

Redakčné kolégium:

A. Gúth - vedúci
M. Štefíková - zástupca
M. Klenková - asistentka
K. Plháková - asistentka

Odborný redakčný kruh:

J. Čelko - T. Teplice
M. Dorociaková - Žilina
V. Kříž - Kostelec n. Č.l.
J. Kazimír - Galanta
A. Krobot - Zlín
M. Koronthályová - Bratislava
V. Lechta - Bratislava
J. Poděbradský - Hodonín
J. Raupachová - Hr. Králové
P. Rodan - Košice
J. Smolíková - Brno
V. Stieglerová - Martin
J. Votava - Praha

Odborný redakčný medzinárodný kruh:

A. Brügger - Zollikon
E. Ernst - Exeter
Z. Mikeš - Bratislava
E. Pavesi - Zürich
H. Paduschek - Bad
Oeynhausien
H. Meruna - Bad
Oeynhausien
C. Gunn - Vancouver
A.A. Fischer - New York
Th. J. Doering - Hannover
K. Ammer - Wien



REHABILITÁCIA 3

XXIX. 1996 str. 129 - 192

Odborný časopis pre otázky
liečebnej, pracovnej, psychosociálnej a výchovnej rehabilitácie
indexovaný v **Excerpta Medica** - databáza EMBASE,
pokusne šírený od tohoto čísla sieťou **Internetu**.

OBSAH

- J. Čelko: Jednotná filozofia k riešeniu problému náhlach cievnych mozgových príhod 132
A. Gúth: Vyhodnotenie deficitu pri náhlej cievnej mozgovej príhode 139
J. Hübscher, M. Zahn, St. Haschke, A. Glauch, Ch. Wick: Význam športovej liečby v rámci ambulantnej starostlivosti o pacientov po cievnej mozgovej príhode 142
M.L.-Grüner, Ch. Mucha: Vyšetrenie kožného odporu a teploty u pacientov s centrálnou hemiparézou 146
U. v. Hahn: Štruktúra tréningu v malých skupinách po kraniocerebrálnych traumách 150
J. Kroll, V. Kroll: LTV u pacientov po ťažkej kraniocerebrálnej traume 156
H. Wokroy: Psychosociálna problematika u pacientov po kraniocerebrálnej traume pri znovuzačleňovaní do spoločnosti a zamestnania 163
M. Gadomski: Rooming-in ako zvláštny spôsob včasnej fázy rehabilitácie pacientov so získaným poškodením mozgu 166
V. R.-Miholičová, E. Rotarová: Zvláštnosti kognitívneho školenia v skup. pacientov po traumatologickom postihnutí mozgu 169
A. Poliaková: Metodický postup pri zlomeninách distálnej časti dolnej končatiny 175
H. Billow: Prevencia a liečba poškodenia kože pri tlaku protézy 179
K. Hornáček, A. Gúth: Marcus Aurélius, Ľudovít Štúr a hippterapia 182
A. Gúth, J. Jánošdeák: Klasická masáž v liečebnej rehabilitácii 187
Recenzie
Školenia

CONTENTS

- Čelko, J.: Uniform philosophy of problem solving in stroke 132
Gúth, A.: Evaluation of the deficit in a stroke 139
Hübscher, J., Zahn, M., Haschke, St., Glauch, A., Wick, Ch.: The importance of sports Therapy by patients in conditions after stroke 142
Lippert-Grüner, M., Mucha, Ch.: The skin resistance and temperature examination in patients with central hemiparesis 146
Hahn, U.v.: Training structure in small groups after crano-cerebral injuries 150
Kroll, J., Kroll, V.: Treatment physical training by cerebral injuries 156
Wokroy, H.: Psychosocial problems in patients after craniocer. injury at reintegration into the community and occupation 163
Gadomski, M.: Rooming in as particular method of early rehabilitation of patients with acquired brain damage 166
Radonjič-Miholičová, V., Rotarová, E.: Particularities of cognitive schooling in the group after traumatic brain damage 169
Poliaková, A.: Fractures of lower extremity distal part 175
Billow, H.: Prophylaxis and treatment of skin injuries caused by pressure of prosthesis 179
Hornáček, K., Gúth, A.: Marcus Aurelius, Ľudovít Štúr and hippotherapy 182
Gúth, A., Jánošdeák, J.: The classical Massage in the Rehabilitation 187

INHALT

- Čelko, J.: Gemeinsame Philosophie der Lösung von Schlaganfallproblem 132
Gúth, A.: Die Evaluation nach der Duchblutungstörung 139
Hübscher, J., Zahn, M., Haschke, St., Glauch, A., Wick, Ch.: Die Bedeutung der Sportherapie in der ambulanten Nachsorge von Schlaganfall-Patienten 142
Lippert-Günter, M., Mucha, Ch.: Die Untersuchung des Hautwiderstandes und der Hauttemperatur bei Patienten mit zentralbedingten Hemiparesen 146
Hahn, U. v.: Strukturiertes Training in Kleingruppen zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung nach Schädel-Hirn-Trauma 150
Wokroy, H.: Die psychosoziale problematik von Schädel-Hirnverletzungen bei der Wiedereingliederung in den sozialen und beruflichen Bereich 163
Gadomski, M.: Rooming-in als besonderes Verfahren in der Frühphase der Rehabilitation von Patienten mit erworbenem Hirnchaden 166
Radonjič-Miholičová, V., Rotarová, E.: Besonderheiten der kognitiven Schulung in der Gruppe von Personen nach traumatischen Hirnverletzungen 169
Poliaková, A.: Brüche des distalen Teiles des unteren Gliedes 175
Billow, H.: Prävention und Heil. der vom Prothesendruck verursachten Hautschädigungen 179
Hornáček, K., Gúth, A.: Marcus Aurelius, Ľudovít Štúr und Die Hippotherapie 182
Gúth, A., Jánošdeák, J.: Die klasische Massage in der Rehabilitation 187

Cievna mozgová príhoda

Terapeutický vzorec u pacientov po cievnej mozgovej príhode je všeobecne známy a v rámci liečby dodržiavaný pokiaľ sa týka medikácie. Zatiaľ nie je jednoznačne v našej odbornej verejnosti akceptovaný prístup z hľadiska vyhodnocovania deficitu a následnej pohybovej liečby. Tieto prístupy sú modifikované najmä historickými danosťami, vývojom miery poznania v danom regióne. Pritom je však zo štatistiky jasné, že rehabilitačný prístup má "lvi" podiel na prežívanie pacienta a najmä kvalitu života tých, ktorí prežili v období po zvládnutí akútnych neurologických príznakov na anesteticko-resuscitačnom alebo neurologickom oddelení. Preto by stálo za úvahu na všetkých stupňoch organizácie a riadenia v rámci nášho odboru vynasnažiť sa o presúvanie čo najväčšieho množstva moderných informácií, ktorými sa zvládne v našom odbore tak liečebná, ako i pracovná a psychosociálna oblasť postihnutého jedinca. V príspevkoch minulého časopisu Rehabilitácia sme sa snažili poukázať na možnosť získania najnovších informácií aj v tejto oblasti pomocou siete Internetu. V tomto čísle by sme chceli poukázať na niektoré aspekty riešenia daného problému v rámci možností súčasnej medicíny v iných štátoch. Taktiež by sme chceli poukázať na niektoré nové pohľady v rámci patofyziológie a klinického obrazu pri cievnych mozgových príhodách - najmä zdôraznenie významu zvýšeného napätia a prítomnosť patologických vzorcov, ktoré sú považované za dominantný prvok. Keď sa ten zvládne, je otvorená cesta k reštitúcii porušenej motoriky. Je jasné, že na pomerne malej ploche nie je možné vyčerpať všetky otázky, ktoré by prichádzali do úvahy pri riešení rehabilitačných problémov pacientov po cievnych mozgových príhodách. Príspevky sú skôr ladené tak, aby vyprovokovali diskusiu na túto tému či už v rámci oddelenia alebo na stránkach časopisu. Preto, keď máte vlastné pozorovania, postrehy, praxou overené poznatky nebojte sa položiť ich na papier a poslať k nám. Radi ich privítame, na požiadanie upravíme, aby sme posunuli ten batoh problémov, ktoré nesieme aspoň trochu ďalej. 9.9. RP 1996, A. Gúth

JEDNOTNÁ FILOZOFIA K RIEŠENIU PROBLÉMU NÁHLÝCH CIEVNÝCH MOZGOVÝCH PRÍHOD

Autor: J. Čelko

Pracovisko: Slovenské liečebné kúpele, s.r.o. Trenčianske Teplice

Súhrn

V úvode článku je stručne charakterizovaná súčasná situácia v oblasti náhlých cievnych mozgových príhod. Za účelom riešenia problémov súvisiacich s týmto ochorením sa v novembri 1995 v Helsinborgu uskutočnil "Consensus meeting", ktorého závery sú uverejnené v predloženej práci.

Kľúčové slová: náhla cievna mozgová príhoda - rehabilitácia - kongres

Čelko, J.: *Uniform philosophy of problem solving in stroke*

Summary

The present situation in the area of stroke is described within the introduction of this article.

In order to solving problems hanging together with this disease, "Consensus meeting" was held at November 1995 in HELSINBORG, conclusions of which are published in further part.

Key words: stroke - rehabilitation

MeSH: Cerebral Infarction - rehabilitation; Congresses

Čelko, J.: *Gemeinsame Philosophie der Lösung von Schlaganfallproblem*

Zusammenfassung

Am Anfang des Textes steht eine kurze Charakteristik der gegenwärtigen Situation bei Schlaganfallerkrankungen. Im zweiten Teil des Artikels stehen die Beschlüsse des Consensus meeting in Helsinborg 1995, das sich mit der Lösung der Probleme dieser Erkrankung befasst hat.

Schlüsselwörter: Schlaganfall - Rehabilitation - Kongres

Náhle cievne mozgové príhody (NCMP) patria k najzávažnejším medicínskym problémom súčasnosti. V mortalite nasledujú hneď za ischemickou chorobou srdca a nádormi. Pacienti, ktorí NCMP prežili, predstavujú naviac problém sociálny a ekonomický. I keď v ostatných rokoch je badateľná snaha nájsť spoločného menovateľa v prístupe k uvedeným problémom, stav je naďalej alarmujúci. Zatiaľ čo v ekonomicky vyspelých európskych štátoch sa za posledných dvadsať rokov podarilo mortalitu u NCMP znížiť o 50 %, v krajinách strednej a východnej Európy naďalej stúpa. Rozdielne diagnostické a liečebné prístupy sú podmienené rozdielnymi ekonomickými možnosťami jednotlivých štátov, resp. pracovísk. Najmä v oblasti liečby sa dá konštatovať, že výskum zostáva veľa

dĺžny potrebám praxe, čo vytvára priestor pre často neopodstatnenú preferenciu určitých postupov na rôznych pracoviskách.

Mnohé liečebné metódy čakajú na svoje overenie v rozsiahlych randomizovaných štúdiách. Niet pochýb o tom, že zvýšený dôraz na prevenciu bude naďalej základom pre zníženie cerebrovaskulárnej mortality. Za najvýznamnejší rizikový faktor NCMP sa považuje arteriálna hypertenzia, ktorej výskyt však stúpa i v ekonomicky vyspelých štátoch. Je pravdepodobné, že správne liečenie arteriálnej hypertenzie je jednou z príčin významného zníženia mortality na NCMP, ktoré sa im v posledných dvoch desaťročiach podarilo dosiahnuť. Ľudí so zvýšeným výskytom rizikových faktorov postihuje NCMP nielen častejšie, ale i v nižšom veku. Vysoká

prevalencia NCMP, ktorá korešponduje so zvýšeným výskytom hypertenzie a diabetu u černochoch v Londýne, je pravdepodobne podmienená nielen geneticky, ale i zníženým zdravotným vedomím, ktoré je charakteristické pre ľudí s nižším stupňom vzdelania.

Za účelom dosiahnutia konsenzu v komplexnom prístupe k pacientom s NCMP zorganizovala SZO 8. - 10. novembra 1995 v Helsinborgu konferenciu, ktorej sa zúčastnili odborníci z 50 krajín. Na konferencii boli zastúpení nielen predstavitelia všetkých zainteresovaných medicínskych odborov, ale i iní špecialisti (psychológovia, logopédi, sociálni pracovníci). Príprava konferencie trvala tri roky. V prípravnom období boli špecifikované rôzne problémy, ktoré boli sformulované do otázok. Prvý deň konferencie boli účastníkom poskytnuté základné informácie z rozsiahlych randomizovaných štúdií a systematických pohľadov založených na vedeckom podklade. Potom sa vytvorili pracovné tímy, ktorých zloženie zodpovedalo zameraniu otázok, na ktoré sa mali vypracovať odpovede. Stanoviská ako i odporúčania v jednotlivých odpovediach mali byť spracované tak, aby ich realizačný výstup bol prijateľný pre každú zúčastnenú krajinu. Navrhované opatrenia boli v pléne opäť prediskutované a upravené do záverečnej podoby. Všetci účastníci boli požiadaní, aby zabezpečili informovanosť o záveroch konferencie v krajine, ktorú zastupujú. Záverom bolo konštatované, že dosiahnutý konsenzus je len začiatkom dlhodobého procesu.

V ďalšej časti príspevku sú uverejnené problémy, ktorými sa pracovné tímy zaoberali.

A. Je možné stanoviť spoločné ciele, týkajúce sa výsledkov NCMP vo všetkých európskych krajinách?

B. Sú prežitie, schopnosť sebaobsluhy a kvalita života najdôležitejšou doménou stanoveného cieľa?

C. Do akej miery je možné monitorovať výsledok NCMP vo vzťahu k cieľom?

Ak je monitorovanie výsledku NCMP ťažko v krajine dosiahnuteľné, je zmysluplné stanoviť presne definované ciele?

1. Pomer pacientov zomierajúcich na NCMP v priebehu prvého mesiaca by mal byť nižší ako 20 %,
2. zásluhou prevencie opakovaných NCMP a iných cirkulačných porúch by mal byť pomer pacientov zomierajúcich v priebehu dvoch rokov po NCMP nižší ako 40 %,
3. pomer pacientov, ktorí po troch mesiacoch po NCMP nepotrebujú cudziu pomoc na vykonávanie základných denných činností (jedenie, obliekanie, toaleta), by mal byť vyšší ako 70 %,
4. všetkým pacientom po NCMP, ktorí to potrebujú, by mala byť poskytnutá pomoc (zdravotnícka starostlivosť a sociálne služby) v ich úsilí o optimálne životné uspokojenie.

Vo veľkom počte európskych krajín sa už dosiahol jeden alebo i viac z vyššie uvedených cieľov. V týchto krajinách by malo byť úsilie zamerané na:

- **ďalšie zníženie počtu pacientov, ktorí skôr alebo neskôr po NCMP zomierajú,**

- **zvýšenie počtu pacientov, ktorí sú nezávislí od iných osôb pri základných denných činnostiach,**

- **zlepšenie kvality života.**

Napriek tomu však nie je možné odhadnúť možnosti ďalších zlepšení.

Mali by byť všetci pacienti s NCMP prijatí do nemocnice v akútnej fáze NCMP, alebo sú i skupiny pacientov, ktoré sa môžu liečiť doma?

Pacienti s akútnou NCMP by mali byť prijatí do nemocnice pre diagnostiku, lekársku a ošetrovateľskú starostlivosť.

Domáce liečenie by malo byť umožnené len v takom prostredí, kde je zabezpečená rovnaká kvalita starostlivosti ako v nemocnici, alebo keď prostriedky nemocnice sú veľmi nedostačujúce.

Áká je úloha jednotiek intenzívnej starostlivosti v liečbe NCMP?

Jednotky intenzívnej starostlivosti o pacientov s NCMP nie je možné všeobecne odporučiť, ak neboli vopred normálne stanovené.

Organizovanie zdravotníckych služieb v zmysle neintenzívnych jednotiek NCMP a špecializovaných tímov je lepšie ako liečba na oddeleniach. Odporúča sa počas akútnej fázy NCMP. Z diagnostických dôvodov sa odporúča vytvoriť uvedenú jednotku na neurovaskulárnej klinike.

Možno presnejšie špecifikovať odporúčania pre organizáciu rehabilitačných služieb pre pacientov s NCMP?

S rehabilitáciou sa začína na akútnej jednotke. Po fáze akútnej hospitalizácie, ktorá trvá priemerne sedem dní, sa pacient prekladá na rehabilitačnú jednotku špecializovanú na NCMP, ktorá je súčasťou rehabilitačného oddelenia. Pod pojmom včasná rehabilitácia sa rozumie obdobie prvých troch mesiacov. Pacienti by mali byť prijatí do multidisciplinárneho tímu.

Áká je úloha neskorej rehabilitácie, napr. neskôr ako 6 mesiacov po NCMP?

Je len málo dôkazov, že rehabilitačná liečba neskôr ako po 6 mesiacoch môže zlepšiť rečové poruchy, motorické alebo perцепčné deficity. S cieľom dosiahnuť optimálnu adaptáciu, pacienti s trvalým poškodením by mali dostať trvalú pomoc a podporu spoločnosti. Starostlivosť o pacienta by mala byť organizovaná tak, aby neskorý začiatok mentálnej depresie a zhoršovanie schopnosti vykonávať denné činnosti mohol byť včas odhalený a liečený, čím by sa znížilo riziko opakovaných NCMP a iných cirkulačných porúch.

Áká je preferovaná diagnostická stratégia, keď CT vyšetrenie (alebo iné mozgové zobrazovacie techniky) nie sú dostupné? Môže byť odporúčaná analýza cerebrospinálnej tekutiny?

U všetkých pacientov so symptómami poukazujúcimi na cerebrovaskulárnu príhodu

treba vynaložiť úsilie k upresneniu diagnózy a k zaradeniu pomocou najlepšej dostupnej techniky. Neurologické symptómy sú nedostačujúce k určeniu tejto diagnózy. V prípade dostatočných prostriedkov by mali všetci pacienti s NCMP absolvovať CT vyšetrenie. Ak sú prostriedky limitované, treba vyšetriť cerebrovaskulárnu tekutinu. Toto vyšetrenie podáva informáciu o type NCMP, čím doplňuje neurologické symptómy a jednotlivé príznaky.

Platí všeobecná dohoda o aplikovanej akútnej terapii, vedúcej k zlepšeniu výsledku po NCMP?

Pri liečbe akútnej NCMP by mali byť aplikované zásady dôkazovej medicíny. To znamená, že žiadny lekársky alebo chirurgický zákrok by nemal byť mechanicky uskutočnený u pacientov s akútnou NCMP, kým jeho účinnosť nebola demonštrovaná v randomizovanej konkrétnej štúdií.

Existujú dôvody pre rôzne liečebné odporúčanie pri rozdielnych typoch NCMP?

U pacientov s akútnou ischemickou NCMP, ktorí sa nepodrobili žiadnej klinickej skúške, je možné použiť nešpecifickú medikamentóznú terapiu. Použitá liečba by mala byť v súlade s dostupnou vedeckou informovanosťou. Heparin sa často používa u pacientov s opakovanými prechodnými atakmi alebo progresívnou NCMP, avšak vedecká dokumentácia je nedostačujúca. Dostupné dôkazy potvrdzujú, že steroidy, hemodilúcia, antagonisti, kalcia, glycerol, theophyllin a gangliozidy používané v mnohých európskych krajinách, sú bez efektu u pacientov s akútnou ischemickou NCMP.

Môžu byť odporúčania pri intracerebrálnom krvácaní založené len na skúsenosti z randomizovaných štúdií, alebo treba brať do úvahy aj klinickú tradíciu a klinickú skúsenosť?

U pacientov s intracerebrálnym krvácaním sa nedokázalo, že chirurgické odstránenie hematómu je efektívne. V mnohých európskych krajinách sa chirurgický zákrok na vybraných pacientoch vykonáva. Chirurgický zákrok intracerebrálneho krvácania si

vyžaduje lepšiu vedeckú dokumentáciu a mal by byť bežne vykonávaný len v rámci klinických skúšok.

Vždy by mala byť poskytnutá základná starostlivosť s cieľom zabezpečiť hlavné potreby pacienta s NCMP a jeho rodiny. Kvalifikované základné ošetrovateľské služby zahŕňujú výživu a prísnu tekutín, snahu minimalizovať fyzické napätie a emočnú úzkosť spolu s primeranou ošetrovateľskou starostlivosťou, aby sa znížilo riziko sekundárnej komplikácie, napr. infekcie, aspirácie, dekubitov, bolesti v ramenách, stavov depresie a zmätenosti.

Je potrebné formálne vedecké zhodnotenie účinkov rôznych aspektov ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej pacientom s NCMP.

Ak nie sú kontraindikácie, imobilní pacienti s NCMP by mali nosiť antiembolickú pančuchu alebo používať antikoagulanciu (nizke dávky heparínu alebo orálne antikoagulanciá), aby sa znížilo riziko hlbokej žilnej trombózy a pľúcnej embólie.

Všetci pacienti s NCMP, ktorí majú ťažšie depresie, by sa mali podrobiť špeciálnemu psychiatrickému vyšetreniu a lekárskej starostlivosti.

Účinnosť ovplyvnenia rizikových faktorov bola len zriedka presne zhodnotená u pacientov s NCMP. Preto sú odporúčania založené prevažne na tom, čo je známe o efekte v iných skupinách pacientov.

Odporúčajú sa adekvátne kontroly hypertenzie, hyperlipidémie a diabetu.

Ovplyvnenie životného štýlu zároveň zahŕňa **zákaz fajčenia, redukciu telesnej hmotnosti a nadmerného pitia alkoholu, zvýšenie fyzickej aktivity** u pacientov so sedavým spôsobom života.

Zaručujú odporúčania pre užívanie antikoagulancií správnu rovnovahu medzi úžitkom a rizikom?

Pre NCMP pacientov s fibriláciou predsieni alebo s inými radiálnymi zdrojmi embólií je orálna antikoagulácia najefektívnejšou prevenciou pred opakovanými NCMP.

Účinnosť antikoagulácie ako prevencie pred opakovanými NCMP je lepšie dokumentovaná pri fibrilácii predsieni ako pri iných potenciálnych zdrojoch embólie. Antikoagulačná liečba si vyžaduje prísnu sebadisciplínu. V prípade kontraindikácie antikoagulácii sa odporúčajú antiagregačné lieky, i keď sú menej účinné.

Je horná hranica limitu pre komplikácie pri karotickom chirurgickom zákroku (5 %) primeraná európskym podmienkam?

V prípade dostačujúcich prostriedkov sa odporúča karotický zákrok u pacientov s prechodnými ischemickými atakmi alebo ľahkou NCMP, ktorí majú viac ako 70 % stenózy na postihnutej strane. Táto procedúra by mala byť presne kontrolovaná a nemala by sa vykonávať v nemocniciach s väčšími komplikáciami ako 5 %. Ak sa neindikuje chirurgický zákrok, treba použiť antiagregačné lieky.

Odráža odporúčanie aspirínu versus iné antiagregačné lieky pravdivý obraz stavu?

Aby sa zbránilo opakovaniu NCMP u pacientov s ischemickým (alebo s prechodným ischemickým) atakom a v prípade, že pacient nemá kardiálny zdroj embólií alebo ťažkú karotickú stenózu, treba použiť antiagregačné lieky.

Nizke dávky aspirínu sú preferovanou antiagregačnou liečbou, ak sa nezistili randomizovanými štúdiami lepšie možnosti liečby, ktoré sú rovnako účinné ako aspirín.

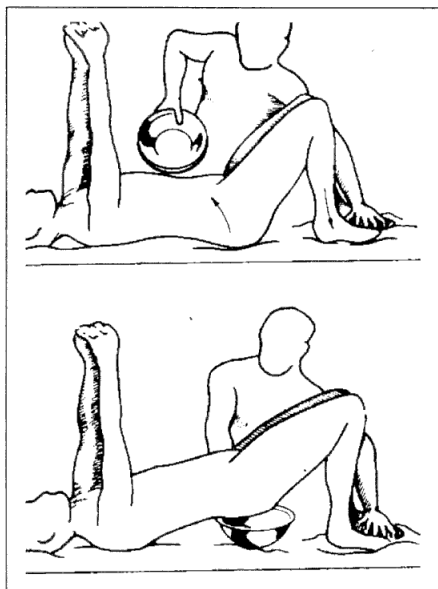
Platí všeobecná vzájomná dohoda, že je možné začať liečbu s menším efektom v prípade limitovaných prostriedkov, napr. antiagregačné lieky namiesto karotickej terapie?

Nákladná liečba je zmysluplná ako perspektíva k prevencii pred opakovanými NCMP.

V krajinách s nízko limitovanými prostriedkami sú preferované lacné široko aplikovateľné metódy prevencie pred opakovanými NCMP (napr. **použitie aspirínu**) u pacientov s prechodnými ischemickými atakmi a ľahkou NCMP.

Bobathova technika a spolupráca pacienta

Berta Bobath v piatom prepracovanom vydaní knihy *Die Hemiplegie Erwachsener*, Goerg Thieme Verlag, Stuttgart-New York 1993, ISBN 3-13-4968 053, podáva svoj kompletný koncept prístupu k hemiparetickému pacientovi. Viaceré názory na základe moderných skúseností prepracovala. U ležiaceho pacienta s hemiparézou býva veľmi často problém spolupráce pri podávaní misy pod pacienta. Na priložených obrázkoch vidieť ako pacient spolupracuje pri podkladaní misy. Zdravou hornou končatinou uchopí paretickú do predpaženia, dolnými končatinami urobí flexiu v kolenách a bedrách pričom mu pomáha ošetrojúci personál s postihnutou dolnou končatinou. Vzoprie sa do päty a dvíha panvu pomocou trupového svalstva v smere šípiek. Uvedená pozícia umožňuje pomocou zdravej dolnej končatiny krátkodobú fixáciu pozície čo sa využije na podloženie misy.



V uvedenej knihe sú okrem toho opísané pozície pri polohovaní, pri pretáčaní, aktivity v ľahu, sede, postavovaní, presune na vozík a aktivity smerujúce k návratu chôdze s používaním horných končatín. T.

Július Sopko: Kroniky stredovekého Slovenska

Najúspešnejšia slovenská kniha posledných desaťročí. Získala 6 cien v jednom roku:

Ceny za polygrafické spracovanie a grafickú úpravu,

Cenu Mateja Bela za najlepší preklad,

Cenu ministra kultúry za vydateľskú iniciatívu,

Výročnú cenu SAV za popularizáciu vedy, Čestné uznanie Slovenského literárneho fondu za edičný čin.

Čo v nej nájdeme?

Reprezentačný, bohato ilustrovaný výber z latinských a nemeckých kroník preložený do slovenčiny, doplnený komentármi a poznámkami, zachytáva vo veľmi svojskej podobe dejiny Slovenska od pádu Veľkej Moravy do konca stredoveku.

Na Slovensku vychádza podobná publikácia po prvý raz s ambíciami stať sa súčasťou knižnice **každého vzdelaného a kultúrneho Slováka**, pretože ide o základné pramenné dielo z národnej histórie. Cena vo vydavateľstve RAK 450,- Sk.

Vydavateľstvo RAK

900 86 Budmerice

Objednávka

Objednávam

... kusov knihy *Július Sopko: Kroniky stredovekého Slovenska (450 Sk)*

... kusov knihy *Pavel Dvořák: Podivný barón*

... kusov knihy *Pavel Dvořák: Der sonderbare Baron*

... kusov knihy *Pavel Dvořák: Kto zabil Viliama Žingora?*

... kusov knihy *Pavel Dvořák: Zlatá kniha Bratislavy*

Knihy pošlite na dobierku na adresu:

Meno

a priezvisko:

Ulica:

PSC a miesto bydliska :

POSÚDENIE DEFICITU PRI CIEVNEJ MOZGOVEJ PRÍHODE

Autor: A. Gúth

Pracovisko: Rehabilitačná klinika DNŠP Kramáre, Bratislava

Súhrn

Autor poukazuje na možnosti funkčného vyšetrenia u pacientov po cievnej mozgovej príhode. V príspevku vychádza z analýzy 251 pacientov rehabilitovaných na jeho pracovisku. Podľa týchto údajov v klinickom obraze dominuje porucha svalového napätia a prítomnosť patologických vzorcov, z čoho potom vychádza liečba.

Kľúčové slová: cievna mozgová príhoda - rehabilitácia

Gúth, A.: *Evaluation of the deficit in a stroke*

Summary

Possibilities of functional examination in patients with stroke are mentioned by the author. He is coming out from analysis of 251 patients been rehabilitated in his department. According to this data the disorder of muscle tone and presence of pathological patterns are dominating in clinical picture, the treatment is afterwards coming out from these data.

Key words: stroke - rehabilitation

MeSH: Cerebral Infarction - rehabilitation;
Exercise Test

Gúth, A.: *Die Evaluation nach der Duchblutungstörung*

Zusammenfassung

Der Autor schildert die Funktions- und Fähigkeitsstörungen bei Patienten die einen Schlaganfall erlitten haben. Im Artikel analysiert er 251 Fälle aus seiner Klinik.

Im klinischen Bild dominieren meistens die Störung der Muskelspannung und pathologischen Mustern.

Schlüsselwörter:

Schlaganfall-Rehabilitation

V tomto príspevku by som nechcel opakovať známe skutočnosti, ako je štatistika cievnych mozgových príhod, ich etiológia, delenie a pod. S nimi sa stretávame často, kalkulujeme s nimi v terapeutických úvahách i pri plánovaní programu na nasledujúce obdobia. Domnievam sa však, že stále podceňujeme oblasť patofyziológie a z nej odvodenej terapie. Žijeme v stálom zajatí klasických neurologických predstáv o tom, že hlavný príznak pri NCMP je obrna - neschopnosť svalov realizovať svoju aktivitu. Toto naše myšlienkové niveau bolo ovplyvnené výučbou anatómie, fyziológie a neurológie v školských laviciach, ktoré boli stavané skôr analyticky ako funkčne.

Mojim cieľom nie je ani podanie odborného terapeutického návodu. Skôr by som Vašu

pozornosť chcel upriamiť na dve - tri myšlienky z oblasti patofyziológie a oblasti diagnostiky, ktorých osvojenie by nám pomohlo v našej práci na rehabilitačných pracoviskách.

Predkladaná úvaha vychádza z teoretických poznatkov, literárnych údajov i praktických skúseností. Keď nepočítam ambulantných pacientov, mali sme v období od 1.1.1993 251 pacientov s cievnyimi mozgovými príhodami, z ktorých bolo 45 hemorragických, 191 ischemických, 15 neurčených - z toho 131 mužov a 120 žien.

Uznávam, že to nie je klasická reprezentatívna vzorka. Úmyselne neuvádzam dĺžku hospitalizácie, lebo je modifikovaná permanentným "strachom" z

prekročenia povoleného limitu dĺžky hospitalizácie zo strany poisťovne, alebo vek, fajčenie a ostatné, obyčajne sledované faktory.

Z hľadiska patofyziológie by som chcel zdôrazniť, že pri otázke hemiparézy nie je hlavným problémom sila a aktivity svalových skupín, ale **patologické svalové napätie s patologickou koordináciou pohybových vzorcov**.

Z tejto úvahy potom vyplýva aj terapia, v rámci ktorej sa patologické vzorce a svalové napätie musia zhodnotiť a liečiť. Postihnutého jedinca musíme vnímať ako celok, nielen jeho nedostatočnú motoriku, musíme brať do úvahy aj jeho percepčné a adaptívne správanie, senzorický aparát a až z toho vyplývajúce motorické ťažkosti.

Pokiaľ hovoríme o vzorcoch koordinácie, máme na mysli predovšetkým **držanie tela** voči gravitácii, ktoré môže byť fyziologické alebo porušené. Tieto vzorce sú postavené na svalovom tónuse, ktorý musí byť primerane **dostatočný na jednej strane**, aby odporoval gravitácii, ale na druhej strane **musí umožniť realizáciu** konkrétneho vôľového alebo mimovôľového pohybu.

Všetci poznáme postup úpravy u hemiparetických pacientov, ktoré sú väčšinou stereotypné a sú výsledkom koordinácie. V tejto súvislosti je veľmi dôležitá inhibícia, totiž embryo reaguje na podnet ako celok. Akonáhle vyzrieva mozog, začnú sa prejavovať jeho inhibičné vlastnosti postavené na **hierarchickom usporiadaní CNS**, kde vyššia (zrelá) štruktúra nielen riadi, ale aj tlmí funkciu nižšej.

Tým sa stane, že inhibícia umožňuje pohyb. Pri poškodení pyramídovej dráhy sa poruší hierarchické usporiadanie a okrem iného sa poruší inhibičné ovládanie centrom, tým sa uvoľní priestor pre zvýšenie tonickej aktivity, ktorú poznáme vo forme spasticity. Podľa klasického neurologického pohľadu sa spasticita testuje pasívnym napínaním svalov. Potom sú popisované reakcie ako zatváranie vreckového nožika a pod.

Teda sme "vedení" k tomu, aby sme pozerali na spasticitu ako na lokálny nález. Keď však pozorujeme rehabilitovaných pacientov s hemiparézou, je typické, že spasticita

nastupuje pri určitých polohách a určitých vzorcoch. Obyčajne sa neobmedzuje len na jeden alebo viacero svalov.

Toto veľmi úzko súvisí **s polohou tela v priestore**, ktorá keď sa zmení, môže sa neprimerane zvýšiť aj **spasticita**.

Pacient sa potom nevedome bráni pohybom, pri ktorých by menil polohu tela v priestore. Na posturálnych reakciách je zaujímavé, že sa vyskytujú nielen priamo pri zmenenej polohe tela v priestore, ale **možno ich spolu s patologickými vzorcami pozorovať už vopred**, keď pacient očakáva určitý pohyb. Ešte raz opakujem, že by som bol rád, keby sme si zapamätali pre potreby diagnostiky v našich ambulanciách a na našich oddeleniach potrebu vyšetrenia týchto troch skupín posturálnych reakcií:

- vyšetrenie **reakcie rovnováhy**,
- vyšetrenie **vzpriamovacej reakcie** a
- vyšetrenie **reakcie svalov** na zmenu polohy.

Vyšetrenie reakcie rovnováhy je založené na znalosti normálnej prítomnosti automatických reakcií. Keď je organizmus ohrozený pádom, vytvorí sa obrana - rovnovážna reakcia vzhľadom ku gravitačnému poľu. Totiž aj najmenší pohyb z tohto hľadiska má za následok zmenu tonusu celej telesnej muskulatúry. Rovnovážne reakcie testujeme pri pohybe tela voči zemi alebo na pohyblivej rovine.

Ich prítomnosť si najlepšie uvedomíme na príklade sprievodcu - konduktora, ktorý označoval lístky v idúcej električke. Celý trup s dolnými končatinami mu reagoval na výchyľky električky, pričom horné končatiny zostávali úplne voľné k jemnému pohybu. U pacientov s cievnou mozgovou príhodou pri vychýlení tela z polohy nielenže nedôjde k zapnutiu príslušných svalových skupín, ktorá zabráni ďalšiemu vychýľovaniu, ale patologicky sú zapínané svalové skupiny sprevádajúce toto vychýlenie - čo má potom niekedy za následok až pád pacienta (úrazy, zlomeniny krčkov a pod.).

Tieto rovnovážne reakcie sú u dospelých jedincov prekryté vzpriamovacou reakciou slúžiacou k správnemu nastaveniu hlavy a roviny pohľadu v priestore. Sú potrebné na dvíhanie hlavy, vstávanie z postele, sadanie. Reakcia svalov na zmeny polohy je

postavená na automatickom prispôsobovaní svalového napätia v priestore pri pohybe. Môžeme ju vyšetriť napr. tak, že dvihneme hornú končatinu a náhle ju pustíme. Táto končatina sa nechová ako u drevenej bábky - nepadá k podložke, ale za normálnych okolností vydrží určitý čas v priestore, pokiaľ vyšetrovaná osoba pohyb nezmení.

K terapeutickým úvahám

Pri liečbe neliečime postihnutú ruku alebo nohu, ale snažíme sa **ovplyvniť pacienta ako celok**. K tomu je dôležité uviesť si najmä už spomínaný vplyv inhibície, ktorou by mal terapeut napomáhať pri znižovaní spasticity. Na to slúžia selektívne pohyby, pomalé pohyby, kontrolované pohyby z hľadiska prítomnej spasticity (v prípade zvýraznenia spasticity treba pohyb zmeniť) a z hľadiska zvyšovania záťaže, ktorú možno zvyšovať, len pokiaľ neovplyvňuje negatívne spasticitu. Spasticita vzniká uvoľnením hierarchicky nižších úrovní vychádzajúcich z posturálneho mechanizmu a jej výsledkom je zníženie dynamického ovládania.

Princíp liečby spočíva v tom, že sa pomocou inhibície dostáva uvoľnená spasticita pod kontrolu. K tomu slúži predovšetkým špeciálne zachádzanie s pacientom. Z funkčného hľadiska je potrebné vyhodnotiť a následne do terapeutického plánu zapojiť úvahu o kompenzácií. V patomechanizme zohráva opäť dôležitú úlohu spasticita, porucha recipročnej inhibície, prípadne senzorický deficit.

Vyššie uvedené patomechanizmy by podľa našich skúseností a odhadov mali tvoriť nadstavbu nad klasicky ponímané vyšetrenie hemiparetických pacientov, z ktorých by mal potom rezultovať aj komplexný terapeutický pohľad, či už z hľadiska realizácie akútnych, život zachraňujúcich opatrení (starostlivosť o vitálne funkcie, príjem tekutín, potravu, výdaj), preventívne život zachraňujúcich opatrení v akútnom štádiu (polohovanie, dýchacie cvičenie), pri ktorých už zapájame aj funkčné prvky, s úmyslom ovplyvnenia budúceho funkčného stavu, ako i ostatné prostriedky liečebnej, pracovnej, psychosociálnej a výchovnej rehabilitácie.

Záver

V príspevku som v súlade s praktickými skúsenosťami chcel pozornosť upriamiť na potrebu komplexného súladu pri vyšetrovaní pacientov s NCMP, zameranú predovšetkým na vyššie uvedené posturálne reakcie, z ktorých môže potom rezultovať adekvátny terapeutický postup.

Literatúra

1. BENEŠ, V.: *Mozkové krvácaní hypertonií*. Praha, Avicenum 1983.
 2. CAPLAN, B.: *Neuropsychology in Rehabilitation*. Arch. of physical medicine and Rehabilitation, Vol. 63, aug. 1982.
 3. GÚTH, A. a kol.: *Komplexný rehabilitačný program u pacientov po NCMP. Referát na VII. Rehabilitačnom zjazde v Ostrave 18.06.1996*.
 4. GÚTH A. a spol.: *K problematike náhlych cievnych mozgových príhod v rámci rehabilitačnej medicíny*. Rehabilitácia 20, 1987, 2., s.115-124.
 5. GÚTH, A., SEDLÁKOVÁ, A.: *Rehabilitácia a integrácia pacientov po cievnej mozgovej príhode*. Efeta 1, 1991, 1., s.22-25.
 6. GÚTH, A.: *Metódy liečebno-rehabilitačné*, In: *Terminologický a výkladový slovník špeciálnej pedagogiky*, SPN Bratislava, 1992, 252s.
 7. GÚTH, A.: *Poruchy svalového systému*, In: *Terminologický a výkladový slovník špeciálnej pedagogiky*, SPN Bratislava, 1992, 252s.
 8. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. Praha, Avicenum 1985.
 9. ORSZÁGH, J. - KÁŠ S.: *Cévní příhody mozkové*. Praha, Avicenum 1973.
 10. SCHIRMER, M.: *Der Schlaganfall*. Perimet, Erlangen 1982.
- Adresa autora: A. G., Rehabilitačná klinika Dérerovej nemocnice, Bratislava, 811 03

33rd World Congress of Health
Resort Medicine of the I.S.M.H.

3. až 10. 10. 1998

Karlovy Vary

Informácie: MUDr. Vladimír Křížek,
Mariánske Lázně
Česká republika

VÝZNAM ŠPORTOVEJ LIEČBY V NÁSLEDNEJ AMBULANTNEJ STAROSTLIVOSTI PO CIEVNEJ MOZGOVEJ PRÍHODE

Autor: J. Hübscher, M. Zahn, St. Haschke, A. Glauch, Ch. Wick

Pracovisko: Friedrich-Schiller-Universität Jena, Institut für Sportwissenschaft, Bereich Sportmedizin, Wöllnitzer Str. 42, 07749 Jena

Súhrn

Frekvencia výskytu cievnych mozgových príhod v okolí Jeny je dôležitou informáciou pre športovú liečbu a rehabilitáciu. V rokoch 1988-92 bolo vyšetrených 1286 pacientov. Výsledkom bolo potvrdenie symptomatológie cievnych príhod. Je preto dôležité dodržiavať určitú "liniu liečby". Liečba sa začína "akútnou fázou", pokračuje "štádiom mobilizácie" až "dlhodobej rehabilitácie". V súčasnom období je ale komplexná starostlivosť limitovaná nedostatkom organizačných, personálnych a finančných štruktúr.

Kľúčové slová: rehabilitácia po cievnej mozgovej príhode - športová liečba - ambulánna starostlivosť

Hübscher, J., Zahn, M., Haschke, St., Glauch, A., Wick, Ch.:

Summary

A study of the frequency of strokes around Jena gives information which is important for the sports-therapy-care and for the rehabilitation. Between 1988-1992 1286 patients were analysed. The results show the heterogeneous multiple symptomatic of strokes. It is necessary to follow the "Street of Therapy". The medical treatment starts with the "acute-phase" followed by the "phase of mobilisation" till the "long time rehabilitation". However, at the moment there is a lack of organisational, personnel and financial structures.

Key words: MeSH: Cerebral Infarction - rehabilitation; Exercise Therapy; Ambulatory Care;

Hübscher, J., Zahn, M., Haschke, St., Glauch, A., Wick, Ch.: Die Bedeutung der Sporttherapie in der ambulanten Nachsorge von Schlaganfallpatienten

Zusammenfassung

Die Frequenz des Vorkommens von Schlaganfällen im Gebiet von Jena gehört zu den wichtigen Informationen über die Sporttherapie und Rehabilitation. In Jahren 1988-92 wurden 1286 Patienten behandelt. Das Ergebnis war die Bestätigung der Symptomologie des Schlaganfalls. Deshalb ist es wichtig eine bestimmte Heilungslinie einzuhalten. Die Heilung beginnt mit einer Akutphase, setzt fort mit der Mobilisationsphase bis zur Langzeitrehabilitation. Heutzutage ist aber die komplexe Fürsorge limitiert wegen Mangel an Organisation, Personal und Finanzstruktur.

Schlüsselwörter: Rehabilitation nach Schlaganfall, Sporttherapie und Ambulanznachsorge

Štatistické ukazovatele, ktoré informujú o mortalite po cievnych mozgových príhodách, o 30 % prežití pacientov s rôznym stupňom postihnutia, ako aj stúpajúci počet pacientov, ktorí ochorejú v mladom veku si žiadajú intenzívnejšiu aktivitu v oblasti rehabilitácie. "Línia liečby", ktorá pozostáva z akútnej fázy, fázy mobilizácie a dlhodobej rehabilitácie, by sa mala dôsledne uskutočňovať. Pritom fáza

dlhodobej rehabilitácie by mala vlastne trvať po celý ďalší život pacienta, pretože plasticita nervového systému dovoľuje očakávať liečebný účinok aj po rokoch po prekonaní cievnej mozgovej príhody.

Pre stanovenie individuálneho liečebného plánu je žiadúca analýza priebehu ochorenia, "status presens" a výkonostných rezerv pacienta. Pritom je dôležité, aby sa v rámci

ambulantnej starostlivosti vybudovali také organizované formy, ktoré by umožňovali dosiahnuť čo najväčšiu samostatnosť pacienta, schopnosť zvládnuť požiadavky každodenného života. Športová liečba je jednou zo súčastí dlhodobej rehabilitácie, ktorá pomáha dosiahnuť vyššie uvedené cieľe.

Metodika

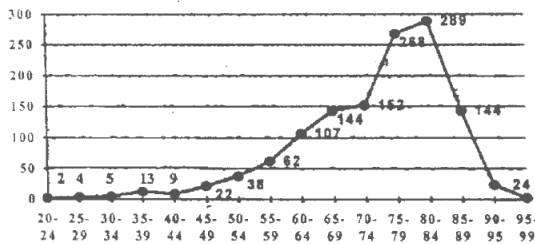
V rokoch 1988-1992 bolo v Nemocnici vnútorného lekárstva Univerzitnej kliniky v Jene liečených 1286 pacientov po cievnej mozgovej príhode. Analyzované boli nasledovné aspekty:

1. rozdelenie podľa veku a pohlavia,
2. dĺžka pobytu a mortalita,
3. diagnóza,
4. symptomatika (psychický stav, stav vedomia, pohybové postihnutie, strana hemiparézy a jej kvalita, paréza n. VII, pohybové postihnutie veľkých kĺbov, postihnutie zorného poľa, afázie),
5. známky ústupu symptomatiky,
6. formy liečby.

Výsledky boli zostavené na základe súčtov jednotlivých aspektov.

Alter in Jahren	Patienten	in %
20-24	2	0,2
25-29	4	0,3
30-34	5	0,4
35-39	13	1,0
40-44	9	0,7
45-49	22	1,7
50-54	38	2,9
55-59	62	4,8
60-64	107	8,3
65-69	144	11,2
70-74	152	11,8
75-79	268	20,8
80-84	289	22,6
85-89	144	11,2
90-94	24	1,9
95-99	3	0,2

Tab. 1 Rozdelenie pacientov podľa veku (1286)



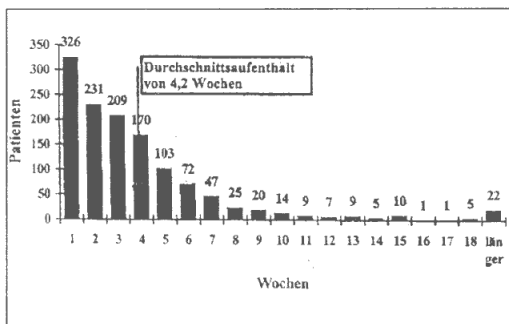
Obr. 1 Rozdelenie pacientov podľa veku (1286)

Výsledky

Z 1286 pacientov bolo 766 žien (priemerný vek 75.2 roka) a 520 mužov (priemerný vek 70.4 roka). Podľa našich vyšetrení sa cievna mozgová príhoda objavila najčastejšie medzi 75. - 85. rokom života (tab. 1, obr. 1).

Diagnostikovaných bolo:

- 66 % akútnych cerebrovaskulárnych ochorení,
- 17 % akútnych cerebrovaskulárnych insuficiencií (cerebrálna ischémia, chronická),
- 10 % TIA,
- 7 % iné ochorenia.



Obr. 2 Dĺžka pobytu u 960 pacientov po cievnej mozgovej príhode

Dĺžka pobytu na akútnom oddelení (960 pacientov) bola priemerne 4.2 týždňa (obr. 2). Mortalita v prvých 14 dňoch sa pohybovala okolo 67.3 % (z 960 pacientov zomrelo 364). Nápadná psychická zmena sa vyskytla u 237 z 960 pacientov po cievnej mozgovej príhode (zmätenosť, precitlivosť, depresia, uzavretosť). Pri plnom vedomí bolo len 31 % pacientov, u ostatných sa prejavili poruchy v zmysle dezorientácie, sporu, kómy a somnolencie.

568 z 960 pacientov bolo kompletne a inkompletne hemiparetických, u 386 z 960 sa vyskytla paréza n. VII a 214 pacientov bolo apatických.

U 542 pacientov došlo k obmedzeniu pohyblivosti veľkých kĺbov (najčastejšie kolenného). Medzi najčastejšie terapeutické prostriedky možno zaradiť mobilizáciu, rečové cvičenia a dychovú gymnastiku.

U 89 % pacientov došlo k zmierneniu symptomatickej, u 20 % úplne a ku 11 % nenastalo žiadne zlepšenie.

Diskusia

Výsledky ukázali heterogénnu symptomatiku pacientov po cievnych mozgových príhodách. Dokazujú, že po ukončení ústavnej starostlivosti je potrebná ďalšia ambulantná starostlivosť formou timovej spolupráce viacerých odborníkov. Cieľom je obnovenie čo najväčšej samostatnosti v rámci každodenného života. Zvlášť u cievnych mozgových príhod je ďalším dôležitým cieľom zabrániť sekundárnemu poškodeniu, dosiahnuť, aby sa pacient vyrovnal s funkčným postihnutím. Posledné je možné dosiahnuť aj pri ambulantnej pohybovej liečbe, kedy sa "demaskujú tiché synapsy", synaptické spojenia (ktoré od embryonálneho vývoja "driemu"), aktivujú sa a tým sa obnovuje stratený kontakt centra s ešte funkčnou perifériou (MAURITZ 1994).

Príkladom je "ambulantná rehabilitačná služba" švajčiarskeho lekárskeho domu BAROLIN, ktorá sa snaží preklenúť priepasť medzi nemocnicou a domácou rehabilitáciou, alebo ambulantná rehabilitácia Spolkovej republiky Nemecka, kde pochopili význam spolupráce viacerých odborníkov, čo sa im podarilo presadiť i do praxe.

Optimálna ambulantná dlhodobá rehabilitácia u pacientov po cievnej mozgovej príhode by podľa KRUSEHO (1995) bola možná pri interdisciplinárnej spolupráci rehabilitačného tímu.

Takto by sa dala zabezpečiť optimálna pomoc a starostlivosť (KRUSE 1995).

V našom projekte na modelových mestách Jena a Weimar sme sa snažili priblížiť terapeutickú koncepciu športovej liečby, ktorá je vykonávaná v spolupráci nemocnice s rodinným lekárom, ako aj fyzioterapeutom,

psychológom, legopédom (tab. 3). Pokúsime sa dosiahnuť patričnú spoluprácu doplnením dnes ešte chýbajúcich organizačných, personálnych a finančných štruktúr za kooperácie ministerstva práce a sociálnych vecí, zdravotníctva, zdravotných poisťovní.

Literatúra

1. KRUSE, A.: Das geriatrische Team in der ambulanten (mobilen) Rehabilitation. Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie zu Effekten der ambulanten Rehabilitation. Gerontol. Geriat. 28: 104-112 (1995), Steinkopff Verlag 1995.
2. GLAUCH, A.: Anforderungsprofil an ambulante Bewegungstherapie bei Schlaganfall. Wissenschaftl. Hausarbeit zur Ersten Staatsprüfung für das Lehramt an Gymnasien im Fach Sport, FSU Jena 1995.
2. MAURITZ, K. H.: Rehabilitation nach Schlaganfall. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln 1994.

Adresa autora: J. H.,
Psychologisch-Pedagogisch
-Sportwissenschaftliche Fakultät Institut f.
Sportwissenschaft, Wollnitzer Str. 42, 07749
Jena



LIEČREH

prípravilo pre Vás a hlavne pre Vašich pacientov v treťom štvrtroku 1996 novú publikáciu na 64 s.:

"výchovná REHABILITÁCIA alebo ako pošleme chrbticu do školy"

Publikáciu by mali dostať **do rúk všetci pacienti, ktorí odchádzajú z vášho pracoviska** a boli u vás liečení na myofasciálne ochorenia. Prístupným spôsobom je podaná odborná látka pre širokú verejnosť.

Pri odbere 1Ks cena 50 Sk, pri odbere 10 ks a viac cena 30 Sk a poštovné.

Presúvanie z vozíka

Patricia M. Davies vo svojej knihe *Wieder Aufstehen*, Springer-Verlag, Berlin 1995, ISBN 3-540-58192-8, popisuje moderné včasné rehabilitačné postupy u pacientov s ťažkými mozgovými poškodeniami od polohovania, pasívnych pohybov cez moderné stimulačné a facilitačné prístupy, vertikalizáciu až po nácvik chôdze a sebaobslužné činnosti.



Zaujímavovo je popísaný postup s použitím pomôcky pri presúvaní pacienta z vozíka na posteľ a späť. Uvádza okrem toho ešte ďalšie 4 metódy. Tento postup je vhodný najmä u veľmi ťažkých pacientov. Používa sa k tomu drevená, hladká a natretá doska, ktorá v podstate nesie váhu presúvaného pacienta. Posteľ je potrebné dať do rovnakej výšky ako je sedadlo vozíka. Zmienená doska preklenie medzeru medzi vozíkom a posteľou. Terapeut stojí pred pacientom a pomáha pacientovi vo flexii pomocou svojich rúk presúvať sa dopredu a dostrany. Terapeut zapiera svoje kolena oproti pacientovým. Keď je potrebné, ďalší pomocník stojí za pacientom, pomáha a zabezpečuje aby nedošlo k nečakanej extenzii pacientovho trupu protitlakom. Obdobná technika sa dá použiť aj pri návšteve toalety pacientom.



Recenzia
-a-

Kardiologická prevencia a rehabilitácia

Cieľ pohybovej liečby:

Pohybová liečba v rámci kardiologickej rehabilitácie, zvlášť v ambulantnej skupinovej liečbe, má okrem zlepšenia telesnej výkonnosti tiež sekundárne preventívne aspekty.

Sledované ciele:

Zvyšovanie výkonnosti a zaťaženia

Dôležitým cieľom rehabilitácie je znovuobnovenie zníženej výkonnosti, spôsobenej chorobným procesom a s ním spojenou imobilizáciou, prípadne s pretrvávajúcim poškodením. Veľa pacientov, ktorí pred infarktom alebo by-pass-operáciou nepestovali žiaden šport, môžu byť pri cielenej pohybovej liečbe podstatnejšie výkonnejší ako predtým.

Ekonomizácia srdcovo-cievnej činnosti

Tréningom poklesne pulzová frekvencia a TK, srdce pri rovnakom výkone spotrebuje menej kyslíka. Zvyšuje sa stupeň záťaže, pri ktorej vznikajú srdcové ťažkosti.

Odbúranie koronárnych rizikových faktorov

Individuálne dávkovaná aktivita vedie spolu s inými aktivitami k poklesu TK, priaznivo ovplyvňuje uhlíhydrátový metabolizmus, tiež tukový metabolizmus, zvlášť koncentráciu LDL- a HDL cholesterolu, hlavne ich kvantitatívny vzťah.

Vplyv na pozitívne faktory

- zlepšenie zdravotného povedomia, špeciálne pozitívny vplyv na fajčiarske návyky
- priaznivý vplyv na zrážanlivý systém, hlavne aktivácia fibrinolýzy

- vplyv na "prah fibrilácie" srdca; u trénuovaných vzniká menej komorových fibrilácií ako u netrénuovaných.

Ovplyvnenie priebehu koronárneho ochorenia

Pohybová liečba spolu s ovplyvnením rizikových faktorov a zmenou životného štýlu vedie podľa štúdií k regresii koronárnej sklerózy, ev. zastaveniu progresie.

Psychosociálne faktory:

Pohybová liečba, predovšetkým v skupinách, prináša so sebou pozitívne psychosociálne faktory, ktoré podstatne zlepšujú kvalitu života pacientov. Skupina pomáha a kontroluje pri riešení spoločných problémov (ako nefajčiť, zníženie hmotnosti, vnímanie choroby a pod.).

Okrem pohybovej liečby pri kardiovaskulárnych ochoreniach sú v knihe *"Kardiologische Prävention und Rehabilitation"* (M. Unverdorfen, O. A. Bursis, R. Rost/Hrsg., Deutscher Ärzte - Verlag, Köln, 1995) uvedené kardiovaskulárne ochorenia, ich diagnostiku, konzervatívna aj operačná liečba, otázky prevencie, rehabilitácie.

Recenzia Lesayová

VYŠETRENIE KOŽNÉHO ODPORU A TEPLoty U PACIENTOV S CENTRÁLNOU HEMIPARÉZOU

Autori: M. Lippert-Grüner, Ch. Mucha

Pracovisko: Rehabilitationszentrum der Universität zu Köln, Lindenburger Alle 44, 50931 Köln

Súhrn

V dvoch štúdiách boli hodnotené zmeny kožného odporu a jej teploty u pacientov s centrálnou hemiparézou. U 75 % pacientov bolo zistené zvýšenie odporu kože na paretickej končatine a u 85 % pacientov zvýšenie jej teploty. Výsledky sú dôkazom poruchy sympatika, ktorá sa klinicky prejavuje zmenou postihnutých končatín v zmysle opuchu, lividného spastómia, zmeny teploty a činnosti potných žliaz.

Kľúčové slová: centrálna hemiparéza - kožný odpor - teplota kože

Lippert-Grüner, M., Mucha, Ch.: The skin resistance and temperature examination in patients with central hemiparesis

Summary

Changes of skin resistance and temperature in patients with central hemiparesis were evaluated in two studies.

In about 75 % patient the increasing of skin resistance on the paretic side had been detected and in 85% elevation of its temperature. These results are evidence of sympathicus disturbance, with clinical manifestations by alteration of affected extremities in sense of swelling, livid colour, temperature changes and function of sweat glands.

Key words: central hemiparesis - skin resistance - skin temperature

MeSH: Hemiplegia; Skin Manifestation; Skin Temperature;

Lippert-Günter, M., Mucha, Ch.: Die Untersuchung des Hautwiderstandes und der Hauttemperatur bei Patienten mit zentralbedingten Hemiparesen

Zusammenfassung

In zwei Studien wurden die Veränderungen des Hautwiderstandes und der Hauttemperatur bei Patienten mit zentralbedingten Halbseitenlähmungen bewertet. Bei 75% der Patienten wurde eine Erholung des Hautwiderstandes auf der paretischen Seite und bei 85% der Patienten eine Hauttemperaturerhöhung festgestellt. Die Ergebnisse gelten als Belege für Sympathikusstörungen, welche sich klinisch durch Veränderungen der paretischen Extremitäten äußern, im Sinne von Anschwellung, lividen Verfärbung, Temperaturänderung und Schweißdrüsentätigkeit zeigen.

Schlüsselwörter: zentralbedingte Halbseitenlähmung, Hautwiderstand, Hauttemperatur

Úvod

Zmeny trofiky kože, jej teploty, porucha funkcie potných žliaz u pacientov s centrálnou hemiparézou sú už dlho známe. Väčšinou možno na strane hemiparézy pozorovať zvýšenú potivosť.

Ypsilaterálne zmeny sekrécie potu v rámci telodiencefalického sy (Schiffter 1993) nie sú už v priebehu destabilizácie dokázateľné. Schiffter (1993) popisuje zmeny postihnutej

končatiny v zmysle opuchu, ochladenia, lividného sfarbenia, ktoré sú súčasťou tzv. centrálného vegetatívneho syndrómu. Keďže sekrécia potu a inovácia ciev spadá do kompetencie sympatickej časti vegetatívneho systému, nami robené merania slúžili k nepriamemu výskúšaní funkcie vegetatívneho nervstva.

Telodiencefalický ischemický sy (Schiffter 1993, Schiffter a Schliack 1974), ku ktorému

patri kontralaterálna hemionopsia, brachiofaciálna senzomotorická hemiparéza a centrálny ypsilaterálny Hornerov syndróm s termoregulačnou hemihypo- až anhydrosou, sa vysvetľuje postihnutím povodia a carotis interna, ktorá o.i. zásobuje cez a. communicans posterior aj zadný hypothalamus a subthalamickú oblasť, v ktorej prebieha dráha sympatiku. Schiffter s Schliack (1974) dodávajú, že aj proximálna časť a cerebri media sa zúčastňujú na zásobovaní subthalamickej oblasti. Súčasne sú popisované aj tzv. centrogénne vasoparalýzy (Schiffter 1992). Týka sa to skrížených sympatických dráh, ktoré pochádzajú z populácie kortikálnych a limbických buniek a regulujú prekrvenie končatiny v závislosti od pohybu. Pri vynechaní takýchto impulzov ostávajú cievy postihnutej oblasti dilatované, podobne sú postihnuté aj potné žľazy. Z vyššie uvedených dôvodov sú pri centrálnych parézach možné poruchy sympatickej inervácie na kontra, ako aj ypsilaterálnej strane.

Akým spôsobom sa tieto vzťahy prezentujú zmenou teploty a odporu kože, bolo sledované pri stranovom porovnávaní a u zdravých probandov.

Pacienti a metodika

V Rehabilitačnom centre Univerzity v Kolíne boli v priebehu štyroch mesiacov dvakrát vyšetrovaní zdraví probandi a pacienti s hemiparézou, u ktorých klinicky neboli pozorované zmeny sympatika.

V prvej vyšetrovacej sérii bol meraný odpor kože oboch rúk u 20 zdravých probandov (12 mužov, 8 žien) a 20 pacientov (15 mužov, 5 žien) s hemiparézou (9 s ľavostrannou, 11 s pravostrannou).

Príčinou hemiparézy bola ischemická alebo homosagická cievna príhoda. Pacienti boli vyšetrení 4 - 6 týždňov po príhode.

Po asi 20-minútovom pokoji nasledovali merania pri izbovej teplote - okolo 21 st. C.

Elektrody boli fixované na brušáku II. a III. prsta ruky obojstranne. Ako prístroj bol použitý SOM-Diofeedback 4500.

V druhej vyšetrovacej sérii bola meraná kožná teplota na brušáku III. prsta oboch rúk u 20 zdravých probandov (12 mužov, 8 žien), ako aj u 20 pacientov (15 mužov, 5 žien - rovnakého pôvodu a dĺžky trvania ochorenia)

s hemiparézou (u 8 s pravostrannou a 12 ľavostrannou).

Merania boli robené v sede za tých istých podmienok, prístrojom "Testo 110" s presnosťou ± 0.2 st. C. Teploměr bol fixovaný na brušáku stredného prsta. Boli zaznamenané všeobecné antropologické dáta probandov - vek, váha, pohlavie, výška. Okrem diagnózy pre porovnateľnosť fázy ochorenia aj doba vzniku.

Výsledky

Po vykonaní prvej série meraní sa aj v skupine zdravých probandov našli stranové rozdiely. Väčšinou boli malé a striedavo na oboch stranách. U pacientov bolo u 15 z 20 zistené zvýšenie odporu kože na paretickej strane.

Podobné rozdiely boli i v druhej sérii meraní. U pacientov (u 17 z 20) bolo zistené zvýšenie teploty kože na paretickej strane.

Diskusia

Rozdiely v teplote kože, trofike a funkcii potných žliaz sa v literatúre označujú pojmom "sy plece - ruka" (Brandt, Dichgans, Diener 1993) a vyskytujú sa ako komplikácia u 12 - 25 % pacientov. Etiológia tohto syndrómu ešte nie je celkom objasnená. Klinicky sa prejavuje obmedzením pohyblivosti plecového kľbu, ruky, prstov, opuchu ruky, trofickými kožnými zmenami a poruchami vazomotoriky (Brandt, Dichgans, Diener 1993).

Popri periférnych - neurogénnych a mechanických faktoroch (chýbajúca svalová pumpa a pod.) sú obviňované poruchy centrálného sympatiku.

Schiffter (1993) píše, že okrem senzomotorických oblastí kôry a iných zón mozgu pri iniciovaní pohybu sú dôležité aj impulzy sympatika, ktorými sa adekvátne reguluje prietok krvi v končatine. Pri poškodení týchto dráh dochádza k chybnej stimulácii sympatika, k dilatácii ciev, poruche funkcie sympatikom inervovaných potných žliaz.

Výsledky našej štúdie ukázali, že u 75 % pacientov bolo zistené zvýšenie odporu kože na postihnutej končatine a u 85 % zvýšenie teploty kože na strane parézy. Keďže veľkosť kožného odporu a jej teploty sú ovplyvnené funkciou sympatika, naše výsledky možno hodnotiť ako následok centrálne porušenej

funkcie sympatiku. U tých pacientov, u ktorých nebol zistený stranový rozdiel, nebola porucha systému sympatika zistiteľná vyššie uvedenými metodikami.

Literatúra

1. BRANDT, T. - DICHGANS, J. - DIENER, H. C.: Therapie neurologischer Erkrankungen. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln (1993) 1222-1239.
2. SCHIFFTER, R.: Zentralnervöse Störungen des Vegetativums. Nervenheilkunde 11 (1992) 381-387.
3. SCHIFFTER, R.: Zentralvegetative Syndrome. Psycho 19 (5) (1993) 297-307.
4. SCHIFFTER, R. - POHL, P.: Zum Verlauf der absteigenden zentralen Sympathicusbahn. Arch. Psychiat. Nervenkr. 216 (1972) 379-392.
5. SCHIFFTER, R. - SCHLIACK, H.: Über ein charakteristisches neurologisches Syndrom bei Ischämien in der Arteria-carotis-interna, -cerebri-media-Strombahn. Fortschr. Neurolog. - Psychiat. 42 (1974) 555-562.

Adresa autora: M. L-G.,
Rehabilitationszentrum der Universität zu Köln, 50924 Köln Nemecko

Oxid nitritu (NO) ako novospoznaný neurotransmitter

Existencia NO v ľudskom tele je známa od prvopočiatkov fyziologického bádania. Pokiaľ je produkovaný bunkami v primeranom množstve a tempe, slúži ako signalizačná molekula vo fyziologických procesoch - napríklad v neuronálnej komunikácii a vaskulárnej regulácii. Na druhej strane excesívna a neregulovaná syntéza NO môže mať kauzálny súvis s patologickými procesmi, akými sú mnohé letálne a závažné ochorenia, napríklad cievny šok, mozgová príhoda, diabetes, neurodegeneratívne ochorenia, artritída a chronické zápaly.

Koncom 80. rokov sa ukázalo, že NO je atypickým a vzhľadom k tomu, že je dlhé roky známou súčasťou tela cicavcov, aj neočakávaným neurotransmitterom v CNS i PNS. Ukazuje sa, že hrá významnú úlohu pri učení, kognitívnych funkciách a regulácii

motorických funkcií i sexuálneho správania. Okrem toho sa zúčastňuje aj pri regulácii vegetatívneho systému - cerebrálnych ciev, respiračného traktu, funkcie ezofagu, žalúdka, močového traktu, genitálneho systému a aj niektorých funkcií penisu. Účasť NO v neurotransmisii má iný charakter, než je tomu u neurotransmitterov klasických. Efekt NO závisí od súčasného funkčného stavu zúčastňujúcich sa celulárnych elementov.

Tomuto pomerne novému neurotransmitteru sa venuje rozsiahla časť v **Annual Review of Physiology**, vol. 57, 1995, vychádzajúceho vo vydavateľstve **Annual Review**, Palo Alto, California na 905 stranách.

Sú retinoidy teratogénmi?

V predchádzajúcich recenziách sme spomínali práce, ktoré vyzdvihovali retinoidy ako substancie majúce význam v prevencii kancerogenézy. V tomto článku sa však rozoberá potenciálne riziko retinoidov pre teratogénzu, predovšetkým podávaných v excesívnych dávkach.

Ľudské embryo môže byť exponované teratogénnym dávkam vitamínu alebo retinoidov tromi spôsobmi:

- a) Gravidné ženy konzumujú excesívne množstvá potravy obsahujúce vitamín A,
- b) gravidné ženy konzumujú masívne dávky vitamínu A ako doplnok potravy,
- c) gravidné ženy užívajú predpísané lieky obsahujúce retinoidy.

Doposiaľ bolo popísaných 20 prípadov s vývojovými abnormitami u detí matiek exponovaných dávkami vitamínu A, presahujúcimi odporúčané množstvá (8-krát viac než ekvivalent retinolu 800). Analýza defektov u týchto detí zistila postih viacerých orgánových systémov, bez špecifického typu poškodenia. Ako preventívne opatrenia sa uvádza plán vývoja retinoidov, ktoré by popri vysokom terapeutickom efekte mali nízky teratogénny potenciál. Na molekulárnej úrovni by tieto retinoidy nemali mať žiaden teratogénny vplyv na vyvíjajúce sa embryo. Z ďalších zaujímavých prác, vychádzajúcich v recenzovanej **Annual Review of Nutrition**, vol. 15, **Annual Review Inc.**, Palo Alto, California, USA, 1995, 545 strán, treba spomenúť tematiku termogenézy a funkcie štítnej žľazy a najnovšie poznatky o regulácii metabolizmu železa. Kuchar, Benetin

ŠTRUKTÚRA TRÉNINGU V MALÝCH SKUPINÁCH PO KRANIO-CEREBRÁLNYCH TRAUMÁCH

Autor: U. v. Hahn

Pracovisko: Helene-Maier Stiftung, Steinweg 38, 943 15 Straubing

Súhrn

Veľká časť pacientov po kraniocerebrálnych poraneniach, rehabilitovaná po motorickej stránke, má problémy integrovať sa do spoločnosti a zamestnania. Terapeutický program, ktorého účastníkmi sú pacienti, ich príbuzní a terapeuti, umožňuje postihnutému lepšie pochopiť traumú a jej následky a dáva šancu zvládnuť emocionálne ťažkosti pacienta. Päťmesačná spolupráca 3 terapeutov, 6 pacientov a 1 pacienta s osobným trénerom v strede skupiny je štrukturálne členená na niekoľko častí (orientácia, funkčný tréning, skupina, horúce kreslo, skúška záťaže). Takáto štruktúra dovoľuje rátať s problémami na rozličných úrovniach - kognitívnej, sociálnej a emocionálnej. V popredí je pacient s celkovou situáciou, v ktorej sa nachádza, preto je dôležitá i práca s príbuznými.

Kľúčové slová: kraniocerebrálna trauma - skupinový tréning - psychosociálna rehabilitácia

Hahn, U. v.: Training structure in small groups after cranio-cerebral injuries

Summary

A great part of patients after cranio-cerebral injuries, being rehabilitated in movement function, is having problems with integration into the society and occupation. Therapeutic schedule, participants of which are patients, their relatives a physicians, enables to damaged better understanding of injury and its consequences and gives a chance to manage emotional troubles of patient. During the 5 month cooperation of 3 physicians, 6 patients and 1 patient with personal trainer in the middle is structurally divided on several parts (orientation, functional training, group, hot chair, load test). Such structure allows to count with problems on different levels - cognitive, social and emotional. In the foreground is patient with overall situation, into which is he occurring, and therefore the working with the relatives is very important.

Key words : craniocerebral injury - group training - psychosocial rehabilitation

MeSH: Brain Injuries - rehabilitation; Head Injuries - rehabilitation; Psychotherapy, Group;

Hahn, U. v.: Strukturiertes Training in Kleingruppen zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung nach Schädel-Hirn-Trauma

Zusammenfassung

Es gibt eine grosse Anzahl von Patienten nach Schädel-Hirn-Trauma, deren motorischer Anteil rehabilitierbar ist, aber sie behielten Probleme bei der Integration in der Gesellschaft und im Beruf. Das Therapeutische Programm, dessen Teilnehmer die Patienten, Verwandten, und Therapeuten sind, ermöglicht dem Betroffenen die Trauma und ihre Folgen besser zu verstehen und gibt eine bessere Chance emotionale Schwierigkeiten des Patienten zu bewältigen. Fünfmonatige Zusammenarbeit von 3 Therapeuten, 6 Patienten, und eines Patienten mit besonderen Trainer inmitten der Gruppe ist strukturell aufgeteilt (Orientation, Funktionstraining, Gruppe, heisse Stuhl, Belastungserprobung) Diese Struktur ermöglicht mit den Problemen auf verschiedenen Ebenen zu arbeiten - kognitiv, sozial und emotional. Im Vordergrund steht der Patient mit der ganzen Situation in welcher er sich befindet und deswegen ist die Zusammenarbeit mit den Verwandten wichtig.

Schlüsselwörter: Schädel-Hirn-Trauma, Gruppentraining, Psychosoziale Rehabilitation

1. Teoretický úvod

Myšlienkový základ tohto programu vznikol na podklade katamnesticých údajov od

osôb, ktoré utrpeli kraniocerebrálne poranenie: je veľká skupina pacientov, ktorí sú po motorickej stránke rehabilitovateľní, do

rodiny, zamestnania a spoločnosti sa ich však nepodarí integrovať (TATE a kol. 1989, THOMSEN 1990). Podobné analýzy poukazujú na to, že sa často neberie ohľad na emocionálne a sociálne ťažkosti takýchto pacientov (LAMBERTI 1993). Súčasťou dlhodobého psychosociálneho postihnutia je zníženie sociálneho vnímania, emocionálne zmeny a neschopnosť poučiť sa zo skúseností (LEZPAK 1978). STUSS a BENSON (1986) vypracovali model spoluúčinkovania mozgových funkcií, pri ktorom dôjde k interakcii funkcie "sebauvedomenia" s ostatnými procesmi v mozgu s cieľom vedomého začlenenia sa do sociálneho a materiálneho okolia. Bez aspoň minimálnych znalostí je tu nebezpečenstvo, že postihnutí sú príliš málo zainteresovaní na rehabilitačnom procese a následky kraniocerebrálnych poranení stupňujú emocionálnu záťaž (depresie, strach, znížené sebavedomie). Nižšie uvedený program umožňuje pacientovi pochopiť jeho postihnutie a lepšie zvládnuť postihnutím spôsobené emocionálne problémy.

2. Úloha komplexnej rehabilitácie

Mc Lellan píše: "Rehabilitácia je aktívny proces, počas ktorého je snaha spoluprácou viacerých profesionálnych pracovníkov, príbuzných a samotného pacienta dosiahnuť optimálny fyzický, psychologický, sociálny a profesionálny pocit zdravia a blaha u pacientov, ktorých postihla choroba, prípadne úraz." (Mc LELLAN 1991)

Analogickým k tejto definícii je tréning, vykonávaný spoluprácou trénera, pacienta a príbuzných za účelom prispôbenia sa pacienta situácii doma. Päťmesačná spolupráca spravidla 3 terapeutiek, 6 pacientov a 1 pacienta v strede s osobným trénerom (terapeutom) je základom pre pozitívnu emocionálnu atmosféru, ktorá dovoľuje pacientom byť otvorenými. Tematickým ťažiskom tejto spolupráce je poznanie a akceptovanie v určitých hraniciach a na druhej strane vývoj kompenzačných stratégií s cieľom dosiahnuť čo najväčšiu samostatnosť jednotlivca. Keďže následkom traumy je obmedzené vnímanie seba samého, prevezme skupina, prípadne terapeut, úlohu pozorovania a uvedomenia si ťažkostí, ale aj sil na ich prekonanie. Pomocným

prostriedkom je videozáznam, natočený na každom cvičení. Dôležitým predpokladom pre tento tréning sú každodenné skúsenosti pacienta, keď má za sebou 1. fázu rehabilitácie, motorickej i kognitívnej. Na základe skúsenosti možno povedať, že integráciu jednotlivito naučených stratégií väčšina postihnutých samostatne nezvládne.

3. Opis tréningu

V programe skladajúcom sa z viacerých častí je precvičovaná schopnosť uvažovať, pričom je systematicky vedený kognitívny tréning, psychoterapia a rozhovory v skupine. Úvodom programu je jednoduchý štrukturovaný rozhovor s kandidátmi a príbuznými. Až následne sa obe strany rozhodnú pre účasť na tréningoch. V rozhovore môže pacient vyjadriť svoju predstavu o následkoch poranenia hlavy. Štrukturovaný tréning v skupine trvá 22 týždňov, pričom je rozdelený do troch častí: prvá a druhá fáza po 10 týždňov a medzi tým dvojtyždňový "tréning skutočného života".

Jednotlivé časti majú svoju dennú štruktúru. To uľahčuje účastníkom získať pracovný rytmus s cieľom postupne sa vyrovnáť s problémami pamäti, stratou hybnéj sily a flexibility. Predpokladom bezproblémového prechodu do domáceho prostredia a každodenného života je dôvera a stotožnenie, zžitie sa s priebehom tréningu.

Hlavné zložky cvičení v skupine sú rôzne a sú opísané v ďalšom texte.

Orientácia

Ťažisko orientácie spočíva v naučení sa cílen konať a tým reálneho pohľadu na aspekty v ďalšom živote na základe získaných skúseností. So zlepšujúcim sa uvedením si zlého sociálneho správania sa tento aspekt dostáva do stredobodu pozornosti jednotlivca. Dôraz sa kladie na to, aby pacient nebol odhováraný od "nerealistických" cieľov, ale naopak, aby sa naučil vypracovať plán, ako ich dosiahnuť. Až v tomto bode možno v terapii prejsť na zmenu cieľov.

Taktiež sa pacienti cvičením pripravujú na prvé týždne doma. Práve s ohľadom na porušenie "hybnú silu", problémy s plánovaním, impulzivitu alebo obmedzenú schopnosť poučiť sa zo skúseností, môže

pacient pri samostatnom zostavovaní programu všedného dňa v rámci cvičenia pracovať na týchto problémoch.

Funkčný tréning

Na začiatku programu sa urobí neuropsychologické vyšetrenie v oblasti pozornosti, rýchlosti spracovania informácií, pamäti, priestorovo konštruktívnych schopností, riešenia problémov (plánov), funkcie ruky. Výsledky diagnostiky sú prepracované spolu s pacientom a tým sa stávajú základom kognitívneho tréningu. Obsah funkčných tréningov je zameraný na pozornosť, koncentráciu, pamäť, riešenie plánov/problémov. Pritom je každá úloha (nezáleží na tom, z ktorej oblasti) predkladná ako riešiteľný problém, takže v popredí je vždy vypracovávanie stratégií (KARNATH 1991).

Pacient si premyslí preňho výhodný spôsob riešenia, pričom si všima svoje silné i slabé stránky, tzn. že ani tu nie sú kognitívne straty posudzované izolovane. Funkčný tréning sa robí v malej skupine, ktorá pozostáva z 2 pacientov a 1 terapeuta. Počas krátkeho záveru si pacienti porozprávajú úspechy dňa. Čo sa mi podarilo? Prečo? Ako mohlo dôjsť k tomuto neúspechu? Ako sa s tým vyrovnáť, že som dnes nedosiahol, čo som chcel? Čo môžem zmeniť na spôsobe riešenia? V závere je dôležitá úloha terapeuta - to, čo sa dosiahlo počas funkčného tréningu, je potrebné preniesť do všedného dňa, aby sa kognitívny tréning nestal iba bojom proti počítaču.

Skupina

Ak je pacient informovaný o priebehu svojho ochorenia, následkoch a pod. a umožní sa mu výmena skúseností z vlastnej situácie, dochádza k psychickému uvoľneniu. Ináč povedané, v popredí záujmu pacienta postihnutého kraniocerebrálnou traumou sú informácie o jeho postihnutí a následkoch. Ďalším dôležitým tematickým ťažiskom sú základy tréningu a pre cvičenie "skupina". Pacienti sa učia porozumieť, ako "funguje" rehabilitácia, prečo môže byť dôležité stať sa odborníkom na seba samého, ďalšou témou je napr. problém "ako sa mi podarí prijať pomoc?" Témy navrhujú terapeutky, pričom je možné dostať sa počas sedenia k bodu, kedy je v popredí téma jednotlivého pacienta.

Horúce kreslo

Cieľom horúceho kresla je sebausmernenie, prehľbujúce sa poznatky o následkoch kraniocerebrálnej traumy, zlepšené akceptovanie pomoci.

Tréning sa sústreďuje na zlepšenie kognitácie, emocionálnej a sociálnej schopnosti pacienta. Pri cvičení sedí pacient v strede pred svojimi spolupacientami, terapeutmi, hosťami (často príbuznými) a pred zapnutou kamerou zaujíma svoje stanovisko k téme. Sprevádzaný a podporovaný je svojim osobným trénerom. Priebeh vyzerá nasledovne: Oboznámenie sa s témou a jej vysvetlenie, kľúčové slová pritom môžu byť uvedené na tabuli vedľa trénera. V úvodnom rozhovore pacienta s trénerom pred zhromaždenou skupinou sa vysvetlia nejasnosti a spôsob vysporiadania sa s ťažkosťami. Osobný tréner má pritom špeciálnu funkciu "lodivoda": spolu s ním zvláda pacient "horúce kreslo". Spolupráca s trénerom pre postihnutého znamená prijať ponúknutú pomoc, zistiť, kde ju má žiadať, bez toho, aby svoje schopnosti považoval za nedostatočné. Zároveň si pacient uvedomí svoje problémy a zvláda ich.

Po ukončení rozhovoru a vyjadrení stanoviska si pacient vypočuje reakciu ostatných. Potom nasleduje záverečné slovo. Témy cvičenia sa menia podľa nasledovných požiadaviek:

- záujem o seba samého prechádza na iné osoby,
- v ďalšom priebehu sa predkladá menej štruktúr,
- prechádza sa z konkrétnych tém na abstraktné.

Prvou témou je obyčajne vlastný priebeh úrazu a najdôležitejšie medzníky po zvládnutí akútneho stavu až po vlastnosti, na ktoré je pacient zvlášť hrdý. Poslednými témami horúceho kresla sú hry na situácie, v ktorých sa pacient nachádza a ktoré v budúcnosti chce riešiť ináč.

Častou situáciou je napr. rozhovor s budúcim zamestnávateľom alebo s okoloidúcim, ktorý pacienta pre obmedzenie pohybu tela považuje za opitého. Spolupacienti sú vyzvaní, aby pozorne sledovali dianie počas cvičenia, aby sa k nemu mohli vyjadriť. Je potrebné, aby boli citliví, aby chválu dokázali vyjadriť tak, aby neznela falošne, a kritiku tak, aby ju každý

dokázal akceptovať. Slovné reakcie sa orientujú na obsah, účinnosť a spoluprácu s "lodivodom".

Ako príklad môžem uviesť tému "vlastnosti, ktoré si u seba najviac vážim". Touto témou je umožnené získať skúsenosť, že osobné vlastnosti nezávisia od úrazu. Ak pacient rozmyšľa, prečo má rád práve určité svoje vlastnosti, dostane sa k tomu, kam ich má zaradiť, ako si vytvoriť kontakty s ostatnými, často sa vyberajú vlastnosti ako snaha pomáhať, čo sa vzťahuje na ostatných.

Najdôležitejším poznáním horúceho kresla je fakt, že vlastnosti nemusia byť závislé od zvyšujúcej sa výkonnosti pacienta a že aj bez tejto schopnosti môže byť pacient človekom, osobnosťou.

Dôležitou časťou horúceho kresla okrem osobného prejavu sú postery problémov. Osobný tréner pacientovi pred ostatnými objasní problémy, ktoré spozoroval počas tréningu a ku každému uvedie možný spôsob riešenia. V priebehu programu sa urobia tri takéto časti, pričom sú pacienti stále aktívnejší, napokon objasňujú problémy oni, väčšinou tie, ktoré sú pre nich najťažšie. Splupacienti sa vyjadria, akým dojemom pacient pôsobil počas cvičenia.

Stavbou tréningu, kamerou, publikom sa dosiahne určité napätie, čím pacient v horúcom kresle dostáva správnu "pracovnú teplotu". Pritom sa učí udržať si jasnú myseľ a plánovane konať, aj keď je v stave emocionálneho napätia. Emocionálny tlak a kognitívne požiadavky sa stupňujú.

Prečo je dôležitá kombinácia emocionálneho kognitívneho cvičenia? Klinické skúsenosti ukázali, že schopnosť sociálne zameranej interakcie veľmi závisí od toho, ako sa darí zvládnuť emocionálne a kognitívne procesy.

Najdôležitejšími pozitívami horúceho kresla sú: schopnosť pozorne počúvať, vyjadriť sa jasne a plynulo, bez toho, aby sa myšlienky opakovali, regulovať vlastný spôsob reči, obrátiť pozornosť na publikum, hovoriť uvoľnene a vyrovnane, spolupracovať s trénerom a nebojovať proti neprijemným správam, aj keď sú smutné a ťažko akceptovateľné. Práve v spolupráci s trénerom dokáže pacient akceptovať aj trpkéjšie skutočnosti a zabrániť tomu, aby im podľahol. Zároveň sa precvičuje prijímanie pomoci.

Po zvládnutí tréningu stúpe sebavedomie pacienta, pretože aj v ťažkej situácii sa vie

správať ako primerane konajúca a reagujúca osoba.

Skúška záťaž

V druhej fáze sú pacienti denne preverovaní pri dvojhodinovej skúške záťaž. Nie je určená na to, aby sa overili určité špecificky zamerané schopnosti, ale základná pracovná pohotovosť - predpoklad pre každú produktívnu pracovnú činnosť - a reálne sa hodnotí vlastná výkonnosť pacienta. Je výhodné zaraďovať na začiatok a koniec skúšky záťaž rozhovory s terapeutmi. Slúžia k vzájomnej výmene informácií o kraniocerebrálnej traume a následkoch, ale aj riešenia ťažkostí počas skúšky záťaž. Dôležitým bodom týchto stretnutí je, že na ťažkosti, ktoré inštruktorka u pacienta spozoruje, pacienta hneď upozorní. Program je založený i na pravidelných individuálnych rozhovoroch, kedy má pacient možnosť hovoriť celkom sám. Vedľa skupinového programu sú v ponuke programy na voľný čas v obvyklej skupine, prípadne autogénny tréning a iné.

Táto štruktúra umožňuje rátať s problémami na rozličných úrovniach - kognitívnej, sociálnej a emocionálnej. V popredí stojí celková situácia, v ktorej sa pacient nachádza. Z tohto dôvodu je dôležitou súčasťou paralelná práca s príbuznými - sú zapájaní do tréningov tak často, ako je to možné, prípadne sa zúčastňujú individuálnych rozhovorov alebo rozhovorov v skupine príbuzných.

Evaluácia a predbežné výsledky

Program prebieha asi štyri roky. Doteraz (september 1994) sa ho zúčastnilo 66 pacientov, pričom štatisticky boli zachytené 4 skupiny (n = 34).

Skupina pozostávala z 91 % mužov a 9 % žien, priemerný vek bol 25.5 roka. Čas od prekonania úrazu pri vstupe do programu bol priemerne 2.3, celkove 1 - 16 rokov.

40 % skupiny prekonalo ťažkú kraniocerebrálnu traumu v závislosti od dĺžky zamestnania. Veľká časť skupiny bola práceneschopná, tzn. väčšina na nezaoberala žiadnou činnosťou. Pri prepustení sa pomery natoľko zmenili, že väčšina pracuje na menej ako polovičný úväzok, čiže základ tvorí asi 560 DM. Táto práca ponúka fixnú štruktúru

dňa, psychosociálnu oporu, čo pôsobí na pacienta i blízke okolie uvoľňujúco.

Získané výsledky boli zaregistrované pomocou dvoch pomerných (štatistických) škál. Prvá pochádza od Levina a spol. Vyplýva z nej, že v kognitívnej oblasti boli **signifikantne zlepšené**:

pozornosť, poruchy pamäti, unaviteľnosť, iniciatíva, impulzivnosť a plánovanie na funkčnej úrovni a v emocionálnej oblasti - napätie a emocionálna povrchnosť. Podobné výsledky sme pozorovali v druhej škále podľa Ben Yishai: tu boli evidentne zlepšené (na dve výnimky) presnosť a compliance. Ak v oblasti compliance nie sú zrejme žiadne zmeny, súvisí to s tým, že pri prvom rozhovore sa príliš kladie dôraz na základné predpoklady na tréning. Nápadné je tiež, že práve silno rutinizované alebo ritualizované oblasti správania sú lepšie ovplyvniteľné ako napr. "medziľudské vzťahy". Niet sa preto čo čudovať, že na základe literárnych údajov po kraniocerebrálnej traume dochádza práve k strate flexibility.

Súhrnne možno povedať, že výsledky ukázali, že cvičenie kompenzačných stratégií všedného dňa v spojení s každodennými situáciami s cieľom aspoň ich čiastočného zvládnutia, ktoré je založené na pochopení následkov úrazu pacientom, nemusí byť nevyhnutne spojené s chronickým vzostupom emocionálneho zaťaženia, depresie a zníženého sebavedomia.

Diskusia

Vrátil by som sa k začiatku tejto práce, k východiskovému bodu: čo má tento program spoločné s psychoterapiou?

Dnes sa v literatúre veľa diskutuje o význame psychoterapie po kraniocerebrálnej traume, napr. práve okolie Ben Yishaiho popiera zmysel psychoterapeutického snaženia. A to z dôvodu, že podľa skúseností, ak je poškodený orgán, nemožno ho ovplyvniť psychoterapeuticky.

Iní autori (HARRELL, O'HARA 1991) stále viac a viac zdôrazňujú emocionálne potreby, napr. strach, zmätenosť zvlášť zmenu situácie po kraniocerebrálnej traume, kedy sa pacient musí vyrovnáť so zmenou vlastného ja, svojho obrazu. Tu podčiarkuje "splnomocňujúci mód rehabilitácie" -

skutočnosť "prekonať počas rehabilitácie stav obeť a stať sa tým, ktorý prežil". Podľa tohto modelu existuje 5 základných zložiek rehabilitačného procesu: štruktúra + motivácia + informácia + akceptovanie + zručnosť. Ak sa pozeráme na program z pohľadu týchto zložiek, zisťujeme že:

- **štruktúra** znamená pevnú stavbu s jasnými pravidlami správania a reakcií, napr. vedenie rozhovorov v skupine,
- **motivácia**: v spolupráci s ostatnými postihnutými dosiahnuť vlastné pokroky, napri pri orientácii alebo funkčnom tréningu,
- **informácia**: dozvedieť sa niečo o vlastnej situácii prostredníctvom cielených tém preberaných v skupine,
- **akceptovanie**: spolupráca medzi pacientom a terapeutom umožňuje uvedomiť si zmenenú situáciu; táto spolupráca spočíva v "bezpodmienečnom ocenení" pacienta terapeutom, čím je daný signál pre postihnutého: "tvoju osobu si budú vážiť odhladiť od tvojich ťažkostí",
- **zručnosti**: vo všetkých skupinových cvičeniach sa vyvíjajú kompenzačné stratégie, je neustále diskutovaná a vylepšovaná ich použiteľnosť.

Rozsah psychoterapie sa stále zväčšuje a jej hranice sú nedohľadné. Ak sa berú do úvahy klasické zložky - psychoanalýza, školy hlbínnej psychológie, liečba osobnosti, psychoterapia rozhovorom a liečba správania, bolo by dobré dospieť k zhode, že psychoterapia má svoje miesto v ovplyvňovaní neuropsychologických porúch, že jej metódy možno využiť na modifikáciu správania sa pri určitých poruchách.

Napriek tomu ostávajú nezodpovedané otázky:

Ako sa vyrovnáť so zármutkom nad zmeneným vlastným obrazom? Ako preboli strata partnerského vzťahu, prípadne skutočnosť, že sa možno už nikdy nebude dať nadviazať ďalší hlbší kontakt? Na tieto otázky ťažko nájsť odpoveď i napriek najlepšej dosiahnutej modifikácii správania.

Áké sú teda ciele psychoterapeutickej intervencie? Prvá odpoveď by znela: začať s reaktívnym emocionálnym vývojom, aby sa zabránilo eskalácii symptómov, umožniť teda postihnutému vyrovnáť sa so zmenenou životnou situáciou, "uzavrieť s ňou mier", a

tým opäť získať pocit vlastnej hodnoty. (WITTELING, 1990)

Sú tu ešte dve otázky súvisiace s tým, že psychoterapeutické metódy nemožno aplikovať bez určitého predpokladu: Kto sa hodí na základe kognitívnej a emocionálnej symptomatiky na psychoterapeutickú intervenciu? Ako musia byť prispôsobené podmienky realizácie cerebrálnej symptomatiky?

Abý sa našli odpovede aspoň na niektoré otázky, budú potrebné ďalšie podnetné diskusie a veľa síl a schopností vycítiť sa do situácie postihnutého.

Literatúra

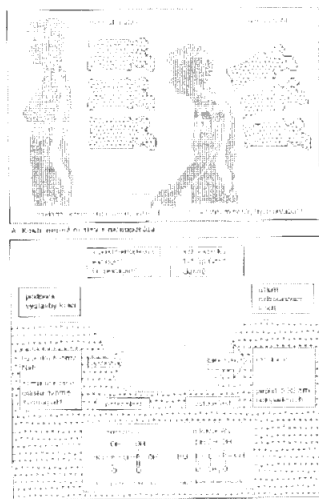
1. BARCO, P. u.a. (1990): *Training Awareness and Compensation in Postacute Head Injury Rehabilitation*. In: KREUTER, J. - WEHMANN, P. (Hg.): *Community Integration following Traumatic Brain Injury*. Baltimore.
2. BEN-YISHAI, Y. - PRIGATANO, G. P. (1990): *Cognitive Remediation*. In: GRIFFITH, E. - ROSENTHAL, M. (Hg.): *Rehabilitation of the Adult and Child with Traumatic Brain Injury*. Philadelphia, Davis.
3. EZRACHI, O. u.a. (1991): *Predicting Employment in Traumatic Brain Injury following Neuropsychological Rehabilitation*. In: *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 6 (3), 71-84.
4. HARRELL, M. - O HARA, C. C. (1991): *Meeting the Emotional Needs of Brain Injury Survivors: An Empowerment Approach to Psychotherapy*. In: *Cognitive Rehabilitation*, 3/4, 12-15.
5. KARNATH, H.G. (1991): *Zur Funktion des präfrontalen Cortex bei mentalen Planungsproblemen*. In: *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 2(1), 14-28.
6. LAMBERTI, G. (1993): *Personlichkeitsveränderungen nach Hirnschädigung: Zum Stand der gegenwärtigen Diskussion*. In: *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 4(2), 92-103.
7. LEZAK, M. (1978): *Living with the characterologically altered brain injured patient*. In: *Journal of clinical psychiatry*, 39, 593-598.
8. LINN, R. T. u.a. (1994): *Affective symptoms in the chronic stage of traumatic brain injury: a study of married couples*. In: *Brain Injury*, 8(2), 135-147.
9. McLELLAN, D. L. (1991): *Functional Recovery and the Principles of Disability Medicine*. In: SWASH, M. - OXBURY, J. (Hg.) *Clinical neurology*. Edinburgh.
10. PRIGATANO, G. (1987): *Personality and Psychosocial Consequences after Brain Injury*. In: MEIER, M. J. - BENTON, A. L. - DILLER, L.: *Neuropsychological Rehabilitation*, Edinburgh.
11. *Rehabilitation Monograph No. 66 (1983): Working Approaches to Remediation of Cognitive Deficits in Brain Damaged Persons* New York University Medical Center.
12. STUSS, D. T. (1991): *Disturbance of Self-Awareness after Frontal System Damage*. In: PRIGATANO, G. P. - SCHACTER, D. L. (Hg.): *Awareness of Deficit after Brain Injury*. Clinical and theoretical issues. Oxford University Press.
13. STUSS, D. T. - BENSON, D. F. (1986): *The Frontal Lobes*. New York.
14. TATE, R. L. - LULHAM, J. M. - BROE, G. A. et al. (1989): *Psychosocial Outcome for the Survivors of Severe Blunt Head Injury*. In: *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 47, 260-268.
15. WITTELING, W. (1990): *Neuropsychologie Störungen*. In: REINECKER, H. (Hg.): *Lehrbuch der klinischen Psychologie*. Göttingen.
16. YALOM, I. D. (1989): *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. München.

Adresa autora: U. v. H., Helene-Maier-Stiftung, Steinweg 38, 94315, Straubing, Nemecko

Osteoporóza a postmenopauza

Po menopauze nastáva posun smerom k odbúravaniu kostí. Rizikovými faktormi sú: predčasná menopauza, nedostatočná telesná činnosť, fajčenie, abúsus alkoholu, podváha, nedostatočný prívod vápnika v potrave.

Profylaxia: Liečba estrogénmi - podávanie hormónov môže pokračovať 10 rokov a viac. Denná dávka vápnika pred menopauzou by mala byť 1 g (1 l mlieka), neskôr 1,5 g. Terapia: Stavbu kostí stimulujú fluoridy (stimulujú osteoblasty). Inkorporujú sa do hydroxyapatitu namiesto hydroxyskupiny, čo sťažuje deštrukciu kostí osteoklastami. Mineralizácia novovytvoreného osteoidu musí byť zaistená dostatočným prívodom vápnika. Kalcitonin - tlmí činnosť osteoklastov a tým odbúravanie kostí. Difosfonáty: Imitujú štruktúru prirodzeného pyrofosfátu, ktorý inhibuje vypadávanie a rozpúšťanie kostných minerálov. Brzdí odbúravanie kostí, ale aj ich mineralizáciu.



V knihe *Atlas farmakológie - autori Heinz Lüllmann, Klaus Mohr, Albrecht Ziegler, 1. české vydanie, vydala Grada Publishing, Praha 1994* - nájde sa základy všeobecnej farmakológie (vývoj liečiva, aplikácia, distribúcia a eliminácia liečiv a pod.), v špeciálnej farmakológii sú uvedené jednotlivé druhy farmák, ich účinky, farmakokinetiká, indikácie, kontraindikácie, nežiaduce účinky. Údaje sú prehľadné, stručné, vždy s grafickým znázornením na sprehľadnenie textu, majú napomáhať k lepšiemu pochopeniu a zapamätaniu si informácie. V závere knihy je uvedená terapia niektorých ochorení (napr. angina pectoris, hypertenzia, reumatoidná artritída atď.). Príkladom je vyššie uvedená osteoporóza. Recenzia, Lesayová

LIEČEBNÁ TELESNÁ VÝCHOVA U MOZGOVÝCH PORANENÍ

Autor: J. Kroll, V. Kroll

Pracovisko: Neurologische Klinik Hess.-Oldendorf, Greitstrasse 18-28, 31840 Hess.-Oldendorf

Súhrn

V článku je opísaný spôsob, akým sú pacienti po kraniocerebrálnom poranení rehabilitovaní na neurologickej klinike Hess.-Oldendorf. Vďaka intenzívnej starostlivosti sa počet postihnutých, ktorí sa po absolvovaní pobytu vracajú späť do rodiny, spoločnosti a zamestnania, pohybuje okolo 70 %.

Kľúčové slová: kraniocerebrálna trauma - rehabilitácia - apalický syndróm

Kroll, J., Kroll, V.:

Treatment physical training by cerebral injuries

Summary

The way used in rehabilitation of patients after cranio-cerebral injuries in dept. of Neurology Hess-Oldendorf, is described in this article. Thanks to intensive care the number of patients, which are coming back to their family, community and job after the ending of their stay, is about 70%.

Keywords : craniocerebral injury - rehabilitation - apallic syndrome

MeSH: Brain Injuries - pathology, rehabilitation; Head Injuries - rehabilitation; Consciousness Disorders; Syndrome; Exercise Therapy;

Kroll, J., Kroll, V.:

Aktivierende Krankengymnastik bei Patienten mit schweren Schädel-Hirn-Verletzungen

Zusammenfassung

Es wird geschildert, wie mehrere Patienten mit einem Schädelhirntrauma in der neurologischen Klinik Hess.-Oldendorf therapiert werden. Dank der intensiven Fürsorge befinden sich die Prozentwerte der Patienten, die nach dem absolvierten Aufenthalt in die Familien, Gesellschaft und Beruf zurückkehren bei 70%

Schlüsselwörter: Schädel-Hirn-Trauma - Gruppentraining - Psychosoziale Rehabilitation

V súčasnosti už niet pochýb o významečasnej intenzívnej liečebnej telesnej výchove (LTV) u pacientov s kraniocerebrálnou traumou (KCT), pri apalickom sy a na začiatku fázy remisie. Rád by som vás oboznámil s terapeutický programom na neurologickej klinike Hess.-Oldendorf.

Hneď po ukončení starostlivosti na akútnom oddelení je pacient, schopný dýchať spontánne, preložený na našu kliniku. Prípadné periférne poranenia, napr. fraktúry alebo poranenia mäkkých častí tela, sú do určitého stupňa ošetrované na predošom

oddelení. Pacient sa už teda nenachádza v akútnej fáze, je možné, že od obdobia úrazu už prešlo niekoľko týždňov, prípadne mesiacov. Pacienti sú ale často ešte v apalickom sy, teda temer v bezvedomí - môžu otvoriť oči, ale nefixujú pohľad. Vegetatívne funkcie sa pomaly stabilizujú, ale postupne dochádza k výraznému zvýšeniu tonusu. Pri apalickom sy je podstatné, že zo strany pacienta chýba známka akéhokolvek kontaktu, či už verbálneho, auditívneho či taktilného. Ďalej dochádza k masovým pohybom, cieleň pohybov možný nie je. Chcel by som bližšie opísať LTV u týchto pacientov, to, čo v Hess.-Oldendorfe odporúčame ako

dôležité a sprostredkovať vám skúsenosti, ktoré sme získali.

Je potrebné dávať pozor, aby nevznikli kontraktúry, čiže dbať na fyziologické polohovanie. Aby sme zabránili plantárnej flexii členka, už v čase apalického sy obúvame pacientom vysokú cvičebnú obuv.

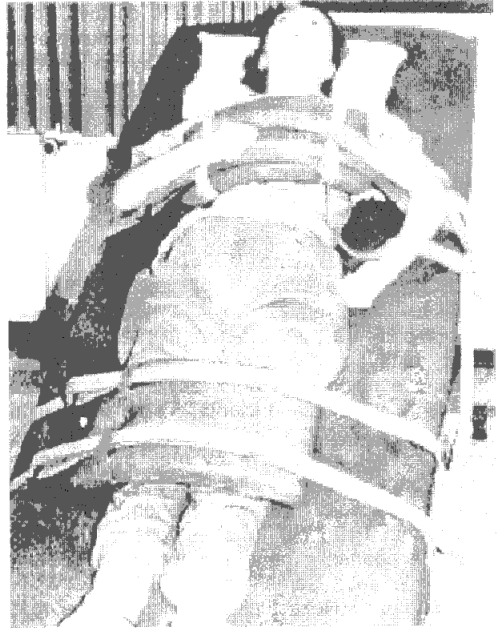
Je dôležité, aby pacient neležal stále na lôžku. Mimo lôžka sa zvyšuje množstvo dráždivých podnetov a okrem toho pohybovú liečbu možno intenzívnejšie vykonávať na matracoch (žienkach). Naši pacienti sú teda privázaní na každú terapiu - je preto prirodzene potrebné dávať pozor na správnu polohu v invalidnom vozíku.

Najskôr sa používajú lôžkové invalidné vozíky, pretože pacient nevie aktívne udržať hlavu. Je dôležité, aby sa zvládlo nežiadúce zvýšenie tonusu, jednak polohovaním a podobne i počas LTV. Dôležitou súčasťou aktívnej liečby je oslovanie pacienta a samozrejme taktilné podnety.



Rovnako ako prevencia kontraktúr je dôležitá vertikalizácia pacienta. Tu už ide o ovplyvnenie rovnovážnych funkcií a koordinačnej poruchy. Dôležitá je aktívna kontrola polohy hlavy (obr. 1). Podobne sa vykonáva i stimulácia vestibulárneho aparátu.

Vestibulárna stimulácia zahŕňa širokú oblasť, je rozmanitá a je nutné ju individuálne prispôbiť pacientovi. Ak je to možné, robíme ju v sede, pričom sa premiestňuje ťažisko pacienta - je dôležitá dokonalá kontrola polohy hlavy, preto vo včasnej fáze je hlava pasívne fixovaná. Cvičenie je možné robiť i na vertikalizačnom stole (obr. 2).



Trvanie cvičenia musí byť tiež individuálne prispôbené, pretože pri príliš dlhej, prípadne prudkej vestibulárnej stimulácii sa môže pacient zľaknúť.

Dôležitá je i vertikalizácia pacienta. Keďže aktívny postoj nie je ešte reálny, i tu je vhodnou pomôckou vertikalizačný stôl. Výška sklonu závisí od stavu obehového systému, zaťažiteľnosti pacienta vzhľadom na fraktúry dolných končatín, panvy, prípadne chrbtice. Vertikalizácia podporuje správnu funkciu srdcovocievneho aparátu, tvorbu kalusu pri zlomeninách.

Pri liečbe apalického sy treba dávať pozor na stabilnú polohu pacienta, ale s neobmedzenou pohyblivosťou kĺbov, redukovať spasticitu, stimulovať vestibulárny aparát, dosiahnuť aktívnu kontrolu polohy hlavy a pokúsiť sa o vôľovú motoriku.

Hlavným cieľom ostáva dostať pacienta z apalického sy a dosiahnuť remisiu.

Ak sa to napriek intenzívnemu cvičeniu nedarí, občas používame ľadové kúpele. Ak je mozgové tkanivo schopné reagovať na podráždenie, tento intenzívny impulz obyčajne spôsobí, že pacient sa stane čulejším a adekvátne začína vnímať svoje okolie. Ľadové kúpele však aplikujeme len v takých prípadoch, kedy po viactýždňovom úsilí nedosiahneme remisiu. Je dokázané, že čím skôr ju pacient dosiahne, tým kratšia bude celková doba rehabilitácie. V súčasnosti už nemožno akceptovať názor, že pacienti v apalickom sy sa netreba venovať, alebo ak trvá viac ako 6 týždňov, je liečba bezpredmetná. Často sme u našich pacientov pozorovali, že po ľadových kúpeľoch sa hneď zaktivizovali a adekvátne reagovali na ďalšiu liečbu. Preto nečakajte na spontánnu remisiu, ale snažte sa cieľenou liečbou pacienta prebrať.

Ďalej sa dostaneme k opisu LTV v čase začínajúcej remisie:

Na začiatku fázy remisie pozorujeme vyjasňovanie vedomia pacienta. Očividne reaguje na vonkajšie podnety, ostáva ale zvýšený tonus končatin a trupu. V tejto fáze pôjde opäť o to, aby sa zabezpečila dostatočná stimulácia pacienta. Teraz bude ešte dôležitejšie ho opäť a opäť oslovovať. Rozličné pohyby na a s pacientom by mali byť verbálne sprevádzané. Pacient je vyzývaný k spolupráci. Pacienta oslovuje krstným menom, prípadne priezviskom. Pri LTV je poskytovaný dostatok vizuálnych podnetov, napr. sledovanie predmetov, pozorovanie seba samého v zrkadle, sledovanie svetelného pásu. Nezastupiteľné miesto tu má opäť vestibulárna stimulácia. Postihnutí nacvičujú rovnováhu na pevných aj instabilných plochách, nesmú mať ale pri tom strach. Takže opäť a opäť sú posadzovaní, pritom sa dáva pozor na kontrolu polohy hlavy a udržanie rovnováhy. Akonáhle ju pacient aktívne udrží, prichádza na cvičenie v invalidnom vozíku. Vo včasnej fáze je dôležitý i postoj s oporou, pričom sa tiež kladie dôraz na udržovanie rovnováhy. Množstvom dráždivých podnetov sa pacient stáva aktívnejším, aktívne sa podieľa na dianí vo svojom okolí.

Dôležitá je i **včasná mobilizácia**, zabránenie vzniku kontraktúr nebolestivým spôsobom, príprava na vôľové pohyby a prirodzene zníženie spasticity. Hlavný cieľom ostáva navodenie vôľovej motoriky v čo najkratšom čase, jej rozvíjanie a tréning a samozrejme udržanie pacienta čo najdlhšie v stoji. Keďže aktívny postoj možný nie je, pomocou je opäť vertikalizačný stôl. Vážnym problémom pacientov po kraniocerebrálnej traume je okrem psychických zmien výrazná spasticita. Ani na začiatku fázy remisie nemožno očakávať žiadnu spoluprácu zo strany pacienta. Okrem toho pri výraznej spasticite je problematické i polohovanie - dôvodom je, že jemné polohovacie materiály sú pri

častom nepokoji pacienta zhodené z lôžka, prípadne invalidného vozíka. Preto opatrne dávujeme spazmolytiká. Ak ich účinok nestačí, je možnosť ovplyvniť zvýšený tonus i LTV. V Hess-Oldendorfe sme vyskúšali mnoho, veľakrát i neúspešne, ale niekoľko možností je použiteľných. Do úvahy prichádzajú vtedy, ak sa im pacient nebráni a ak inými prostriedkami nie je možné dosiahnuť zníženie spasticity.

Stretávame sa i s pacientami, ktorí sú už k nám preložený so svalovou kontraktúrou. Často aktívne nespokupracujú, reagujú obrannými pohybmi - u týchto pacientov používame cirkulárne sadrovanie. Je potrebné v ľahkom - pacientom tolerovanom - korekčnom postavení s mäkkým vyperodžením. Sadra ostáva naložená 2 - 3 dni. Po uplynutí tohto času nasleduje presadrovanie v novom korekčnom postavení. Naše skúsenosti ukázali, že takýmto spôsobom sa dajú šetrne zvládnuť svalové kontraktúry. Komplikovanejšie je to pri spastickej nohe - ak korekcia nie je možná pomocou vysokej cvičebnej obuvi a ani iné terapeutické prostriedky nie sú úspešné - vtedy sa snažíme nohy fixovať na vertikalizačnom stole špeciálnymi pásmi, doštičkami a klinmi. Ak napriek tomu pretrváva plantárna flexia v členku, postupne sadrujeme nohy až do normálneho postavenia. Aby sa udržalo fyziologické postavenie, zhotovujú sa na našom ortopedicko-protetickom oddelení korekčné vnútorné topánky. V priebehu rokov sme ich postupne vylepšovali, teraz sa vyrábajú z ľahkých materiálov, ktoré sa používajú v plachtárskom športe, majú dlažku pre palec, špeciálnu vložku, ak je to potrebné rozšírenú, kým pacient ešte príliš zaťažuje vonkajšiu stranu chodidla. Pevný materiál drží nohu v 90-st. polohe a vystužený pás fixuje chodidlo v strednom postavení. S takto zaistenou nohou môže pacient nielen stáť, ale napriek silnej spasticite môže nacvičovať i chôdzu. Bez tohto prostriedku je chôdza úspešná až vtedy, keď pacient dokáže aktívne ovplyvniť spazmus. Dovtedy by sa ale zbytočne strácal čas a rehabilitácia by možno nebola korunovaná úspechom. Okrem toho je známe, že ak dôjde k cieľnému prerušeniu spastickeho vzoru, napr. na nohe alebo ramene, pozorujeme celkové zníženie spasticity. Ak sa podarí zvládnuť kontraktúry a spasticitu, zlepšiť spoluprácu pacienta, ďalej sa pokračuje v nácviku správnej chôdze a jemnej motoriky ruky. Pre nácvik jemnej motoriky ruky sme vytvorili špeciálnu cvičebnú skupinu, kde sa odstraňujú ostávajúce deficity. Po takejto intenzívnej rehabilitácii - LTV 4 - 5-krát denne počas dlhej doby strávenej na klinike - nie je prekvapujúce, že percento pacientov integrovaných späť do rodiny a zamestnania je veľmi vysoké. Na našej klinike sa pohybuje okolo 70 %.

Literatúra u autora

Adresa autora: J.K., Neurologische Kl. Hess-Oldendorf, Greitstrasse 18-28, 31840 H.-O.

PSYCHOSOCIÁLNA PROBLEMATIKA U PACIENTOV PO KRANIOCEREBRÁLNEJ TRAUME PRI ZNOVUZAČLEŇOVANÍ DO SPOLOČNOSTI A ZAMESTNANIA

Autor: H. Wokroy

Pracovisko: AUVA Rehabilitationszentrum, Weisser Hof, 3400 Klosterburg, Rakúsko

Súhrn

Autor uvádza úskalia psychosociálnej rehabilitácie pacientov po kraniocerebrálnej traume, konkrétnejšie sa zaoberá konceptom pozdnej rehabilitácie v rehabilitačnom centre Weissen Hof. Ako príklad opisuje kazuistiku 17-ročného pacienta po KCT, u ktorého napriek výraznému zlepšeniu stavu stroskotáva zaradenie do pracovného procesu na nedostatočnej legislatíve.

Kľúčové slová: kraniocerebrálna trauma - psychosociálna rehabilitácia

Wokroy, H.: Psychosocial problems in patients after craniocerebral injury at reintegration into the community and occupation

Summary

Problems in psychosocial rehabilitation in patients after cranio-cerebral trauma are featured by the author.

He is dealing with the concept of late rehabilitation in rehabilitation centre of Weisser Hof.

As example the case-report of 17- years patient after cranio-cerebral trauma is described, in whom in spite of striking condition improvement the integration in occupational process is failing on deficient legislation.

Key words: *craniocerebral injury - psychosocial rehabilitation*

MeSH: *Brain Injuries - rehabilitation, psychology; Head Injuries - rehabilitation; Psychotherapy; Social Adjustment; Legislation*

Wokroy, H.: Die psychosoziale Problematik von Schädel-Hirnverletzungen bei der Wiedereingliederung in den sozialen und beruflichen Bereich

Zusammenfassung

Der Autor schildert die Problematik der psychosozialen Rehabilitation von Patienten nach Schädel-Hirn-Trauma. Konkret befaßt er sich mit der Konzeption der Spätrehabilitation. Als Beispiel beschreibt er einen 17-jährigen Patienten nach Schädel-Hirn-Trauma, dessen Integration in den Arbeitsprozess trotz motorischer Zustandsbesserung bei ungenügender Legislative nicht gelungen ist.

Schlüsselwörter *Schädel-Hirn-Trauma, psychosoziale Rehabilitation*

Pri riešení získaného psychosyndrómu po kraniocerebrálnej traume (KTC) treba mať na zreteli určité kritériá, s ktorými sa nestretávame pri rehabilitácii pacientov po iných poraneniach.

Tieto kritériá sú:

1. **Neurologicko-psychologická prognóza**, najmä čo sa týka možnosti zamestnania, je ťažká. Dôvodom je, že regenerácia po kontúrii mozgu je časovo oveľa náročnejšia ako po

iných traumách. Podobne je ťažké odhadnúť možné komplikácie.

2. **Strata spoločenského postavenia** ako následok KTC. Znamená to tiež, že čím lepšia bola sociálna pozícia pred nehodou, tým ťažšie znášajú postihnutí a ich príbuzní jej stratu, obmedzenie sociálnych kompetencií.

3. Aj pre profesionálnych pracovníkov je **nedostatočná schopnosť "sebazastúpenia"** pacienta s ťažkým psychosyndrómom principiálnym problémom: je tu nebezpečenstvo zbavenia pacienta svojprávosti, namiesto vlastnej predstavy "lepšej cesty" do budúcnosti. Porušená psychosociálna kompetencia pacienta sťažuje prácu i sociálnych pracovníkov. Kvôli zábudlivosti, dezorientácii, poruchám reči atď. je starostlivosť o týchto pacientov časovo náročná.

Pre všetkých nezasvätených - myslím tým všetkých bez vlastných skúseností s následkami mozgového poranenia - je oveľa ťažšie zžiť sa do problematiky pacienta po KCT, napr. postihnutého v invalidnom vozíku, amputovaného alebo slepeho, príp. hluchého. Skôr ako vám predstavím koncepciu rehabilitačného programu nášho oddelenia, uvediem ešte niekoľko všeobecných poznámok:

V Rakúsku bola po získaní mnohoročných skúseností vypracovaná koncepcia liečby pacientov po úrazech - prvotné ošetrenie v nemocnici - ambulancná liečba až po dosiahnutie tzv. "pracovnej schopnosti". U ťažkých poranení a v problematických prípadoch sa - aj keď nie vždy - už v nemocnici uvažuje o ďalšej liečbe v rehabilitačnom centre. Ťažkí pacienti, to znamená tí, ktorí nezodpovedajú mechanistickému poňatiu ďalšej starostlivosti, vyžadujú často psychosociálnu rehabilitáciu. Žiadneho pacienta, nanajvýš tak jedného po KCT, možno zaradiť do modelu "pásovej výroby". Následne sa prechádza na mnou nazvaný "postupový plán". Keďže nie je bežnou praxou iba u nás, doplním len pár slov:

Postupový plán znamená zmenu medzi stacionárnou a ambulatnou fázou pred plánovaným ukončením pobytu v

rehabilitačnom centre. Tým sa stáva rehabilitačný koncept dôležitým na viac rokov. Najskôr je v popredí medicínska a materiálna stránka. Súčasne sa kladie dôraz na sociálne okolie a bytovú situáciu, plánovanie ďalšieho životného priestoru. Pracovná oblasť prichádza do úvahy v mnohých prípadoch až po psychosociálnej a medicínskej stabilizácii. Prekážky, ktoré sprevádzajú rehabilitáciu ťažkých stavov, nevyklučuje ani postupový plán. Mám na mysli hlavne prekážky v psychosociálnej oblasti, ktoré sa môžu objaviť na viacerých úrovniach.

Na úrovni postihnutého je to tendencia bagatelizovať psychické defekty zo strachu pred stratou postavenia. U profesionálnych pracovníkov sa môže objaviť odmietavý postoj k "nevďačnému prípadu", ktorý časovo presahuje plánovanú liečbu. A vo svojom okolí pociťuje postihnutý následky strachu pred kontaktom s "nie normálnym" človekom, čo je všeobecné označenie psychickej poruchy.

Teraz niekoľko poznámok k rehabilitácii problematických prípadov, ktoré boli liečené na našom oddelení, k tzv. pozdnej rehabilitácii. Tento koncept má zmysel hlavne pre mladších postihnutých, ktorých úraz postihol v puberte alebo krátko po puberte. Samotná stacionárna liečba v týchto prípadoch nestačí.

Pod pozdnou (neskorou) rehabilitáciou nerozumiem iba stacionárny rekonvalescenčný pobyt na oživenie už získaných rehabilitačných úspechov. Neskorá rehabilitácia je cieleň liečebná starostlivosť zameraná na sociálnu a profesionálnu integráciu roky po úraze a to pre pacientov, ktorí "stroskotali" po prvej liečebnej fáze. Myslím tým napr. postihnutých s ťažkými neurotickými poruchami, s problémami v rodine, ktorí sa nevedia vysporiadať s následkami po úraze, alebo ktorí sa správajú ako v predpubertálnom období.

Ako príklad uvediem **kazuistiku** z nášho oddelenia:

17-ročný študent - úraz na mopede v r. 1984. Následky: Po kontúzii mozgu apalický sy, poranenie brucha, zlomenina stehennej kosti. Komplikácie o.i.: respiračná insuficiencia s hypoxiou, reaktívna depresia, amputácia palca na nohe.

1.5 roka trvajúca hospitalizácia, začiatok mobilizácie 3 mesiace po úraze.

Priamy prevoz do rehabilitačného centra Meidling vo Viedni vo februári 1986.

Psychologické vstupné vyšetrenie: psychosyndróm vysokého stupňa s výraznou poruchou porozumenia, nedostatočná orientácia a kritičnosť, spomalenie, rýchla unaviteľnosť, výrazná porucha spontaneity.

Od začiatku pobytu slabá spolupráca, negativistický. Po 2 mesiacoch odmieta užívať lieky, občas i stravu, suicidálne tendencie (otrava). Začína sa zajakávať, ukazuje čoraz viac protestných reakcií: ľahne si napr. pri chôdzi na podlahu, snaží sa ujsť. Vzhľadom na tieto skutočnosti je po 4 mesiacoch prepustený do starostlivosti matky.

Stav pri prepustení: výrazná tetraspastická porucha chôdze, psychosyndróm vysokého stupňa, paranoidno-depresívna symptomológia.

Po dlhoročnej márnej snahe matky nájsť ďalšie možnosti zlepšenia zdravotného stavu jej syna a psychosociálnej normalizácie bol v marci 1991 prevezený na neurologickú kliniku v Innsbrucku. Tam došlo k výraznému zlepšeniu psychosyndrómu. Opäť v telegrafickom štýle: bez depresie, bez patologických nálad, priemerná intelektuálna schopnosť, chôdza po korekčných operáciách značne zlepšená.

Po ďalšom úsilí matky bol v júli 1991 prijatý do rehabilitačného centra vo Weissen Hofe. Pôvodne bol plánovaný 3-týždňový pobyt. Keďže psychosociálna rehabilitácia by nebola v takom krátkom čase úspešná, bol pobyt predĺžený na 7 týždňov.

Psychologické vyšetrenie z Weissen Hofu ukázalo zlepšené predpoklady pre psychosociálnu rehabilitáciu: psychosyndróm stredného stupňa, normálna schopnosť koncentrácie, bez náladvosti, zaťažiteľnosť dobrá.

Regresia ako následok úrazu, ktorá doma viedla k nesamostatnosti, bola už po krátkom pobyte v rehabilitačnom centre sčasti zlepšená. Pacient síce ostáva trochu defínský, ale kontakt je zlepšený, je prevažne pozitívne naladený, zreteľne istejší a snaživejší, jeho predpoklady pre zaradenie do pracovného procesu sú lepšie.

Psychologické testy na pracovnom úrade ukázali vyrovnanú, skoro priemernú výkonnosť. Návrh psychológa znel: Prijatie do chránenej dielne ako prvý stupeň pre začlenenie do zamestnania.

Pri pokuse o realizáciu tohto plánu sa ukázali už matkou avizované inštitucionálne a právne nedostatky. Najbližšia chránená dielňa je síce od miesta bydliska postihnutého vzdialená len polhodiny cesty autom, na druhej strane sa nachádza na hranici Dolného Rakúska a oblasti Viedne. Z toho dôvodu je prijatie zamietnuté.

Aj keď je matka ochotná denne vozit' syna na vhodné pracovné miesto, nedajú sa nájsť primerané ďalšie nariadenia (úpravy). Nielen úrad pre dôchodkové poistenie - postihnutý dostáva invalidný dôchodok - ale aj štátny úrad pre invalidov sa zriekli starostlivosti. Ako posledná nádej ostáva poradca pre rehabilitáciu na úrade práce. Zatiaľ je ale postihnutý závislý na spoločenských prostriedkoch, aj keď by mohol zarábať vlastné peniaze. Toto konštatovanie je dilemou pre všetkých zúčastnených v rehabilitačnej oblasti: zdanlivo neriešiteľná diskrepancia medzi požiadavkou rehabilitačného konceptu a nedostatočná úspešnosť pri praktickej realizácii.

Literatúra u autora

Adresa autpra: H.W., AUVA Rehabilitationszentrum, Weisser Hof, 3400 Klosterburg, Rakúsko

MERCK MANUAL

Kompendium klinickej medicíny

Poskytuje najnovšie poznatky diagnostiky a liečby všetkých známych ochorení **na 3000 stranách.**

Na tvorbe sa podieľalo 300 amerických špičkových lekárskejších špecialistov. Tvorí už viac desaťročí **najživanejšiu** a v lekárskejších knižniciach **najkradnutejšiu** príručku medicínskejšieho sveta. V angličtine vyšlo doteraz **16 vydání**, posledné preložili poprední odborníci jednotlivých odborov do češtiny. Kniha je nepostrádateľným pomocníkom každého lekára, študenta medicíny, fyzioterapeuta a pod. k priebežnému štúdiu alebo pri príprave na atestáciu.

Termín vydania 22.5.1996

Cena 1450,- Kč

Podrobnejšie informácie na adrese redakcie, distribúciu zabezpečuje vydavateľstvo RAK v Budmericiach

ROOMING IN AKO ZVLÁŠTNÝ SPÔSOB VČASNEJ FÁZY REHABILITÁCIE PACIENTOV SO ZÍSKANÝM POŠKODENÍM MOZGU

Autor: M. Gadomski

Pracovisko: Städtisches Krankenhaus München-Bogenhausen, Abt. für Physikalische Medizin und Medizinische Rehabilitation, Engelschalkinger Str. 77, 81925 München

Súhrn

Autor bilancuje skúsenosti 11-ročnej realizácie rooming in vo včasnej fáze rehabilitácie pacientov so získaným poškodením mozgu. Rooming in je definovaný ako stála prítomnosť blízkeho príbuzného pacienta počas niekoľkých týždňov, či mesiacov. Má pozitívny vplyv na priebeh rehabilitácie a zmierňuje psychologické následky mozgového poranenia.

Kľúčové slová: rooming in - poškodenie mozgu - včasná rehabilitácia

Gadomski, M.: Rooming in as particular method of early rehabilitation of patients with acquired brain damage

Summary

The balance of experiences with 11 years realisation of ROOMING in early stage of rehabilitation of patient with acquired brain damage is presented by the author.

ROOMING IN is defined as a permanent presence of the patient's near relative during several weeks or months.

This presence has positive influence on rehabilitation course and allevates psychological consequences of brain damage.

Key words: rooming in - brain damage - early rehabilitation

MeSH: Rooming-in Care; Brain Injuries - rehabilitation;

Gadomski, M.: Rooming-in als besonderes Verfahren in der Frühphase der Rehabilitation von Patienten mit erworbenem Hirnschaden

Zusammenfassung

Der Autor bilanziert die Erfahrungen der 11-jährigen Realisation des Rooming-In in der Frühphase der Rehabilitation von Patienten mit erworbenen Hirnschaden. Rooming-In ist definiert als dauerhafte Anwesenheit der Verwandten des Patienten während einiger Wochen oder Monat. Es hat einen positiven Einfluß auf den Rehabilitationsablauf, mindert die psychischen Folgen der Hirnschäden

Schlüsselwörter: rooming-in - Hirnschaden - Frührehabilitation

Včasná rehabilitácia pacientov so získaným ťažkým poškodením mozgu už počas intenzívnej lekárskej starostlivosti si vyžaduje presnú analýzu stavu a koncepciu rehabilitačného plánu, ktorá ráta s mnohorakými problémami pacienta práve v tejto fáze. Pri bilancii momentálneho stavu sa kladie dôraz na:

- 1) problémy, ktoré má pacient v čase **začatia rehabilitácie**,
- 2) problémy, ktoré vzniknú **pri prevoze z oddelenia intenzívnej starostlivosti** na oddelenie pre včasnú rehabilitáciu.

Ak sa prevoz uskutoční skutočne skôr, pacient spravidla ešte **nekomunikuje** s okolím. Nevie, kto je, nedokáže pochopiť, čo a prečo sa s ním stalo. Nič mu nie je známe. Tak prežíva pocit nekonečnej opustenosti. Je napätý, odmietavý, často nepokojný (známka strachu) a agitovaný až excitovaný. Má porušený rytmus spánok - bdenie. Prídatným rušivým faktorom je zmena prostredia, tzn. zmena okolia so všetkým zúčastneným ošetrojúcim personálom.

Ale aj pre príbuzných znamená **prispôsobenie** sa novej situácii zmenu. Aj oni sú nútení prispôbovať sa lekárskeму, ošetrovateľskému a terapeutickému okoliu. Rozhodujúca pre nich je ale zmena priority udržania nažive na neznámy a dlhodobý proces rehabilitácie s nejasným koncom. Všetky vymenované rušivé momenty sú pre rehabilitáciu objektom a prekážkou súčasne. Je to o to významnejšie, že sa spravidla do popredia dostávajú ešte iné poruchy a poškodenia. Obzvlášť ťažký je nepokoj a agitovanosť pacienta. Je jasné, že podávanie psychofarmák je len čiastočným riešením, podobne ako pripútanie pacienta na lôžko.

Množstvo problémov vo včasnej fáze rehabilitácie nás podnietilo k tomu, že **už 11 rokov sa snažíme realizovať tzv. rooming in**, aby sme dosiahli zmenu situácie hlavne v zmysle odstránenia nepokoja. Rooming in je definovaný ako stála prítomnosť jednej osoby, napr. matky alebo manželky často len na pár týždňov, ale niekedy i mesiacov. Už po krátkej prítomnosti blízkej osoby dochádza k upokojeniu pacienta. Pozitívne sú ovplyvnené i iné poruchy a deficity. Ďalej je vysvetlené, ako vidíme efekt rooming in a ako chápeme dôležitú úlohu blízkej osoby.

Cieľom je prostredníctvom blízkej osoby dosiahnuť dôverné, pokojné prostredie bez strachu. Príbuzný sprostredkúva dezorientovanému pacientovi konštanty sveta - poriadok, pokoj, štruktúru a tým i pomoc - zároveň reorientáciu. Nie je pritom rozhodujúce, či je pri ňom blízka osoba dlho, ale že opäť a opäť neodchádza. Pacient totiž nie je schopný pochopiť, že znova príde, a preto pri jej odchode opäť upadá do svojej opustenosti. Preto je dôležité, že príbuzný ostáva, zúčastňuje sa pacientovho života, umožňuje mu dôverovať a zvládať ťažkú

životnú situáciu. Prirodzene i rooming in môže mať komplikovaný priebeh, sám osebe môže spôsobovať problémy. Preto je dôležitý profesionálny prístup.

Už počas intenzívnej starostlivosti sa treba orientačne **porozprávať** s príbuznými - predovšetkým s tým príbuzným pacienta, ktorý je vhodný pre rooming in - pričom sa objasní podstata rooming in a účasť blízkej osoby.

Predpokladom úspechu rooming in je spravidla blízkej osoby psychoterapeutom a klinickým psychológom. Len tak sa dá vytvoriť ovzdušie dôvery medzi príbuzným a rehabilitačným tímom. Toto vtiahnutie príbuzného do rehabilitácie si vyžaduje optimálnu informačnú úroveň všetkých zúčastnených ako aj jednotný postup v prospech pacienta.

Veľa sa dozvieme o premorbidnej osobnosti pacienta a jeho vzťahu k príbuznému. Dovoľuje nám to individuálny prístup k pacientovi a blízkej osobe s cieľom pozitívneho vplyvu na pacienta.

Keďže ťažké ochorenie a náročná rehabilitácia pacienta so získaným poškodením mozgu je **záťažou pre celú rodinu**, musíme pôsobiť na schopnosť príbuzného zvládnuť súcitné sociálne okolie. To ale vyžaduje jeho dôveru.

Príbuzného musíme vidieť nielen ako spoluterapeuta, ale eventuálne aj ako pacienta, prípadne musíme rátať s možnosťou, že sa tým pacientom stane. Takémuto príbuznému musíme poskytnúť priestor v jeho ťažkej životnej situácii a pomoc pri prekonávaní prekážok.

Prirodzene, počas takej ťažkej situácie, ako je rooming in, môže dôjsť k ťažkostiam spôsobeným zaťažením príbuzných a ďalšími extrémnymi požiadavkami. Je potrebné mať odvahu ukončiť rehabilitáciu alebo pokračovať s ďalšou blízkou osobou. Skoro vždy je ale rooming in stabilný, osožný a nápomocný pre všetkých zúčastnených, aj pre príbuzných. Tí sa vyjadrujú o zrejmom psychickom uvoľnení napriek námahe **24-hodinového pobytu** v nemocnici. Pre nich je dôležité lepšie prežiť a pochopiť, čo sa stalo s ich príbuzným.

Sú oprávnení a tým povzbudení spolupôsobiť, sú považovaní za dôležitých členov rehabilitačného tímu.

Príbuzný nám môže pomôcť i iným spôsobom v rámci rooming in. Je tlmočníkom medzi pacientom a terapeutom, advokátom pacienta, pomocníkom pri realizácii terapeutických princípov. Posledné je dôležité pri deficite, pri ktorom si pacient nevedomuje poškodenie a vtedy je možné pokračovať v učebnom procese len stálou ponukou provokujúcich momentov.

Príbuzný môže byť aj **asistentom profesionálnej liečby, napr. pri LTV**. Nedocenená je skutočnosť, že príbuzný so svojimi citlivými zmyslami často skôr rozpozná akútny problém ako terapeut.

Aj keď začiatok rooming in je problematický, pozorovali sme, že pre mnohých príbuzných je **ukončenie** problematickejšie ako začiatok. Obaja - postihnutý i príbuzný - potrebujú pomoc pri odlúčení sa. Tu je možnosť buď prerušiť rooming in počas noci, prípadne cez deň.

Rozhodujúce pre úspešný rooming in je poradenstvo príbuznému, jeho opatera a ponuka uvoľnenia. Odhliadnuc od našich pozitívnych skúseností je pochopiteľné, že **rooming in má vplyv na efektívnejší priebeh rehabilitácie a znižuje psychické následky šokujúceho zážitku pri mozgovom poranení, operačnom zákroku, prípadne počas pobytu na oddelení intenzívnej starostlivosti.**

Literatúra u autora

Adresa autora: M. G., Städtisches Krankenhaus München-Bogenhausen, Abt. für Physikalische Medizin und Medizinische Rehabilitation, Engelschalkinger Str. 77, 81925 München

Využitie pitnej sírnej kúry pri liečení alkoholikov

Centrum pre liečenie alkoholikov Inštitútu vnútornej medicíny univerzity v Parme a laboratórium hydrologie a termatológie skúmali vplyv pitia sírnej vody na psychometrickú výkonnosť u alkoholikov.

U 60 alkoholikov mužského pohlavia vo veku 38 - 60 rokov bol hodnotený stredný reakčný čas na 31 optických a akustických podnetov v priebehu 3 minút. Rovnakým testom sa podrobilo 30 normálnych probandov kontrolnej skupiny.

Alkoholici boli dvakrát testovaní: prvýkrát po 2 týždňoch alkoholovej abstinencie a druhýkrát po jedno- (n = 20), dvoj- (n = 20) alebo trojtýždňovej (n = 20) liečbe. Liečenie pozostávalo z 500 ml denne orálne podávaného placebo - aqua fontis (n = 10) alebo sírnej minerálnej vody (n = 10).

Kontrolné osoby boli jedenkrát testované za bazálnych podmienok.

Pri spojení variačných koeficientov jednotlivých reakcií na 31 optických a akustických podnetov vo vnútri každej skupiny vykazujú alkoholici vyššie hodnoty ako normálna kontrolná skupina, čo poukazuje na nižšiu koncentračnú schopnosť alkoholikov. Dvoj- alebo trojtýždňové liečenie sírnou vodou zreteľne zlepšuje túto funkciu, ktorá po jedno-, dvoj- alebo trojtýždňovom podávaní placebo alebo jednom týždni užívania sírnej vody zostala nezmenená.

Tieto údaje ukazujú, že stredný reakčný čas a zmeny v reakcii na akustické a optické podráždenie sú u alkoholikov vyššie ako u normálnych osôb. **Dva alebo tri týždne liečby sírnou vodou zlepšia psychometrickú výkonnosť alkoholikov, pravdepodobne zlepšením metabolickej aktivity aminokyselín s obsahom síry.**

Literatúra

COIRO, V. - VESKOVI, P. P.: Improvement of psychometric performance in alcoholics, by sulfureous water treatment. *Phys. Rehab. Kur. Med.* 5, 1995, 153-158.

J. Čelko

ZVLÁŠTNOSTI KOGNITÍVNEHO ŠKOLENIA V SKUPINE PO TRAUMATICKOM POSTIHNUTÍ MOZGU

Autor: V. Radonjič-Miholičová, E. Rotarová

Pracovisko: Inštitut republiky Slovenije za rehabilitacijo, Ljubljana, Linhartova 51, Slovinsko

Súhrn

V komplexnej rehabilitácii pacientov po poranení mozgu má svoje opodstatnenie i neuropsychologická zložka. Znamená to, že členovia rehabilitačného tímu majú na zreteli zmeny kognitívnych funkcií, komunikácie, pocitov a správania. V rámci rehabilitácie je teda dôležitý multidisciplinárny prístup (jasné hranice medzi jednotlivými odborními) a transdisciplinárny prístup (nejasné, prelinajúce sa hranice medzi odborními). Dôležitým programom komplexnej rehabilitácie je kognitívne školenie, ktoré podnecuje úpravu poškodených kognitívnych funkcií. Je zostavovaný podľa momentálneho stavu jednotlivých pacientov a individuálne vedený. Zvlášť postavenie má kognitívne školenie robené v skupine. Pacient má možnosť porovnať svoje schopnosti s ostatnými, reálne ohodnotiť ťažkosti po úraze a ich význam pre každodenný život, znížiť emocionálne napätie, podeliť sa o svoje zážitky.

Tento program dopĺňa ostatné zložky kognitívneho školenia a už 7 rokov je súčasťou komplexnej rehabilitácie pacientov po traumatickom postihnutí mozgu.

Kľúčové slová: kognitívne školenie - komplexná rehabilitácia - traumatické poškodenie

Radonjič-Miholičová, V., Rotarová, E.:

Particularities of cognitive schooling in the group after traumatic brain damage

Summary

In a complex rehabilitation of patients after brain injury the neuropsychological component has its justification too. This means, that members of rehabilitation team are taking into consideration the cognitive functions changes, the communication, the feelings and behaviour.

In the frame of rehabilitation is hence very important multidisciplinary approach (apparent border between individual divisions) and transdisciplinary approach (uncertain, overlapping border between divisions).

Important programme of complex rehabilitation is cognitive schooling, which stimulates the cognitive functions repairing. It is assembled according to actual state of individual patients and is individually carried. Special position has cognitive schooling done in the group.

Patient has a opportunity to compare his abilities with the others, to appreciate objectively the troubles after the injury and its importance for everyday life, to reduce emotional stress, to share with his experiences. This programme completes other parts of cognitive schooling and already 7 years is component of complex rehabilitation of patients after traumatic damage.

Key words, MeSH: Cognitive Therapy; Rehabilitation; Brain Injury,

Radonjič-Miholičová, V., Rotarová, E.:

Besonderheiten der kognitiven Schulung in der Gruppe von Personen nach traumatischen Hirnverletzungen

Zusammenfassung

Ein komplexer Zugang zur komplizierten Heilungsproblematik dieser Behinderungen besteht vor allem in der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Nach dem Hinweis auf die Störung des Knochensystems, meistens durch den Kinderarzt, gelang der Behinderte zum Orthopäden. Jetzt entweder alleine oder mit Nützung der für diese Störungen spezialisierten Orthopäde unachit Möglichkeit (und Wichtigkeit) der Zusammenarbeit mit Röntgenologen, Biochemikern, Histologen, Genetikern und weiteren Spezialisten setzt eine detailliertere Diagnostik fest.

Auf ihrer Basis bestimmt er dann den Heilungsplan, der einen kurzfristigen Teil - d.h. Heilungsmaßnahmen, die als ersten durchzuführen sind, und einen langfristigen Teil - d.h. vor ... enthält

Schlüsselwörter: kombinierte Störungen - Bewegungsorgane

V komplexnej rehabilitácii pacientov po traumatickom poškodení mozgu má neuropsychologická starostlivosť nenahraditeľné postavenie.

K traumatickému poškodeniu mozgu dochádza najčastejšie u mladých osôb, podľa našich údajov viac ako 50 % pacientov malo v čase úrazu menej ako 30 rokov. Následkom

zlepšenia primárnej starostlivosti prežíva čoraz viac pacientov aj najťažšie zranenia a v rehabilitačných ústavoch sa zvyšuje počet osôb s ťažkými následkami po poranení mozgu.

Vzhľadom na citlivosť mozgového tkaniva a jeho význam pre náš život dochádza po jeho poranení k ťažkým, dlhotrvajúcim a rozmanitým následkom. Poškodenia možno rozdeliť podľa charakteru, rozsahu a lokalizácie. Možno ich sledovať z hľadiska motoriky, senzoričky, kognitívnych funkcií, komunikácie, pocitov a správania.

Delenie poškodení mozgu v rámci rehabilitácie:

1. **Viditeľné poškodenia**, ktoré sú ľahko rozoznateľné. Patria sme poruchy vedomia, plégie a ťažké parézy, poruchy reči, amnézie, atď. Tieto následky sú výrazné a pacient je nimi v bežnom živote značne obmedzený. Pacient, jeho príbuzní i ošetrojúci personál ich ľahko rozoznajú a vyžadujú zodpovedajúcu liečbu.

2. **Neviditeľné poškodenia**. Sú ťažko a väčšinou nepriamo rozoznateľné, pacienti prechádzajú skôr v sociálnej oblasti. Patria sme poruchy koncentrácie, ťažkosti pri prijímaní nových informácií, pasivita, strata šikovnosti pri nadväzovaní a udržiavaní sociálnych vzťahov, popudlivosť, spomalenie myšlienkového procesu atď. Tieto ťažkosti spravidla pacient neregistruje a často ich nerozpoznávajú ani príbuzní, ani ošetrojúci personál primárnej starostlivosti. Uzdravovanie po traumatickom poškodení mozgu trvá dlho a zvlášť po ťažkom poranení pacient obyčajne nedosiahne úroveň, ktorú mal pred úrazom. Najväčšie a najtrvdosijnejšie ťažkosti sú spôsobené neviditeľnými následkami, ktoré znižujú kvalitu života pacienta i jeho príbuzných. Keďže si pacient neuvedomuje svoje ťažkosti, vracia sa do svojho okolia, snaží sa existovať bežným spôsobom. Jeho znížené schopnosti a poruchy mu však nedovoľujú pôvodný životný štýl. Napriek snahe dokáže postihnúť menej, čo si nevie vysvetliť, stiesňuje ho to, hnevá a spôsobuje obavy. Príbuzní, ktorí boli najskôr tolerantní, sú už vyčerpaní, nedokážu si vysvetliť ťažkosti a dochádza k ich odcudzeniu. Pacient má pocit, že sa všetko obracia proti nemu a okolie si naopak myslí,

že sa zmenil postihnutý. Po mesiacoch a rokoch po úraze stretávame človeka, ktorý sa sťažuje, že nebol úspešný v škole, že si nevedel nájsť prácu, prípadne neudržal svoje miesto, nedokázal založiť rodinu, prípadne ju neudržal, že nemá viac skutočných priateľov. Často ostáva na nízkej úrovni vedomia, bez vhodnej práce, bez alebo s minimálnou ekonomickou istotou, bez uspokojujúcich vzťahov so svojimi blíznymi. Keďže sa prevažne jedná o mladých ľudí, trpí týmito ťažkosťami ich rodina.

Komplexná rehabilitácia pacientov po poškodení mozgu je možná len tímovou spoluprácou viacerých odborníkov. Ich úlohou je zistiť rozsah problémov, priority ťažkostí, urobiť si čiastkové ciele, zostaviť a vykonať zodpovedajúci rehabilitačný program, sledovať zmeny a zhodnotiť dosiahnuté rehabilitačné stupne.

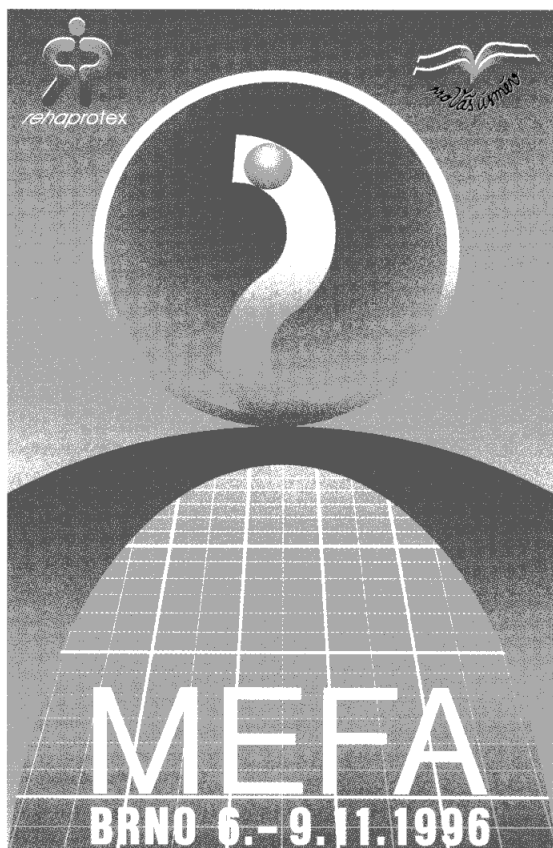
S rehabilitačným programom sa začína ešte predtým, ako si pacient uvedomí svoj stav, preto je prevažne riadený mimo neho. Úspešná rehabilitácia a dobrý rehabilitačný tím si vyžaduje spoluprácu zraneného, aby sa stal splutvorcom a nakoniec i koordinátorom svojej rehabilitácie.

Odborníci rehabilitačného tímu by mali prejsť z multidisciplinárnej spolupráce, kde sa dodržia hranice medzi odborními, na interdisciplinárnu, kde sa odbory prelínajú. Tým si odborníci prebudovávajú pôvodné znalosti a skúsenosti, a tým sa prispôbujú spoločnému cieľu so zreteľom na potreby jednotlivca dosiahnuť najvyšší možný stupeň rehabilitácie. Program komplexnej rehabilitácie pacientov po poškodení mozgu znamená spojenie diagostiky, terapie a sledovania, spojenie liečebnej, psychosociálnej a pracovnej rehabilitácie. Je cieleň na postihnúť, ľudí a podmienky v jeho okolí. Zmeny psychického stavu pacienta predstavujú osobitný problém pri rehabilitácii, s ktorým sú konfrontovaní všetci odborníci pri svojej práci. Boli robené rôzne vyšetrenia a výskumné projekty o súvislosti medzi mozgom a rozličnými formami prežívania, vnímania a správania. Neskôr odborníci prišli na to, ako by sa dala zvládnuť príčina poškodených kognitívnych funkcií, ktoré hrajú významnú úlohu v dennom živote. Počet rozličných programov na posilnenie kognitívnych schopností bol stále väčší.

**5. MEDZINÁRODNÁ
VÝSTAVA
REHABILITAČNÝCH
KOMPENZAČNÝCH
PROTETICKÝCH
A ORTOPEDICKÝCH
POMÔCOK**

Súčasne sa uskutoční
1. Prezentácia nevládných
neziskových organizácií
s humanitárnym zameraním
pod názvom
„PRO VÁŠ ÚSMĚV“

**4. MEDZINÁRODNÝ
VELTRH
ZDRAVOTNÍCKEJ
TECHNIKY
A FARMÁCIE**



VELTRH ODBORNÍKOV

NAJVÄČŠIA PREHLIADKA LEKÁRSKEJ TECHNIKY A FARMACEUTICKÝCH
VÝROBKOV V ČESKEJ REPUBLIKE A STREDNEJ EURÓPE

Pavilóny otvorené: od 9⁰⁰ do 18⁰⁰ h., posledný deň od 9⁰⁰ do 16⁰⁰ h.

BVV Brněnské veletrhy
a výstavy a. s.

Ing. B. Knopová
Výstaviště 1, 647 00 Brno
Tel.: 05/4115 2818, Fax: 05/4115 3063

VVB Veľtrhy a výstavy
Bratislava spol. s r. o.

Dúbravská cesta 2, 817 03 Bratislava
Tel.: 07/377 544, Fax: 07/377 542

Program **kognitívneho školenia** je dôležitou a nenahraditeľnou súčasťou komplexnej rehabilitácie, ktorý je potrebný ešte mnoho rokov po zranení, až kým sa pacient uchytlí vo svojom okolí. Zároveň treba mať na zreteli, že možnosti takéhoto programu sú obmedzené. Je možné dosiahnuť určité zlepšenie kognitívnych funkcií, zatiaľ čo len pomocou tohto programu nie je možné zlepšiť celkové správanie pacienta. Takže nemožno očakávať všeobecný účinok jednotlivého programu na mentálne funkcie. Kognitívne školenie je doplňujúcou súčasťou ostatného rehabilitačného a neuropsychického programu.

Zvláštnu úlohu v komplexnej rehabilitácii pacientov po traumatickom poškodení mozgu má program **kognitívneho školenia v skupine**. Bol vyvinutý v našom zariadení pred 8 rokmi a odvtedy sme mali vyše 500 skupinových stretnutí. Na týchto stretnutiach sa zúčastnilo na kratší alebo dlhší čas viac ako 400 pacientov po poranení mozgu. Skupinová terapia je súčasťou programu komplexnej rehabilitácie a rehabilitanti sa na nej zúčastňujú počas pobytu v našom zariadení v rámci primárnej starostlivosti alebo kontrolných programov. Do skupiny sú zaradení pacienti, ktorí reagujú na okolie, javia záujem o komunikáciu, sú porozumeniaschopní,

dokážu sa na chvíľu sústrediť, aspoň na krátky čas udržať niektoré informácie a čiastočne ovládať svoje pocity.

Skupina sa stretáva dvakrát týždenne, jedno sedenie trvá 90 minút. Program je riadený a koordinovaný dvoma terapeutmi, klinickým psychológom a ergoterapeutom, ktorí sa navzájom dopĺňajú. Pozostáva z úvodnej časti, počas ktorej sa členovia skupiny spoznávajú. Následne sa pokúsia vzbudiť záujem o spolupacienta a jeho prežívanie. Zmyslom skupiny je, aby sa členovia navzájom poznali, aby sa medzi nimi vytvorili kontakty, snažíme sa dosiahnuť, aby sa o seba zaujímali, spoznávali spoločné ťažkosti a pomohli si pri hľadaní riešení.

V hlavnej časti stretnutia sa robia jednotlivé formy kognitívneho školenia. Vyberajú sa rôzne spoločenské hry, pomocou ktorých sa posilňujú jednotlivé funkcie a tvoria stratégie, ako prekonať ťažkosti. Snažíme sa, aby sa pacienti pri porovnávaní s ostatnými pozerali na svoj stav reálnejšie, aby spoznali, že aj tí

druhí majú podobné ťažkosti, že tieto problémy vedia riešiť aj sami.

Počas programu im poskytujeme podnety k vybudovaniu **vlastnej stratégie riešenia problému**, aby boli iniciatívnejší, aby dokázali ovplyvniť neurózy zo strachu, ktoré prežívajú pri konfrontácii s vlastným stavom atď.

Počas toho, ako **pacient spoznáva ťažkosti druhých**, zároveň vidí aj to, akými rôznymi spôsobmi sa ich snažia zvládnuť, a že napriek ich nedostatkom sú ostatnými akceptovaní. Podľa reakcií ostatných sa snaží ovládať svoje vlastné správanie. Zo skúsenosti so skupinovú prácu spoznávame procesy porozumenia vlastného stavu a konfrontácie s následkami. Najskôr sú pacienti len prítomní, neidentifikujú sa s ostatnými členmi skupiny. Cítia sa ináč a spolupacientov pozorujú z diaľky, len občas reagujú na niektorého člena. Krok za krokom sa vytvárajú spojenia, najskôr medzi dvoma členmi, neskôr i malé skupinky. Niektoré z nich ostávajú aj po ukončení rehabilitácie.

Zvláštnou úlohou pacientov je zúčastňovať sa opakovaných programov.

Pacienti žijú už mesiace a roky vo svojom domácom prostredí. Stretávajú sa teda s problémami skutočného, každodenného života, keď už nie sú chránení v rehabilitačnom zariadení a keď sa začína vytrácať trpezlivosť príbuzných a priateľov.

Tento program má viacero funkcií. Znamená kognitívne učenie, svojpomoc, konfrontáciu s vlastnými ťažkosťami, usmernenie pri hľadaní vlastných spôsobov kompenzácie životných cieľov, prispôsobenie životného štýlu novej situácii.

Zároveň je mostom, ktorý pomôže rehabilitantovi spoznať svoju situáciu a zodpovednosť za svoj vývoj a život, aby sa stal spolutvorcom a koordinátorom vlastnej rehabilitácie. Niektorí pacienti si udržiavajú prvky svojpomoci aj po prepustení z nemocnice, ostávajú v kontakte so spolupacientami, vymieňajú si skúsenosti, povzbudzujú sa navzájom, učia sa taktike a upozorňujú na nevhodné správanie.

Tento program je súčasťou komplexnej rehabilitácie, bolo by preto potrebné, aby pokračoval v skutočnom prostredí pacienta. Pacienti aj po prepustení z nemocnice potrebujú takýto program. Mal by sa organizovať aj v mieste bydliska pacienta a mal by byť kľúčom k vytváraniu

svojpomocných skupin dospelých po traumatických poškodeníach mozgu. Uvažujeme o vytvorení zvláštneho programu pre príbuzných pacientov po mozgových poraneniach. Väčšinou sú v procese poznávania a chápania novej situácie, ktorá je prameňom stáleho stresu a frustrácie. Pri našej práci sa stretávame s príbuznými, ktorí sú na začiatku plní optimizmu, postupne sa ale vyčerpávajú, unavia, obmedzujú. Ešte stále existujú predsudky voči osobám s poranením hlavy, ktoré môžu viesť k sociálnej izolácii rodiny. Tak sa príbuzní cítia bezmocní a ocitnú sa v situácii, na ktorú nedorástli a ku ktorej nemajú ani potrebné znalosti.

Literatúra

1. PRIGATANO, G. P. et al.: *Neuropsychological Rehabilitation after Brain Injury*. Baltimore, London: The John Hopkins University Press, 1986.
2. RADONJIČ - MIHOLIČ, V. et al.: *Oblikovanje programov kognitivne rehabilitacije kot integralni del kompleksne rehabilitacije možgansko poškodovanih oseb. Poročilo raziskovalne naloge. (Gestaltung von Programmen der kognitiven Rehabilitation als Bestandteil einer komplexen Rehabilitation von Personen mit Hirnverletzungen. Berichts des Forschungsprojekts)*. UZRI, Ljubljana, 1987.
3. RADONIČ-MIHOLIČ, V. - VOVK, N. - ROTAR, E.: *Ocena učinkovitosti kognitivne rehabilitacije pri osehah, ki so utrpeli poškodbo možganov. Poročilo raziskovalne naloge. (Bewertung der Wirksamkeit der kognitiven Rehabilitation bei Personen, die eine Hirnverletzung erlitten haben. Bericht des Forschungsprojekts)*. UZRI, Ljubljana, 1989.
4. RADONJIČ-MIHOLIČ, V. - ROTAR, E.: *Skupinsko delo z osebami po poškodbi glave. (Gruppenarbeit mit Personen nach Kopfverletzung)*. In: Dolenc I. (Hg.) X. spominski sestanek Metode Kramarjeve, Društvo fizioterapevtov in delovnih terapevtov, 71-77, Ljubljana, 1988.

Adresa autora: V.R.M., Inštitut republike Slovenije za rehabilitacijo, Ljubljana, Linhartova 51, Slovinsko

vyšetrovacie a liečebné METODIKY pre fyzioterapeutov

určené pre fyzioterapeutov a lekárov v oblasti FBRL, prinášajú na 480 stranách zhrnutie nových poznatkov v oblasti vyšetrovania rehabilitovaných pacientov a vybrané kapitoly z nových metodík, niektoré z nich neboli doteraz po slovensky ešte publikované

LOGOPAEDICA I

zborník Slovenskej asociácie logopédov je určený pre oblasť rozhrania špeciálnej pedagogiky a rehabilitácie

výchovná REHABILITÁCIA alebo ako pošleme chrbticu do školy

je určená pre Vašich pacientov, ktorí odchádzajú z Vášho pracoviska, zvladli základnú problematiku, ale potrebujú si niektoré cviky a poznatky utvrdiť, zopakovať alebo precvičiť

uvedené publikácie môžete získať na nasledujúcich adresách:

Kníhkupectvo AHC
Trieda SNP 1
**KOŠICE
SLOVENSKO**

BODY COMFORT spol.s r.o.,
Velvárska 1, 252 62
**HOROMĚŘICE,
ČESKÁ REPUBLIKA**
tel. a fax 02/398 634

Rehabilitačná klinika
Ďumbierska 3
BRATISLAVA

ZLOMENINY DISTÁLNEJ ČASTI DOLNEJ KONČATINY

Autor: A. Poliaková

Pracovisko: FRO NsP Ružinov, Bratislava

Súhrn

Metodiku, obtiažnosť a úspechy rehabilitačnej liečby zlomenín ovplyvňuje spôsob ich chirurgickej liečby, pooperačné komplikácie ako aj celkový stav organizmu a samotné hojivé procesy postihnutých tkanív. Vlastný rehabilitačný prístup je zameraný na zvládnutie celkových príznakov, prevenciu komplikácií a zároveň na ovplyvnenie lokálnych prejavov na postihnutej končatine. Rehabilitačný postup z časového hľadiska diferencujeme na predoperačnú fázu a pooperačnú fázu, pri konzervatívne liečených zlomeninách len na fázu po chirurgickej intervencii.

Kľúčové slová: Zlomeniny dolnej končatiny - chirurgia - rehabilitácia

Poliaková, A.: Fractures of lower extremity distal part

Summary

Methods, severity and successes of rehabilitation treatment of fractures are influenced by method of their surgical treatment, post-operative complications and also by overall organism condition and healing processes of damaged tissues. A proper rehabilitation access is directed on managing of overall symptoms, complications prophylaxis and influencing of local manifestations on the affected extremity.

Keywords,

MeSH: Leg; Fractures - surgery, rehabilitation; Postoperative Complications - prevention & control

Poliaková, A.: Brüche des distalen Teiles des unteren Gliedes

Zusammenfassung

Die Methodik der Rehabilitationsbehandlung von Knochenbrüchen beeinflusst die Art ihrer chirurgischen Heilung, postoperativen Komplikationen wie auch den gesamten Zustand des Organismus und eigene Heilungsprozesse der gestörten Gewebe. Der eigene Rehabilitationszugang ist auf die Bewältigung der gesamten Symptome, Prävention von Komplikationen und zugleich auf den Einfluss lokaler Auswirkungen orientiert.

Das Rehabilitationsverfahren differenzieren wir in Vor- und Nachoperationsphase bei konservativ geheilten Knochenbrüchen.

Schlüsselwörter: Fracturen - Chirurgie - Rehabilitation

V práci budem opisovať špecifický metodický postup pri zlomeninách v oblasti kolenného kĺbu. Jedná sa o **suprakondylické zlomeniny femoru, zlomeniny kondylov tibia a zlomeniny patelly.**

Vo všeobecnosti možno uviesť, že pri týchto zlomeninách prevláda operačný spôsob liečby, nakoľko väčšina z nich je lokalizovaná **intraartikulárne** alebo i z dôvodu pomerne častého postihnutia mäkkých štruktúr v oblasti kolenného kĺbu (ciev, nervov, väzivového

aparátu). Uprednostňuje sa osteosyntéza metódou AO, tzv. stabilná osteosyntéza, po vykonaní ktorej už nie je nutná pooperačná sadrová imobilizácia končatiny. Je základnou podmienkou pre uplatnenie metódy včasnej mobilizácie. V konečnom dôsledku to má význam pre skorú mobilizáciu kolenného kĺbu, čím predchádzame tzv. zlomeninovej chorobe.

Postup pri metóde včasnej mobilizácie je nasledovný: Už **od 2. - 3. dňa** po operácii začíname s izometrickým cvičením m.

quadriceps, vykonávame celkový kondičný telocvik nepostihnutých častí tela, dýchaciu gymnastiku. Po vybratí stehov začíname s postupnou obnovou funkcie kolenného kĺbu. **Už 2. - 3. týždeň** po operácii možno pacienta **vertikalizovať** a začať s nácvikom chôdze, avšak bez zaťaženia operovanej končatiny. Konsolidácia zlomenín v oblasti kolenného kĺbu trvá zhruba 3 mesiace. Zlomeniny patelly sa konsolidujú skôr (do 1.5 - 2 mesiacov). Plné zaťaženie vždy konzultujeme s chirurgom na základe RTG snímku. Plná záťaž pri zlomeninách suprakondylických femoru a zlomeninách kondylov tibie je spravidla až po uplynutí troch mesiacov, pri zlomeninách patelly koncom druhého, začiatkom tretieho mesiaca.

Pri konzervatívnom spôsobe liečby pri týchto zlomeninách trvá immobilizácia spravidla 8 - 10 týždňov, pri zlomeninách patelly do 6 týždňov. Rehabilitačný postup je pomalší a menej intenzívny. Od 2. dňa po naložení sadry začíname s izometrickým cvičením m. quadriceps, gluteálnych svalov, postupne aktívne cvičíme bedrový kĺb so sadrou a prsty postihnutej končatiny. Vykonávame kondičný telocvik nepostihnutých častí tela, dýchaciu gymnastiku. Po 3 - 4 týždňoch začíname s chôdzou v sadrovom obvaze bez zaťaženia.

Po sňatí sadry pokračujeme v intenzívnych cvičeniach m. quadriceps až drillom, uvoľňujeme patellu, začíname pozvoľne s rozcvičovaním immobilizovaných kĺbov, kolenného a členkového, uvoľňovacími technikami (PIR, AGR) a neskôr s aktívnymi cvičeniami v týchto kĺboch. Po rozcvičení kĺbov začíname s nácvikom chôdze s postupným zaťažovaním, k tomu je však nutný súhlas chirurga.

Pri zlomeninách v oblasti kolenného kĺbu riešených s transskeletálnou extenziou je postup špecifikovaný. Nevykonávame izometrické cvičenia m. quadriceps pre riziko vzniku dislokácií, začíname s nimi až po 2 - 3 týždňoch. Ďalej aktívne cvičíme len voľné kĺby, ktoré nie sú zaťažené trakciou. Ďalší postup vykonávame ako pri immobilizácii.

Pri zlomeninách patelly liečených konzervatívne, kedy sa nakladá vysoký sadrový obväz od členkov až ku gluteálnej ryhe, začíname s izometrickým cvičením quadricepsu 4. - 5. deň po naložení sadry.

Immobilizácia trvá spravidla do 6 týždňov. Plná záťaž je možná koncom 2. a začiatkom 3. mesiaca. Pri operačnom spôsobe liečby zlomenín patelly sa uplatňuje metóda včasnej mobilizácie.

Špecifický metodický postup pri zlomeninách diafýz predkolenných kostí.

Zlomeniny predkolenných kostí so sebou prinášajú riziko mnohých komplikácií, a preto je metodický rehabilitačný postup do značnej miery modifikovaný týmito ťažkosťami. Pri konzervatívnom spôsobe liečby sú nutné časté kontroly RTG snímkov púrazového postavenia, nakoľko často pri týchto zlomeninách dochádza k pseudoartrózam. Uprednostňuje sa preto operačný spôsob liečby, tiež osteosyntéza metódou AO, ktorá je predpokladom pre uplatnenie metódy včasnej mobilizácie. Podľa nej začíname už 2. deň po operácii s izometrickými cvičeniami m. quadriceps a gluteálnych svalov, vykonávame kondičný telocvik nepostihnutých častí tela, dýchaciu gymnastiku, postupne aktívne rozcvičujeme kolenný, bedrový kĺb bez zaťaženia, nácvik chôdze bez zaťaženia 2. - 3. týždeň, postupnú záťaž indikujeme v spolupráci s chirurgom. Plná záťaž je možná až po konsolidácii zlomeniny, spravidla po troch mesiacoch i neskôr. Chôzdu nacvičujeme vo vyhotovenej ortéze. Pri nestabilných osteosyntézach, kedy je i pooperačne nutná sadrová immobilizácia, vykonávame rehabilitačný postup ako pri immobilizácii.

Pri immobilizácii robíme izometrické kontrakcie m. quadriceps, flexorov kolenného kĺbu, gluteálnych svalov, aktívne cvičíme prsty, neskôr pridávame aktívne cvičenia v bedrovom kĺbe proti gravitácii a hmotnosti sadry. V celom priebehu počas naloženej sadry vykonávame kondičný telocvik zdravých končatín a trupu, dýchaciu gymnastiku.

Po sňatí sadry pozvoľne rozcvičujeme immobilizované kĺby, využívame na to uvoľňovacie techniky (PIR, AGR), vodoliečebné procedúry, fyzikálnu terapiu. Reeducáciu chôdze vykonávame ako v predchádzajúcom prípade. Spravidla pri nácviku chôdze používame vyhotovenú ortézu predkolenia (Sarmientovu dlahu), ktorá zabezpečuje stabilitu zlomeniny.

LTV pri zavedenej transskeletálnej extenzii má tiež určité špecifiká, kontraindikované sú izometrické kontrakcie m. quadriceps pre riziko dislokácie. Vykonávame aktívne cvičenie prstov postihnutej končatiny a ďalší postup robíme ako pri immobilizácii.

Metodický postup pri zlomeninách členkového kĺbu (jedná sa o supramaleolárne zlomeniny, zlomeniny malleolov).

Tieto zlomeniny sa radia k ťažkým zlomeninám, pretože svojou lokalizáciou postihujú častokrát intraartikulárne členkový kĺb so všetkými dôsledkami na jeho poúrazovú hybnosť. Pri vnútorkĺbových supramaleolárnych zlomeninách prevláda operačný spôsob liečby. Ťažko sa však pooperačne dosiahne stabilita zlomeniny, preto je vo väčšine prípadov potrebná sadrová immobilizácia aj po operácii. Z rehabilitačného hľadiska sa vykonáva tento postup:

Počas sadrovej immobilizácie robíme aktívne cvičenia prstov, kolenného, bedrového kĺbu v rôznych polohách. Začíname s chôdzou v sadre bez zaťaženia postihnutej končatiny. Vykonávame kondičný telocvik zdravých častí tela.

Postup po immobilizácii začíname s aktívnym rozcvičovaním členkového kĺbu v bezbolestnom rozsahu, využívame uvoľňovacie techniky (PIR, AGR), vytieracie masáže, vyťahovanie Achillovej šľachy, tiež v bezbolestnom rozsahu, vodoliečebné procedúry. Ak je neprítomný kovový materiál v kosti, je vhodná i fyzikálna terapia (PMT, US, DDP). Neskôr podľa vyšetrenia svalového testu posilňujeme svaly predkolenia, ale i ostatné svalstvo, dbáme na prevenciu plochej nohy. Po konsolidácii zlomeniny, RTG kontrole začíname postupne s reedukáciou chôdze v pevnej obuvi s ortopedickou vložkou za pomoci dvoch nemeckých bariel. Pri ťažkých supramaleolárnych zlomeninách je možná plná záťaž postihnutej končatiny až po 5 mesiacoch po úraze, pri zlomeninách vonkajšieho členku v 2. mesiaci. Ku každej zlomenine sa musí pristupovať individuálne i s ohľadom na prítomnosť komplikácií. Pri výskyte Sudeckovho syndrómu vykonávame postup, ako je uvedené na str. 29. Pri paréze

nervus fibularis vykonávame elektrostimuláciu ev. elektrogymnastiku podľa IT krivky. Chôdzu reedukujeme za pomoci peroneálneho ťahu.

Metodický postup pri zlomeninách kostí nohy.

Najzávažnejšie sú zlomeniny tarzálnej kosti (talu), narušujú intraartikulárnu plochu členkového kĺbu. Zlomeniny pätovej kosti (calcanea), najmä trieštivé, majú za následok zbortenie nožnej klenby a vznik poúrazovej plochej nohy so všetkými dôsledkami na chôdzu. Zlomeniny I., V. metatarzu majú tiež za následok vznik poúrazovej plochej nohy. Pri zlomeninách bázy V. metatarzu dochádza často k odtrhnutiu úponu m. fibularis brevis.

Zlomeniny v oblasti IV. a V. metatarzu, tzv. vazalské zlomeniny, sú charakteristické tým, že v tejto oblasti je hojivá schopnosť obzvlášť zlá. Aj zlomeniny prstov nohy sú závažné tým, že vplývajú negatívne na chôdzu dlhodobou bolestivosťou. Najčastejšie sa láme základný článok palca, ostatné prsty viac v distálnych článkoch. Pri väčšine zlomenín sa volí konzervatívny spôsob liečby. Operačná liečba je indikovaná pri intraartikulárne zasahujúcich zlomeninách s dislokáciou. Zlomeniny calcanea s malou dislokáciou sa často riešia dvojitou transskeletálnou extenziou. Pri operačnom spôsobe liečby týchto zlomenín, nakoľko sa vo väčšine prípadov nedosiahne stabilná osteosyntéza, končatina sa pooperačne immobilizuje sadrovým obvazom s dobre vymodelovanou nožnou klenbou.

Rehabilitačný metodický postup pri zlomeninách kostí nohy.

Počas immobilizácie vykonávame aktívne cvičenia v bedrovom, kolennom kĺbe, prstoch (pri zlomeninách metatarzov a prstov prsty necvičíme). Nacvičujeme chôdzu v sadre bez zaťaženia postihnutej končatiny za pomoci dvoch nemeckých bariel.

Po immobilizácii začíname so šetrnou obnovou funkcie členkového kĺbu, k jeho zmobilneniu používame uvoľňovacie techniky, vodoliečebné procedúry, fyzikálnu terapiu. Zároveň sústreďujeme LTV na posilňovanie nožnej klenby, teda prevenciu plochej nohy. Možnú záťaž konzultujeme znovu s chirurgom. Pri zlomeninách talu, calcanea je plná záťaž možná spravidla po 3 - 4

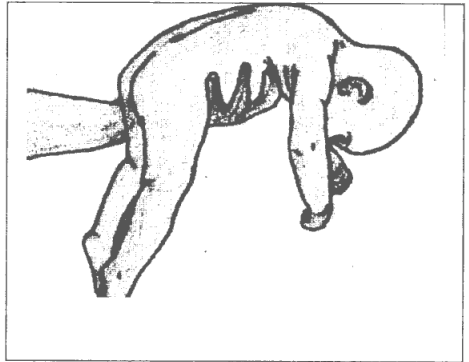
mesiacoch. Pri zlomeninách metatarzálnych kostí koncom 2., začiatkom 3. mesiaca a pri zlomeninách prstov v 2. mesiaci. Imobilizácia trvajúca tri mesiace i dlhšie, v hociktorom postihnutom kĺbe, prináša so sebou riziko trvalých zmien so vznikom artrózy, veľmi často tiež so vznikom Sudeckovho algodystrofického syndrómu, čo vedie k trvalej invalidizácii pacienta.

Literatúra

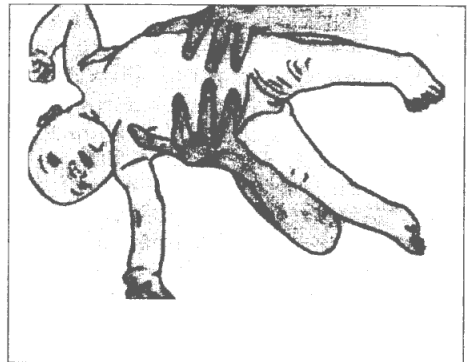
1. Borovanský L. a kol.: *Soustavná anatomie člověka I.* Praha, Avicenum 1972, s. 314-334, 168-179, 142-150.
2. Gúth A. a kol.: *Propedeutika v rehabilitácii* Bratislava, Liečreh 1994.
3. Huraj E.: *Traumatológia.* Bratislava, UK 1981, s. 102-110, 57-64.
4. Janda V.: *Vyšetřování hybnosti.* Praha, Avicenum 1972, s. 199-232.
5. Kalman E.: *Traumatológia končatin a chrčtice.* Bratislava, UK 1988, s. 62-72.
6. Knobloch J.: *Obecná chirurgie.* Praha 1975, s. 585-590.
7. Kolektiv autorů.: *Léčebná rehabilitace. Díl I. Edice praktického lékaře* 1994, s. 55-68.
8. Kostolný I. a kol.: *Špeciálna chirurgia III.* Bratislava, UK 1982, s. 117-119, 146-153.
9. Kríž V.: *Rehabilitace a její uplatnění po úrazech a operacích.* Praha, Avicenum 1986, s. 227-248.
10. Lánik V.: *Kineziológia.* Martin, Osveta 1990, s. 198-210.
11. Müller I., Müllerová B.: *Léčebná tělesná výchova v chirurgii, traumatologii a ortopedii. Ústav pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků,* Brno, s. 8-10, 48, 57-64.
13. Pokorný F. a kol.: *Liečebná rehabilitácia I.* Martin, Osveta 1992, s. 4-6, 44-61.
14. *Spravodajca,* 3-4, Bratislava DNsP, ročník IV, marec - apríl 1995, s. 6.
15. Špaček B. a kol.: *Speciální chirurgie I.* Praha, SZN 1968, s. 645-650, 660-674, 680-682.
16. Typovský K. a spol.: *Traumatologie pohybového ústrojí.* Praha, Avicenum 1981, s. 152-157, 421-426, 428-433, 453-461, 463-487, 507-532.

Adresa autora: A. P., FRO NsP Ružinov, Bratislava

Vojtov princíp



V českom preklade nemeckého originálu "Das Vojta Prinzip" autorov Václava Vojtu a Annegret Peters, vydavateľstvo Grada 1995 (ISBN 80-7169-004-X), sa v nám bližšom jazyku môžeme oboznámiť s podstatou terapeutického postupu, ktorý sa od konca 50. rokov úspešne používa v liečbe centrálnych i niektorých periférnych porúch motoriky v detskom a dospelom veku. Kniha je doplnená čiernobielymi fotografiami a náčrtmi, z ktorých sú zrejme svalové súhry, časový a priestorový priebeh globálnych pohybových vzorcov.



V nemalej miere pomáha pochopiť postup pohybovej reedukácie, s ktorou je možné začať ešte v období, kedy je racionálny kontakt medzi pacientom a terapeutom neľahký alebo doslova nemožný.

Recenzia M. Klenková

PREVENCIA A LIEČBA POŠKODENÍ KOŽE SPÔSOBENÝCH TLAKOM PROTÉZY

Autor: H. Billow

Pracovisko: BG Unfallklinik, Schnarrenbergstrasse 95, 7400 Tübingen Nemecko

Súhrn

Kýpeť po amputácii vyžaduje dôkladnú starostlivosť a otužovanie. Až u 75 % pacientov sa objavujú kožné zmeny ako hyperkeratózy, upchaté tukové žľazy, lividné sfarbenie kvôli venostáze, ulcerácie a dermatitidy. Ich rozpoznanie a adekvátna liečba sú zárukou zachovania funkčnosti kýpťa.

Kľúčové slová: amputácia dolnej končatiny - otužovanie kýpťa - kožné zmeny - liečba

Billow, H.: Prophylaxis and treatment of skin injuries caused by pressure of prosthesis.

Summary

Stump after amputation demands substantial care and hardening. In more than 75 % patients are rising cutaneous changes as hyperkeratosis, obstruction of adipose glands, livid coloration because of venostasis, ulceration and dermatitis. Recognition of this and adequate treatment are guarantee of utility conservation of stump.

Key words: amputation of lower extremities - hardening of stump - cutaneous changes - treatment

MeSH: amputation - leg - skin care - skin diseases - therapy

H. Billow: Prävention und Heilung der vom Prothesendruck verursachten Hautschädigungen

Zusammenfassung

Der Stumpf nach der Amputation beansprucht gründliche Fürsorge und Abhärtung. Bis bei 75 % der Patienten erscheinen Hautänderungen als Hyperkeratosen, verstopfte Fettdrüsen, Violettfrärbung wegen der Venenstauung, Ulzerationen und Dermatitis. Ihre Erkennung und adäquate Heilung sind eine Garantie der Erhaltung der Funktionsfähigkeit des Stumpfes.

Schlüsselwörter: Amputation des unteren Gliedes - Abhärtung des Stumpfes - Hautänderungen - Heilung

Pri amputáciách je dôležité zachovať čo najväčšiu "plochu zaťaženia" kýpťa, cez ktorú sa prenáša váha tela na protézu a zároveň slúži k optimálnej fixácii protézy. Z toho hľadiska sú najoptimálnejšie kýpte po exartikuláciách a amputáciách nohy. V ďalšom priebehu vyžadujú najmenej terapeutických zásahov v prípade komplikácií. Koža kýpťa vyžaduje bezprostredne po amputácii i neskôr dôkladnú starostlivosť a otužovanie. Popri kefovaní a mechanickom a termickom dráždení sa používa pohybovanie kýpťa na guľovom povrchu, prípadne poduške naplnenej hrachom. Denné umývanie pokožky kýpťa je ukončené oplachom

studenou vodou. Denné používanie krému na zlepšenie odolnosti kýpťa nestačí.

Až 75 % pacientov sa po amputácii sťažuje na kožné zmeny v oblasti kýpťa. 62.4 % príležitostne, 29 % často a 8.5 % vždy. Jedná sa o hyperkeratózy, ktoré spôsobujú neustále bolestivé dráždenie. Menej rozsiahle zmeny tohto druhu môže odstrániť tzv. Peeling-Creme. Väčšie, hlbšie hyperkeratózy sú odstraňované chirurgicky.

Veľkým problémom sú upchaté tukové žľazy, ktoré sa infikujú a pôsobením zápalovej reakcie v okolí môžu viesť k uzlovitým kožným zmenám. Ich vyprázdňovanie je len dočasným riešením, pretože recidívy sú

pomerne časté. Najskôr je potrebné zvládnuť akútne štádium konzervatívnymi prostriedkami, neskôr sa odporúča chirurgické riešenie (otvorenie fistuly, dôkladné odstránenie zmeneného tkaniva). Recidivujúce kožné zmeny vyžadujú zmenu alebo zväčšenie zóny zaťaženia. Darı sa to vložením flexibilného štepu.

Ďalšou zmenou je lividné sfarbenie kýtĕa. Zmena farby je spôsobená venóznou stázou a dá sa zvládnuť premasírovaním. Pri dlhšom trvaní sa objavujú pigmentácie, koža sa stáva pergamenovitou, tenkou. Centrálna sa tvoria hyperkeratózy, ktoré už nie sú zvládnuteľné konzervatívne. Nastupujúce ulcerácie vyžadujú reamputáciu s novým plastickým krytím. Je vhodnejšie už v začiatočnom štádiu odstrániť možné škrtiace prostriedky, používať vankúšik alebo návleky na kýtĕ, ktoré pri každom kroku zabezpečia adekvátny venózný návrat.

A nakoniec sa môžu objaviť zmeny spôsobené kontaktom s materiálom protézy. Je vhodné dermatologické testovanie s cieľom určenia príčiny. Našťastie tieto kontaktné dermatitidy sú zvládnuteľné dermatologickými externami.

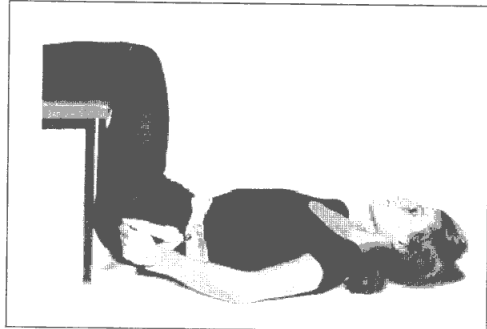
Poznanie príčiny kožných zmien, jej odstránenie a včasná a adekvátna liečba zabráni ďalšiemu poškodeniu a ohrozeniu funkčnosti kýtĕa.

Literatúra u autora

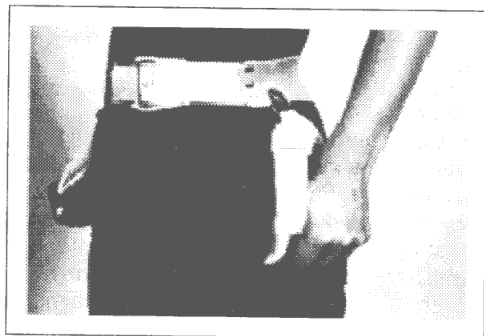
Adresa autora: H.B. BG Unfallklinik, Schnarrenberstrasse 95, 7400 Tübingen

Autotrakcia driekovej chrbtice

Zo znalostí pacientov s akútnymi bolesťami vieme, že sa často snažia vlastnými rukami vzoprieť oproti svojej panve, a tým si zmierniť bolesti. Z tohoto poznatku vychádza technika autotrakcie pomocou špeciálneho pásu, ktorý sa zafixuje nad lopatami panvových kostí u ležiaceho pacienta v odľahčenej polohe - vypodložené predkolenia, 90 stupňová flexia v bedrových a kolenných kĺboch.



Pacient sa zaprie do dvoch rukoväti, ktoré sú pripojené o pás vlastnými rukami a extenziou v lakťoch je schopný zrealizovať silu v trvaní okolo 10 sekúnd postačujúcou na to, aby sa vzdialili naliehajúce krycie platničky stavcov voči sebe. Efektívita uvedenej aktivity bola experimentálne dokázaná pomocou RTG snímok, kde sa krycie platničky voči sebe štatisticky významne vzdialili. Uvedenú trakciu možno opakovať, prípadne kombinovať s dychom vo forme postizometrické relaxácie.



Tieto poznatky sú z knihy Jürgena Krämera *Bandscheibenbedingte Erkrankungen*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart-New York 1994, ISBN 3-13-555603-4. V knihe sa okrem toho autor venuje diagnostike a terapii chrbtice a to tak z hľadiska konzervatívneho, ako i operatívneho s následnou rehabilitačnou starostlivosťou. Recenzia T.



LIEČREH

pripravilo pre Vás a hlavne pre Vašich pacientov novú publikáciu na 64 s.:

"výchovná REHABILITÁCIA alebo ako pošleme chrbticu do školy"

V prípade, že si objednáte 1 kus, budete platiť **50 Sk** a poštovné, v prípade, že si objednáte 10kusov, budete platiť **30 Sk** a poštovné.

Je v súčasnosti reálna úspešná primárna prevencia osteoartrózy?

Osteoartróza (OA) sa stala jedným z najväčších zdravotných problémov v rozvinutom svete. Chronická bolesť a zníženie funkcie, ktoré OA spôsobuje, sú do určitej miery daňou za predĺženie ľudského života. V literatúre sa udáva veľký rozsah rizikových faktorov, ktoré sa však neprejavujú paušálne, rozdiel je i vo vzťahu k jednotlivým kĺbom. Rozdielne sú napríklad rizikové faktory OA bedra a kolena.

Niektoré novšie údaje potvrdzujú, že rizikové faktory sú odlišné i u rôznej formy osteoporózy kolena. Zatiaľ čo patellofemorálna OA je výrazne spojená s rodinnou anamnézou a s prítomnosťou osteoartrótických nodozít na rukách, tibiofemorálna osteoporóza je viac spojená s obezitou a s predchádzajúcim úrazom. Teda pri osteoartróze dochádza k interakcii medzi systémovou predispozíciou a lokálnymi biomechanickými faktormi.

Je otázne, do akej miery je reálna primárna prevencia elimináciou rizikových faktorov. Niektoré z nich nie je možné zmeniť, napr. vek, pohlavie, rasu, niektoré z nich by mohli byť v budúcnosti ovplyvniteľné, napr. genetická predispozícia, metabolické a hormonálne faktory. V súčasnosti by mohli byť zmenené niektoré lokálne a systémové

rizikové faktory, napr. obezita, trauma, vybrané aktivity a povolania, zápalové ochorenie kĺbu. Pôsobenie niektorých faktorov si vyžaduje ďalšie bádanie, napr. prečo práca na farme má taký výrazný účinok na OA bedra, alebo či zníženie záťaže plne flektovaného kolena pri práci môže znížiť incidenciu OA kolena.

V súčasnosti najjasnejším cieľom pre úspešnú intervenciu je obezita. Dôležitosť tohto rizikového faktora pre OA však nemôže byť preceňovaná. Pri výraznej obezite môže vzrásť riziko 7 až 8-krát a bolo zistené, že redukcia hmotnosti u ťažkej obezity môže znížiť incidenciu OA kolena o 15 - 20 %. Z analýz vykonaných na starodávných skeletoch vyplýva, že tibiofemorálna OA bola oveľa menej frekventovaná ako patellofemorálna OA alebo osteoartróza bedra. To podporuje myšlienku, že vysoká frekvencia OA aspoň v niektorých smeroch môže súvisieť s aspektami moderného života, akým je nárast obezity alebo spôsob obvyklého používania našich kĺbov. Zostáva otázka, do akej miery je možné rizikové faktory v populácii ovplyvniť a ako by to ovplyvnilo výskyt OA.

Literatúra

1. DIEPPE, P.: Osteoarthritis: zisk factors, process and outcome. *Rheumatology in Europe* 199, 24, 2: 66-68.
2. DIEPPE, P.: Towards effective therapy for osteoarthritis. *Rheumatology in Europe* 1995, 24, 3: 118-120. J.Čelko

Rizikový faktor	OA bedra	OA kolena
vek	20-70	vrcholí 40-60
pohlavie	M = Ž	Ž > M
rasa	neobvyklá v Ázii	bežná u černochoch v Amerike
dysplázia	++	+/-
poranenie	+/-	++
práca na farme	++	-
práca v podrepe	-	++

MARCUS AURELIUS, ĽUDOVÍT ŠTÚR A HIPPOTERAPIA

Autori: K. Hornáček K., A. Gúth

Pracoviská: FRO FN Bratislava, Rehabilitačná klinika DNŠP, Bratislava

Súhrn

Hippoterapia prežíva na Slovensku prudký rozvoj. Autori poukazujú na jej liečebné využitie v blízkej i ďalekej minulosti.

Kľúčové slová: rehabilitácia - hipoterapia

Hornáček, K., Gúth, A.: Marcus Aurelius, Ľudovít Štúr and hippotherapy

Summary

Authors are dealing with historical view on some rehabilitation procedures, which are experienced their renaissance in the present time.

Key words, MeSH: : hippotherapy - rehabilitation

Hornáček, K., Gúth, A.: Marcus Aurelius, Ľudovít Štúr und Die Hippotherapie

Zusammenfassung

Hippotherapie in der Slowakei macht zur Zeit einen grossen Sprung nach vorne. Autoren schildern ihre Verwendung heute und morgen

Schlüsselwörter: Hippotherapie - Rehabilitation

V súčasnom období sa nám na Slovensku úspešne darí rozvíjať a do komplexnej rehabilitácie včleňovať liečebné pôsobenie pomocou koňa. Prítom naozaj nejde len o súčasný moderný trend v liečbe rôznych postihnutí, ale o starú metódu. História sa skutočne opakuje. Potvrdzujú to i dve pekné perličky súvisiace s najstaršou históriou nášho územia i s našimi národnými dejinami. Za povšimnutie prítom stojí komplexný prístup našich omnoho starších kolegov, vychádzajúci z liečebných pôsobení využívaných práve vo fyziatrii a v rehabilitácii.

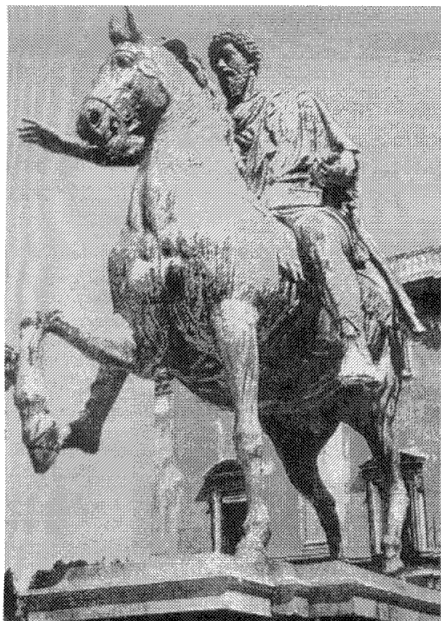
Najstaršími známymi písomne zachovanými lekáskymi indikáciami k hippoterapii (HT) sú Galenove odporúčenia. Nepriamo nás o liečebnom využívaní koňa v jeho dobe informuje i cisár - filozof Marcus Aurelius, ktorého osobným lekárom bol práve Galenos. Marcus Aurelius vo svojom vrcholnom diele "Hovory so sebou", písanom

v rokoch 171 - 179 n.l. na našom území, pri ťažení proti barbarom, v povodí rieky Hron (Granau), v typicky stoickej úvahe, píše:

"Ak sa hovorí: Lekár mu prikázal jazdiť na koni či studené kúpele, alebo chodiť naboso, celkom tak by sa dalo povedať: vesmírny poriadok mu prikázal chorobu, zmrzačenie alebo stratu niečoho či niečo podobné... Prijmite teda všetky príhody tak ako tie lieky, ktoré predpisuje lekár... A za čosi podobné, ako je tvoje zdravie, pokladaj i uskutočňovanie a napĺňanie toho, čo vesmírny poriadok uznáva za dobré."

Historickou skutočnosťou teda je, že jedna z prvých písomných zmienok o HT úzko súvisí s našim územím. Zaujímavé je, že prvú časť kurzov HT vykonávame v PN **Hronovce, ležiacej vedľa rieky Hron**. Je to najväčšie pracovisko vykonávajúce u nás HT. V týchto

miestach teda vedome pôsobenie HT využíval už M. Aurelius podľa doporučenia Galena.



Druhou zaujímavou zmienkou o HT súvisiacou s našou národnou históriou je údaj z knihy J. M. Hurbana "Ľudovít Štúr - Rozpomienky". Zachytáva ovplyvnenie Štúrovho držania tela jazdením na koni a skutočnosť, že veľikán našich dejín bol už v 19. storočí propagátorom HT na Slovensku. Nechajme však hovoriť Hurbana: "Profesori dobrosol'skí (Dobrosol' je slovanský názov Halle, mesta, v ktorom Štúr študoval) upozornili sa hneď s veľkou sústrasťou na postavu mladoňa nadšeného: tvár inteligentná, no zbedovaná trudovinami, priezračitá nevinnosťou, no utrápená bojmi duchovnými, prsia široké, no sedaním dnu stlačené! Oddali teda nového commilitona (spolubojovníka) konzultácii najlepších svojich fyziológov a lekárov, ktorí jednonázorne poznali prameň biedy tohoto krásneho, inak výtvoru prírody ľudskej a menovite prírodných síl mladoňa tohoto ušľachtilého, zanedbanie tela, naproti ale prílišné napínanie síl ducha. Predpísali teda Ľudovítovi čo najprísnejšie držanie rozumnej miery v štúdiách, časté, pravidelné gymnastikovanie, šermovanie, **koňmo jazdenie** a hojnú v prázdninách cestovanie... A pretože u Štúra všetko, čo podnikal, prijímalo na seba ráz služby, časom

zúžitkovať sa majúcej v prospech národa, ku šermovaniu prijal ešte cvičenie sa v strelbe do cieľa z pištole, ktorá zábava bývala mu i pozdejšou milou a vo vzhľade k pomerom, otrieštenými haraburdákmi maďarónskymi nebezpečnými, práve potrebnou. I jazdeniu tak navykol v Dobrosoli, že vrátiac sa do vlasti, rád užil každú vhodnú príležitosť poskytnutú mu **k jazdeniu koňmo**. Z Bratislavy bývali mu milé výlety na Hlboké a kedykoľvek prihlásil sa k návšteve, nikdy nezabudol dodať, na konci abych zaopatril dva kone k výjazdom. Zábavy naše potom záležali z hojného jazdenia koňmo do okolia utešeného, otáčajúceho tichú túto dedinku ku boru, Štúrovi tak veľmi sympatickému, a do údolia rakonosnej Myjavy, šumiacej popri rozsiahlych lúkach hlbokých: zajazdili sme si tu i tu i ku priateľom okolným. Držanie sa jeho na koni bolo pravidelné, priame, junácke... Načo drieb nedotušoval u mládeže, to stálo sa po návrate jeho stálym: totiž priame chodenie s vystretými prsami, k tomuto pristúpili pravidelné prechádzky v každom počasí, čo všetko za príkladom dobrosol'ských svojich skúseností zavádzal i medzi mládežou slovenskou.

Ľudovít sa telesne úplne zotavil k veľikej radosti všetkých nás, ktorí obávali sme sa oňho z tohoto ohľadu."

Hippoterapia teda vstúpila do nášho medicínskeho prostredia už pomerne dávno, k jej "znovuzrozeniu" v súčasnosti však dopomohli predovšetkým jej terapeutické efekty, ktoré sú vedecky dokázané, podopreté viacerými štúdiami a dennými poznatkami tých, ktorí denne pracujú v rámci hippoterapeutických krúžkov, alebo spoločnosti. V našom časopise sme na túto tému napísali minulý rok viacero článkov, ktoré sa stretli s pozitívnym ohlasom. Podobne možno odporučiť širokej rehabilitačnej verejnosti do pozornosti aj ďalšie knihy a skriptá, ktoré v tejto oblasti vyšli.

Literatúra

1. Aurelius, M., A.: *Hovory so sebou. Denník rímskeho cisára. Bratislava, Nestor s.r.o. 1995, 351 s., s. 99.*
2. Hurban, J., M.: *Ľudovít Štúr - rozpomienky. Bratislava 1959, s. 155-157.*
3. Homáček, K. a kol.: *Hippoterapia, SZTP Bratislava, 1996*

Adresa autora: K. H., FRO FN, Mickiewiczova 13, Bratislava 812 54

Medzinárodný kongres o idiopatickej skolióze

V modernom kongresovom centre Diagona-LABEGE vo francúzskom Toulouse (ktoré je pôvabným historickým centrom oblasti Midi-Pyrenees) sa konal 20. - 21. októbra 1995 medzinárodný kongres na tému "Idiopatická skolióza - nevyriešené problémy", ktorý organizovala A.R.E.D.S. (Asociácia pre výskum problematiky skoliózy).

Prečo nový kongres o idiopatickej skolióze? Túto otázku si položili v úvode kongresu aj jeho organizátori. Pretože nie sú doriešené mnohé otázky - etiológie, konzervatívnej a chirurgickej liečby u detí i dospelých, rozdielnosť postupov rôznych ortopedických svetových centier, ktoré sa špecializujú na problematiku skolióz.

Záujem o kongres dokumentovala i účasť špičkových kapacít v oblasti skolióz z celej zemegule (čo potvrdzoval i pre Francúzov nemalý kongresový poplatok). Rokovacími jazykmi boli simultánne francúzština a angličtina.

Úvod kongresu - po otváracíj ceremonii - patrilo názorom na etiológiu skoliózy (J. Dubousset, Paríž), dejinnému vývinu skolióz (R. B. Winter, Minneapolis) a prehľadu histórie chirurgickej liečby skoliózy od r. 1839 dodnes (J. E. Hall, Boston).

Po tomto "zahrievacom kole" jadro vedeckého programu prednáškového bloku konzervatívnej terapie idiopatickej skoliózy "nahryzol" prof. Salanova (Toulouse) s hamletovsky ladenou prednáškou - i jej názvom: "To brace or not to brace?" (Používať či nepoužívať korzet?). Nastolil viaceré otázky - kedy operovať, v ktorom štádiu, definitívnu odpoveď však nedal. Záveroval tým, že je ľahšie operovať ako konzervatívne liečiť.

Po ňom predniesol prof. Michel (Lyon) dlhodobé výsledky s liečbou lyonským korzetom. Udáva najčastejšiu indikáciu lyonského typu korzetu pri 30-40 Cobb-stupň. skolióze a po 20 rokoch používania korzetu

udáva 82 % zlepšenie. I on priznáva časté bolesti cervikálnej chrbtice po dlhodobom nosení korzetu ako následok vymiznutia cervikálnej lordózy po dlhodobom korzetovaní.

Pri používaní korzetu O3V (ortheses 3 valves) udáva naopak bolesti v lumbálnej oblasti až u 50 % pacientov. Najčastejšie jeho aritmetickým priemerom vzaté spektrum výsledkov je z 34-stupňovej skoliózy zlepšenie na 25 stupňov. Jeho záver a postoj k otázke korzetu je umiernený optimizmus.

V podstate podobný záver uvádza po dlhodobých skúsenostiach s korzetom typu Milwaukee i prof. Winter (Minneapolis), rozhodne však tvrdí, že používanie korzetu je efektívne, ale musí byť selektované.

O mnohoročných skúsenostiach s korzetom tohto typu prednášal aj prof. Salanova (Toulouse), ktorý uvádza, že na jeho klinike liečených pacientov so skoliózou je 7 % pre skoliózu operovaných - priemerný vek pre operáciu je 13 rokov s uhlom skoliózy 46 stupňov. Opäť kladie otázky, či korzet modifikuje spontánnu evolúciu skoliózy, či ju trvale koriguje a dokedy treba používať korzet. Na prvé dve otázky odpovedá kladne, jeho hranica používania korzetu je 40 - 49-stupňová skolióza, zdôrazňujúc pritom, že 40-stupňová skolióza nie je povinnou indikáciou k operácii, postup pri rozhodovaní je vždy individuálny.

V prednáškovom bloku dlhodobých výsledkov s korzetmi pokračoval prof. Hall (Boston) s bostonským typom korzetu. Udáva zlepšenie po 10 rokoch používania korzetu u 15 % pacientov, nezlepšených 45 % pacientov napriek korzetovaniu progresiu u 40 % pacientov. Po 1 roku používania bostonského korzetu je však zlepšenie až u 26 % pacientov, stagnácia nálezu u 18 % a progresia krivky u 55 % pacientov.

K otázke korzetu u skolióz referovali ešte prof. Picault (Lyon) a Vincent (Brusel). Picault uvádza indikácie a výsledky pri korzete typu St. Etienne - tvrdí, že nemáme právo indikovať korzet do 30 st. skoliózy. Konštatuje tiež fakt, že po 25 mesiacoch korzetovania i sadrovania skoliotických kriviek sa žiadna nekorigovala na nulu. Vincent (Brusel)

priniesol prvé výsledky s korzetom typu Charleston, ktorý indikuje pri 25 - 40 stupňovej krivke, pri Risserovom znamení 0 - 2, ak je vek dieťaťa aspoň 10 rokov. U jeho spektra pacientov so skoliózou bolo 90 % dievčat, 5 % chlapcov, z celého súboru malo 75 pacientov Risserov znak 0 - 1, Risserovo znamenie 2 malo 22 pacientov. Globálne uvádza zlepšenie u 66 % pacientov, u 34 % pacientov uvádza napriek korzetu typu Charleston progresiu. V porovnaní s Milwaukeeho korzetom má nasledovné výsledky u rôznych stupňov skoliózy: u 20 - 30 stupň. skolióz je u Milwaukeeho typu 60 % zlepšenie, u typu Charleston 70 % pacientov zlepšenie. Pri rozsahu skoliotickej krivky 30 - 40 stupňov je ním udávané zlepšenie u korzetu typu Milwaukee 53 % zlepšených a u typu Charleston 50 % zlepšených skolióz. Uzatvára teda, že typ korzetu Charleston je porovnateľný s inými typmi korzetu, čo sa týka % úspešnosti liečby. Z jeho praxe získanú dôležitú skúsenosť - nehovorte pred matkami detí so skoliózou o výsledkoch - považujeme za spomenutia hodnú.

Druhý blok prednesených prác bol venovaný chirurgickej liečbe adolescentnej idiopatickej skoliózy. Boli ventilované výsledky Harringtonovým inštrumentárium aj Hartshillovým systémom.

Michel (Lyon) uvádza u pacientov po Harringtonovej operácii skoliózy bolesti v cervikálnej chrbtici u 50 % a v lumbálnej chrbtici u 30 % pacientov.

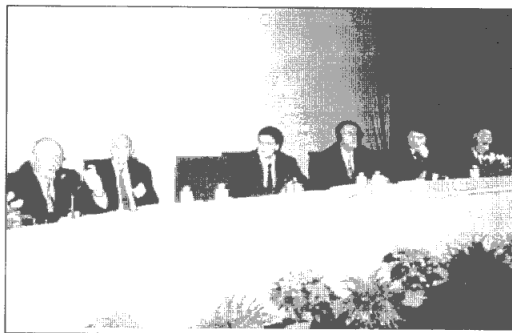
Moreno uvádza vo výsledkoch po Harringtonovej operácii po dvadsiatich rokoch, že dve tretiny pacientiek mali deti, z toho 26 % pacientiek sectio caesarea.

Dubousset (Paríž), značne spochybnil uhol merania skoliózy podľa Cobba a zároveň predznačil, že budúcnosť merania uhlu skoliózy bude patriť computerovému vyhodnocovaniu.

Prof. Bergoin, (CHU-Nord, Marseille), zabezpečil svojou peknou prednáškou pevné miesto na scéne prednému korektívnemu operačnému spôsobu idiopatickej skoliózy u adolescentov. Jeho indikáciu však zdôrazňuje iba u skolióz Th/L prechodu (indikácia ideálna je skolióza v úseku Th 11 - L 3), nie lokalizácia len torakálneho úseku chrbtice. Gentlemansky priznáva i komplikácie: ruptúra materiálu u 3 pacientov, pseudoartróza u 4 pacientov. Avšak sepsu, vaskulárne, ani neurologické komplikácie neudáva žiadne.

Výhoda predného operačného prístupu je podľa neho hlavne lepšia korekcia krivky, neprerušená je zadná muskulatúra chrbtice a tiež riziko neurologických komplikácií je nízke. Nevýhodou je riziko genito-urinárnych komplikácií a riziko hyperkorekcie krivky. Ako zaujímavosť citoval týmto spôsobom vykonanú operáciu idiopatickej skoliózy u neskoršej (z dôvodu lekárskeho tajomstva nemenovanej) kráľovnej krásy.

Ďalší vedecký výskum kongresu bol venovaný špecifickej operačnej stratégii skoliózy u dospelých, preto ich v tomto expozé určenom pre časopis Rehabilitácia nerozvádzame. Súčasťou kongresu bola i malá expozícia firiem ponúkajúcich inštrumentáriu ku konzervatívnej i operačnej terapii skoliózy.



Na fotografii:

Diskusný panel o idiopatickej skolióze - predsedníctvo kongresu. Zľava: Prof. C. Salanova - Toulouse, C. Picault - Lyon, J. Boulot - Toulouse, R. B. Winter - Minneapolis, J. E. Hall - Boston (Foto - autor príspevku) F. Štefanec

AKCIE SPOLOČNOSTI FBLR SLS

VII. Zjazd Spoločnosti FBLR

Termín: 25.-26. 4. 1997

Miesto : Trenčianske Teplice

Téma : Problematika endoprotéz a

protetických pomôcok vo vzťahu k rehabilitácii

Kont. : dr. J. Zálešáková, T. Teplice

Seminár manuálnej sekcie Spol. FBLR

Termín: 14.6.1997 Kováčová pri Zvolene

Pozývaný predn. : doc. dr. E. Rychlíková, CSc.

Seminár hippoterapeutickú sekcie Spol.FBLR

Termín: 7.6.1997 T. Teplice

Seminár manuálnej sekcie Spol. FBLR

Termín: 25.10.1997 T. Teplice

Prednášateľ: dr. A. Krobot

KLASICKÁ MASÁŽ V LIEČEBNEJ REHABILITÁCII

Autori: A. Gúth, J. Jánošdeák

Pracoviská: Rehabilitačná klinika IVZ Dérerovej nemocnice, Ďumbierka 3, Bratislava
Univerzálna škola masáže a regenerácie Bratislava

Súhrn

Autori predkladajú úvodnú prácu, ktorou chcú poukázať na možnosti klasickej masáže v súčasnosti v rámci odboru FBLR z hľadiska nových poznatkov a výsledkov výskumov. Chcú polemizovať s niektorými myšlienkami, ktoré sa len mechanicky opisujú a tradujú z učebnice do učebnice a nemajú opodstatnenie.

KLúčové slová: klasická masáž - liečebná rehabilitácia

Gúth, A., Jánošdeák, J.: *The classical Massage in the Rehabilitation*

Summary

The authors present the introductory work of know ledges and results of researsch . They present the controversy with some ideas of traditonal books, that have not original meaning.

Key words: classical massage - rehabilitation

Gúth, A., Jánošdeák, J.: *Die klasische Massage in der Rehabilitation*

Zusammenfassung

Die Autoren schildern die Einführendearbeit, mit welcher sie an die Möglichkeiten der klassischen Massage in der Rehabilitation hinweisen wollen. Sie polemisieren mit den kontraversen Ideen von Traditionsbücher.

Schlüsselwörter: klassische Massage-Rehabilitation

Úvod

Transformačné zmeny, prebiehajúce na rôznych úsekoch nášho spoločenského a ekonomického diania, sa v mnohom dotýkajú aj zdravotníctva. Jednak jeho organizácie, ale tiež úrovne poskytovaných služieb, ich dobrej dostupnosti a samozrejme nákladovosti. Z tohto zamerania vychádzajú aj snahy istým spôsobom prehodnotiť obvyklé postupy v našej práci a inovovať ich. Na úseku FBLR chceme popri iných vyššiu pozornosť venovať aj klasickej masáži. K jej prednostiam patrí, že je prostriedkom prirodzeným, relatívne

dobre dostupným a čo je dôležité, pri správnom vykonávaní spoľahlivo účinným.

Z historického hľadiska patrí masáž medzi najstaršie prostriedky prirodzeného pôsobenia na ľudské telo a zdravie človeka. Dokazuje to aj jej dávna bohatá história, podložená zachovanými písomnými a kreslenými pamiatkami už z obdobi niekoľkých tisícročí pred našim letopočtom. Menovite z oblasti Blízkeho a Ďalekého východu. Slúžila jednak ako prostriedok podpory zdravia, ale aj ako prostriedok liečby. Významné postavenie mala masáž aj v

Antickom Grécku. Zmieňuje sa o nej aj "symbol medicíny" - slávny lekár Hippokrates. Vedel napr. o jej priaznivom pôsobení na krvný obeh a na stav svalov.

Pokračovateľmi Antiky boli starí Rimania a zásluhy na rozvoji masáže majú najmä lekári Asklepiadés, Celsus a Galenus. V ďalších obdobiach histórie, sa s masážou pri liečbe a všeobecne zdravotnom pôsobení, možno stretnúť v jednotlivých krajinách rozdielne, podľa ich podmienok a situácií u nich. Pozoruhodnými osobnosťami boli v tomto smere Avicenna, P. Alpinus, H. Mercurialis, A. Paré, ďalej lekári Andry, Tissot, Hoffmann, Fuller a iní.

Neskôr - v tzv. modernom období masáže - (od 19. stor.), treba z hľadiska vývoja masáže uviesť P. H. Linga, zakladateľa "Švédskeho systému", ktorý systém v prvých desaťročiach 20. storočia tvorivo rozvíjal i Z. Zabłudowski - vtedajší vedúci ústavu pre masáž pri Berlínskej univerzite.

Z týchto koreňov vyšla i naša súdobá klasická masáž. Tu sa školili v období 1. ČSR i viacerí lekári, medzi nimi najmä tí, ktorí popri svojich iných rehabilitačných odbornostiach inklinovali aj k masáži. Z nich osobitne treba uviesť prof. dr. E. Cmunt, ktorý v r. 1922 - 1939 pôsobil v Piešťanoch. V tridsiatich rokoch spomínanej masáže Linga a Zabłudowského zaviedol u nás a školil tiež masérov. V r. 1941 vydal v Prahe "Průruku masáže, lázeňských úkonů a pedikury". K Žaloudek v svojej publikácii "MASÁŽ" píše, že "Cmuntom zavedenej masáži sme si zvykli užívať označenie Klasická masáž a je potrebné sa na ňu pozerat' ako na základňu". Preto ju označujeme aj ako masáž základná. Poskytuje základné východiská pre techniku, metódu aj aplikačné potreby masáže, i keď samozrejme v súvislosti s novými poznatkami a skúsenosťami sa ďalej postupne rozvíja a zdokonaľuje.

Zmienku si zasluhuje ešte skutočnosť, že prvú publikáciu " O masáži" u nás vydal v Prahe r. 1906 prof. dr. V. Chlumský, zakladateľ ortopedickej kliniky v Bratislave (2. vydanie vyšlo v r. 1924). V r. 1965 vyšla publikácia "Masáž" od dr. K. Žaloudka; (2. vyd. 1975).

Súdobá literatúra o masáži je síce relatívne dosť široká, no i pri množstve spoločných rovnakých prístupov, potrebuje istú väčšiu vyhranenosť pre jednotlivé oblasti jej zamerania, či už vo všeobecnom - viac menej komunálnom smere, alebo pri individuálnych občianskych potrebách, ale tiež v liečbe a pri nadstavbových polohách, zameraných na špeciálne potreby, aké sa vyskytujú napr. v športe. K tomu smeruje i príprava nových publikácií, ale aj metodických pracovných materiálov, aké chceme k problematike uplatňovania klasickej masáže v liečbe poskytnúť i v našom časopise Rehabilitácia.

Klasická masáž

Klasická masáž je procedúrou, ktorá má pomerne široké možnosti uplatňovania ako v zdravotnickej prevencii, tak i v liečbe a rehabilitácii pacientov. Príslušná literatúra (o masáži i fyzikálnej terapii) poskytuje prehľad viacerých indikácií a indikačných okruhov v jednotlivých odvetviach medicíny, kde možno klasickú masáž využívať čiastkovo pri určitých orgánových, či systémových ochoreniach, ale aj ako celkovú procedúru, menovite z pohľadu integrovaného pôsobenia na pacientov počas liečby - (dôležité najmä pri náhle vzniklých ochoreniach s vynútenou zmenou režimu - lôžkový režim, s eventuálnou potrebou prevencie preležanín a potom tiež v závere liečby - k podpore adaptácie pacienta na podmienky po prepustení z ústavnej liečby do domácich podmienok, resp. zamestnania). Ako odborní a metodickí usmerňovatelia tu pôsobia spravidla FRO oddelenia, so svojimi príslušnými odborníkmi.

Veľké možnosti využitia klasickej masáže sú v kúpeľoch a špecializovaných rehabilitačných zariadeniach, či ústavoch, najmä z hľadiska výhodného kombinovania s inými fyzikálnymi procedúrami, čím sa zvyšuje efekt na svaly, čo je zvlášť dôležité pre oblasť pohybového ústrojenstva.

Pokiaľ ide o posúdenie súčasného stavu v praktickom realizovaní klasickej masáže možno uviesť, že značne nevyužitá rezervy sú jednak v rozsahu jej využívania, ale tiež v kvalitatívnom upresňovaní a vylepšovaní, s čím súvisí hmatové obohacovanie (vrátane správneho

názvoslovného a pojmoslovného označovania), ďalej aplikačné skvalitňovanie, menovite z hľadiska výraznejšieho zohľadňovania morfológických daností a aktuálnych funkčných prejavov na svaloch, kĺboch a nervovom systéme, čo umožní potom lepšie a správnejšie realizovať liečebné ciele.

Zo všeobecných účinkov klasickej masáže sa žiada zdôrazniť menovite účink masáže na cirkuláciu krvi (osobitne na žilný návrat), ďalej na pohyb miazgy, na metabolizmus, na svalový tonus (jeho normalizáciu), ale aj prevenciu svalovej atrofizácie, či svalových kontraktúr, vznikajúcich z rôznych príčin. Pri neurologických diagnózach, resp. zmenách inervačných prejavov (obrny spastické, obrny chabé) správnym výberom hmatov klasickej masáže a príslušným usposobením techniky masáže možno pôsobiť diferencovane, podľa vyžadovanej potreby.

V diagnostických okruhoch vnútorného lekárstva sú priaznivé možnosti masáže v už spomínanom pôsobení na krvný obeh a s tým súvisiaci vplyv na jednotlivé orgány, či orgánové systémy organizmu. Pozitívnym cieleným ovplyvnením inervačných vzťahov medzi centrálnym nervovým systémom a jednotlivými časťami tela možno prispievať k harmonizácii funkcií, čo sa zreteľne vie uplatniť v oblasti tráviaceho systému (normalizácia motorických a sekrečných funkcií orgánov tráviacej rúry), ďalej pri rôznych metabolických poruchách, vrátane ich endokrinných vzťahov.

V rámci pohybového ústrojenstva sú medzi indikáciami klasickej masáže jednak stavy poúrazové a pooperačné, kde možno zodpovedajúce masážne postupy uplatniť k podpore rezorbickej krvných výtokov, výpotkov a nezápalových opuchov a jednak choroby oporno-pohybového systému, najmä funkčné a následne aj degeneratívne ochorenia s postihnutím svalov a kĺbov, s nálezom svalovej nerovnováhy, ako i rôzne kĺbne artrózy, svalové fibrozitidy, kontraktúry, myalgie a pod.

Posudzujúc súčasnú prax sa dá povedať, že vo využívaní klasickej masáže sú značné rezervy, ktoré by bolo možné užitočne

využiť. Treba tu istú aktiváciu zo strany lekárov - riadiacich i výkonných. Potrebné východzie predpoklady z hľadiska základných prevádzkových podmienok a možností existujú prakticky všade, i keď nie v rovnakej miere a bude ich potrebné v tomto smere príslušne rozvíjať. V systéme práce treba zdôrazniť dôležitosť lekárov indikujúcich masáže. Ďalej ich metodické usmerňovanie práce masérov pri ich konkrétnom pôsobení na pacientov. Potrebný je permanentný vzájomný kontakt, priebežné hodnotenia a posudzovania priebehu liečby a úpravy stavu pacientov. Nepostačuje postup "určenie - vykonanie - záverečné zhodnotenie". Vyššia efektívnosť je práve v pravidelnom priebežnom posudzovaní.

Aby boli lekári na takúto prácu dobre pripravení, chceme im popri ich vlastných poznatkoch najmä z individuálneho štúdia, poskytnúť aj určité praktické usmernenie k problematike využívania klasickej masáže, čo pripravujeme do ďalšieho - samostatného článku v Rehabilitácii.

Literatúra

1. CMUNT, E.: *Příručka masáže, lázeňských úkonů a pedikury*, Praha 1941, 2. vyd.
 2. CHLUMSKÝ, V.: *O masáži*, Praha, 1924, 2. vyd.
 3. HUPKA, J. a kol.: *Fyzikálna terapia*, Martin Osveta, 1993.
 4. JÁNOŠDEÁK, J.: *Športová masáž*, Bratislava Obzor, 1983, 2. vyd.
 5. JÁNOŠDEÁK, J.: *Športová masáž a sebamasaž*, Bratislava Obzor, 1989, 1. vyd.
 6. JAROŠ, M.: *Sportovní masáž*, Praha Avicenum, 1958, 4. vyd.
 7. PLAČKOVÁ, A.: *Liečebná masáž*, Martina Osveta, 1992, 1. vyd.
 8. ZABLUDOWSKI, J.: *Technik der Massage*, Leipzig, 1903, 2. vyd.
 9. Žaloudek, K.: *Masáž*, Praha, 1975, 2. vyd.
- Adresa autora: A. G., Rehabilitačná klinika, Ďumbierska 3, 831 01 Bratislava

Pracovní konference

/reumatologicko-neurologicko-neurochirurgicko-rehabilitační/ ve dnech 6. - 7. 12. 1996

Téma: Možnosti mezioborové spolupráce v mezních případech v rámci konzervativní léčby bolestivých stavů "distanční části páteře".

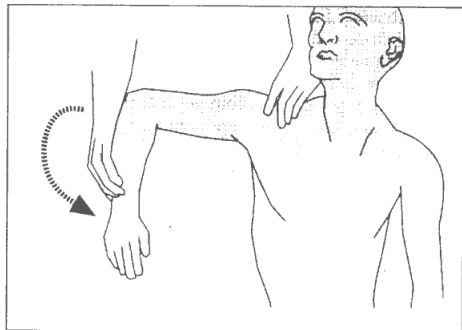
Kdo: prof. Pavelka, Janda, Lewit, Velé, Kolař, Houdek, Suchomel, Pavlů a další

Kontakt: tel/fax 067/ 324 47, 324 91

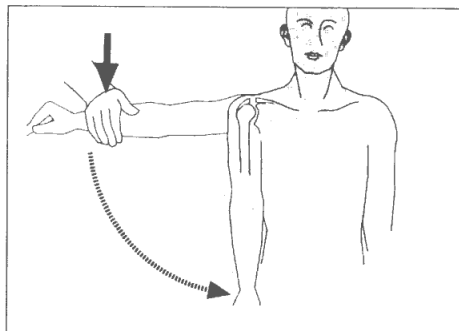
Centrum rehabilitace ve Zlíne, Kúty 3802, A.Krobot

Menej obvyklé testy v oblasti pleca

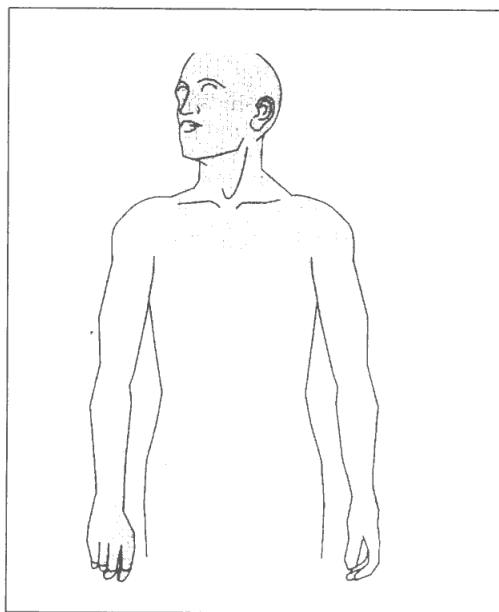
Impingement-Test nach Jobe. Táto modifikácia podľa Joba sa realizuje v abdukcii v plecovom kĺbe. Vyšetrujúci robí pomocou flektovaného predlaktia pasívnu intrarotáciu v pleci. Bolesťivý vnem s odmedzením pohybu je spôsobený kompresiou šľachy m. supraspinatus.



Fallarmov-Test. Pomocou tohoto testu sa diagnostikuje svalová ruptúra v oblasti manžety rotátorov. Najprv pacient abdukuje ruku v plecovom kĺbe. Pacient môže tento pohyb vykonať švihom alebo trikovým manévrom. Keď dosiahne 90 stupňovú abdukciu neudrží v nej končatinu, aj minimálna sila vyvinutá vyšetrujúcim spôsobí pokles končatiny do východzej pozície.



Test spontánnej intrarotácie. Pacient pri ňom stojí s vyzlečenou hornou polovicou tela, uvoľnený. Vyzveme ho aby držal končatinu uvoľnene. Pri ruptúre manžety rotátorov (predovšetkým homej a zadnej časti) dochádza k spontánnej vnútornej rotácii v



pleci. Okrem uvedeného testovania je v knihe Jörg Jerosch und William H.M. Castro Orthopädisch-traumatologische Gelenk - diagnostik, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1995, ISBN 3-432-26721-5 prakticky kompletná prezentácia vyšetrovacích manévrov v oblasti periférnych kĺbov. Navyše sú prezentované normálne a patologické nálezy pomocou RTG, sonografie, CT, MNR a veľmi pekné nálezy s farebnými ukázkami získané pri artroskopickom vyšetrení, ako príklad možno uviesť nálezy pri artroskopii v oblasti lakťa, kde sa zobrazuje cudzie teleso, na druhom obraze synovitída. -a-

Firma Pharmavit Slovakia s.r.o.

si Vás dovoľuje informovať, že s účinnosťou od 1.7.1996 je s plnou úhradou katalógu liekov Vzájomnej životnej poisťovne, a.s. zaradený novoregistrovaný prípravok:

Diclofenac Duo Pharmavit 75 mg cps.

Lekári a lekárne budú bližšie informovaní písomne a prostredníctvom oblastných reprezentantov firmy.

ŠKOLIACE AKCIE IVZ

pre lekárov

TK - Laseroterapia

Určenie: Pre lekárov pracujúcich na FRO

Predpoklady: Práca na FRO

Termin: 16.11.1996 Bratislava a 3.5.1997 Bratislava

Špec. kurz vo FBLR

Určenie: Pre lekárov vo FBLR

Predpoklady: KA I.

Termin: 5.11. - 20.12.1996, 20.1. - 14.2.1997

Bratislava a Trenčianske Teplice

TK MANUÁLNEJ TERAPIE I. G

Určenie: Pre lekárov vo FBLR

Termin 14.4. - 22.4.1997 Bratislava

TK HIPOTERAPIA I. C

Určenie: Pre lekárov a RP na FRO a hippológov

Termin: 2.6. - 6.6.1997 Hronovce

ŠM V PRÁCI PRI LÔŽKU

Určenie: Pre lekárov FRO

Predpoklady: KA I.

Termin: podľa dohody - Bratislava

ŠM V PRÁCI V AMBULANCIÍ

Určenie: Pre lekárov FRO

Termin: podľa dohody - Bratislava

ŠM V BALNEOLÓGII

Určenie: Pre lekárov v kúpeľoch

Predpoklady: Pre lekárov I. stupňa

Termin: 7.10. - 18.10.1996, alebo

24.2. - 7.3.1997 reňčianske Teplice

ŠM V KOMPLEXNEJ KÚPELNEJ STAROSTLIVOSTI

Určenie: Lekárom v kúpeľoch

Predpoklady: KA FBLR

Termin: 21.10. - 1.11.1996, alebo

10.3. - 21.3.1997 Trenčianske Teplice

ŠM O NOVÝCH POZNATKoch

Určenie: Pre lekárov vo FBLR

Predpoklady: KA z odboru FBLR

Termin: 4.11. - 15.11.1996 alebo

24.3. - 4.4.1997 Trenčianske Teplice

pre fyzioterapeutov

PŠŠ LTV

Určenie: Pre RP

Predpoklady: SZŠ - odbor RP, 3 roky praxe

Termin: 14.10. - 25.10.1996, 17.3. - 27.3.1997 Bratislava

PŠŠ LTV

Termin: 16.9. - 27.9.1996, tretie sústreďenie, Bratislava

PŠŠ LTV V PEDIATRIÍ

Určenie: Pre RP zaradených v r. 1995

Termin: 16.9. - 27.9.1996, 3.2. - 14.2.1997 Bratislava

TK REFLEXNÁ MASÁŽ

Určenie: Pre RP

Predpoklady: ÚSO

Termin: 9.6. - 20.6.1996 Bratislava

TK V REHABILITAČNOM OŠETROVATELSTVE

Určenie: Pre zdravotné sestry FRO a sociálnych ústavov

Predpoklady: ÚSO

Termin: 14.4. - 18.4.1997 Košice Šaca

ŠM V ORTOPEDICKEJ A REHABILITAČNEJ LIEČBE M. PERTHES

Určenie: Pre RP

Predpoklady: ÚSO

Termin: 16.9. - 17.9.1996 Martin

ŠM V REHABILITÁCIÍ PO TEP BK A KK

Určenie: Pre RP

Predpoklady: ÚSO

Termin: 10.2. - 12.2.1997 Martin

ŠM V REFLEXNEJ MASÁŽI

Určenie: Pre RP

Predpoklady: ÚSO

Termin: 21.10. - 25.10.1996 a 7.4. - 11.1997 T. Teplice

ŠM V LTV V KÚPEĽOCH

Určenie: Pre RP v kúpeľoch

Predpoklady: ÚSO

Termin: 2.12. - 6.12.1996 a 26.5. - 30.5.1997 Trenčianske Teplice

TK V MOBILIZAČNÝCH TECHNIKÁCH

Určenie: Pre RP

Predpoklady: ÚSO - 3 roky praxe

Termin: 3.2. - 7.2.1997 a 3.3. - 7.3.1997 Košice

ŠM VO FACILITÁČNÝCH TECHNIKÁCH

Určenie: Pre RP

Predpoklady: ÚSO

Termin: 18.11. - 22.11.1996 a 14.4. - 18.4.1997 Bratislava

ŠM V HYDROKINEZIOTERAPIÍ

Určenie: Pre RP

Predpoklady: ÚSO

Termin: 7.1. - 10.1.1997 Bratislava

ŠM V DETSKEJ REHABILITÁCIÍ

Určenie: Pre RP

Predpoklady: ÚSO

Termin: 11.11. - 15.11.1996, 2.12. - 6.12.1996 a 7.4. - 11.4.1997 Bratislava

ŠM V HYDROKINEZIOTERAPIÍ

Určenie: Pre RP v kúpeľoch

Predpoklady: ÚSO

Termin: 18.11. - 22.11.1996 a 5.5. - 9.5.1997 Trenčianske Teplice

TK NOVINKY V LIEČ. REHABILITÁCIÍ

Určenie: Pre vedúce RP

Predpoklady: ÚSO

Termin: 28.4. - 30.4.1997 Bratislava

ŠM V DOPLNKOVÝCH METODIKÁCH

Určenie: Pre RP

Predpoklady: ÚSO

Termin: 4.11. - 8.11.1996 Bratislava

ŠM CVIČENIE PODĽA BRUNKOWEJ

Určenie: Pre RP

Predpoklady: ÚSO

Termin: 11.11. - 15.11.1996 a 27.1. - 31.1.1997 Bratislava

ŠM V ELEKTRODIAGNOSTIKE A ELEKTROSTIMULÁCIÍ

Určenie: Pre RP

Predpoklady: ÚSO

Termin: 25.11. - 29.11.1996 a 17.3. - 21.3.1997 Bratislava

REHABILITÁCIA, časopis pre otázky liečebnej, pracovnej, psychosociálnej a výchovnej rehabilitácie. Vydáva vydavateľstvo **LIEČREH** za odbornej garancie Katedry FBLR Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve, Bratislava. Zodpovedný redaktor: Anton Gúth. Kontaktná adresa redakcie a distribúcie: LIEČREH, Červehova 34, 811 03 Bratislava, fax 07/376 287, tel. 07/372 323. Distribúciu pre ČR zabezpečuje **BODY COMFORT spol. s r.o.**, Velvárska 1, 252 62 Horoměřice, tel. a fax 02/398 634. Sadzba: TONO. Tlač: GOYA, Bratislava. Vychádza 4-krát ročne. Cena jedného výtlačku 20,- Sk (20,- Kč) v roku 1996. Objednávky na predplatné (aj do zahraničia) a inzertnú plochu prijíma redakcia na kontaktnej adrese. Pri platiach poštovou poukázkou akceptujeme len prevody smerované zo Slovenska alebo Čiech na náš účet č. 10006 1024020/4900 v Istrobanke Bratislava. Tento časopis je indexovaný v **Excerpta Medica** a od tohto čísla pokusne šírený sieťou **Internetu**. Nevyžiadané rukopisy nevraciamy. Za obsah a kvalitu reklám a článkov zodpovedá autor. Podávanie "Tlačovín" povolené Riaditeľstvom pôšt Bratislava č.j. 4/96 zo dňa 30.8.1996. Indexové číslo: 49 561. Reg. č. MK: 10/9. ISBN 0375-0922.