT MYOKARDU V PERCEPCII ZDRAVOTNÍČOK A ICH FIKTÍVNYCH PACIENTOV

Tabuľka 1 Priemerné diferencie medzi postojmi RP a fiktívnymi pacientmi s infarktom myokardu

Škála	Dif.	SD	t	P
Známe príčiny – neznáme príčiny	1,52	2,19	4,51	0,1 %
Vyliečiteľné – nevyliečiteľné	1,31	2,95	2,88	1 %
Predvídateľné – nepredvídateľné	0,93	2,49	2,41	2 %
Preskúmané – záhadné	0,79	2,58	1,98	6 %
Zabráňiteľné – nezabráňiteľné	0,48	2,58	1,20	ns
Prechodné – trvalé	0,43	3,36	0,83	ns
Kontrolovateľné – nekontrolovateľné	0,31	2,25	0,89	ns
Neobmedzuje činnosť – obmedzuje činnosť	0,31	1,93	1,04	ns
Jednoduché – komplikované	0,24	0,73	2,12	5 %
Vzácný výskyt – častý výskyt	0,19	2,02	0,61	ns
Bearizikové – nebezpečné	0,12	1,21	0,64	ns
Nemení životosprávu – mení životosprávu	0,02	2,01	0,08	ns
Bez zármutku – so zármutkom	-0,02	1,35	0,12	ns
Lahostajné – znepokojujúce	-0,07	1,28	0,36	ns
Bez bolesti – veľmi bolestivé	-0,07	2,03	0,23	ns
Bez obáv – budí obavy	-0,07	1,28	0,36	ns
Nevedie k únave – vedie k únave	-0,07	1,64	0,28	ns
Pomalý priebeh – prudký priebeh	-0,10	1,71	0,36	ns
Nezávažné – závažné	-0,12	1,06	0,73	ns
Prijemné – nepríjemné	-0,14	1,32	0,70	ns
Nevyvoláva starosti – vyvoláva starosti	-0,19	1,13	1,09	ns
Pomalý vznik – náhly vznik	-0,33	2,62	0,82	ns

Poznámka:

Dif = rozdiel postojov prisudzovaných pacientom od vlastných postojov rehabilitačných pracovníkov

SD = štandardná deviácia intraindividuálnych rozdielov

t = Studentovo párované t-kritérium

Pozitívne znamienko znamená, že názory pripisované pacientom sú bližšie k pravému (horšiemu) pólu škály než názory respondentiek.

močne malej variabilite ($SD = 0,73$) vidíme $t = 2,12$. Teda zase pacienti to vraj vidia ako viac komplikované než RP. V spodnej časti tab. 1 je však 10 škál s opačným znamienkom, čo znamená, že tu RP prisudzovali pacientom o niečo optimistickejšie postoje než sebe, no rozdiely sú malé a nesignifikantné.

Nezodpovedané zostávajú ešte dve otázky: Možno hovoriť aj o celkovom trende diferencií cez celý sémantický diferenciál; ktoré individuálne škály sa na tom najviac podieľajú alebo sú ináč zreteľhodné?

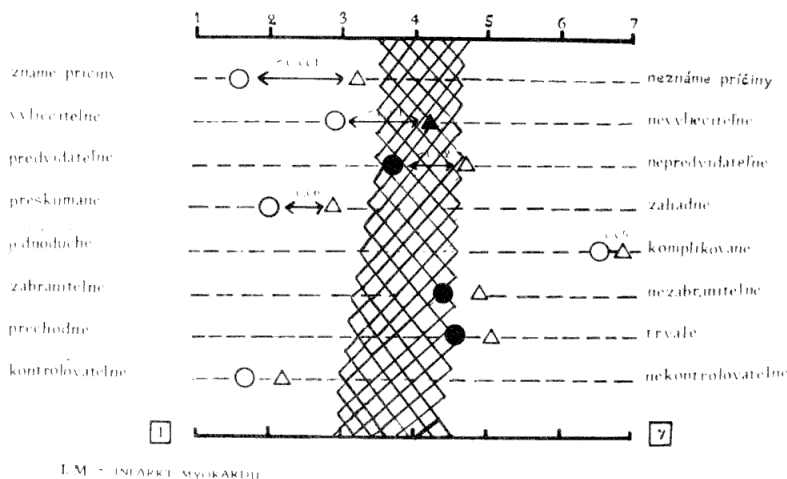
Globálny rozdiel medzi postojmi RP a fiktívnych pseudopacientov nesmieme posudzovať iba na základe výskytu znamienok (12 plusov a 10 mínusov), ale musíme prihliadať aj na veľkosť rozdielu. Negatívne diferencie sú totiž väčšinou nepatrné, t.j. pod 0,20, ale pozitívne nie sú. Keďže ide o priemerné diferencie s výrazne rozdielnymi variáciami, aplikujeme neparametrický Mostellerov test: z 22 rozdielov má 6 najväčších znamienko plus (od 1,52 po 0,43), čo pri P pod 0,05 hovorí za zamietnutie nulovej hypotézy. Stredný rozdiel medzi rolou „ja sama“ a rolou „ja ako pacient“ teda nie je

M. PALÁT, M. ŠTUKOVSKÁ, R. ŠTUKOVSKÝ/ INFARKT MYOKARDU V PERCEPCII ZDRAVOTNÍČOK A ICH FIKTÍVNYCH PACIENTOV

ani nulový, ale pozitívny, čo znamená, že RP prisudzujú fiktívnemu pacientovi o niečo pesimistickejšie názory než sebe, t. zn., že priemery pseudopacientov majú tendenciu ležať o niečo bližšie k horšiemu či hrozivejšiemu pólu škál. To pravda platí o celkovom posudzovaní názorov pacientov.

Keďže z dôvodov šetrenia priestoru nemôžeme prezentovať dve ďalšie tabuľky s výsledkami pre každú sadu odpovedí osve (teda pre „ja sama“ a pre „ja ako pacient“), uspokojujeme sa tu s konštatovaním, že väčšina škál vykazuje v oboch rolách vysoko polarizované hodnoty, t.j. priemery, ktoré ležia medzi 6,00 a 7,00 (extrém škály), a ktoré sú od neutrálneho stredy (= 4,00) signifikantne rozdielne. Na doplnenie dokumentácie prezentujeme na grafe 1 skupinové priemery niektorých atypických škál, a to tých, ktoré vykazujú signifikantné medzirolové diferencie, ktoré majú aspoň jeden priemer nepolarizovaný alebo ktoré sú polarizované doľava, smerom k menej hrozivému pólu. Graf 1 teda demonštruje predovšetkým samotné priemery a ich relatívne pozície. Signifikantné diferencie sú označené šípkami (je to prvých 5 škál na grafe) a priemery akoby nerozhodné, čiže nepolarizované sú znázornené čiernymi symbolmi v šrafovej oblasti (raz je to priemer pseudopacientov a trikrát priemer r.p.). Posledná škála je zakreslená, pretože je na rozdiel od väčšiny škál výrazne polarizovaná k nízkym hodnotám.

VLASTNÉ NÁZORY REHABILITAČNÝCH PRACOVNÍČOK (○) A PREDPOKLADANÉ NÁZORY PACIENTOV S INFARKTOM MYOKARDU (△) NA I.M.



I.M. = INFARKT MYOKARDU

Obr. 1. Skupinové priemery niektorých škál

Kružnice = vlastné postoje rehabilitačných pracovníčkov

Trojuholníky = názory pripisované fiktívnym pacientom (t.j. „ja ako pacient“)

Šrafovaná oblasť s čiernymi symbolmi = pásmo neutrálnych, nediferencovaných priemerov

Prázdne symboly indikujú jednoznačne polarizované postoje

Šípky pri prvých 5 škálach poukazujú na signifikantné medzirolové diferencie

Vidíme teda, že IM sa jednoznačne pripisuje, a to viac rehabilitačnými pracovníkmi než fiktívnymi pacientmi, že má známe príčiny; RP ho vidia ako „vyliciteľný“, no pacienti sú vraj nerozhodní (pozri aj SD v druhom riadku tab. 1, ktorá je druhá najväčšia v celej tabuľke: maximálne SD vo výške 3,36 jednotiek má škála „prechodné-trvalé“); čo sa týka predvídateľnosti IM, RP sú nerozhodné, kým u pacientov predpokladajú názor nepredvídateľný. Že IM je chápaný ako jednoznačne preskúmaný a pritom komplikovaný sa zrejme zhoduje so skúsenosťami RP, i keď aj tu sú priemery v úlohe pacientov tesne signifikantne horšie. Pacienti vraj chápu IM skôr ako nezabrániteľný a trvalý, kým samotné r.p. vykazujú priemer nepolarizovaný, t.j. nie signifikantne rôzny od neutrálnej hodnoty 4,00. Jednoznačný názor na kontrolovateľnosť IM zrejme súvisí s prvou a štvrtou škálou grafu.

Vidíme teda, že na všetkých pozoruhodných škálach sa prejavuje i celkove zistená tendencia, podľa ktorej RP prisudzujú pacientom vcelku o niečo pesimistickejšie či skeptickejšie postoje než sebe, a že sa tieto rozdiely týkajú prakticky výlučne popisných, denotatívnych škál. Naproti tomu na škálach konotatívnych, vyjadrujúcich aj afektívne relácie či dopad na pacienta, sa postoje RP prakticky zhodujú s postojmi predpokladanými u typických postinfarktových pacientov.

Diskusia

Prístup sémantického rozboru, najmä pomocou škál vo formáte Osgooda⁸ a vo verzii nami skonštruovaného inštrumentu zameraného na klinickú problematiku⁹ sa ukázal informatívny a prínosný. Veď postoje – tak pacienta ako zdravotníka – sú základným a primárnym informačným prvkom pre každý model optimalizácie komunikovania a táto metodika je nielen pomerne ľahko aplikovateľná, ale aj informatívna.^{2, 4, 7, 10} Aj vo svetovej literatúre prevládajú jednorázové, priame aplikácie diferenciálu, hoci tu demonštrovaná metodologická modifikácia nie je neznáma.^{4, 5, 6} S jej aplikáciou v kardiologickej oblasti sme sa nestretli, hoci význam vzájomného porozumenia pacient – personál je zdôrazňovaný aj v komplexnejších štúdiách.^{1, 11}

Na prezentovaných výsledkoch je pozoruhodné to, že naše respondentky (r.p.) v oblasti emotívne podfarbenej, konotatívnej a subjektívne na pacienta zameranej oblasti dimenzií infarktu myokardu sa nijako nelíšia od predpokladaných pseudopacientov. Rozdiely, a to signifikantné, sa vyskytujú iba na poli objektívnych vlastností IM (viac neznáme, viac nevyliciteľné, viac nepredvídateľné, viac záhadné, viac komplikované, viac nezabrániteľné atď). Dáta nedovoľujú rozhodnúť o tom, či tu ide o určité podceňovanie faktografických vedomostí pacientov respondentkami v zmysle „im je to menej jasné ako mne“ alebo o podprahový názor na pesimistickejšie postoje pacientov, čiže o podceňovanie ich (relatívnej) dôvery v medicínu a možnosti zdravotníctva. No v každom prípade si tento aspekt zasluhuje ďalšie a hlbšie analýzy, ktoré by mali mať za následok aj určitú modifikáciu RP, čo do ich názorov na typického pacienta, čo by sa samozrejme malo potom odraziť aj v konkrétnych kontaktných situáciách. Že ide skutočne o určité podceňovanie pacientov, vyplýva aj zo stručného porovnania s výpoveďami skupiny 50 postinfarktových pacientov – mužov. 9 V porovnaní s fiktívnymi pacientami respondentiek skutoční pacienti vnímali i.m. pozitívnejšie na 12 z 22 škál: konkrétne – ako viac zabrániteľné, menej bolestivé (!), viac známe príčiny menej spojené so zármutkom. Zrejme IM je a zostáva multifacetovým problémom.

M. PALÁT, M. ŠTUKOVSKÁ, R. ŠTUKOVSKÝ/ INFARKT MYOKARDU V PERCEPCII ZDRAVOTNÍČOK A ICH FIKTÍVNYCH PACIENTOV

LITERATÚRA

1. BADURA, B. et al.: Leben mit dem Herzinfarkt. Oldenburg 1985, s. 520.
2. GOSTAUTAS, A. A. et al.: Attitude of men aged 45 – 59 years to health and disease prevention in Kaunas. *Cor Vasa*, **26**, 1984, č. 3, s. 182 – 189.
3. KALLIO, V., CAY, E.: Rehabilitation after myocardial infarction. WHO, Copenhagen 1985, s. 148.
4. KRECH, D., CRUTCHFIELD, R. S., BALLACHEY, E. L.: Človek v spoločnosti. Bratislava, SAV, 1968, s. 632.
5. LEFF, J. P.: Psychiatrists' versus patients' concepts of unpleasant emotions. *Brit. J. Psychiat.*, **133**, 1978, s. 306 – 313.
6. LOPRIENO, M., CALAMARI, E.: Immagine di sé, del malato e del sano. *Boll. Psicol. Appl.*, n. 141 – 142, 1977, s. 63 – 80.
7. NOWAKOWSKA, M.: Quantitative psychology. North-Holland, Amsterdam Oxford, 1983, s. 943.
8. OSGOOD, C. E., SUCI, G. J., TANNENBAUM, P. H.: The measurement of meaning. Urbana, Univ. Illinois Press, 1957, s. 342.
9. PALÁT, M., ŠTUKOVSKÝ, R., SEDLÁKOVÁ, A.: Psychosociálne aspekty v rehabilitácii chorých s ischemickou chorobou srdca. Záver. správa ÚSP 17-335-352-03-5/9, ÚDV SZP, Bratislava 1985, s. 328.
10. SCHAEFER, B.: Das Eindrucksdifferential als Instrument zur Einstellungsmessung. In: *Das Eindrucksdifferential*. (Bergler, R., edit.), Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, 1975, s. 101 – 118.
11. SZEWCZYK, H., OTT, J. (eds): Zur medizinischen Psychologie des Patienten: Interdisziplinäre Problemstellungen und Lösungsversuche. Humboldt-Universität, Berlin, 1983, s. 90.
12. ŠTUKOVSKÝ, R., PALÁT, M.: Neparametrické metódy v klinickej praxi I., *Rehabilitácia (Bva)*, **10**, 1977, č. 1, s. 39 – 46.

Adresa autora: M. P., Rehabilitačná klinika NsP akad. L. Dérera, Kramáre, Limbová 5; 833 05 Bratislava

M. Palát, M. Štukovská, R. Štukovský
ИНФАРКТ МИОКАРДА В ПЕРЦЕПЦИИ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ И ИХ ФИКТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Резюме

Авторы рассматривают отношения 24 медсестер-методистов к понятию инфаркт миокарда (и. м.), квантифицированные при помощи специального семантического дифференциала. Респонденты сначала высказали своё собственное мнение а потом получили инструкцию ответить так, как бы – по их мнению – ответил типичный постинфарктный больной. Установлено, что отношения в аффективно окрашенных и субъективных областях практически не различаются в ситуациях „я сама“ и „я в роли пациента“, в то время как в областях объективных и описательных свойств фиктивные пациенты более пессимистичны и скептичны. Медсестры-методисты приписывают пациентам достоверно более негативное понимание инфаркта миокарда чем своё собственное, оно им кажется более неизвестным, непредвиденным, загадочным и осложненным. Эта относительная недооценка степени информированности больных и их отношения к здравоохранению указывает на определенную необходимость улучшения взаимопонимания когнитивной среды в интересах более эффективной коммуникации.

M. PALÁT, M. ŠTUKOVSKÁ, R. ŠTUKOVSKÝ/ INFARKT MYOKARDU V PERCEPCI ZDRAVOTNÍČOK A ICH FIKTÍVNYCH PACIENTOV

M. Palát, M. Štukovská, R. Štukovský

MYOCARDIAL INFARCTION IN THE PERCEPTION OF HEALTH WORKERS AND THEIR FICTIVE PATIENTS

Summary

The authors analysed the attitudes of 24 rehabilitation workers towards the term „Myocardial Infarction“ (MI) quantified by means of a special semantic differential. Respondents first expressed their own judgement and then were instructed to answer in the way, how according to their opinion, a typical post-infarction patient would answer. It was found that attitudes in affective influence and subjective spheres practically did not differ at all in situations „I myself“ and „I as patient“, but in the fields of objective and descriptive points, fictive patients were more pessimistic or sceptic. Rehabilitation workers adjudged the patients to perceive MI significantly more negative than the rehabilitation workers, particularly as more unknown, incurable, unforeseeable, mysterious and complicated. This relative undervaluation of informativeness in patients and their relation to the health services indicate the need to improve the mutual understanding of the cognitive environment in the interest of more effective communication.

M. Palát, M. Štukovská, R. Štukovský

DER MYOKARDINFARKT IN DER PERZEPTION DES SANITÄTSPERSONALS UND DESSEN FIKTIVER PATIENTEN

Zusammenfassung

Die Autoren analysieren die Einstellung von 24 Rehabilitationstherapeutinnen zu dem Begriff „Myokardinfarkt“ (MI), wobei die Einstellungen mit Hilfe eines speziellen Eindrucksdifferentials quantifiziert werden. Die Respondentinnen brachten vorerst ihre eigenen Ansichten zum Ausdruck, dann erhielten sie die Anweisung auf Fragen so zu antworten, wie ihrer Ansicht nach der typische Postinfarkt-Patient antworten würde. Es wurde festgestellt, daß die Einstellungen in den affektmäßig bestimmten und in den subjektiven Bereichen, ausgedrückt vom Standpunkt „ich selbst“ und „ich in der Rolle des Patienten“, praktisch keinen Unterschied aufweisen, während in den Bereichen der objektiven und beschriebenen Eigenschaften die fiktiven Patienten pessimistischer bzw. skeptischer erscheinen. Die Rehabilitationstherapeutinnen unterstellten den Patienten, daß sie den MI signifikant negativer bewerten als sie selbst, vor allem als etwas eher Ungekanntes, Unheilbares, Unvorhersehbares, Geheimnisvolles und Kompliziertes. Diese relative Unterschätzung der Informiertheit der Patienten und deren Beziehung zum Gesundheitswesen deutet darauf hin, daß die wechselseitige Kenntnis des kognitiven Milieus im Interesse einer wirksameren Kommunikation verbessert werden sollte.

M. Palát, M. Štukovská, R. Štukovský

INFARCTUS DU MYOCARDE DANS LA PERCEPTION DES KINÉSITHÉRAPEUTES ET LEURS PATIENTS FICTIFS

Résumé

Les auteurs analysent les attitudes de 24 kinésithérapeutes vers la notion „Infarctus du myocarde“ (= MI), quantifiées par un différentiel sémantique spécial. Les répondantes ont d'abord exprimé leurs propres jugements puis ont obtenu ensuite l'instruction de répondre comme, selon leur opinion, répondrait le patient après l'infarctus typique. On a constaté que les attitudes dans les domaines respectifs et sous-colorés du point de vue affectif ne diffèrent pratiquement pas dans

M. PALÁT, M. ŠTUKOVSKÁ, R. ŠTUKOVSKÝ/ INFARKT MYOKARDU V PERCEPCII ZDRAVOTNÍČOK A ICH FIKTÍVNYCH PACIENTOV

les situations „moi seul“ et „moi dans le rôle du patient“, cependant dans les domaines des qualités objectives et descriptives les patients fictifs sont plus pessimistes voire même plus sceptiques. Les kinésithérapeutes adjugent aux patients qu'ils perçoivent le IM négativement de façon plus significative qu'eux-même, surtout comme plus inconnu, inguérissable, imprévu, énigmatique, mystérieux et compliqué. Cette sous-estimation relative de l'information des patients et leur rapport à la santé publique indique une certaine nécessité de l'amélioration des connaissances mutuelles du milieu cognitif pour une communication plus effective.

ALVAN R. FEINSTEIN
CLINIMETRICS

Klinimetrika

New Haven – London, Yale University Press, 1987, 272 s.

ISBN 0-300-03806-2

Autora knihy prof. dr. A. R. Feinsteina ne treba obzvlášť predstavovať ani česko-slovenským čitateľom. Literárne sa totiž zameriaval na štatistické respektíve kvantitatívne aspekty medicíny, a to počas viac ako troch desaťročí (narodil sa r. 1925). Z jeho predchádzajúcich štatisticko-metodologických prác sú pravdepodobne najznámejšie jeho seriály v *Archives of internal medicine* z rokov 1968 až 1973 a v *Clinical pharmacology and therapeutics* z rokov 1970 až 1976 (s 36 pokračovaniami). Samozrejme, okrem toho napísal aj mnohé články do *Journal of chronic diseases* a početné špeciálne kapitoly do rôznych (najmä metodologických) príručiek „klinickej bioštatistiky“ a príbuzných tematických oblastí.

Recenzované dielo predstavuje autorove názory, skúsenosti a rady zamerané na to, čomu sa v inej terminológii hovorí aglomeratívne ukazovateľa. Konkrétne sú to indexy alebo komplexné stupnice z najrozličnejších oblastí medicíny, pochopiteľne najmä z internistických disciplín. Celú túto oblasť klinickej biometrie či štatistiky nazval „klinimetrikou“ a v prvých kapitolách knihy podáva jej základné pojmoslovie, funkčnú klasifikáciu a zásady štruktúry takýchto indexov.

Ďalej nasledujú kapitoly o výber zložiek takýchto indexov, o organizovaní stupníc a škál a pod. Autor pritom rozlišuje ukazovateľa, ktoré vyžadujú aktívnu spoluprácu pacientov a jednoducho merateľné ukazovateľa. Zvlášť

na kapitola sa venuje „globálnym“ indexom a ich štruktúre. Metodologickou špecialitou diela je interdisciplinárny pohľad na základné metodické pojmy, t. j. metodologické miery s rôznymi názvami v medicíne, psychológii, sociológii a inde. Koniec-koncov, najrozličnejšie miery – či ich už nazývame klinickými indexmi, ratingovými škálami, poradovými stupnicami alebo ešte inakšie – treba evaluovať čo do ich užitočnosti a vybrať tú veličinu, ktorá je optimálna: podľa autorovej terminológie „best buy“ čiže najlepšia investícia. Preto aj knihu uzatvárajú kapitoly o teórii a evaluácii senzitivity, konzistentnosti a validity. Autor pritom čerpá zo svojich bohatých skúseností v medicínskom (klinickom, epidemiologickom a rýdzo výskumnom) používaní kvantitatívnych metód vyhodnocovania komplexných údajov.

Trinásta kapitola je venovaná problematike plánovania a vyhodnocovania terénnych výskumov. Aj tu, ako aj v celej knihe, bojuje prof. A. R. Feinstein proti subjektívnym, málokvantitatívnym či pseudonumerickým údajom, proti indexom zostrojeným niekedy dokonca post hoc. Dáva veľmi účinné a hodnotné rady, ako už pri koncepcii klinických výskumov dbať o optimalizáciu ich vyhodnocovania. Skrátka ide o dielo, ktoré možno vrele odporúčať každému, kto má či bude mať niečo do činenia s metrikou zdravotníckych (najmä klinických) údajov – čiže s „klinimetrikou“.

Doc. R. Štukovský, Bratislava

**EPIDEMIOLOGICKÁ STUDIE PEDAGOGICKÉ REHABILITACE
U ZRAKOVĚ POSTIŽENÝCH STUDENTŮ**

V. GONZÚROVÁ, M. PEŠÁK, J. PFEIFFER, J. PROCHÁZKA, M. TRNKOVÁ, B. VERNER

Výrobní podnik S. I. META, Klinika rehabilitačního lékařství FVL UK

Souhrn: Autoři podávají epidemiologickou studii o počtu perspektivních pracovníků pro duševní práce v Praze na základě rozboru zrakových poruch studentů Gymnázia a SEŠ pro mládež s vadami zraku v Praze Michli. Předpokladem integrace těchto budoucích pracovníků jsou technické pomůcky, které mají charakter pomůcky zdravotní, ale současně je nutno je chápat jako nezbytnou pomůcku pracovní.

Klíčová slova: počítačové programy – poruchy zraku.

Naše rehabilitační oddělení ani Rehabilitační společnost lékařské společnosti J. E. Purkyně se téměř nezabývají smyslovými vadami i když tyto postižení představují v moderní rehabilitaci velký pracovní úsek. Problémy zrakově postižených se převážnou měrou zabývají pedagogické rehabilitace. Pokud dojde k oslepnutí naše oční oddělení o slepé osoby nejví zájem a rovněž tak ani rehabilitační oddělení. Zbývá svaz invalidů, který formou dobrovolné práce zajišťuje prostorovou orientaci včetně pravidelných doškolovacích kursů. Je zvláštní, že na tyto kursy nejsou slepí občané vysíláni podobně jako např. občasně postižení poliomyelitis anterior acuta na „křížkové“ lázně, tedy v době pracovní neschopnosti. Pro občany, kteří ztratili zrak máme v ČSFR rehabilitační centrum v Levoči na Slovensku. Pro dospělého, který náhle ztratí zrak, je však odchod ze známého prostředí domova velmi náročný a tedy mnozí raději volí výcvik v místě bydliště pomocí dobrovolné práce S.I.

Výrobní podnik META v Praze připravuje v rámci sociálně technických služeb výcvik orientace osob po ztrátě zraku jako profesionální službu, kterou by však bylo nutno finančně kompenzovat. Bude nutné najít finanční zdroje na úhradu anebo při některém rehabilitačním oddělení zřídit centrum pro tento druh rehabilitace a plánovat na tento účel pracovníky i mzdové prostředky.

Na klinice rehabilitačního lékařství FN 2 se pravidelně každý měsíc schází sociálně výrobní skupina experimentální provozovny META Praha pro pedagogickou rehabilitaci, vedená doc. PhDr. Hanzelem, CSc., které zpracovává jednotlivé úseky pedagogické rehabilitace za účelem perspektivní integrace těžce zdravotně postižených osob v METĚ.

Jednou z prací jsou epidemiologické studie, poněvadž při plánování moderní rehabilitace jsou epidemiologické podklady zásadního významu a bohužel po většině nám chybí. Pro osoby s dobrým intelektem je jedním z pracovních uplatnění v METĚ –

**V. GONZÚROVÁ, M. PEŠÁK, J. PFEIFFER, J. PROCHÁZKA, M. TRNKOVÁ, B. VERNER/
EPIDEMIOLOGICKÁ STUDIE PEDAGOGICKÉ REHABILITACE U ZRAKOVĚ POSTIŽENÝCH STUDENTŮ**

práce programátora a práce s počítači v širokém slova smyslu. Následující práce se zabývá touto otázkou.

Aby mohli být rehabilitanti zařazeni do práce musí být vybaveni potřebnými technickými pomůckami, se kterými se naučí zacházet. Tyto pomůcky jsou nezbytným výrobním nástrojem.

Výsledky průzkumu mezi vybranými studenty Gymnázia a SEŠ Michle

Průzkum proběhl 28. 5. 1987 ve škole Gymnázium Michle. Provedla ho skupina ve složení: prof. Gonzúrová, dr. Trnková, ing. Procházka, Pešák, Verner. K průzkumu byli vybráni ti studenti Gymnázia a SEŠ Michle, kteří navštěvují kroužek programování v rámci ZVOP, celkem 37 studentů. Průzkum byl prováděn bez vědomí studentů, za pomoci školní kartotéky. Cílem průzkumu bylo získat orientační představu o skladbě a počtu nezbytných kompenzačních pomůcek, kterými by měla být vybavena provozovna 118, kdyby chtěla pravidelně zaměstnávat ZP z řad absolventů školy. U každého z 37 vybraných studentů bylo sledováno (viz tabulku):

- charakter zdravotního postižení – S – slabozraký, ZB – zbytkář, N – nevidomý
- schopnost orientace na celé stránce či obrazovce bez kompenzačních pomůcek, případně pouze s vlastními pomůckami;
- zda může číst černotisk bez kompenzačních pomůcek, případně pouze s vlastními kompenzačními pomůckami

Tabulka – Výsledky průzkumu

Počet žáků	Charakter postižení	Orientace na str. obrazovce	Čte černotisk	Umí bod. písmo	Komp. pom.	Vada je progres	Komp. pom. v příp. progresu
19	S	dobrá	ano	ne	bez	ne	–
2	S	špatná	ano	ne	1,2	ano	2 možná 4
2	S	špatná	ano	ne	2,3	ne	–
2	S	dobrá	ano	ne	bez	ano	2,3
2	S	dobrá	ano	ne	1	ano	2,3
1	S	špatná	ano	ano	1,2	7	? 4
1	S	špatná	ano	ne	2,3	ano	4
3	ZB	špatná	ano	ne	3	ano	4
1	ZB	špatná	ano	ne	1,2	ne	–
2	ZB	špatná	ano	ano	1,2,3	ne	–
1	ZB	dobrá	ano	ne	bez	ano	1
2	N	nevidí	ne	ano	4	–	–

Vysvětlivky k tabulce:

Charakter postižení: S – slabozraký; ZB – se zbytky zraku; N – nevidomý

Kompenzační pomůcky: bez – žádné nepotřebuje, vystačí s vlastními; 1 – televizní lupa; 2 – VIEWSCAN; 3 – hlasový výstup; 4 – přístroj typu Versabraill, Optakon s kamerou pro snímání tisku i obrazovky, černotisková tiskárna, braill. tiskárna

**V. GONZÚROVÁ, M. PEŠÁK, J. PFEIFFER, J. PROCHÁZKA, M. TRNKOVÁ, B. VERNER/
EPIDEMIOLOGICKÁ STUDIE PEDAGOGICKÉ REHABILITACE U ZRAKOVÉ POSTIŽE-
NÝCH STUDENTŮ**

- zda zná bodové písmo
- jakými kompenzačními pomůckami by musel být vybaven, kdyby měl být zaměstnán jako programátor
- bez - žádné kompenzační pomůcky nepotřebuje, vystačí s vlastními:
 - 1 - televizní lupa, 2 - zařízení (lupa) typu VIFWSCAN, 3 - hlasový výstup, 4 - přístroj typu Versabraill, Optakon s kamerou pro snímání tisku i obrazovky, černotisková tiskárna a braillovská tiskárna.

Progresivita zrakové vady

Jakými kompenzačními pomůckami by musel být navíc vybaven v dohledné době, je-li jeho zraková vada progresivní. Zjištěné údaje jsou uvedeny v připojené tabulce. Z nich vyplývá, že při pravidelném zaměstnání ZP programátorů z řad absolventů střední školy bude nutné v průměru počítat s tímto vybavením kompenzačními pomůckami:

bez komp. pomůcek	59 %
lupa, VIEWSCAN	27 %
hlasový výstup	19 %
Versabraill, Optakon, tiskárny	5%

(procento je míněno z počtu přijatých ZP programátorů).

V dohledné době po přijetí ZP programátorů je ovšem navíc nutné počítat s tím, že vzhledem k progresi některých zrakových vad bude třeba vybavení kompenzačními pomůckami zvýšit v průměru asi takto:

lupa, VIEWSCAN	o 13 %, tedy celkem na 40 %
hlasový výstup	o 11 %, tedy celkem na 30 %
Versabraill, Optakon	o 17 %, tedy celkem na 22 %

Zároveň přitom počet ZP programátorů, kteří mohou pracovat bez kompenzačních pomůcek, poklesne z 59 % na 51 %. Je vidět, že největší nárůst (o 17 %) budou mít přístroje typu Versabraill Optakon. V souvislosti s tím je vhodné si uvědomit, že ne všichni ZP, kteří zatím mají zbytky zraku, ale vzhledem k progresi nemoci budou v dohledné době muset pracovat s přístroji typu Versabraill, umí bodové písmo.

V našem souboru se vyskytlo 5 studentů (což je 13,5 %), kteří bodové písmo neznají, ale kteří by se ho měli v dohledné době naučit, kdyby chtěli pracovat jako programátoři.

V. Gonzúrová, M. Pešák, J. Pfeiffer, J. Procházka, M. Trnková, B. Verner
ETUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE LA RÉADAPTATION
PÉDAGOGIQUE CHEZ LES ÉTUDIANTS AFFECTÉS DE MALADIES
DES ORGANES VISUELS

Résumé

Les auteurs donnent les études épidémiologiques sur le nombre des travailleurs perspectifs dans le travail intellectuel à Prague d'après l'analyse des étudiants affectés des troubles de la vue du Gymnase et de l'Ecole Economique Secondaire de la jeunesse avec défauts visuels à Prague Michlí. L'intégration supposée de ces futurs travailleurs sont les moyens techniques avec le caractère de moyens médicaux, mais qu'il est actuellement nécessaire de prendre comme aides de travail.

V. GONZÚROVÁ, M. PEŠÁK, J. PFEIFFER, J. PROCHÁZKA, M. TRNKOVÁ, B. VERNER/
EPIDEMIOLOGICKÁ STUDIE PEDAGOGICKÉ REHABILITACE U ZRAKOVÉ POSTIŽE-
NÝCH STUDENTŮ

V. Гонзурова, М. Пешак, Й. Пфейффер, Й. Прохазка, М. Трнкова, Б. Вернер

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СТАТЬЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ СТУДЕНТОВ С НЕДОСТАТКАМИ ЗРЕНИЯ

Резюме

Авторы предлагают эпидемиологическую статью о числе перспективных работников для умственного труда в Праге на основании анализа расстройств зрения у студентов гимназии и средней экономической школы для молодёжи с расстройствами зрения в Праге-Михле. Условием для интеграции будущих работников являются технические пособия, имеющие характер медико-санитарных пособий, но одновременно их следует понимать и как неизбежное трудовое пособие.

V. Gonzúrová, M. Pešák, J. Pfeiffer, J. Procházka, M. Trnková, B. Verner
AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY ON PEDAGOGIC
REHABILITATION IN STUDENTS WITH SIGHT IMPAIRMENT

Summary

The authors present an epidemiological study about the number of perspective workers for mental work in Prague on the basis of an analysis of sight impairment in pupils of grammar schools and secondary electrotechnical schools for young people with sight impairment in Prague – Michle. The preconditions for the integration of these future workers are technical aids with the character of health aids, at the same time it is necessary to consider these as indispensable working aids.

V. Gonzúrová, M. Pešák, J. Pfeiffer, J. Procházka, M. Trnková, B. Verner
EINE EPIDEMIOLOGISCHE STUDIE ZUR PÄDAGOGISCHEN
REHABILITATION VON SEHBEHINDERTEN STUDENTEN

Zusammenfassung

Die Autoren legen eine epidemiologische Studie hinsichtlich der Anzahl perspektivischer Persönlichkeiten für geistige Tätigkeit in Prag aufgrund einer Analyse der Sehstörungen von Studenten des Gymnasiums und der Allgemeinbildenden Oberschule für Jugendliche mit Sehstörungen in Prag-Michle vor. Voraussetzung der Integration dieser zukünftigen Mitarbeiter in Intelligenzberufen sind technische Hilfsmittel, die den Charakter von medizinischen Hilfsmitteln tragen, die jedoch gleichzeitig als notwendige Arbeitsbehelfe zu betrachten sind.

G. ADELMAN
NEUROSCIENCE YEAR

Rok o nervových vedách

Boston, Basel, Berlin, Birkhäuser Verlag, 1989

ISBN 0-8176-3383-9

Vydavateľstvo Birkhäuser Verlag v Bazileji, New Yorku a Berlíne vydalo v roku 1987 pozoruhodnú Encyklopédiu vied o nervovom systéme. Tento zaujímavý edičný čin vlastne predstavuje začiatok sústavnej informácie z oblasti vied o nervovom systéme a prvé supplementum uvedenej encyklopédie sa objavilo už v roku 1989, odhliadnuc od skutočnosti, že Birkhäuser Verlag pravidelne vydáva formou drobných publikácií vždy súbor hesiel z tejto encyklopédie v podobe monotematicky ladených zväzkov. Supplementum č. 1 (ďalšie budú nasledovať), ako uvádza prof. George Adelman v úvode tohto suplementa, venuje pozornosť štyrom tematickým okruhom – oblastiam molekulárnej a celulárnej, ktoré majú vzťah k nervovému systému, oblasti bunkových organel a mozgových štruktúr, oblasti mozgu a správania sa a nakoniec klinickým aspektom funkcie mozgu a správania sa. Tieto celky obsahujú vždy rad hesiel, ktoré sa vzťahujú na centrálnu tematiku príslušnej oblasti. Celý rad významných otázok je tu spracovaný formou hesiel rôzneho rozsahu – od hesiel zaoberajúcich sa napr. priónmi, protoontogénmi, zincom vo vzťahu k nervovému systému, cez heslá venujúce pozornosť otázkam napríklad hemisferickej špecializácii, organizácii motorického systému, kortikálnym mapám a kraniaľným nervom. Iné heslá prinášajú aktuálne informácie o neurobiológii altruizmu, inštinktoch, autobiografickej pamäti, synaptic-

kej modifikácii modelu pamäti a učenia. Pozoruhodné heslá sú spracované v klinickej časti tohto suplementa – otázka AIDS a mozgu, problém anestézie, aktuálna problematika Alzheimerovej choroby, mentálna retardácia, problém parkinsonizmu a podobne.

Jednotlivé heslá sú doplnené potrebnými ilustráciami a tabuľkami, ďalšie literárne pramene sú uvedené vždy na koniec hesla. Menný a vecný register ukončuje túto rozsahove nie príliš veľkú, obsahove však aktuálnu knihu – supplementum č. 1 k Encyklopédii vied o nervovom systéme.

Extenzívny vývoj informatiky, neustály prílev nových informácií vyžadujú aj určitý modifikovaný prístup k ich prenosu. Encyklopedické spracovanie týchto informácií vytvára nesporne základ informačného „poolu“ danej oblasti. Hodnota týchto informácií však pomaly zastaráva, ich obnova a ich výpovednosť „up to date“ je požiadavkou každej súčasnej vedy. Kolektívu autorov, vedeného prof. Adelmanom sa podaril prvý krok k tejto inovácii. Je želateľné, aby tento trend pokračoval ďalej, aby tak každý, kto sa venuje oblasti vied o nervovom systéme mal možnosť byť sústavne informovaný. Adelmanovo supplementum dokazuje nielen dobrú snahu, ale aj vyslovene kreatívny príspevok k tomuto trendu.

Dr. M. Palát, Bratislava

H. D. NEUMANN
MANUELLE MEDIZIN

Manuálna medicína, 3. prepr. a dop. vyd.

Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Springer Verlag, 1989

ISBN 3-540-50511-3

Manuálna medicína a jej metódy sa stali v ostatných rokoch metódami veľkého významu a značného rozšírenia nielen v oblasti modernej ortopedie a neurológie, ale aj v oblasti rehabilitačnej medicíny. Celý rad učebníc, monografií, odborných a metodických príspevkov v najrôznejších lekárskejších časopisoch svedčí o tom, že tieto metódy hlboko prenikli do širokej praxe. Chiropraxia, z ktorej vlastne

manuálna medicína vyšla, sa objavuje v európskych krajinách len po druhej svetovej vojne. Od tej doby pozoruhodne rýchlo nachádza svoje miesto v oblasti medicíny, získava medzi lekármi svojich prívržencov, ale aj odporcov.

Dr. Neumann – ortopéd, je jeden z tých, ktorí venujú veľkú pozornosť týmto metódam v nemecky hovoriacej Európe; svoju Manuálnu medicínu pripravil už v 3. doplnenom

a prepracovanom vydaní. Ide o drobnú publikáciu, bohato ilustrovanú – čo je veľmi dôležité – pretože táto publikácia je predovšetkým metodickým príspevkom v oblasti manuálnej terapie, ktorá celkovo v 9 kapitolách venuje pozornosť základným aspektom tohto smeru. Prvá kapitola hovorí o vývoji manuálnej medicíny, druhá dáva do pozornosti systém školenia a doškoľovania v týchto technikách formou kurzov v Spolkovej republike Nemecko a v niektorých iných krajinách (medzi inými aj v ČSFR). Tretia kapitola venuje pozornosť základom manuálnej medicíny, štvrtá manuálnej diagnostike – procesu, ktorý prakticky rozhodujúcim spôsobom prispieva k indikáciám pre jednotlivé techniky, ktoré opisuje ďalšia kapitola. Šiesta kapitola diskutuje problematiku kontraindikácií; túto kapitolu považujem za

veľmi dôležitú a za veľmi podnetnú. Siedma kapitola hovorí o hypermobilitě, ôsma formou kazuistik poukazuje na niektoré klinické obrazy, s ktorými sa autor stretol v manipulačnej medicínskej praxi. Posledná, deviata kapitola prináša závery, uvádza prehľad literatúry obsahujúcej základné diela, predovšetkým knižné. Vecný register ukončuje túto zaujímavú a potrebnú knihu, ktorá iste naplní radosťou všetkých tých, ktorí majú záujem o manuálnu medicínu z teoretických a praktických aspektov.

Niektoré tabuľky, bohatá ilustračná časť a zvýraznenie základných poznatkov robia túto príručku zaujímavou obsahom, závažnou významom a potrebnou pre širokú medicínsku prax.

Dr. E. Malá, Kováčová

M. R. ROSENZWEIG, L. W. PORTER
ANNUAL REVIEW OF PSYCHOLOGY, Vol. 41, 1990
Ročný prehľad psychológie
Annual Reviews Inc., Palo Alto CA 94303, 1990
ISBN 0-8243-0241-9

Ďalší zväzok z dobre známej série ročníkov so súbornými referátmi z najrôznejších disciplín psychologických vied začína, ako obvykle, referátom niektorého eminentného staršieho psychológa; v našom prípade je ním Herbert A. SIMON z pittsburskej Carnegie-Mellon University. Jeho referát, na rozdiel od väčšiny podobných predchádzajúcich statí, obsahuje len málo autobiografických či anekdotických pohľadov, ale je zameraný na „Invarianty v ľudskom správaní“ v adaptabilite, racionálnosti, kognitívite až po sociálnu psychológiu.

Zväzok obsahuje celkovo 21 príspevkov od 37 autorov. Medicínskych pracovníkov určite zaujmú state Asymetria hemisfér (J. B. Hellige), Atónia a myoklónia aktívneho REM spánku (M. H. Chase a F. R. Morales) či Vizualná citlivosť a paralelné retinokortikálne kanály (R. Shapley). Zaujímavé sú i klinicky zamerané kapitoly Psychoterapia detí a adolescentov (A. E. Kazdin) a Individuálna psychoterapia: proces a výsledok (M. R. Goldfried, L. Greenberg a C. Marmar).

Ďalšia stať Postoje a zmeny postojov (A. Tesser a D. Shaffer) predstavuje už prechod k iným tematikám, skôr sociálne zameraným. Do tejto skupiny možno ešte zaradiť aj príspevkov Sociálne a komunálne intervencie (K. Hel-

ler) a Poradenská psychológia: teória a výskum intervencií (C. J. Gelso a R. E. Fassingerová).

Paralelné state sú: Pamäť a učenie sa u zvierat (N. E. Spear, J. S. Miller, J. A. Jagielová) a Učenie sa a pamäť u ľudí: konekcie a disociácie (D. L. Hintzman), kde pod disociáciami sú chápané akékoľvek interakcie. Otázkam osobnosti sú venované kapitoly Spoločenský a osobnostný rozvoj (W. A. Collins a M. Gunnarová) a Osobnostná štruktúra: vynárajúci sa päťfaktorový model (J. D. Digman). Špeciálny a zaujímavý nielen pre sociológov je príspevok Morálne úsudky: ich obsah a získavanie (J. M. Darley a T. R. Shultz). Na vzťahy k okoliu sú zamerané state Environmentálna psychológia (S. Scagertová a G. Winkler) a Spotrebiteľská psychológia (J. B. Cohen a S. Chakravarti).

Pozoruhodná kapitola so silným interdisciplinárnym charakterom je kapitola Mechanizmus sezónnych cyklov správania (R. J. Nelsonová, L. L. Badurová a B. D. Goldman). Stat Logické uvažovanie (L. J. Rips) rozoberá štruktúry a mechanizmy myslenia. Ročník uzatvárajú ako zvyčajne zoznamy prispievajúcich i citovaných autorov, vecný index a kumulatívny index obsahov za zväzky 35 až 41.

Doc. R. Štukovský, Bratislava

REHABILITACE A KOMPLEXNÍ TERAPIE NEMOCÍ POHYBOVÉHO APARÁTU

P. KUTĚJ

*Revmatologická ambulance NsP Zlín
Ředitel MUDr. J. Tkadlec*

Souhrn: U 303 pracovníků obuvnického závodu s nemocemi pohybového aparátu byla provedena analýza pohybového režimu a poskytované rehabilitace. V souboru převažovali pacienti s bolestmi zad (76,6 %). První potíže se objevovaly nejčastěji ve třetím deceniu a v době šetření trvaly průměrně 10,5 roku. U 23,8 % pacientů byly potíže trvalé, u 42,6 % se opakovaly několikrát ročně. Všichni pacienti byli opakovaně práce neschopní. Konziliárně bylo vyšetřené různými odbornými lékaři 92,4 % pacientů. Na rehabilitační oddělení chodilo cvičit 2,3 % pacientů. Podle výsledků šetření by větší efektivity léčby bylo dosaženo častější rehabilitací a kvalifikovaným poučením pacientů o významu cvičení a s praktickou instrukcí správných cviků, soustředěním hospitalizovaných pacientů na jedno lůžkové oddělení a zajištěním dostatečného počtu rehabilitačních pracovníků.

Klíčová slova: rehabilitace – pohybová léčba – bolesti zad.

Nemoci pohybového aparátu (PA) patří k nejrozšířenějším onemocněním a jsou závažným zdravotnickým, ekonomickým a celospolečenským problémem. Většina těchto nemocí se objevuje již v produktivním věku a má obvykle chronický charakter vedoucí často k omezení pracovní aktivity a invaliditě.

V posledních letech je věnována zvýšená pozornost problematice bolestí zad, jejichž prevalence u průmyslové populace činí 60 – 80 %.^{6, 10, 12, 13} V letech 1980 – 1985 se pracovní neschopnost pro bolesti zad zvýšila v našem státě o 20 %. V současné době představují bolesti zad téměř desetinu veškeré nemocnosti spojené s pracovní neschopností¹⁷ a 61,8 % z pracovní neschopností pro nemoci PA.¹ Závažnost bolestí zad se promítá zvýšenou mírou i do invalidity, ve které tvoří plnou polovinu z přiznaných invalidních důchodů pro nemoci PA.⁴

Alarmující jsou data o celosvětovém nárůstu bolestí zad. Podle Nachemsona se výskyt páteřních potíží za posledních deset let zvýšil o 50 %.⁹ Stejně závažná je skutečnost, že příčina bolestí zad je nejasná u více než 50 % případů.²

Všeobecně se uznává, že léčení nemocí PA musí být komplexní, zahrnující vedle medikamentózní složky také přiměřenou rehabilitaci s pohybovou léčbou, elektrolyčnými a fyziatrickými procedurami.

Předneseno na pracovních dnech o rehabilitaci revmatických chorob v Trenčianských Tepličkách, 19. – 20. října 1989

P. KUTĚJ/ REHABILITACE A KOMPLEXNÍ TERAPIE NEMOCÍ POHYBOVÉHO APARÁTU

V tomto sdělení uvádíme výsledky šetření o pohybovém režimu a poskytované rehabilitaci u pacientů s potížemi PA.

Soubor pacientů a metodika

Šetření bylo provedeno u pracovníků jednoho obuvnického závodu, kteří byli práce neschopní pro různá onemocnění pohybového aparátu. Do připraveného dotazníku zaznamenávali pacienti údaje o potížích pohybového aparátu, mimopracovní pohybové aktivitě, cvičení doma a na rehabilitačním oddělení polikliniky. Délka trvání potíží pohybového aparátu byla ověřována studiem zdravotnické dokumentace pacientů. Podle ní byl zjišťován také počet pracovních neschopností a prostonaných dnů v průběhu kalendářního roku a počet vyšetření u závodních a odborných lékařů pro potíže pohybového aparátu. Součástí studie bylo klinické revmatologické vyšetření, jehož cílem bylo nejen určení diagnózy a příčiny potíží, ale také doporučení dalšího léčebného postupu.

Výsledky

V souboru bylo 303 pacientů (201 žen a 102 mužů). U převážné většiny pacientů se jednalo o bolesti zad. Rozdělení pacientů podle diagnóz je v tabulce 1.

Průměrný věk pacientů v době šetření činil 45,6 roků a při rozdělení souboru podle diagnóz se podstatně nelišil.

První potíže PA se objevovaly nejčastěji ve třetím deceniu a v době šetření trvaly průměrně 10,5 roku. Průměrný věk pacientů při prvním vyšetření závodním lékařem pro potíže PA je zakreslen na grafu 1.

Ze zkoumaného souboru udávali jednorázové potíže jen čtyři pacienti. Převážná většina pacientů měla potíže trvalé nebo často se opakující. Podrobnější informace o frekvenci potíží PA jsou v tabulce 2.

Průměrný počet prostonaných dnů pro nemoci PA během kalendářního roku 1986 v přepočtu na 1 pacienta činil u mužů 29,4 a u žen 38,3 dnů.

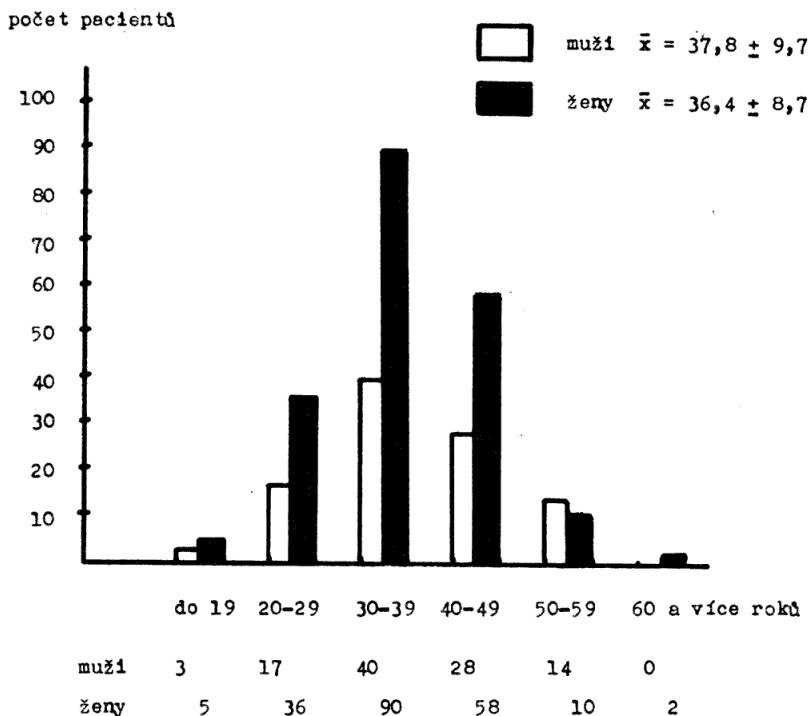
Každý pacient zkoumaného souboru byl opakovaně vyšetřen svým závodním lékařem. V průběhu posledních pěti let bylo 280 pacientů (92,4 %) vyšetřeno konziliárně ortopedem, neurologem nebo revmatologem. Značná část pacientů byla opakovaně vyšetřena různými odbornými lékaři.

Rehabilitační zařízení podniku, poskytující saunu, páru, masáže a skotské stříky, navštěvovalo pravidelně 37 pacientů (12,2 %). Zařízení tělovýchovných jednot a Parku kultury a oddechu (kondiční gymnastika, aerobik, jóga apod.) využívalo 27

Tabulka 1 Rozdělení pacientů podle diagnóz

Dg.	počet n	pacientů %
osteoartróza	28	9,3
nemoci kolenního kloubu	13	4,3
specifické bolesti zad	114	37,6
nespecifické bolesti zad	118	39,0
mimokloubní revmatismus	30	9,9
celkem	303	100,0

P. KUTĚJ/ REHABILITACE A KOMPLEXNÍ TERAPIE NEMOCÍ POHYBOVÉHO APARÁTU



Graf 1 Věk při prvních potížích pohybového aparátu

Tabulka 2 Frekvence potíží

potíže	počet n	pacientů %
trvale	72	23,8
několikrát ročně	129	42,6
jedenkrát ročně	40	13,2
ojediněle	58	19,1
jednorázově	4	1,3
celkem	303	100,0

pacientů (8,9 %). Do městských lázní chodilo pravidelně plavat 26 pacientů (8,6 %). Na rehabilitační oddělení polikliniky chodilo cvičit 7 pacientů (2,3 %). Doma pravidelně cvičilo denně 11,2 % pacientů a nepravidelně 51,8 % pacientů. Zbývajících 37 % pacientů necvičilo vůbec.

Diskuse

Výsledky šetření vypovídají, že u poměrně mladého souboru pacientů se jednalo o chronické, dlouhodobé potíže PA, které vyžadovaly nejen opakované lékařské vyšetření, ale vedly také k opakovaným a dlouhým pracovním neschopnostem.

Obuvnický závod je zařazen do skupiny lehkého průmyslu, ale charakter většiny vykonávaných profesí s jednostranným a stereotypním zatěžováním nevhodnými pracovními polohami a nuceným pracovním tempem pásové výroby představuje zvýšené nároky na pohybový aparát.

Odstanění rizikových faktorů v zaměstnání bude v současných podmínkách nesmírně obtížné. O to více vystupuje do popředí terapeutický význam rehabilitace a léčebné tělesné výchovy.

O příznivém vlivu rehabilitace na potíže PA byla publikována řada prací. Vyplývá z nich, že k tomu, aby pohybová léčba splnila svůj účel je nutné dodržet 2 podmínky.

1. Seznámit pacienta s příčinami a charakterem jeho potíží a motivovat ho k aktivní spolupráci.

2. Naučit pacienty správným cvikům a „sžít se“ se svojí chorobou.

Kvalifikované poučení pacienta o vhodných formách cvičení se jeví nezbytné proto, že bylo prokázáno, že u pacientů, kteří absolvují rehabilitační cvičení bez předchozího náležitého poučení, je po přechodném zlepšení stavu často pozorována tendence k návratu původních potíží. Naproti tomu u pacientů, kteří byli o příčinách potíží a významu cvičení předem poučeni jsou dlouhodobé výsledky léčebné rehabilitace mnohem lepší.^{7, 8}

Získat pacienta pro spolupráci, ovlivnit jeho znalosti, postoje a chování nelze jinak než systematickou zdravotnickou výchovou.¹⁵ Na poměrně malou informovanost pacientů s nemocemi PA o charakteru jejich nemocí upozorňovala již řada autorů.^{3, 5, 11, 14, 16} Tento názor potvrzují i údaje o nedostatečné pohybové aktivitě pacientů našeho souboru a malém využívání podnikového rehabilitačního zařízení.

Kvalifikované poučení pacienta a praktická instruktáž spolu úzce souvisí. Jedině touto formou je možno podchytit a upevnit zájem pacientů o cvičení. Teprve v době, kdy pacienti sami pocítí příznivý účinek cvičení, se dá předpokládat jejich přesvědčení o prospěšnosti cvičení, které by se pak mělo stát trvalou součástí jejich života. Bylo zjištěno, že lepší výsledky rehabilitace jsou dosahovány u pacientů, kteří se zúčastnili praktické instruktáže než u pacientů, kteří cvičili podle písemného návodu.⁷

Ve sledovaném souboru pacientů chodilo cvičit na rehabilitační oddělení polikliniky jen 2,3 % pacientů. U nich se dá předpokládat, že prováděli cviky správným způsobem. Ostatní pacienti cvičili podle různých brožurek, návodů v časopisech a rad příbuzných či známých. Účinnost takového cvičení nemusí být vždy efektivní a někdy může vést i ke zhoršení potíží a navození nedůvěry pacientů v pozitivní účinek cvičení.

Rehabilitace a pohybová léčba je v komplexní terapii nemocí PA nezastupitelná. Její význam je umocněn tím, že vedle funkce léčebné se při ní uplatňuje také princip sekundární prevence. V řadě případů může být podíl správné a včasné rehabilitace na zachování dobré pohybové aktivity pacienta větší než vliv léčby medikamentózní. Konečný efekt rehabilitace je úměrný její komplexnosti, včasnosti zahájení a délce trvání. To jsou důvody, které by měly vést ke zvýšení požadavků na rehabilitaci pacientů s nemocemi PA, specializaci rehabilitačních pracovníků a vyčlenění části lůžkového fondu pro léčbu a rehabilitaci revmatických pacientů. K dosažení optimálního stavu

P. KUTĚJ/ REHABILITACE A KOMPLEXNÍ TERAPIE NEMOCÍ POHYBOVÉHO APARÁTU

nebude postačující jen dobrá spolupráce revmatologů s rehabilitačními pracovníky, ale do této problematiky bude nutné zasvětit také organizátory zdravotnictví a vedoucí pracovníky zdravotnických zařízení.

LITERATURA

1. ČSSR Zdravotnictví 1986, Ústav zdravotnických informací a statistiky, Praha 1986.
2. FRYMOYER, J. W., POPE, M. H., CLEMENTS, J. H. et al.: Risk factors in low back pain. *J. Bone and Joint Surg.*, Vol. 65-A, 1983, č. 2, s. 213 – 218.
3. GLADKIJ, I.: Současný stav informování pacienta lékařem. *Čs. Zdrav.*, 22, 1974, č. 2, s. 77 – 83.
4. KOPOR, Š.: Invalidizácia na choroby pohybového ústrojenstva v okrese Košice-vidiek. *Čs. Zdrav.*, 32, 1984, č. 12, s. 510 – 519.
5. KUTĚJ, P.: Postavení pohybové léčby v komplexní terapii revmatoidní artritidy. *Fysiat. Věstn.*, 66, 1988, č. 2, s. 114 – 119.
6. KUTĚJ, P.: Pracovní neschopnost pro nemoci pohybového aparátu v jednom obuvnickém závodě. *Fysiat. Věstn.*, 67, 1989, č. 3, s. 149 – 154.
7. MAHLAMÁKI, S. et al.: Terapeutická cvičení zad v preventivní péči o dospívající lyžaře běžce. Sborník IV. evropského tělovýchovného lékařství, III. část, ÚVČSTV, Praha 1985.
8. MOFFETT, J. A., CHASE, S. M., PORTEK, I. et al.: A controled prospective study to evaluate the effectiveness of a back school. *Spine*, 11, 1986, č. 2, s. 120 – 122.
9. NACHEMSON, A. L.: Work for all. For those with low back pain as well. *Clin. Orthop.*, 1979, 1983, s. 77 – 85.
10. NEVŠÍMALOVÁ, E.: Výskyt nemocí pohybového systému v hornictví v roce 1978. *Pracov. Lék.*, 33, 1981, č. 6 – 7, s. 214 – 224.
11. NOHEJL, J., ZNOJOVÁ, M.: Informovanost nemocných revmatoidní artritidou o příčinách choroby. *Fysiat. Věstn.*, 64, 1986, č. 3, s. 147 – 150.
12. NOHEJL, J., DOSTÁL, C., ZNOJOVÁ, M. et al.: Analýza bolestí v zádech ve vzorku pražské průmyslové populace. *Prakt. Lék. (Praha)*, 66, 1986, č. 13, s. 488 – 491.
13. ROZSYPAL, J.: Výzkum vztahu diagnóz onemocnění a vykonávaných pracovních operací. Odbor sociálního rozvoje o. p. Svit, Gottwaldov, 1983.
14. SÍŤAJOVÁ, H., TAUCHMANNOVÁ, H., SÍŤAJ, Š.: Novšie perspektívy v sekundárnej prevencii chorých na ankylozujúcu spondylartritídu I. *Fysiat. Věstn.*, 55, 1977, č. 4, s. 201 – 207.
15. TAUFROVÁ, M.: Zdravotníci pracovníci a zdravotní výchova v procesu léčebné péče. *Čs. Zdrav.*, 17, 1969, č. 8, s. 305 – 313.
16. THURZOVÁ, E.: Súčasný trendy v prevencii vertebrogénnych syndrómov. *Rehabilitácia*, 21, 1988, č. 4, s. 237 – 243.
17. VRBÍK, J. et al.: Pracovní neschopnost pro dorzopatie podle odborových svazů. *Čs. Zdrav.*, 37, 1989, č. 1, s. 26 – 36.

Adresa autora: MUDr. P. K., Havlíčkovo nábř. 600, 762 75 Zlín

П. Кутей

РЕАБИЛИТАЦИЯ И КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Резюме

У 303 сотрудников обувного завода с заболеваниями двигательного аппарата был проведен анализ двигательного режима и оказываемой реабилитационной помощи.

P. KUTĚJ/ REHABILITACE A KOMPLEXNÍ TERAPIE NEMOCÍ PONYBOVĚHO APARÁTU

В группе преобладали больные с болями спины (76,6 %). Первые затруднения появлялись чаще всего на третьем десятилетии а во время обследования они продолжались в среднем 10,5 года. У 23,8 % пациентов затруднения были продолжительными, у 42,6 % они повторялись по нескольку раз в год. Все больные оказывались повторно нетрудоспособными. Консилиум врачей разных специальностей обследовал 92,4 % больных. По данным исследования большей эффективности можно достичь более частой реабилитацией с квалифицированным поучением пациентов о значении физкультуры и с практическим инструктажем по проведению отдельных упражнений, равно как сосредоточением госпитализированных больных в одном стационарном отделении и обеспечением достаточного количества методистов.

P. Kutěj

REHABILITATION AND COMPREHENSIVE THERAPY IN DISEASES OF THE MOTOR SYSTEM

Summary

In 303 workers of a shoe factory with disorders of the motor system an analysis of the exercise regimen was carried out and rehabilitation therapy applied. In this group of patients pain in the region of the back predominated (76,6 %). The first complaints started to appear most frequently in the third decenium, and at the time of the investigation the pain had persisted for an average of 10,5 years. In 23,8 % of the patients the complaints were constant, in 42,6 % they recurred several times in the course of a year. All patients had been repeatedly incapable of work. Consiliary examined by various specialists were 92,4 % of the patients. Exercise therapy at the department of rehabilitation was attended by 2,3 % of the patients. According to results of investigations a better effectivity of therapy could be achieved by more frequently applied rehabilitation therapy and by qualified instruction about the importance of exercise and by practical instruction on correct exercises, as well as the concentration of hospitalized patients in a special in-patients department and the provision of an adequate number of rehabilitation workers.

P. Kutěj

REHABILITATION UND UMFASSENDE BEHANDLUNG VON ERKRANKUNGEN DES LOKOMOTIONSAPPARATES

Zusammenfassung

Bei 303 Mitarbeitern einer Schuhfabrik mit Erkrankungen des Lokomotionsapparates wurde eine Analyse des Bewegungsregimes durchgeführt und Rehabilitationsbehandlung verabreicht. Im Patientengut litten die meisten (76,6 %) an Rückenschmerzen. Die ersten Beschwerden kamen am häufigsten im dritten Dezennium zum Vorschein und zur Zeit der Untersuchung hatten sie im Durchschnitt schon 10,5 Jahre gedauert. Bei 23,8 % der Patienten dauerten die Beschwerden ununterbrochen an, bei 42,6 % wiederholten sie sich mehrmals im Laufe des Jahres. Alle Patienten waren wiederholt arbeitsunfähig. Von verschiedenen Fachärzten wurden 92,4 % der Patienten konsiliarisch untersucht worden. 2,3 % der Patienten besuchten die Rehabilitationsabteilung, um Heilgymnastik zu betreiben. Aus den Ergebnissen der Untersuchung läßt sich darauf schließen, daß mit häufigerer Rehabilitationsbehandlung, begleitet von qualifizierter Belehrung der Patienten über die Bedeutung der Heilgymnastik und von praktischer Anleitung zu richtigem Turnen, ebenso wie mit der Zusammenführung der hospitalisierten Patienten in einer Krankentabteilung sowie mit dem Einsatz einer ausreichenden Anzahl von Rehabilitationstherapeuten größere Wirksamkeit der Behandlung erreicht würde.

P. KUTĚJ/ REHABILITACE A KOMPLEXNÍ TERAPIE NEMOCÍ POHYBOVÉHO APARÁTU

P. Kutěj
LA RÉADAPTATION ET LA THÉRAPIE COMPLEXE
DES MALADIES DE L'APPAREIL MOTEUR

Résumé

Chez 303 travailleurs d'une entreprise de chaussures affectés de maladies de l'appareil moteur, on a effectué une analyse du régime moteur et de la réadaptation procurée. Le groupe comprenait, en majeure partie, les patients affectés de troubles du dos (76,6 p.c.). Les premiers troubles sont apparus, le plus souvent, dans la troisième décennie et pendant l'examen ont duré environ 10 ans et demie. Chez 23,8 p.c. des patients les troubles étaient durables, chez 42,6 p.c. ils se répétaient plusieurs fois par an. Tous les patients avaient une incapacité de travail fréquente. Différents spécialistes ont examiné 92,4 p.c. conciliairement. 2,3 p.c. des patients venaient faire des exercices à la section de réadaptation. Selon les résultats des examens une efficacité supérieure de traitement pourrait être atteinte par la réadaptation plus fréquente, avec une instruction de qualité des patients les informant sur l'importance des exercices et avec une instruction pratique des exercices justes, par la concentration des patients hospitalisés dans une division à une couchette et l'assurance d'un nombre suffisant de kinésithérapeutes.

J. ALLAN HOBSON
STATES OF BRAIN AND MIND
Poruchy mozgu a poruchy vedomia
Boston, Basel, Birkhäuser Verlag, 1988
ISBN 0-8176-3409-6

Prof. Hobson – psychiater harvardskej univerzity pripravil vo vydavateľstve Birkhäuser Verlag v Bostone a Bazileji krátku publikáciu s výberom hesiel, ktoré sa zaoberajú stavmi porúch mozgovej činnosti a porúch vedomia.

Tento výber je cieľavedome zoradený, jednotlivé heslá sú súčasťou Adelmanovej Encyklopédie vied o nervovej činnosti, ktorú vydalo rovnaké vydavateľstvo, a ktorá predstavuje komplexné dielo zamerané na všetky vedecké oblasti o nervovom systéme. Hobsonov výber je súčasťou série podobných výberov, prameňom je uvedená encyklopédia a všetky tieto série sú cieľavedome zamerané na špeciálne otázky, tak ako je to u tejto Hobsonovej publikácie.

Encyklopedickým spôsobom jednotliví autori hesiel stručne poukazujú na charakteristiku daného stavu. Obrazová dokumentácia a následná literatúra dopĺňajú jednotlivé heslá. Všetky heslá sú uvedené na súčasný stav po-

znania, stručným spôsobom informujú o všetkých aspektoch, ktoré charakterizujú danú tematiku. Pozoruhodne spracované heslá sú agresia a centrálna kontrola, umelá inteligencia, funkčné aspekty asymetrie mozgu, cirkadiálne rytmy, emócie, problematika inteligencie, otázky motivácie, bolesť ako fenomén, relaxácia a jej fyziológia, história a klinické použitie, otázky spánku, neurochémia stresu, vnímanie času. Tým nie je povedané, že ostatné heslá – celkovo je tu uvedených 51 hesiel – nie sú dobre spracované; naopak, spracovanie všetkých hesiel predstavuje moderný vzor pre racionálne, krátke a informujúce vyjadrenie všetkého, čo je základným obsahom hesla.

Hobsonov výber predstavuje dobrú príručku pre každého, kto sa stretáva vo svojej práci s oblasťou modernej neurológie, neurofyziológie a psychiatrie, obsah i rozsah zodpovedajú potrebám súčasnej úrovne informácií danej oblasti.

Dr. M. Palát, Bratislava

REHABILITAČNÍ OMLADINA

Pod tímto stručným názvem se konaly prvé celostátní dny mladých rehabilitačních odborníků (do 40 let) od 14. do 16. 12. 1989 v zotavovně Leningrad v Mariánských Lázních. Celkem 170 účastníků dalo přednost otázkám metodických postupů v rehabilitaci před pečením vánočního cukroví. Uvedené téma umožnilo přednést celkem 40 příspěvků, zaměřených na léčebnou rehabilitaci v oblasti ortopedicko-traumatologické, neurologické, interní i pediatrické, na problematiku páteře, ergodiagnostiku i na technické pomůcky. Přednášeli zhruba stejným dílem lékaři i rehabilitační pracovníci se středoškolským i vysokoškolským vzděláním. Významně se podíleli odborníci z lázeňských léčeben, z čehož vyplývá jejich zájem podílet se na činnosti rehabilitační společnosti.

Šťastnou náhodou padla tato dlouho připravovaná akce do revolučního kvasu po 17. listopadu. Proto zdobily zasedací sál plakáty Havel na hrad a probíhající diskuse byla bouřlivá a dotýkala se zásadních otázek. Koncepti rehabilitace rozebral již v úvodním příspěvku dr. J. Calta. Další revoluční myšlenky přinesli zástupci pražských studentů vysokoškolského rehabilitačního studia i dvouletého nastavbového studia, kteří se z vlastní iniciativy na akci zúčastnili. Hned od prvního dne začaly pracovat paralelně s odborným jednáním dvě komise, připravující návrh usnesení v oblasti studia a dále v oblasti oboru rehabilitačního lékařství. Diskuse, která se táhla dlouho do noci, se zúčastnili i přítomní zástupci výboru České rehabilitační společnosti, kteří již věkovou hranici 40 let překročili: profesor V. Janda, dr. E. Haladová a autor těchto řádků.

Usnesení obsahuje především návrh jednotného dvojstupňového rehabilitačního studia na vysokoškolské úrovni. Nižší, tříletý stupeň by odpovídal dosavadní nastavbě, nejlepší studenti by pokračovali další dva roky. Řada dalších návrhů se zaměřuje na postgraduální vzdělávání, celkovou koncepci oboru, jeho další rozvoj, na zajištění vzdělávacího materiálu (publikací i videozáznamů). Celkově má být usnesení podnětem pro větší iniciativu jednotlivých členů rehabilitační společnosti. Současně byla vytvořena koordinační komise, která bude všechny podněty dále rozpracovávat a předkládat je příslušným institucím.

Účastníci pracovních dnů vyplnili na závěr dotazníky. Z nich vyplývá, že účast na pracovních dnech pro ně byla přínosem, a to pro odborné informace, diskusi i ze společenského hlediska. Zajímavé je, že většina by byla ochotná se zúčastnit odborného zájezdu do zahraničí. Především však většina účastníků doporučuje podobné akce opakovat, nejlépe každoročně. Předběžně jsme se domluvili, že příští Rehabilitační omladina se uskuteční v prvním pololetí roku 1991. Kde? Někde dále na východ, aby také počet účastníků ze Slovenska mohl být větší. Předběžně se navrhuje kraj východočeský nebo jihomoravský. Pokud má některý čtenář návrh na vhodný objekt, necht' jej sdělit.

Dr. J. Votava

OSTEOPOROSIS 1990

Dňa 16. marca 1990 sa konalo v Budapešti za účasti viac ako 100 odborníkov, predovšetkým z európskych krajín a z Maďarska, medzinárodné sympóziu „Osteoporosis 1990“. Sympóziu pripravila Maďarská spoločnosť pre endokrinológiu a metabolizmus spolu so Sandozom v Bazileji.

V príjemnom prostredí hotela Hilton otvoril sympóziu prof. Halló, prezident sympózia. Po ďalších prejavoch hostí sa pristúpilo k vlastnému programu. V prvej časti sa diskutovali otázky postmenopauzálnej osteoporózy (Szücs, Halló z Budapešti), problematika analgetického efektu

kalcitonínu (Gennari zo Sieny), zvýraznila sa úloha aplikácie kalcitonínu v prevencii a liečbe osteoporózy nazálnym sprayom (Christiansen z Kodane) a prezentovala sa štúdia o liečbe senilnej osteoporózy rôznymi dávkami nazálne podávaného kalcitonínu (Kocijančič, Ganta-Rott, Salobor z Ljubljany).

Po krátkej prestávke nasledoval ďalší súbor prednášok o osteoporóze ako následku poruchy ovárií (Marton z Budapešti), o efekte kalcitonínu pri strate kostnej hmoty po ovariectómii (Mazzuoli z Parmy), o použití nazálneho spraya kalcitonínu v liečbe osteoporózy vznikajúcej pri aplikácii kortikosteroidov (Ringe z Leverkusenu).

Posledná, tretia skupina prednášok sa formou panelovej diskusie zaoberala socio-ekonomickou problematikou osteoporózy. Pod vedením moderátora prof. Bleichera z Bazileje sa na tejto diskusii zúčastnili nielen referenti z predchádzajúcich prednášok, ale aj celý rad ďalších odborníkov z Maďarska a iných krajín. Záver celého sympózia spočíval v krátkom videozázname dokumentujúcom efekt kalcitonínu na kostné bunky, so záverečným slovom prof. Bleichera z Bazileje.

Osteoporóza predstavuje v súčasnej medicíne – traumatológii, rehabilitačnej medicíne, vnútornom lekárstve, ale aj v ďalších medicínskych odboroch veľmi závažný problém. Ide o dlhodobý syndróm vznikajúci pri najrôznejších podmienkach, sprevádzaný bolesťou a predstavujúci určité „crux medicorum“ súčasnej medicíny. Zavedenie kalcitonínu do terapie tohto závažného syndrómu ukazuje nielen nový prístup pri jeho liečbe, ale súčasne nový princíp využiteľný tak formou parenterálnej aplikácie, ako aj formou nazálnej sprayovej aplikácie, ktorý okrem vlastného efektu na osteoporotické ložiská postihuje druhý závažný symptóm – t.j. bolesť. Práve v tom možno vidieť pozitívny príspevok tohoto liečebného princípu. Dnes možno povedať, že zavedenie kalcitonínu predstavuje skutočne nový prístup pri liečení syndrómu osteoporózy.

Sympóziu bolo organizačne dobre pripravené, bohaté diskusie k jednotlivým referátom a najmä záverečná diskusia poukazujú nielen na závažnosť a dôležitosť celej problematiky, ale predovšetkým na jej zásadný význam pre terapiu osteoporotického syndrómu.

Dr. M. Palát, Bratislava

SPRÁVY Z INŠTITÚTOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

Záverečné zkušky pomaturitného specializačného studia v úseku práce liečebná telesná výchova sa uskutočnili v IDV SZP Brno v nasledujúcich termínoch 9. 10. – 13. 10. 1989, 23. 10. – 27. 10. 1989, 13. 11. – 17. 11. 1989 a 20. 11. – 24. 11. 1989.

Studium zakončilo a specializaci získalo 86 rehabilitačných pracovníkov

Adámková Hana
Antoniková Eva
Aubrechtová Lenka
Berglová Jiřina
Bičíštová Jana
Boronová Marcela
Bydžovská Petruška
Danemarková Alena

OÚNZ České Budějovice
VÚB Mariánské Lázně
OÚNZ Břeclav
OÚNZ Rokycany
ÚZZ Praha
VÚB Mariánské Lázně
VN České Budějovice
OÚNZ Rakovník

Doležalová Ivana
Doležalová Jaroslava
Dvořáková Helena
Dvořáková Lenka
Fialová Alena
Fridrichovská Eliška
Godulová Ingrid
Havlíčková Eva
Hercíková Hana
Houbová Ilona
Hrbáčová Eva
Husárová Eva
Chlápková Dana
Jágllová Karla
Jasyčková Helena
Jeníčková Eva
Ježková Zuzana
Kadlec Michal
Kadrmanová Ivana
Kainarová Ludmila
Klausová Jiřina
Kobylková Jitka
Kopačková Eva
Kopecká Eva
Korejtková Jaroslava
Kovaříková Blanka
Kozáková Irena
Kozelková Olga
Kratochvílová Vladislava
Křížková Jitka
Kubičková Věra
Kučerová Margita
Kuchařová Naďa
Lechová Jaroslava
Lichvářová Hildegarda
Málková Miroslava
Mišinová Eva
Müllerová Šárka
Nagyová Eva
Navrátilová Iva
Navrátilová Jana
Neubauerová Hana
Neubauerová Hana
Nosková Dana
Nováková Vlasta
Pazderská Eva
Permedlová Alena
Pešková Hana
Peterková Iva
Peterková Eva
Pilečková Blanka
Pokorná Dana
Remešová Alena
Řihová Drahomíra
Sacherová Alena
Salabová Ludmila
Silovská Jarmila

OÚNZ Trutnov
OÚNZ Praha 2
OÚNZ Ústí n. Lab.
OÚNZ Prostějov
OÚNZ Prostějov
OÚNZ Jihlava
OÚNZ Karviná
OÚNZ Praha
ZÚNZ Příbram
ÚZZ Plzeň
NsP Krnov
ZÚNZ Praha
IKEM Praha
OÚNZ Cheb
ÚNZ VS Praha
OÚNZ Teplice
OÚNZ Praha 2
FMV Praha
OÚNZ Ústí n. Orlicí
Čs. státní lázně Jeseník
OÚNZ Litoměřice
IKEM Praha
KÚNZ České Budějovice
ÚNZ VN Praha
OÚNZ Chrudim
OÚNZ Ústí n. Orlicí
OÚNZ Beroun
OÚNZ Šumperk
Dřutěva Brno
OÚNZ Příbram
OÚNZ Havlíčkův Brod
KÚNZ Brno
n. p. ŽD Bohumín
MÚNZ Ostrava
OÚSS Prostějov
ÚZZ Praha
OÚNZ Třebíč
OÚNZ Karlovy Vary
OÚNZ Benešov
OÚNZ Hodonín
OÚNZ Brno-venkov
KÚNZ Plzeň
MÚNZ Brno
OÚNZ České Budějovice
OÚNZ Hradec Králové
OÚNZ Liberec
KÚNZ Brno
OÚNZ Vyškov
OÚNZ Louny
Čs. státní lázně, Janské Lázně
OÚNZ Písek
ZÚNZ Praha
OÚNZ Chomutov
OÚNZ Praha
OÚNZ Praha 5
OÚNZ Kladno
KÚNZ Plzeň

Smažíková Libuše
Sobotková Eva
Suchánková Eva
Sýkorová Miluše
Šafaříková Pavla
Šelongová Lenka
Šorfová Jitka
Štěpinová Dagmar
Švihlíková Hana
Trojanová Jana
Trnišínová Eva
Ulrichová Jarmila
Vejdová Naďa
Veselá Věra
Vítová Věra
Vlková Jana
Vojíková Eva
Voldřichová Jaroslava
Vrzalová Hana
Webersinková Jaroslava
Žák Ladislav

OÚNZ Praha
MÚNZ Brno
OÚNZ Břeclav
Čs. státní lázně, léčebna Bílina
OÚNZ Vsetín
OÚNZ Jindřichův Hradec
OÚNZ Jablonec n. Nisou
Čs. státní lázně Janské Lázně
OÚNZ Pardubice
SÚNZ Praha 6
Čs. státní lázně, Nové Lázně
MÚNZ Ostrava
OÚNZ Praha 8
ÚZZ Praha
Čs. státní lázně Toušeň
KÚNZ Plzeň
Čs. státní lázně, Mariánské Lázně
OÚNZ Strakonice
OÚNZ Přerov
OÚNZ Praha 3
OÚNZ Cheb

B. Chlubnová, IDV SZP Brno

Institút pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně, katedra rehabilitačních pracovníků, připravuje na školní rok 1990/91 následující školící akce

KURSY

Kurs pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova
Brno, 1. 10. – 5. 10. 1990, 27. 5. – 7. 6. 1991

Náplň: obtížnější úseky pomaturitního specializačního studia

Kurs pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčba prací

Brno, 12. 11. – 23. 11. 1990, Hrabyně, 13. 5. – 24. 5. 1991

Náplň: obtížnější úseky pomaturitního specializačního studia

Inovační kurs pro vedoucí rehabilitační pracovníky

Brno, 17. 6. – 21. 6. 1991

Náplň: inovace znalostí v odborné i řídicí práci, seznámení s novými směry v oboru

Inovační kurs pro RP specialisty v rehabilitačních postupech v neurologii

Brno, 28. 1. – 1. 2. 1991

Náplň: nejnovější poznatky v rehabilitačních postupech u nejčastějších neurologických onemocnění

Inovační kurs pro RP specialisty v metodice a systematice LTV

Brno, 4. 3. – 8. 3. 1991

Náplň: rozšíření zásobníku cviků podle fyziologického účinku; metodika a systematika volby

Inovační kurs pro RP specialisty v reflexní lokomoci

Praha, 22. 10. – 2. 11. 1990

Náplň: teoretické a praktické zvládnutí vývojové kinezilogie a reflexní lokomoce

Inovační kurs pro specialisty v ergoterapii

Kladruhy u Vlašimi, 29. 10. – 2. 11. 1990

Náplň: novinky v ergoterapii

Tematický kurs pro řadové rehabilitační pracovníky všech typů zdravotnických zařízení v problematice reflexních technik

Brno, 7. 1. – 18. 1. 1991

Náplň: teoretické základy některých současných reflexních technik a jejich praktické využití v léčebné rehabilitaci

Tematický kurs pro řadové rehabilitační pracovníky v metodách hybného systému

Brno, 11. 3. – 15. 3. 1991

Náplň: speciální vyšetřovací metody hybného systému se zřetelem na patofyziologický rozbor onemocnění a na dynamiku postižení

Tematický kurs pro řadové rehabilitační pracovníky se zaměřením na skupinovou léčebnou tělesnou výchovu

Kladruhy, 5. 11. – 16. 11. 1990

Náplň: možnosti využití skupinové léčebné tělesné výchovy u nemocných po úrazech a operacích

Tematický kurs pro pracovníky NV a jiných organizací, kteří se zabývají začleňováním občanů se změněnou pracovní schopností do pracovního procesu v problematice pracovní rehabilitace.

Brno, 8. 10. – 12. 10. 1990

Náplň: Závažnost léčebné a pracovní rehabilitace, ergotestiny a jeho zdravotní, funkční, psychologické a sociální závěry u občanů se změněnou pracovní schopností, možnosti a úkoly spolupráce.

Tematický kurs v rehabilitaci hospitalizovaných pacientů na rehabilitačních lůžkových odděleních (pro primáře rehab. lůžkových oddělení a jejich vedoucí rehabilitační pracovníky a vrchní sestry).

Praha, společně s IDV LF, termín bude určen dodatečně

Náplň: ergodiagnostika, diagnostika pro posudkové lékařství, ošetřování zvláště závažných stavů, spolupráce s ostatními odděleními, aktivita všedního života pacientů a léčebná výchova k soběstačnosti

Soustředění vyučujících studijního oboru RP na SZŠ – celostátní

Brno, 1. a 2. 7. 1991

Náplň: aktuální problematika přípravy rehabilitačního pracovníka

ŠKOLÍCÍ MÍSTA

Školící místo v léčebné rehabilitaci v oblasti spondylochirurgie i obecné ortopedie

Brno, ortopedická klinika FNŠP Bohunice, Jihlavská 100

Doba trvání: 2 týdny 5 termínů po 2 RP

Náplň: moderní poznatky z léčebné rehabilitace u deformit páteře a úrazů páteře. LTV v návaznosti na progresivní operační postupy v oblasti kolene a kyčelního kloubu

Školící místo v metodických postupech při rehabilitaci ruky

Brno, rehabilitační oddělení FNŠP, klinika plastické chirurgie

Doba trvání: 2 týdny 5 termínů po 2 RP

Náplň: metodické postupy léčebné rehabilitace po poraněních a plastických operacích ruky

Školící místo v elektroterapii se zaměřením na elektrodiagnostiku a elektrostimulaci (pro RP, kteří těmito metodami pracují)

Brno, vojenská nemocnice

Doba trvání: 2 týdny 5 termínů po 2 RP

Náplň: Stimulace elektrickými impulsy různých délek a tvarů u paréz a ostatních poruch nervosvalové dráždivosti. Elektrodiagnostické metody.

Školící místo v pohybové léčbě po kardiochirurgických a cévních operacích

Kardiochirurgické a transplantační oddělení FNŠP, Pekařská 53, Brno

Doba trvání: 1 týden 5 termínů po 2 RP

Náplň: Metodické postupy pohybové léčby po kardiochirurgických a cévních operacích. Předoperační příprava, časná pohybová léčba.

Školící místo v problematice komplexní rehabilitace u tělesně postižených dětí a mládeže

Rehabilitační oddělení Ústavu sociální péče pro tělesně postižené děti a mládež, Brno

Doba trvání: 1 týden 3 termíny po 2 RP

Náplň: Formy a možnosti pohybové léčby a ergoterapie v podmínkách ústavu sociální péče. Návaznost na pracovní rehabilitaci. Možnosti výchovné péče a zájmové činnosti.

Školící místo v léčebné rehabilitaci v geriatrii

Léčebna dlouhodobě nemocných, Letovice

Doba trvání: 1 týden 6 termínů po 2 RP

Náplň: Obecná problematika komplexní léčebné rehabilitace u osob vyššího věku. Psychoaktivní skupiny a jejich provádění. Problematika cévních mozkových příhod, nejčastějších úrazů a amputací.

Školící místo v léčbě prací po účastníky PSS v úseku LP

RÚ Hrabyně

Doba trvání: 2 týdny 5 termínů po 2 RP

Náplň: Individuální práce s nemocným, praktická aplikace získaných teoretických a praktických poznatků

Poznámka: Případné změny budou sděleny přes OVLV-KÚNZ a rezorty. Termíny školících míst budou uvedeny v tematickém plánu.

B. Chlubnová, IDV SZP, Brno

NOVÉ KNIHY

R. D. WALL, R. MELZACK

TEXTBOOK OF PAIN

Průručka o bolesti

Churchill Livingstone Edinburgh, London, Melbourne, New York, 1989, 2. vydanie

ISBN 0-443-03669-1

Anatóm prof. R. D. Wall a psychológ prof. R. Melzack vydávajú spolu s ďalšími odborníkmi z anglofónnej oblasti sveta pozoruhodnú príručku, ktorá sa zaoberá bolesťou. Bolesť je významným symptómom v modernej medicíne

a pri mnohých stavoch predstavuje určitý signál, ktorému je nutné porozumieť, aby mohol byť vykonaný príslušný terapeutický zákrok. Veľmi rozsiahle dielo má celkom tri časti, úvod napísal prof. R. D. Wall.

Prvá časť zdôrazňuje základné aspekty – neurálne mechanizmy nocicepcie, periférne a centrálné faktory charakterizujúce oblasť bolesti a niektoré psychologické aspekty – emotívne, kognitívne, otázky akútnej a chronickej bolesti a možnosti posudzovania bolesti.

Druhá časť systematicky rozoberá klinické aspekty chorobných stavov, pri ktorých je bolesť jedným zo základných symptómov.

Tretia časť venuje pozornosť terapii a terapeutickým postupom, otázkam farmakológie, otázkam lokálnych blokády, stimulácii a fyzioterapii.

Krátke kapitoly sa zaoberajú rádioterapiou a chemoterapiou, záverečná kapitola diskutuje o problematike psychoterapie. Túto prehľadnú a informujúcu monografiu zaoberajúcu sa prakticky všetkými aspektami symptómu bolesti ukončuje vecný register. Knihu polygraficky dobre vybavilo nakladateľstvo Churchill Li-

vingstone – jeho lekárska Longmanova skupina.

Aj keď recenzované dielo má skromný názov príručka, ide o široko koncipovanú monografiu, ktorá venuje pozornosť jednému z najčastejších a diagnosticky najdôležitejších symptómov – symptómu bolesti. U nás je dobre známa Melzackova vrátková teória (gate theory) bolesti, Malzack je takisto jedným zo zostavovateľov tejto pozoruhodnej publikácie, ktorá v jednotlivých kapitolách odpovedá prakticky na všetky otázky súvisiace s problematikou bolesti. Literatúra pre ďalšie možné štúdium je uvedená vždy v závere jednotlivých kapitol, niektoré obrázky a tabuľky dopĺňajú textovú časť tejto publikácie.

Wallove a Malzackova príručka bolesti sa stane iste jednou z najvyhľadávanejších kníh, potrebných predovšetkým pre širokú prax, pretože sa tu rozoberajú aj niektoré závažné teoretické otázky.

Dr. M. Malý, Kováčová

B. J. SIEGEL, A. R. BEALS, S. A. TYLER (red.)
ANNUAL REVIEW OF ANTHROPOLOGY, Vol. 18
Ročný prehľad antropológie, ročník 18
Palo Alto CA, Annual Reviews Inc., 94303, 1989
ISBN 0-8243-1918-4

Osemnásť zväzok známej série súborných referátov z najrozličnejších oblastí antropológie je vydaný opäť pod redakciou osvedčenej trojice Diegel – Beals – Tyler. Obsahuje celkovo 16 príspevkov od 17 autorov.

Už tradičný úvodný referát so značným dôrazom na retrospektívne akcenty napísala Elizabeth Colsonová. Ide o autobiografické črty etnograficky zameranej antropológie s pohľadom na uplynulých 50 rokov. Aj v ďalšom obsahu zborníka prevládajú tematiky kultúrne-antropológické, archeologické a lingvisticke, kým antropológia v európskom (fyziosomatologickom) chápaní je v tomto zväzku zastúpená jediným článkom, a to Lokomocia primátov: užívanie a kontrola symetrických chôdzových prvkov (J. A. Vilenský a S. G. Larsonová).

Pod kultúrne-antropológickým blokom bude pre medicínsky orientovaného čitateľa asi najbližšou témou stať Psychoanalytická antropológia (R. A. Paul) s dôrazom na komparatistiku klinických metód. Sociologicky zaujímavý a poučný je príspevok Zastúpenosť medzinárodného turizmu v spoločenských vedách:

slnko, sex, úspory a servilnosť (M. Crick), ktorý poukazuje aj na tienisté stránky tak často vychvaľovanej turistiky a na jej dopad ekonomický i psychologický.

Hned dva články sú venované problému medziludskej nerovnosti: Hierarchia v jednoduchých egalitárnych spoločnostiach (J. G. Flanagan) a Archeológia rovnosti a nerovnosti (R. Paynter). Podobne vzrástol vo svete archeologických nálezov záujem aj o arabský svet – Egypt: počiatky komplexných spoločností (R. J. Wenke) a Zóny teórií v antropológii arabského sveta (Lila Abu-Lughodová) ako súborný referát o súčasnom písomníctve. Historicko-archeologický pohľad poskytuje panoráma Zánik antiky: Európa a mediteránna oblasť v prvom tisícročí pred Kristom (K. Randsborg). Väčšina ostatných príspevkov obsahuje špeciálne lingvistické a sociolingvistické témy.

V závere ročenky sa nachádzajú zoznamy prispievajúcich i citovaných autorov, vecný register a zoznam titulov prác za predchádzajúcich 5 rokov.

Doc. R. Štukovský, Bratislava

S. KLEIN-VOGELBACH
FUNCTIONAL KINETICS

Funkčná kinetika

Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong 1990

ISBN 3-540-15350-0

Ide o anglický preklad pôvodne nemeckej príručky o kineziterapii – nemecká pôvodina vyšla v 4 vydaniach v období medzi rokmi 1976 až 1990. Autoľkou je Susanne Klein-Vogelbachová, známa rehabilitačná pracovníčka; anglický preklad vyhotovila Gertrud Whitehouseová.

Kniha má celkove osem kapitol, ktoré sa zaoberajú niektorými základnými aspektami ako je orientácia pacienta, orientácia rehabilitačného pracovníka, funkčné hodnotenie, funkčný stav a liečebné techniky. Početné obrázky dopĺňa text jednotlivých kapitol tejto veľmi inštruktívne napísanej, pedagogicky dobre spracovanej a obsahovo cielene koncipovanej príručky, ktorá iste nájde veľký záujem predovšetkým v kruhoch rehabilitačných

pracovníkov, kineziterapeutov, ale aj lekárov s rehabilitačným zameraním.

Kineziterapia, u nás používame termín liečebná telesná výchova, v poslednom čase pohybová liečba, je významnou súčasťou modernej rehabilitačnej starostlivosti, predovšetkým z aspektu úpravy narušených motorických či neuromotorických funkcií pri rôznych patologických stavoch. Príručka S. Klein-Vogelbachovej vychádza z bohatých skúseností autorky a je charakterizovaná algoritmom „pozornosť – analyzovať – naučiť pohyb u človeka“.

Príručka je dobrým príspevkom medzi početnými ostatnými dielami, zaoberajúcimi sa kineziterapiou.

Dr. M. Malý, Kováčová

NGUYEN VAN NGHI

TRADITIONELLE CHINESISCHE MEDIZIN. PATHOGENESE UND PATHOLOGIE DER ENERGETIK IN DER CHINESISCHEN MEDIZIN. Bd. 1.

Tradičná čínska medicína. Patogenéza a patológia energetiky v čínskej medicíne. I. zv.

Medizinisch Literarische Verlagsgesellschaft Uelzen, 1989

ISBN 3-88136-129-4

V roku 1989 vydalo uelzenské nakladateľstvo Medizinisch Literarische Verlagsgesellschaft v edícii azijské liečiteľstvo nemecký preklad francúzskej pôvodiny o patogenéze a patológii energetiky v čínskej medicíne. Ide o značne prepracované vydanie rovnakej publikácie z roku 1971 a vydavateľský zámer počítá s dvoma zväzkami. Nemecký preklad vyhotovil dr. Heinke. Po úvode a poznámkach prekladateľa má kniha dve časti a celkom 11 kapitol. Autor-akupunkturista venuje pozornosť tradičnej čínskej medicíne a snaží sa interpretovať jej zásady a predstavy európskemu čitateľovi. Vychádza z klasických čínskych predstáv o yin a yangu a jeho fázach, zaoberá sa energiami a vzťahom človeka ku kozmu. Okrem toho popisuje aj iné systémy čínskej medicíny ako je systém Jing-Luo predstavujúci cesty šírenia sa chorôb, využitie tohoto princípu v diagnostike a terapii alebo systém

Jing-mai s komplexom meridiánov, známych z poznatkov o akupunktúre.

Druhá kniha prvého zväzku diskutuje otázky energetických energií, syndrémov, otázky diagnostiky a terapie, venuje pozornosť jednotlivým technikám ako je akupunktúra a moxibuscia a končí sa problematikou energetických bodov.

Početné zobrazenia dopĺňajú text jednotlivých kapitol, jednotlivé textové časti sú zrozumiteľné, obsahove podrobné a informujúce. Otázkou zostáva tá skutočnosť, či sa základy čínskej medicíny, aj keď sú podávané pre európskeho lekára, dajú dostatočným spôsobom využiť v širokej praxi. Akupunktúra a jej jednotlivé techniky si získavajú svoje miesto v modernej európskej medicíne, napriek tomu nie je celkom isté, či cesta použitia týchto techník je vhodná a účelná aj pre diagnosticko-terapeutické vybavenie moderného lekára pri-

kláňajúceho sa ku klasickej medicíne, obvykle v našich krajinách. V súčasnosti sa častokrát hovorí o alternatívnej medicíne; nemožno poprieť, že jej metódy majú častokrát výrazné terapeutické efekty, zatiaľ im však chýba vše-

obecné prijatie. Monografiu Nguyen Van Nghiho je potrebné čítať – akcentuje nové aspekty doteraz málo známej čínskej medicíny v jej komplexe.

Dr. E. Malá, Kováčová

**L. KAPLAN
DAS MONA LISA SYNDROM**

Syndrom Mony Lízy
Verlag Econ Düsseldorf, Wien, New York 1990
ISBN 3-430-15193-7

Prof. L. Kaplan habilitoval sa z biochémie a lekárstva a získal titul doktora filozofie v Oxforde. Vo svojej profesionálnej práci venuje pozornosť výskumu mozgu, jeho rozsiahla publikačná činnosť je práve z tejto oblasti.

V roku 1990 vydáva v düsseldorfskom nakladateľstve Econ-Verlag pozoruhodnú publikáciu o tzv. syndróme Mony Lízy. Pod týmto syndrómom rozumie pocity a myslenie muža a ženy v jednej osobe. Tento svoj názor opiera o vlastné biochemické a neurofyziologické vedecké poznatky.

Kniha má celkovo 8 kapitol, úvod a záver, ďalej je uvedený prehľad literatúry podľa jednotlivých kapitol, menný a vecný register. Jed-

notlivé kapitoly majú dobrú ilustračnú základňu, ktorá dokumentuje diskutovaný text. V jednotlivých oddieloch tejto publikácie sa hovorí o homosexualite, o partnerskom programe, ktorý podľa autora vzniká už v priebehu gravidity, o mužskom mozgu orientovanom ženským spôsobom, o mužoch, ktorí cítia ako ženy. Ďalej autor diskutuje otázky bisexuality, problém rozštepenej sexuality a hovorí o ženách, ktoré cítia ako muži. Kniha je pozoruhodná svojou tematikou a svojím obsahom, ktorý svedčí o vysokej erudovanosti autora v problematike homosexuality.

Doc. R. Štukovský, Bratislava

**Š. FARSKÝ, J. LEPEJ, E. BAKOŠ
NUKLEÁRNA KARDIOLÓGIA**

Martin, Osveta, 1989
ISBN 80-217-0079-3

V Hálkovej zbierke ako 57. zväzok vychádza prvotina martinských autorov venovaná problematike nukleárnej kardiológie. Ide o drobné dielko, určené predovšetkým širokej informácii lekárskej verejnosti a slúžiace pre postgraduálne štúdium lekárov.

Knižka má 4 kapitoly, po úvode sa v prvej kapitole autori zaoberajú otázkami historického vývoja metód nukleárnej kardiológie. Druhá kapitola diskutuje problematiku technických princípov v tejto oblasti medicínskeho snaženia; tretia venuje pozornosť scintigrafii dutín srdca a veľkých ciev. Posledná kapitola rozoberá otázky scintigrafie myokardu. Každá z kapitol je členená na niekoľko podkapitol, kde sa diskutujú čiastkové otázky základnej problematiky, ktorá je spracovaná v danej kapitole.

Záver, prehľad literatúry, niekoľko citácií (aj z rokov 1987, 1988), zoznam vyobrazení tabuliek, súhrny v ruskom, nemeckom a anglickom jazyku dopĺňajú textovú časť tejto príručky. Obrázky v prílohách sú farebné.

Nukleárna kardiológia v súčasnosti predstavuje moderný smer vo vyšetrovaní kardiovaskulárnych funkcií. Je prednosťou tejto príručky, že relatívne v krátkom čase prináša dobrú informáciu o možnostiach použitia nukleárnych vyšetrovacích metód v prevencii i terapii chorôb kardiovaskulárneho systému s prihliadnutím na modernú diagnostiku. Kniha je dobre polygraficky vybavená a uvítajú ju iste všetci tí, ktorí sa zaujímajú o výdobytky modernej kardiológie.

Dr. M. Palát, Bratislava

D. J. ATKINS, R. H. MEIER III.

COMPREHENSIVE MANAGEMENT OF THE UPPER-LIMB AMPUTEE

Komprehenzívna starostlivosť pri amputáciách hornej končatiny

New York, Berlin, Heidelberg, London, Paris, Tokyo, Springer Verlag, 1989

ISBN 3-540-96779-6

V nakladateľstve Springer Verlag vyšla v roku 1989 kniha venovaná problematike komprehenzívnej starostlivosti o pacientov s amputáciami hornej končatiny. Zostavovateľmi sú dr. D. Atkinsová z Rehabilitačného centra Baylorovej lekárskej fakulty v Houstone a dr. R. H. Meier III., riaditeľ centra pre amputovaných na oddelení rehabilitačnej medicíny na kolorádskej univerzite v Denvere. Jednotlivé kapitoly tejto dobre pripravenej a obsahovo závažnej monografie napísali poprední odborníci zo Spojených štátov, Kanady, Spolkovej republiky Nemecko a Švédska. Kniha má celkovo 22 kapitol, úvod, zoznam autorov a krátky věcný register. Literatúra je zaradená vždy na záver jednotlivých kapitol, ktoré sú bohato obrazovo dokumentované. Niektoré tabuľky dopĺňajú text jednotlivých kapitol.

Autori jednotlivých kapitol sa zaoberajú prakticky problematikou amputácií v celom jej rozsahu – hovorí sa tu o chirurgickej technike, evaluácii a plánovaní rehabilitačných programov, o chirurgickej rekonštrukcii amputovanej hornej končatiny, o otázkach protetického

tréningu. Prediskutované sú problémy fantomových bolestí a možnosti ich terapie, problematika detí amputovaných a možnosti ich protézovania, veľmi pekná je kapitola o psychologickú adaptáciu na stratu končatiny, hovorí sa tu o biomedicínskom inžinierstve, popísané sú skúsenosti z Toronta, Utahu, Bostonu a New Yorku, kde túto problematiku riešili vlastným programom osobitne zameraným na niektoré problémy amputovaných. Uvádzajú sa aj švédske a západonemecké skúsenosti.

Celá monografia je dobrým príspevkom v problematike amputácií a amputantov s osobitným zameraním na hornú končatinu. Zaujímavým spôsobom je spracovaná problematika detských amputácií. Monografia Atkinsa a Meiera III. prispieva moderným pojatím a aktuálnym spracovaním do radu tých diel, ktoré sa komprehenzívnym spôsobom venujú problematike amputácií horných končatín. Uvádza poznatky „up to date“ a vychádza z mnohých skúseností jednotlivých centier, ktoré sa zaoberajú touto problematikou.

Dr. M. Malý, Kováčová

H. MEHNERT, M. LORCHER
ERNÄHRE ICH MICH RICHTIG?

Stravujem sa správne?

Munchen, Piper Verlag, 1989

ISBN 3-492-03164-1

Drobná publikácia z pera prof. H. Mehnerta a diétnej asistentky M. Lorcherovej prináša predovšetkým praktické rady pre niektoré choroby metabolizmu, ktoré v súčasnosti predstavujú určité rizikové faktory pre civilizačné choroby. Po predhovore v úvode, v ktorom sa autori zaoberajú potrebou energie pre človeka a otázkami glycidov, tukov a bielkovín, problematikou alkoholu a chybami vo výžive, jednotlivé kapitoly venujú pozornosť obezite, poruchám metabolizmu tukov, t. j. hyperlipémiám, otázke dny a problematike diabetes mellitus. Krátka kapitola sa zaoberá chudnutím. Tabuľková časť dopĺňa túto publikáciu a jednotlivé tabuľky venujú pozornosť základným údajom o výžive.

Ako už bolo uvedené, kniha je prakticky za-

meraná a určená predovšetkým širokej verejnosti – početné recepty poukazujú nielen na kalorickú hodnotu, ale aj na biologické zloženie požitých potravín. Dôležité je hľadisko charakterizujúce práve patologické stavy, s ktorými sa súčasná spoločnosť stretáva každodenne. Chorobné stavy tak ako sú zoradené v tejto drobnej publikácii, sú veľmi rozšírené a predstavujú nielen nebezpečenstvo pre pacientov z hľadiska vlastnej nozologickej charakteristiky ochorenia, ale predovšetkým preto, že tieto chorobné stavy sú závažným rizikom pre vznik a vývoj najrôznejších chronických ochorení srdcovocievneho systému.

Príručka je dobrým, prakticky spracovaným dielom pre široké použitie.

Dr. M. Šukovská, Bratislava

J. KAMARÝT, R. STEINDL
FILOZOFICKÉ PROBLÉMY KLASICKEJ A MODERNEJ ETOLÓGIE
Praha, Academie, nakladatelství ČSAV, 1989
ISBN 80-200-0045-3

Etológia, veda dvadsiateho storočia, ktorá práve v tomto období získava stále viac prívržencov, venuje pozornosť predovšetkým správaniu sa živočíchov, ale aj správaniu človeka predstavuje predmet záujmu modernej etológie. V súčasnej medicíne sa formuje nová oblasť – behaviorálna medicína, ktorá sa zaoberá štúdiom porúch správania človeka.

Etológia nie je však novým odborom. Už od čias Darwina sa široko diskutovalo o jej podstate a jej opodstatnení v oblasti biologických vied.

Dvaja filozofi dr. J. Kamarýt a dr. R. Steindl vydali v nakladateľstve Academia v Prahe pozoruhodnú monografiu, ktorá v jednotlivých kapitolách venuje pozornosť niektorým filozofickým otázkam modernej etológie. Kniha má predhovor z pera prof. Veselovského, známeho zoológa, úvod a celkovo päť kapitol – prvá diskutuje otázky etológie ako samostatnej vednej disciplíny, druhá sa zaoberá otázkou pojmu inštinktu a vzťahu kategórií vrodeneho

a získaného, tretia diskutuje moderný problém dialektiky biosociológie. Vo štvrtej kapitole sa rozoberá evolučná teória poznania a materialistická dialektika, piata hovorí o príčinách, funkcií a motivácii agresívneho správania sa. Prehľad literatúry ruskej, anglickej, nemeckej a rezumé, menný a vecný register ukončujú moderne koncipovanú, dobre napísanú monografiu o filozofických otázkach klasickej a modernej etológie. Faktom zostáva, že problematike etológie sa zatiaľ venovala nepatrná pozornosť a že sa zriedka stretávame s prácami z tejto oblasti. Autori venovali pozornosť predovšetkým filozofickým otázkam tejto vednej disciplíny: Je potrebné zdôrazniť, že ich interpretácia zodpovedá moderným názorom na túto oblasť.

Kniha je inšpirujúca a prináša niektoré zaujímavé pohľady na celú problematiku hlavne z aspektu filozofie.

Dr. M. Štukovská, Bratislava

A. SUNDERMANN
LEHRBUCH DER INNEREN MEDIZIN, Bd. 3

Učebnica vnútorného lekárstva, 3 zväzok, 5. prepracované vydanie
Jena, VEB Gustav Fischer Verlag, 1989
ISBN 3-334-00200-4

Po dvoch dieloch, vydaných v minulých rokoch objavuje sa 3. záverečný zväzok Sundermannovej učebnice vnútorných chorôb. Tento zväzok venuje pozornosť ochoreniam endokrinného systému, poruchám metabolizmu, imunologickým a alergickým chorobám. Ďalšie kapitoly sa zaoberajú problematikou nervových ochorení, ochorení pohybového systému, chorobami zapríčinenými fyzikálnym pôsobením, veľká kapitola je venovaná intoxikáciám a záverečná kapitola diskutuje otázky intoxikácií pri práci, teda oblasť pracovného lekárstva. Vecný register ukončuje tento diel Sundermannovej trojdielnej učebnice, jednotlivé kapitoly delené desiatinným triedením sú bohaté dokumentované obrázkami, niekedy farebnými fotografiami, schémami a početnými tabuľkami. Literatúra je zaradená na záver jednotlivých kapitol.

Na spracovaní jednotlivých kapitol a podkapitol sa zúčastnil celý rad popredných nemeckých internistov a ďalších odborníkov z obidvoch nemeckých štátov, jeden autor je z Poľska.

Sundermannova učebnica predstavuje štandardné dielo vhodné pre štúdium na lekárske fakultách, využitie nájde iste aj u prakticky pracujúcich internistov. Vychádza z moderného pojatia komplexu patogenézy, patofyziológie a patológie s cieľom logicky dospieť ku klinickému záveru, ktorý je rozhodujúcim pre zodpovednú diagnosticko-liečebnú prax každého internistu.

Dielo je dobre napísané, je informujúce, jednotlivé údaje použité v kapitolách predstavujú overený komplexný prístup k danej tematike súčasných oblastí vnútorného lekárstva.

Dr. M. Palát, Bratislava

Jde o kasuistiku, kdy aplikací oxidu zinku prostřednictvím elektroforéz došlo k zahojení ran bakteriálně kontaminovaných, po neúspěšném použití jiných způsobů léčby (antibiotika). Kompletní vyhojení jedné z ran se dosáhlo po 16 dnech, druhé po 22 dnech. Výsledky ukazují, že aplikace zinku elektroforetickou cestou může být velmi účinný prostředek při hojení bakteriálně infikovaných ran, při selhání konvenční chemoterapie.

(J. A. Balogun, A. B. Abidoje, E. O. Akala: Physiotherapy Canada 42, 1990, s. 147 – 151).

Autori popisujú novú metódu na presnú lokalizáciu segmentov pri mikrodiskotómiách. Je známa skutočnosť, že nie je možné vylúčiť nesprávnu exploráciu príslušnej stáže pri operáciách disku. Pri operačnej technike využívajúcej metódu mikrodiskotómie je nutná presná lokalizácia príslušného segmentu. Tento diagnostický postup predstavuje špeciálny preoperatívny dej. Autori pri ňom používajú tenkú kanylu, pomocou ktorej, s

prihliadnutím na röntgenologickú dokumentáciu, si označujú príslušnú etáž, a tým je umožnená presná lokalizácia segmentu pri mikrodiskotómiách. Touto metódou autori docielili, že v ich materiáli nedošlo v žiadnom prípade k nesprávnej explorácii príslušnej etáže.

P. D. Platzek, J. Grifka: Ortop. Praxis 26, 1990, str. 147 – 150.

Autor popisuje prvé skúsenosti s mikrochirurgickou operatívnou technikou pri diskotóziách. Operatívny zákrok sa uskutočnil pomocou diskoskopu. Po vyhodnotení celkove 112 pacientov po jednom roku a deviatich mesiacoch sú výsledky u 81 % veľmi dobré a dobré.

W. H. Boltze: Ortop. Praxis 26, 1990, str. 160 – 162.

Autori venujú pozornosť otázkam postnukleotozového syndrómu, ktorý je po ediskotóziách relatívne častou komplikáciou. Pri diagnostike tohto syndrómu je nutné rozlíšiť jazvovité zmeny od reprotlapsu alebo prolapsu na inej etáži. Využívajú nukleospintozografiu so špeciálnym gradientom echosekvencie. Tento metodický postup dovoľuje odlišiť tka-

nivo disku od tkaniva jazvy. Pri čerstvých jazvách nie je možné získať presnú diferenciáciu. Tu možno však vyšetrenie doplniť kontrastným prostriedkom, ktorý umožňuje exaktnú diagnostiku.

A. H. v. Stempel, B. Krauss, A. Krödel: Ortop. Praxis 26, 1990, str. 154 – 159.

Geneticky podmienená porucha purinového metabolizmu vedie k hyperurikémii a neskôr k dne. Za určitých okolností sa objavuje istá forma, takzvaná arthropathia urica, ktorá rozrušuje kĺby a býva niekedy nesprávne hodnotená ako seronegatívna arthritís chronica. Je preto dôležité zvážiť túto diagnózu pri zvýšených hladinách kyseliny močovej v krvi.

K. H. Berquet: Orthop. Praxis 26, 1990, str. 186 – 188

Práca sa zaoberá liečbou pacientov s platničkovým syndrómom, u ktorých sa preoperačne použili dve metódy. Celkový počet pacientov bol 42. V prvej skupine s počtom pacientov 15 aplikovali autori lokálnu antiflogistickú terapiu – použili sakralnú anestéziu v kombinácii s kortikosteroidmi. Druhá skupina s počtom pacientov 27 dostávala alternatívnu terapiu, a to kombináciu clomipramínu (antidepressívom) a haloperidolu (neurolepticum).

Táto protibolestivá terapia bola úspešná v 55 % pri použití kombinácie antidepressíva a neuroleptika a v 33 % pri sakrálnej anestézii v kombinácii s kortikoidom. Je potrebné však konštatovať, že po ukončení terapie sa bolestivý syndróm opätovne objavil. V takých prípadoch autori použili monoterapiu clomipramínom.

N. Röttinger, A. Kirgie, M. Leng: Orthop. Praxis 26, 1990, str. 143 – 146.

Práce nórské autorky venuje pozornosť využitiu muzikoterapie ve spojení s některými dalšími metodami jako jsou relaxační cvičení a účast ošetrovatelky při léčbě bolesti u nemocných s karcinómom. Výsledky, dosažené v Nórskom radiologickém ústavu poukazujú na možnosť neinvazívneho ovlivnení symptomu bolesti.

(E. Steen: Cancer Magazine, Jaro, 1990, s. 20 – 22).

Práce srovnává efekt použití TENS (transkutánní elektrické nervové stimulace) u pacientů s bolestí ramene u hemiplegií. Tuto metodu použili u 3 skupin nemocných, v každé bylo vždy 20 pacientů. Prvá skupina dostávala třikrát týdně TENS s vysokou frekvencí, druhá TENS s nízkou frekvencí. Třetí skupina dostávala placebo-stimulaci. U každé skupiny aplikovali vždy 12 sezení v průběhu čtyř týdnů. Hodnocení flexe, extenze, abdukce a

externí rotace vykonali před aplikací při skončení aplikace a jeden měsíc po aplikaci. Statistické hodnocení ukázalo, že aplikace TENS o vysoké intenzitě bylo signifikantní ve srovnání s oběma dalšími způsoby.

(M. Leandri, C. I. Parodi, N. Corrieri, S. Rigardo: Scand. J. Rehab. Med. 22, 1990, s. 69 – 72).