

*Ústav pre ďalšie vzdelávanie
stredných zdravotníckych pracovníkov
v Bratislave, Radlinského 9*

ROČ. III,

1965

ČÍSLO 3-4

VYDÁVA: Ústav pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave, Kadlinského 9

REDAKČNÁ RADA: Miroslav Palát (zodpovedný redaktor), Gustáv Bárdoš, Karol Kobsa, Alojz Kocinger, Vladimír Lánik, Anne Škarbová, Božena Šrútková

ADRESA REDAKCIE: Subkatedra rehabilitačných pracovníkov, ÚDVSZP, Bratislava, Bezručova 5

Kozmn. OB 5 Bratislava, Petržalka

Týmto dvojčísлом ukončujeme ďalší ročník účelovej publikácie "Rehabilitácia". Pred nami defilujú roky od vlastných začiatkov až po dnešnú dobu a môžeme sa s radosťou pozerať na bilanciu, ktorú sme dosiahli. Od rozpačitého začiatku až po dnešnú formu našej účelovej publikácie - to znamená určitý úspech v našej práci. Svedčí o tom nielen 1000 výtlačkov každého čísla, ale aj ďalšie desiatky záujemcov, ktorí "Rehabilitáciu" nedostávajú z toho dôvodu, že ďalšie výtlačky nemáme a ani nemôžeme mať.

Stojíme na konci tretieho ročníka a pripravujeme sa na ročník štvrtý. Skúsenosti, ktoré máme s vydávaním publikácie "Rehabilitácia", sú dôkazom, že naša práca slúži svojmu účelu - informuje široké masy rehabilitačných pracovníkov o živote a dianí na úseku rehabilitácie. Skúsenosti nám však ukazujú nové aspekty, s ktorými musíme v budúcnosti počítať. Celý život dnes prináša nové prvky a stal by sa príťažou, keby sme ich zanedbali. Tak je tomu i vo vývoji celej rehabilitácie v našej krajine. Ak chceme pokračovať dobre v našej práci, ak chceme udržať krok s vývojom rehabilitácie a zvyšovať úroveň našich informácií, musíme nutne brať zreteľ na všetky nové aspekty, ktoré prináša život a vývoj. V nedávnej minulosti sme prežívali realitu I. celoštátneho sjazdu rehabilitačných pracovníkov. Denne sa stretávame s veľkým záujmom o otázky rehabilitácie nielen na špičkových klinických pracoviskách, ale i na širokej bázi terénu. Odborné lekárske sekcie a spoločnosti u nás i v zahraničí venujú veľkú pozornosť všetkým otázkam rehabilitácie. Naše i svetové popredné pracoviská organizujú výskum v najrôznejších oblastiach rehabilitácie.

Všetky tieto aspekty sú určujúce pre nás i pre našu malú prácu na tom úseku, kde sme informovaní našou rehabilitačnou verejnou. V novom ročníku, ktorý pripravujeme, sa odzrkadlia tieto hľadiská buď hneď, alebo v krátkej dobe, pretože ako už bolo povedané, sú určujúce.

Toto sme Vám chceli oznámiť s cieľom vykonať dobrú prácu, pretože tá posluží nám všetkým a jej prostredníctvom všetkým tým, ktorým patrí naša rehabilitačná pozornosť - našim pacientom.

MUDr. Miroslav Palát
vedúci redaktor "Rehabilitácie"

Rehabilitácia v psychiatrii

Imrich Török
(Psychiatrická klinika LFUK v Bratislave)

Snáď v žiadnej medicínskej disciplíne nemáme, počínajúc od najstarších čias staroveku, také presné údaje o rehabilitačnej činnosti, ako je to pri liečbe duševných chorôb. Dozvedáme sa z dejín medicíny, že už starí Egyptania sa veľmi intenzívne zaoberali liečbou depresívnych chorých, obveselovali ich tancom, vozili ich v ozdobených člnoch so sprievodom hudby a spevu po Níle, usporiadali im divadelné predstavenia a prednášali im rozprávky a anekdoty. Podobne sa zaoberali s duševne chorými za účelom ich liečby aj lekári v starom Grécku, taktiež aj rímska medicína poznala a propagovala rehabilitačné praktiká pri liečbe duševných chorôb. Rímsky lekár Celsus doporučuje zaoberať sa všestranne s psychiatrickým pacientom, vyzdvihuje blahodarné účinky práce a príjemného rozptyľovania, alebo poučného cestovania a čítania, najmä pre depresívnych chorých.

V stredoveku sa zaoberala už len arabská medicína s rehabilitačnou liečbou duševných chorôb a máme o tom zprávy, že na území Španielska, najmä v Cordobe a v Salagosse, vtedy Arabmi obsadenom území, sa vykonávala intenzívna liečba prácou duševných chorých. V ostatnej európskej medicíne bolo dlhé obdobie v stredoveku, kde sa odtrhla veda od pozorovania prírody a stala sa špekulatívnym a čiste teoretickým predmetom. Toto obdobie bolo aj pre liečbu duševných chorôb najtemnejším obdobím v medicíne. Psychiatrický pacient sa považoval za posadlého zlým duchom, ktorá si za svoje spáchané hriechy zasluhuje telesné tresty. Nekludní chorí sa prikovávali

vo väzniciach a boli bití a týraní pre ich domnelé hriechy. Pokiaľ boli chorí kľudní, potulovali sa po krajine, živilí sa žobrotou a slúžili ako tichí blázni na posmech verejnosti.

Zásady humanizmu a prírodovedeckého prístupu k liečbe duševne chorých, ktoré boli zanechané starovekou medicínou, oživila zase až francúzska revolúcia. V Paríži sa ujal lekár Filip Pinel duševne chorých, oslobodil ich od okovov a presťahoval ich z väzníc do nemocnice, kde ich začal liečiť, pričom pozoroval a starostlivo popísal ich chorobné prejavy. Po mnohostoročnej prestávke zavádzal opäť rehabilitačné praktiká v liečbe psychiatrických ochorení. Zamestnával svojich pacientov pravidelnou, užitočnou prácou, dbal na sporiadanosť ich životosprávy, organizoval ich rekreačnú činnosť a mal s chorými pravidelné psychoterapeutické pohovory. Filip Pinel, pokrokový lekár francúzskej revolúcie, stal sa zakladateľom klinickej a vedeckej psychiatrie. Jeho priekopnícka práca našla aj v našej vlasti svojho nadšeného následovníka v osobe Karla Schroffa, ktorý sa stal roku 1820 riaditeľom vtedajšieho Zemského ústavu pre duševne chorých v Prahe. Tak Schroff sám, ako aj jeho nástupcovia Rilke a J.G.Riedel, ktorý viedol ústav až do r.1851, zorganizovali tak dokonalú psychiatrickú rehabilitáciu, že ich práca môže byť ešte aj po vyše storočnom časovom odstupe vzorom pre modernú psychiatriu. Nemocní sa zamestnávali v dielniach, k tomu účelu zvlášť stavaných, alebo v záhradníctve ústavu, 4 hodiny denne sa zúčastnili pravidelného vyučovania v bežných školských predmetoch, usporiadali sa jazykové kurzy, 3 x týždenne boli hodiny telocviku. Postavila sa kolkáreň pre pacientov, podnikali sa výlety do okolia Prahy, usporiadali sa tanečné večierky. Ústav mal vyše 1.000 zväzkov vo svojej knižnici a mimo beletrie aj bohatú odbornú literatúru z najrôznejších odborov, ako napríklad zbierku slovníkov a učebných pomôcok pre výuku cudzích jazykov. Intenzívne sa pestovala hudba a ústav mal zvláštny orchester, ktorého dirigentom bol jeden pražský ranhojič.

(Dobrá povest', najmä ale pokrokové liečebné metódy zemského ústavu, sa stali čoskoro známymi aj za hranicami vtedajšej Rakúsko-uhorskej monarchie a prilákali z celej Európy prominentných návštevníkov a lekárov, medzi ktorými boli Dubois - Raymond, z Paríža Charcot, Griesinger z Nemecka a reformátori anglickej a holandskej psychiatrie Tuke a van Leuwen. Medzi návštevníkmi sú aj Crédé a J.R.Purkyně, neskoršie aj Wagner Jauregg, nositeľ Nobelovej ceny za objavenie liečby progresívnej paralýzy.)

Po roku 1850, kedy bol Riedel odvolaný z Prahy do Viedne, upadla rehabilitačná liečba ústavu už za krátku dobu a psychiatrickí pacienti sa stali opäť nečinnými. Až v dvadsiatich rokoch nášho storočia objavil zase nemecký psychiater Hermann Simon veľké klady liečby zamestnávaním u duševne chorých. Na území ČSR zavádzal po skoro storočnom odstupe prof.K.Matulay liečbu zamestnávaním rôzneho druhu, teda rehabilitačnú liečbu psychiatrických chorôb. Roku 1937 organizoval túto liečebnú činnosť najprv na neuropsychiatrickej klinike v Bratislave, potom v psychiatrickej liečebni v Pezínku a od roku 1942 vo Veľkých Levároch. Po druhej svetovej vojne sa stávali tieto pracoviská prvými metódiakými centrami psychiatrickej rehabilitačnej liečby, odkiaľ sa táto rozšírila postupne po celom území ČSR.

Po mnohoročnom úsilí organizátorov psychiatrickej liečebnej starostlivosti sa docielilo, že sa dnes už vykonáva rehabilitačná liečba viac menej intenzívne na každom psychiatrickom pracovisku. V niektorých psychiatrických ústavoch sa dala docieľiť dobre organizovaná celodenná režimová liečba, pri ktorej je chorý od rána do večera vystavený vopred pripraveným zdravým impulzom a situáciám, pričom sa množstvo liečebných vplyvov prenáša na chorého prostredníctvom takto organizovanej celodennej činnosti. Tu rozlišujeme 4 hlavné skupiny liečebného ovplyvnenia chorého, a to prácou, kultúrno-výchovnou a rekreačnou činnosťou. Pritom vykonávame rôzne športové činnosti alebo spoločenské hry, poriadame výlety, divá-

delné vystúpenia, hudobné alebo tanečné večierky atď. Popri veľkom výbere a veľkej rozmanitosti týchto činností ostáva cieľ a účel liečby stále ten istý, t. j. rôznymi prístupmi naprávať a zdravým smerom ovplyvňovať duševnou chorobou narušené myslenie, citové alebo vôľové prejavy pacienta, a takto rôznymi cestami docieľiť, aby chorý jednak aktívne potláčal svoje vlastné chorobné prejavy a rušivé chorobné príznaky svojich spolupacientov, jednak aby bol metódicky vedený a k tomu usmernený, aktivovať svoje zdravé funkcie. Z toho je vidieť, že aj psychiatickej rehabilitácii ide o pravý nácvik zdravých funkcií a prejavov duševnej činnosti, obdobne, ako je to vo všetkých iných disciplínach somatickej medicíny, kde rehabilitujeme úrazom alebo chorobou poškodené telesné funkcie. Jediný rozdiel medzi rehabilitáciou telesných a duševných chorôb je v tom, že v psychiatickej rehabilitácii je technika navodzovania a potom aj upevnenia zdravých psychických funkcií značne obtiažnejšia, nakoľko to môžeme docieľiť iba nepriamo, prostredníctvom vopred dokonale organizovanej a mnohostrannej činnosti, ktorou prenášame množstvo zdravých impulzov na duševne chorého.

Osobitnosti metodiky v psychiatickej rehabilitácii

Ondrej K o n d á š a Imrich T ö r ö k
(Psychiatrická liečebňa Veľké Leváre a Psychiatrická
klinika LFUK v Bratislave)

Citujeme z knihy "Psychológia v rehabilitačnej starostlivosti", ktorá vyšla koncom roku 1965 vo Vydavateľstve Obzor - Martin, od horeuvedených autorov.

Hoci všeobecné zásady metodiky rehabilitácie zostávajú v platnosti aj v psychiatickej praxi, vyžadujú si tu osobitné a modifikované postupy k vzhladom na zložitosť terapeutickkej úlohy, ktorá je daná špecifičnosťou samého duševného ochorenia. Pri duševných chorobách, najmä pri psychózach je už sám prístup k chorému značne sťažený. Poruchy myslenia a afektivity a neraz aj poruchy vedomia skresľujú u chorého vnímanie vonkajšieho sveta. Jeho vôľa, konanie a citové reakcie sú ovládané silnými vnútornými zážitkami, ktoré pramienajú priamo z chorobného procesu. Dá sa hovoriť, že psychotik vlastne žije v odlišnom svete halucinácií, bludov a chorobných emócií, pričom rehabilitácii tu pripadá významná úloha: viazať obsah jeho psychického života na skutočnosť a zdravými podnetmi pomocou vopred organizovanej usporiadanej činnosti pomáhať mu pri znovuzískavaní primeraného postoja k vonkajšej skutočnosti. Z tohto zorného uhla prenášame do prostredia ústavu také činnosti, podnety a námety z bežného života, ktoré vyhovujú tomuto psychologickému a liečebnému zameraniu. Každá činnosť, ktorú chorý aktívne vykonáva, alebo čo aj len pasívne sleduje a každý podnet, ktorému je z terapeutických zámerov vystavený, mobilizuje jeho zdravé psychické funkcie a aktivizuje jeho primerané reakcie, čo je konkrétnym cieľom psychiatickej rehabilitácie.

Úlohou metodiky rehabilitácie v psychiatrii je určiť - podľa indikácie lekára - vhodný výber všetkých rehabilitačných prostriedkov a vplyvov a tak ich usporiadať v rámci liečebného režimu aby sa dosiahol čo najlepší liečebný účinok. Obdobne ako pri rehabilitácii v odboroch somatickej medicíny, opierame sa najmä o zvyškové, chorobou ušetrené funkcie a obraciame sa na zdravé zložky osobnosti, ktoré umožňujú primeraný psychologický prístup k chorému. Okrem reaktivácie tých funkcií, ktoré pochádzajú ešte zo zdravého obdobia pacienta, navodzujeme počas liečby veľké množstvo nových, zdravých stereotypov a vytvárame pomocou spomenutých neurofyziologických mechanizmov aferentácie nové spoje a to v zámernom antagonizme a konkurencii s patologickými prejavmi choroby. Pritom je pre nás vodídlom aktuálny stav chorého, jednak prevládajúce symptómy choroby. Rehabilitačné prostriedky volíme podľa zásady **S i m o n a** tak, aby boli schopné "brániť" všetkým, úchylným a asociálnym reakciám chorého odvrátením všetkých škodlivých impulzov a aby súčasne umožnili čím viac usporiadaných reakcií v centrálnej nervovej sústave chorého". Preto jednotlivé prostriedky rehabilitácie indikujeme tak, aby boli schopné protichodne vplývať na chorobné mechanizmy, teda aby nielen znemožňovali ich výskyt, ale aj nahradzovali ich zdravými prejavmi. Ako príklad uvádzame poruchy správania, ktoré sú terapeuticky najprístupnejšie práve cez motorické mechanizmy a ktoré sa dajú navodzovať vo veľkom výbere a v bohatých variantoch pri práci, telocviku a športe. V priebehu týchto aktivít môžeme rušiť a obmedziť nielen výskyt porúch správania, ale aj takých psychopatologických porúch, ako sú halucinatórne stavy, a to pomocou koncentrácie pozornosti chorého na predmet jeho činnosti a aspoň počas jeho zaujatia vynútiť príliehavé pochody myslenia a primerané psychické reakcie.

Pri rehabilitácii v psychiatrii potrebujeme aj denný režim usporiadať tak, aby bol vyvážený v jednotlivých zložkách a aby bol globálne zameraný na nápravné ovplyvnenie základných psychických

funkcií. Súbežne poskytovanú medikamentóznú alebo biologickú liečbu treba s rehabilitáciou skoordinať tak, aby dochádzalo k správnej sumácii všetkých liečebných vplyvov. K. Matulay zdôrazňuje v tomto zmysle význam celodenného liečenia, pričom chorý má byť "pod stálym vplyvom nemocničného prostredia". Matulay vyzdvihuje aj potrebu silných a bohatých podnetov s nápravným účinkom (návrik zdravých funkcií v protiklade s chorobou), čo je špecifickým liečebným činiteľom v psychiatickej rehabilitácii.

Metodika vedenia psychiatickej rehabilitácie vyžaduje dôkladné znalosti psychopatológie a správny odhad reakcií chorého na situácie a podnety, ktoré preňho pripravujeme. Predpokladá aj schopnosť vedieť správne voľiť striedať a stupňovať terapeutické vplyvy v priebehu rehabilitácie.

Základným prostriedkom psychiatickej rehabilitácie je zamestnanie chorého v najširšom slova zmysle. Podľa Matulaya je liečebným zamestnávaním "každá činnosť, telesná či duševná, istým spôsobom predpísaná, ktorá má ten osobitný cieľ, aby viedla ku zrýchleniu vyliečenia choroby alebo úrazu". Z rehabilitačných prostriedkov sa tu uplatňujú tri hlavné úseky:

- a) pracovné činnosti,
- b) rekreačné zaujatie,
- c) edukatívne ovplyvňovanie.

Pracovná činnosť

predstavuje jeden z najcennejších rehabilitačných prostriedkov už tým, že pôsobí cez motorickú oblasť, ktorá je pomerne dobre prístupná aj pri duševných chorobách. Chorého (psychotika) sa snažíme spočiatku získať len na jednoduché pracovné operácie s jednoduchým pracovným materiálom zvyčajne na stereotypnú mechanickú činnosť. Pritom z hľadiska indikácie diferencujeme prácu chorého jednak podľa náročnosti technického vykonávania, jednak podľa celkového usporiadania pracovnej situácie. Ináč totiž pôsobí individuálna a

ináč skupinová práca. Skupinová práca je schopná svojím usporiadaním normovať medzilidské vzťahy a naprávať poruchy sociálneho správania. Uplatňuje sa pritom aj spoločná, kolektívna skúsenosť na význam ktorej upozorňujú R. a C. Škodovci. Jednotlivca zapájame v kolektíve na jedného alebo viacerých spolupracovníkov a vytvárame mu striedavo kooperačné pracovné situácie, ktoré môžu vynútiť vysokú mieru adekvátnych reakcií intelektovej a vôľovej zložky psychiky, čo znamená veľký pokrok na ceste k uzdraveniu. Zložitejšie formy kvalifikovaných prác, ktoré aplikujeme v zlepšených stavoch psychóz a u neurotikov, aktivizujú dokonca i také vlastnosti osobnosti ako je invencia, iniciatívnosť, tvorivé, konštrukčné schopnosti, estetické záľuby a intelektuálne sklony. Takýto typ produktívnej činnosti je jeden z najcennejších prostriedkov pracovnej terapie tak pri upravovaní správania, ako aj procesov myslenia s pôsobením aj na emotívnu sféru. K. Dobíšek zastáva zásadu, že práca má byť pre chorého radosťou, že sa má z nej tešiť a preto podľa možnosti v rámci rehabilitácie vyhovujeme záľubám pacienta pre určitú prácu. Ak sa v práci prejavujú nejaké výkyvy, treba podľa Dobíška pátrať po ich príčine (napríklad nevhodné pracovisko, nezáujímavá práca, nevhodne volení spolupracovníci atď).

Rekreačná činnosť

má odlišné účinky ako práca. Podľa M a t u l a y a slúži na odvedenie pozornosti a mysle pacientov od myšlienok invalidity a choroby, pričom súčasne dáva pacientovi možnosť prejavíť sa (v športe, v speve, divadelných výstupoch a pod.). V rekreačnej činnosti sa usilujeme vyprovokovať predovšetkým príliehavé ozveny afektivity. V praxi neraz vidíme, že pod vplyvom náhleho príjemného afektu, radostného prekvapenia sa prelomí hlboko zakorenený autizmus alebo depresívny útlm, ako sa to stáva pri športovom záporení, na výlete alebo pri hudbe a tanci. Pri takýchto činnostiach sa aj ťažko chorý správa aspoň prechodne ako zdravý, prejavuje zdravým spôsobom svojej city, čo je už určitým príspevkom v procese uzdravovania. Takéto momenty znamenajú v rehabilitácii neraz začiatok

veľkého obratu k zlepšeniu, najmä ak ich terapeut dokáže správne využiť. R. a C. Škodovci vyzdvihujú v tejto súvislosti aj terapeutický účinok humoru a žartu. Popri motorickej oblasti aj afektívna oblasť je u mnohých duševne chorých vstupnou bránou terapeutických vplyvov, pričom kladné afekty tvoria prvé zdravé jadro v ďalšom postupe rehabilitácie celej osobnosti.

Edukatívna činnosť

ako tretí prostriedok rehabilitačného komplexu slúži prevažne tomu, aby sme výchovným pôsobením ovplyvnili intelektuálne, etické a estetické sklony chorého, aby sme ďalej usmernili aj jeho zdravé myslenie a naučili ho novým osožným názorom, prípadne vedomostiam, potrebným pre jeho readaptáciu v spoločnosti zdravých. Výchovnú činnosť robíme vždy zároveň s psychoterapeutickým zámerom, ktorý uskutočňujeme buď individuálne, alebo častejšie v menších, prehľadných a starostlivo zostavených skupinách. Podľa známych zásad skupinovej psychoterapie usporiadame skupinu s ohľadom na možnosti využitia vzájomného liečebného vplyvu medzi jednotlivými členmi skupiny. Aj záujmové krúžky (divadelný, spevácky, literárno-recitačný, technický atď) môžu svojou konkrétnou náplňou činnosti slúžiť za formálny a pritom prirodzený rámec pre psychoterapeutické ovplyvnenie, ktoré koná priamo psychiater alebo psychológ. Má to tú výhodu, že pacient sa môže prejaviť nenúteno a prípadne ľahšie uvoľniť svoje afektívne napätie v kruhu rovnako zainteresovaných ľudí.

V rámci edikatívnych činností konáme pre pacientov prednášky a kurzy na rozličné témy, pričom dbáme, aby v diskusii uplatnili svoj individuálny postoj a aby bol tento postoj príliehavý. Ďalej propagujeme čítanie kníh a v krúžku rozoberáme ich obsah (biblioterapia). Avšak práve u duševne chorých musíme veľmi dbať na správnu indikáciu čítaných kníh. Výskum O. Kondáša totiž ukázal, že tak ako môže na jednej strane pôsobiť pozitívne na duševný stav a myšlienkovú náplň chorých, môže na druhej strane nevhodný obsah po-

vzbudzovať chorobné myšlienky a viesť k bludným interpretáciám z čítanej knihy. Pri používaní muzikoterapie opisuje J.Molčan jej utišujúci účinok u vzrušených pacientov a zvýšenie záujmu u ustátných chorých. K.Dobíšek poukazuje na kladné účinky umeleckej činnosti (arteterapie) najmä na dekoncentrovaných chorých (s poruchami koncentrácie pozornosti), u ktorých sa dosiahlo, že sa vytrvale a usilovne venovali svojej umeleckej záľube.

V súhre všetkých troch hlavných zložiek psychiatrickej rehabilitácie vzniknú - i keď prirodzene, so striedavým dôrazom na jednotlivé duševné poruchy - komplexné účinky v smere potlačania patologických mechanizmov choroby a v smere integrácie zdravej osobnosti. Aktívna liečba (medikamentózna a biologická) vedie podľa mienky J.Grossa a A.Janíka k výraznej zmene vo frekvencii výskytu jednotlivých duševných porúch a celého klinického obrazu, ak je spojená s rehabilitáciou. Významne kladný vplyv psychiatrickej rehabilitácie na zložky správania, aktivity a sociability - teda už priamych prejavov osobnosti psychotika - sa dokázal pomocou psychologických metód sledovania účinkov rehabilitácie (O.Kondáš).

Hodnota rehabilitácie v psychiatrii je teda veľmi veľká už preto, že pomáha pri náprave osobnosti a najhodnotnejších prejavov ľudskej individuality, že prispieva a napomáha integráciu narušenej osobnosti a na túto stránku sa sústreďujeme pri dodržiavaní metodických zásad jej vedenia.

Úvod do praxe rehabilitácie afázií

Karol M a t u l a y
(Neurologické oddelenie MÚNZ v Bratislave)

Neustálym predlžovaním ľudského veku sa počet cievnych mozgových ochorení stále zvyšuje. Taktiež stúpajúca rýchlosť motoristov vedie k väčšiemu počtu úrazov a tým aj k poraneniám hlavy. Obidve okolnosti sú často spojené s výskytom afázie. Ako pri nádoroch mozgu, najmä v pooperačnej dobe, tak aj u týchto chorých treba prevádzať rehabilitáciu a to na interných, neurologických a neurochirurgických oddeleniach individuálne alebo skupinovo. Po prepustení z nemocničnej liečby môžu byť dlhodobe rehabilitovaní v poliklinickej ambulantej časti.

Organizácia a technické potreby

Pri rehabilitácii afázií má byť terapeutickým jadrom rehabilitačné oddelenie, ktoré je na poliklinike s nemocnicou. Sústreďovanie týchto chorých je výhodné nielen pre využitie pomôcok, ale aj pre vytvorenie vhodných skupín pre liečbu a mimo toho aj pre možnosť lepšej špecializácie práce. Pri ambulantej rehabilitácii ide totiž o dlhodobú prácu s afatikmi, kedy prípadné investície na pomôcky (magnetofón, gramofón atď.) možno s úspechom využiť. Každé rehabilitačné oddelenie môže si vytvoriť kútik pre rehabilitáciu afázií, ktoré má obsahovať:

1. Jednoduchý obdialnikovú stôl asi pre šesť osôb. Pri práci sedia okolo stola: rehabilitačný lekár, rehabilitačný pracovník, pacient a sprievodca (manželka, príbuzný), aby videl techniku

liečby. Pri individuálnej rehabilitácii je účasť sprievodcu viac menej pasívna, pri skupinovej je aktívnejšia.

2. Čierna tabuľa na stojane, dobre fixovaná, lebo väčšinou ide o hemiplegikov, ktorí sa ťažšie pohybujú a môžu ľahšie zavadiť o stojan.
3. Biela a farebná krieda.
4. Biely papier alebo zošit s čistým aj linkovaným papierom.
5. Šlabikár z 1. triedy národnej školy. Táto pomôcka je veľmi výhodná najmä pre začiatok, kedy sa pacient učí buď čítať jednotlivé písmeny, alebo slabiky, čo je pre túto prácu cenné. Slová, slabiky i písmená sú vhodne doplnené farebnými kresbami, ktoré priamo navodzujú (facilitujú) potrebné asociácie. Šlabikár je vhodný aj preto, lebo sú tam hrubšie tlačené typy písmen.
6. Čierne ceruzky (č.1 a 2) a farebné (červená a modrá)
7. Jednotlivé písmená, tlačené aj písané, rozličnými silnými typmi vytlačené. Ak sú písmená na mäkkšom papieri vytlačené a treba ich podlepiť, aby ich pacienti mohli lepšie brať do prstov.
8. Obrázky nakreslené na rysovacom papieri veľkosti asi 15 x 10 cm a to kontúrované alebo hrubo nakreslené rozličné predmety, kde je aj názov dotyčného predmetu. Môžu byť aj z obrázkových časopisov vystrihnuté a nalepené na tvrdší papier.
9. Na pásku papiera napísané slová v radách: dni v týždni, názvy mesiacov a čísla od 1 - 20.
10. Rôzne farebné papieriky.
11. Na rysovacom hárku, zreteľnými písmenami napísaný text najznámejšej ľudovej piesne.
12. Fotografie alebo kresby úst na vyslovovanie hlások á, é, ó, p, b, m.

13. Zrkadlo dobre prístupné, kde si môžu pacienti kontrolovať polohu perí a lícných svalov pri cvičení hlások.
14. Kreslenky s rozličnými predtlačenými kresbami a farebnými predlohami, ktoré pacienti vykresľujú ako domáce úlohy.
15. Škatuľa s rozmanitými predmetmi, ktoré sa dopĺňujú a slúžia k vyšetrovaniu aj liečeniu: kľúče, nôž, geometrické figúry, zvonec, hladký a drsný predmet, pripínací špendlík, rozličné klince, handrička, kov, drevo. Do tejto škatule sa môžu vložiť aj ostatné predmety (uvedené pod bodom 1.-10,12,14), čo má tú výhodu, že sú vždy pohromade, nepohadzujú sa a najmä nehládajú, keď sú potrebné, preto tiež má byť dostatočne priestorná.
16. Gramofón a gramoplatne s nahrávkami spevu aj hudby piesní, ktoré máme napísané.
17. Magnetofón na vyšetrovanie-zaznamenávanie jednotlivých štádií choroby alebo aj na liečenie: reprodukovanie jednotlivých slov, slabík, hudby, piesní.
18. Rozmanité texty: na dopĺňovanie slov, slabík, viet, nedokončené vety, krátke a vtipné básne, resp. čítanie krátkych a zaujímavých príhod.

V y š e t r e n i e

Pred zahájením rehabilitácie sa presvedčíme, či pacient dostatočne vidí a počuje. Rehabilitačná pracovníčka síce má od lekára vyznačené základné charakteristiky choroby, ale je dôležité, aby sa aj sama presvedčila o stave pacienta, čo má význam pre hodnotenie postupu liečby. Afázia sa totiž zo dňa na deň mení, najmä v začiatkových týždňoch liečby. Rehabilitačná pracovníčka zisťuje bežnými konverzačnými otázkami:

- a) do akej miery zachováva pacient spontánnu reč
- b) či rozumie tomu, o čom s ním hovorí

- c) či vie správne pomenovať ukázané (skutočné alebo nakreslené) predmety
- d) či je schopný produkovať slová v radách: dni v týždni a pod.
- e) či správne číta
- f) či vie písať - zvykne sa pritom vyšetrovať p r a x i a, t.j. schopnosť vykonávať bežné pohyby: podať predmet, zapáliť zápalku, odpovedať na pozdrav bez toho že by išlo o obrnu (neschopnosť: apraxia).

Takto zistené nedostatky rečových funkcií, prípadne zostávajúce schopnosti nás potom orientujú, akým smerom sa má rehabilitácia uberať. Reedukácia rečových funkcií sa deje cestou najviac zachovalej funkcie. Zistíme pritom, že pacient nás dobre rozumie, ale sám je neschopný vyjadriť rečou svoje myšlienky, zle vyslovuje slová, užíva nevhodné slová, prehadzuje slabiky - motorická - expresívna afázia; alebo je neschopný prijímať myšlienky hovorenou rečou - senzorická - receptívna afázia. Ak sú vo veľkej miere porušené tieto funkcie, hovoríme o globálnej - totálnej (celkovej) afázii. Neschopnosť spomenúť si na výrazy a mená sa volá amnestická afázia. Všetky sú často zmiešané a iba jedna funkcia zreteľnejšie zostáva, podľa toho afázia dostane svoje meno. Neschopnosť alebo znížená schopnosť presne písať je agrafia, neschopnosť čítať alexia, neschopnosť písať čísllice a narábať v jednoduchých úlohách číslami acalculia. Neschopnosť spievať, alebo hrať na hudobnom nástroji, potažne správne vnímať spev alebo hudbu amusia. Dysarthriou menujeme poruchy výslovnosti, kedy je predovšetkým poškodený periférny hovoriaci svalový aparát, ale tohoto druhu poruchy sa hojne vyskytujú aj pri rozličných mozgových centrálnych poškodeniach ako časť afatického syndrómu

R e h a b i l i t á c i a

Cvičenie stratenej reči začíname na tom poli, kde môže pacient prijať najviac popudov. Všetky funkcie reči sa vždy musia cvičiť, lebo aj každá dielčia schopnosť je vždy aj poškodená: správna výslovnosť, opakovanie počutých slov, pomenovanie predmetov, slová v radoch, písanie, čítanie a spev.

Rehabilitácia rečových porúch je v tom náročná voči iným druhom rehabilitácie, že pre afatikov musí sa robiť p r í p r a - v a plánovaných cvičení. Je to potrebné preto, aby sa vždy n o v á l á t k a cvičila a robíme preto rámcový plán pre jednotlivca, alebo skupinu pacientov asi na 10-14 dní. Je to pre lekára aj re-rehabilitačného pracovníka časovo náročné liečenie.

S k u p i n o v á l i e č b a

Voči iným skúsenostiam, ako sme sa presvedčili, akékoľvek zoskupenie afatikov za cieľom vykonávania rehabilitácie afázie je užitočné. Skupina však nemá presahovať 3-5 členov, pacienti nemajú byť dementní. Trvanie 60-90 minút. Pacienti sedia okolo stola tak, že na jednom konci je lekár, na druhom je rehabilitačná pracovníčka. Všeobecné rozvíjanie funkcií reči je základným postupom. Zdôrazňujem, že skupinová liečba je doplnkom liečby individuálnej.

1. Privítanie chorých.
2. Každý pacient (sprievodca) podá krátku zprávu o subjektívnych pocitoch ev. ťažkostiach. V odbornej literatúre sa uvádza, že kým sa pacient nevie ako-tak dohovoriť, nie je užitočné ho včleniť do takejto skupiny. Ukázalo sa však behom doby, pomocou spolupacientov treba celú dobu udržať kontakt aj s týmto chorým a že on nakoniec má z toho osoch, lebo aferentácia pokračuje pri jeho prítomnosti v skupine a určité psychologické ťažkosti treba preklenúť práve udrzovaním spojenia s takýmto chorým, napr.

s totálnou afáziou, prípadne amnestickou afáziou. Iba všeobecná radosť zo skupinového sedenia s týmito chorými je zrejmá. Rozhodne však nepatrí do skupiny chorý s výraznou demenciou.

3. Zpráva pacientov o vykonaných domácich písomných a kresliarskych úlohách.
4. Vypočujeme sprievodcu, ktorý informuje ako sa úloha vypracovávala, aké boli ťažkosti, zisťujeme príčiny.
5. Vysvetlenie domácej úlohy
6. Spoločenská hra raz dokola, aby sa každý účastník mohol prejavit' (napr. detská hra, kde sa na otázky postaví fugúrka a magnetka ukáže odpoveď). Otázky a odpovede sú skupinové vedné odbory (zemepis, prírodopis, hvezdárstvo a pod.), ktoré každý týždeň meníme a všeobecne tešia týchto chorých.
7. Podľa intelektu skupiny a jej členov, dostanú ešte dodatočné úlohy domov, pozrieť v lexikone určité dáta, ktoré sa pri hre vyskytli a neboli dostatočne vyriešené, alebo pre všetkých uspokojivo vysvetlené: zemepisné údaje a pod.
8. Spoločný spev známej piesne, text ktorej všetci poznajú, ak nie, napíše sa predom na čiernu tabuľu aspoň prvá sloha.
9. Spievajú len "slabí" speváci a lepší (klinickí) im v tom pomáhajú: vyslovujú prvú hlásku alebo slabiku, iní pomáhajú intonáciou.
10. Rozlúčka so skupinou, zdôraznia sa ešte raz dané úlohy.

Výhody skupinovej liečby: socializácia pacienta z jeho utiahnutosti do ktorej ho uvrhla choroba, v spoločnosti jednako postihnutých sa cíti lepšie, vlastné nedostatky vidí na druhých lepšie, tým je poučený, učí sa pozorovaním druhých (k čomu je vedený), jeho sebavedomie sa zvyšuje prítomnosťou väčšieho počtu poslucháčstva pri výkonoch, svoje pocity zdieľuje rovnako nalaďenej skupine. Pri skupinovej terapii je budenie príjemných pocitov mohutnejšie

jednak spoločným spevom, prehrávaním piesní z platní a magnetofonového pásu. Tiež hodnotenie spoločného i vlastného spevu im robí radosť.

Nevýhody skupinovej terapie afatikov sú, že utiahnutejší pacienti (už takí pred chorobou, čo je ešte chorobou znásobené) sa ťažko odhodlávajú k prirodzenému prejavu: predniesť básň, zaspievať a pod., ďalej agresívnejšími členmi skupiny nie sú pripustení a stanú sa ešte pasívnejšími. Napokon tiež sú možné veľmi rozdielne poruchy jednotlivých členov, toto posledné by však nemalo byť prekážkou.

P a t o f y z i o l ó g i a

Zásady učenia stratenej reči sú tie isté, ako keď sa dieťa učí hovoriť. Rozdiel je v tom, že pri dieťati sa vytvárajú nové spoje, kým u chorého ktorý stratil reč, treba posilovať staré reflexy a hľadať im cestu k uplatneniu. Proces učenia je dobre možný vtedy, keď sú prirodzené situácie, kedy sa užívajú spoločenské zvraty, čo je jasne zrozumiteľné pre chorého a ďalej také obsahy sa hľadajú, ktoré majú pre pacienta význam, teda sa ho citovo dotýkajú. Podmieňovanie si tým ľahšie kľesni cestu. Táto práca ide lepšie u mladých, ďalej u tých chorých kde nie je podstatné postihnutie hmoty mozgu.

S ú h r n

Ak nejde i špecializované strediská, rehabilitáciu porúch reči - afázie - na neurologických interných a chirurgických oddeleniach - nevykonáva iba rehabilitačná inštruktorka, ale všetci zúčastnení na liečení. Je dôležité, aby bolo ovplyvňovanie celodenné. Toto netreba zdôrazňovať rehabilitačným pracovníkom, ale je potrebné, aby cez liečiacich lekárov zorganizovali, aby aj sestra ktorá je pri posteli chorého, aby mu denne venovala pozornosť hoci niekoľko minút. To isté možno organizovať zo spolupacientov. Začiatok rehabilitácie na posteli je vtedy keď je pacient pri jasnom vedomí,

netrpí iným ťažkým telesným ochorením, ako horúčkou, zložitým chirurgickým stavom a pod. Po zahájení liečenia ambulantného zainteresujeme aj členov domácnosti do rehabilitácie afázie. Rehabilitácia afázie je samostatná činnosť, vedľa ktorej beží aj ďalšia potrebná rehabilitácia, napr. hemiplégie. Taktiež je pacient v ďalšej neurologickej, internej a chirurgickej liečbe - podľa svojho stavu. Trvanie celej liečby je vždy viacmesačné. Individuálna a skupinová liečba sa doplňujú. Je dobré keď sa na to niektoré pracoviská špecializujú, ale vykonávanie je možné na každom rehabilitačnom oddelení k čomu boli uvedené technické aj organizačné rámcové potreby a diagnostické členenie afázií, pričom sa zdôrazňuje, že ide o celostné poškodenie pri ktorom jedna dielčia schopnosť je viac poškodená, než ostatné.

L i t e r a t ú r a

1. Agranowitz, A., McKeown, M. R.: Aphasia Handbook for Adults and Children. Springfield Ill. USA, Ch. C. Thomas, 1964.
 2. Kolektiv autorov: Voprosy kliniki i patofiziologii afazij. Moskva, Medgiz, 1961.
 3. Leischner, A.: Die Störungen der Schriftsprache. Stuttgart, G. Thieme 1957.
 4. Leischner, A.: Aufgaben der ärztlichen Sprachheilbehandlung. D. öffentliche Gesundheitsdienst 24, 95, 1962.
 5. Matulay, K.: Otázky liečenia cievnych príhod mozgu a rehabilitácia afatikov (demonštrácia z magnetof. pásu). Prednáška na Neurologickej sekcii Purkyňovej spoločnosti, Bojnice 25. XI. 1960.
 6. Pelikán, V.: Afázie a funkční patologie mozku. Sbor ved. prací LFUK Hradec Králové (Supplementum), 1961.
-

Rehabilitácia afázií

A. L e i s c h n e r
(Klinische Abteilung für Sprachgestörte
in Langenfeld)

Oddelenie pre zdrav. starostlivosť Krajského sväzu v Rheinlande (vedúci: Dr. H. W. Müller), Klinické oddelenie pre poruchy reči v Langenfelde (vedúci: Prof. Dr. A. Leischner).

Afázie sú poruchy reči, kde môže dochádzať k poškodeniu všetkých dielčích funkcií reči. Dielčie funkcie sú: spontánna reč, tvorba viet, odpovedanie, nachádzanie slov, rečové porozumenie, písanie a čítanie. Môžeme tiež hovoriť, že afázia je neschopnosť vyjadriť myšlienky v syntakticky správnej forme, reč druhého správne porozumieť a vedieť ju použiť ako dorozumievací prostriedok. K tomu náleží schopnosť čítať a písať.

Tieto poruchy sú viazané na poškodenie určitej časti mozgu, inervačnej oblasti strednej mozgovej artérie dominantnej hemisféry. Zatiaľ, čo u pravákov je ľavá hemisféra nadradená, to znamená, že dominuje, u ľavákov je tomu opak. Prevaha ľavostrannej časti mozgu nie je však vo vzťahu k reči, opakom prevahy pravostrannej časti mozgu. Skúsenosti ukazujú, že u ľavákov nie sú poruchy reči, ktoré vznikajú poškodením oblasti zásobovanej z pravej strednej časti mozgovej artérie také ťažké a dlhotrvajúce ako afázie spôsobené u pravákov, poruchami ľavej strednej mozgovej artérie.

Poruchy reči u dospelých vznikajú najviac u troch rôznych skupín chorôb mozgu (trombózy, embólie, krvácanie atď.), u tumorov mozgu a poraneniach mozgu.

U detí sú podmienené afázie najčastejšie poraneniami mozgu, na druhom mieste nádormi mozgu a na treťom mieste zápalovými procesmi mozgu. V detskom veku existujú však poruchy reči, ktoré sú vrodené. Môžu postihnúť vývoj celej reči, môžu sa však obmedziť len na vývoj spisovnej reči. Tento nedostatok nazývame vrodená slabosť písania a čítania (legasthénia, kongenitálna slovná slepota). V detskom veku sú pomery pri vzniku porúch reči omnoho zložitejšie ako u dospelých. U dospelého môžeme totiž predpokladať, že reč pred ochorením bola dokonale vyvinutá a že (prínavnejšom v našich štátoch) chorý ovládal čítanie a písanie. Detská reč sa vyvíja do 14. roku života a dosahuje každým rokom života dieťaťa iný stupeň vývoja. Okrem toho v prvom desaťročí života vyvíja sa u detí prevaha jednej hemisféry mozgu. Objavenie afázie u dospelých vždy poukazuje na ochorenie mozgu, u detí sa môže objaviť porucha reči aj bez poškodenia mozgu, čisto vrodene ako oneskorenie vývoja reči.

U detí rozoznávame tri etapy:

1. obdobie, kedy sa dieťa naučilo hovoriť i písať - poškodenie rečovej oblasti mozgovým ochorením v tejto dobe vedie k afáziám, agrafiám a alexiám.
2. obdobie, kedy sa síce dieťa naučilo hovoriť, avšak dosiaľ nevie písať a čítať.
3. obdobie, kedy sa dieťa nenaučilo hovoriť, čítať ani písať. Súčasné poškodenie mozgu v tejto dobe vedie len k prekážkam vo vývoji reči s ťažkosťami čítania a písania.

Najdôležitejšie druhy afázií u dospelých sú: celková afázia, zmiešaná afázia, motorická a senzorická afázia a amnestická afázia.

U dieťaťa nie je účelné rozlišovať tieto obdobia, dôležitejšie v detskom veku je rozlíšenie medzi prekážkami vývoja reči (tiež poškodenie mozgu vrodené).

Predpokladom pre indikáciu liečenia porúch reči a pre liečenie reči samotnej je všeobecné lekárske vyšetrenie neurologické a mozgovo-pathologické vyšetrenie. Pathologické vyšetrenie mozgu spočíva vo vyšetrení všetkých funkcií (spontánna reč, tvorba viet, odpovedanie, nachádzanie slov, porozumenie reči, písanie a čítanie), ale tiež vo vyšetrení tzv. parieto-occipitálnej výkonnosti. K tomu prislúcha počítanie, kreslenie, konštrukčné schopnosti, autotoponózie (poznanie vlastných častí tela), rozlišovanie medzi pravou a ľavou stranou, praxie a opticko-gnostická spolu s priestorovo-gnostickou výkonnosťou a rozlišovanie farieb. Musí byť tiež vykonané všeobecné psychiatrické vyšetrenie (orientácia, pamäť, pozornosť, schopnosť úsudku a vyhľadávanie pojmov).

Kontraindikácie u porúch reči sú pokročilé cievne procesy pri ochoreniach mozgových a cievnych, ktoré vedú k demencii a k dekompenzácií kardiovaskulárneho ústrojenstva. Pri mozgových benígnych tumoroch môžu byť liečené afázie až po vykonaní operácie. Poranenia mozgu môžu byť liečené po predchádzajúcom neurochirurgickom zákroku. Detské poruchy reči a oneskorenie vývoja reči, liečime vždy potom, ak včasné poškodenie mozgu vedie k súčasnej slabomyselnosti. Dôležité je však, aby si chorý sám želel liečenie, pretože bez aktívnej spolupráce chorého, je každá liečba neúčelná.

Pre liečenie chorých platia tieto obecné zásady:

1. Liečenie sa musí budovať na prítomných zbytkoch reči. Pre rehabilitačného pracovníka je preto veľmi dôležitá znalosť patologického vyšetrenia mozgu.
2. Rehabilitačný pracovník musí stanoviť do akej miery afatik pred svojím ochorením ovládal svoju reč a akým jazykom najlepšie hovoril. Vo všeobecnosti sa vykonáva liečba v materianskom jazyku, alebo v takej reči, ktorú pacient pred ochorením najbežnejšie používal. Cieľom liečenia je dosiahnuť rečovú úroveň ktorá bola pred ochorením.

3. Liečenie spočíva z medikamentóznej liečby základného ochorenia a iných organických vedľajších následkov (hemiparéza, záchvaty krčfov a pod.) a z liečenia porúch reči. Liečenie porúch reči u detí sa delí:

- a) na individuálnu terapiu,
- b) na skupinovú terapiu,
- c) pracovnú terapiu,
- d) rečové hry,
- e) rytmické cvičenia a
- f) spoločenské podujatia.

- a) Individuálna liečba je zameraná vzhľadom k predchádzajúcemu zamestnaniu a záujmovým sféram. Dĺžka cvičebnej jednotky má trvať 1/2 - 3/4 hod. Najdôležitejšou súčasťou porúch reči sú cvičenia v nácviku slovných výrazov, nácviku stavby vety, cvičenia vnútornej reči, to znamená stavba a rozdelenie slov, cvičenia správneho chápania reči, cvičenia v písaní a čítaní, doplnujúce testy a cvičenia v zaraďovaní jednotlivých častí viet a v niektorých prípadoch cvičenie artikulácie. Podstatné je, že pacient dostáva len také cvičenia, ktoré ho zaujímali pred jeho ochorením. Každý deň musí dostať nový materiál, aby sústavne bol zachovaný jeho záujem. Po každej cvičebnej jednotke musí mať pocit, že sa niečo nového naučil.
- b) Skupinová terapia sa robí tým spôsobom, že traja pacienti, ktorých vzdelanie a povolanie sú približne rovnaké, predstavujú v jednej miestnosti spoločenský celok. Nácvik sa robí spoločne, spoločne si vypracovávajú domáce úlohy, pričom si vzájomne pomáhajú a tým predstavujú malé terapeutické spoločenstvo. Dôležité pritom je, že chorí môžu byť uvádzaní ako terapeutická pomoc pre ťažké prípady porúch reči.
- c) Pracovná liečba má za účel precvičiť všetky prítomné mimomoš-
né funkcie (počítanie, kreslenie, maľovanie, konštruovanie, modelovanie atď.)

- d) Rečové hry sú tie, ktoré chorý považuje za spoločenské hry, ktoré však v skutočnosti predstavujú skryté cvičenie vo vy-
nachádzaní vhodných výrazov.
- e) Rytmické cvičenia majú ten účel, aby sa chorý naučil začia-
tok priebehu určitého pohybu, jeho náhle prerušenie, ustále-
nie určitého rytmu a zaradenie sa do výkonu. Tieto cvičenia
sú zvlášť dôležité u motorických afázií.
- f) Spoločenské podujatia. V kruhu chorých uskutočňujeme malé
spoločenské formy vystupovania (podávanie kávy z príležitos-
ti narodenín alebo odchodu a pod.) Ich účelom je, že chorým,
ktorí následkom straty reči sa cítia vyradení zo spoločnosti
zvykajú si opäť na formy spoločenského jednanja a predovšet-
kým sa učia hovoriť s ostatnými.

Tieto uvedené zásady vychádzajú z vlastných skúseností,
získaných na oddelení pre poruchy reči v Langenfelde u Kolína, kde
zatiaľ sme rehabilitovali 81 afatikov.

Úspech liečenia bol stanovený pred prepustením a záverečným
hodnotením. Používali sme nasledovné kritériá:

1. lingvistické liečenie,
2. praktické vyliečenie,
3. zreteľné zlepšenie,
4. ľahké zlepšenie,
5. nepatrné zlepšenie,
6. žiadne zlepšenie.

Tieto kritériá boli v ČSSR prijaté Stránskou a Pelikánom.
Chorí sú liečení v priemere 2 - 3 mesiace. U veľkej väčšiny cho-
rých bolo zistené zreteľné alebo najmenej ľahké zlepšenie. U všet-
kých chorých u ktorých zlepšenie nepresahuje stupeň 3, vykonáva sa
podľa možnosti opakovanie liečby. Liečenie afázií u dospelých od-
lišuje sa veľmi zreteľne od logopedickej terapie liečenia porúch

reči, takže i pre rehabilitačného pracovníka, ktorý vykonáva tieto formy, nestačí vzdelanie logopéda. Toto liečenie môže byť vykonávané len po neurologicko-psychiatrickom vyšetrení, je to samozrejme požiadavka, lebo u všetkých afázií ide o poškodenie mozgu.

Preložili: Palát, Bartovicová

L i t e r a t ú r a

Bejn, E.S.: Die Aphasie und die Wege zu ihrer Überwindung. Medizin, Leningrader Abteilung 1964.

Leischner, A.: Zur Symptomatologie und Therapie der Aphasien. Nervenarzt 31, 1960, 60-67.

Grundsätzliches zur Behandlung der Aphasien. Sprachheilarbeit 8, 1963, 2-13.

Über die Rehabilitation von Sprachgestörten (Vortrag 1. Fortbildungstagung der Psychologen d. Landschaftsverbandes Rheinland 21.-22.10.1964 im Rhein.Landeskrankenhaus Söchtern).

Erfahrungen bei der Rehabilitation von 70 Aphasikern verschiedener Genese (Vortrag 8. Internationaler Kongress für Neurologie, Wien 1965).

Stránská, T.-Pelikán, V.: Rehabilitace afázie. Českoslov. psych. 57, 1961, 383-388.

Vargha, M.-Gereb, G.: Aphasie-Therapie (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Psychiatrie und Neurologie, Heft 18, Jena, G. Fischer 1959).

Wepmann, J.M.: Recovery from aphasia New York 1951 Ronald Press Co.

Léčebná tělesná výchova u dny

(Zkušenosti se šedesáti nemocnými)

Vladimír Křížek a Pavel Štěpánek
(Výzkumný ústav pro fyziatrii, balneologii
a klimatologii, Mariánské Lázně)

Objev urikosurických činidel a jejich zavedení do léčby arthritida urica znamenal revoluci v terapii dny. Namnoze vedl dokonce k podcenění ostatních léčebných opatření, jako léčebné výživy, fyzioterapie, balneoterapie i léčebné tělesné výchovy.

Nedomníváme se, že by byl tento odklon od komplexní léčby správný. Zkušenosti s urikosurickými léky nejsou zatím dosti rozsáhlé a hlavně ne dosti dlouhodobé, třebaže se jich užívá již přes deset let. Stále není vyloučeno, že mnoho nemocných je nebude moci užívat bez nebezpečí řadu let nebo desetiletí natrvalo. Máme také zatím jen přibližné představy o reakci pacienta, kterému bychom museli po medikaci trvajícím řadu let, podávání léku přerušit. Měli bychom se proto i nadále snažit, upravit životosprávu nemocného tak, aby vystačil s minimálními dávkami urikosurických léků.

Ostatní způsoby léčby by se neměly podle našeho mínění podceňovat také z toho důvodu, že mohou mít v jistém směru v budoucnu větší význam nežli dosud. Platí to například o léčebné tělesné výchově. Vlivem urikosurických léků se totiž stav některých dna-vých nemocných zlepšil natolik, že to umožňuje učít pohybové léčby v rozsahu bez nich nemyslitelném. Dobré zkušenosti s léčebnou tělesnou výchovou u dny a jejím cílovědomým propracováním vedly k tomuto sdělení. Opírá se o několikaletou praxi a poznatky níže-

ny na 60 nemocných, 56 mužích a 4 ženách. Byly léčeny (vesměs na lůžkovém oddělení Výzkumného ústavu pro fyziatrii, balneologii a klimatologii v Mariánských Lázních, vždy po dobu 4-5 týdnů. Dvacetpět z nich bylo léčeno opakovaně a to 2 až 10 x, takže bylo možno posuzovat jejich stav dynamicky, ve větším časovém rozmezí a přitom u avořbový choroby a jejich komplikací, k pracovní neschopnosti a možnostem pracovního zarazení. Do souboru jsme pojali jen ty nemocné, u kterých šlo o klinicky jasnou primární dnu a typický (mizivý) průběh, s výjimkou starších, s abírajícími na terapii kolchicinem a s hyperurikémií.

Přítomnost tofů jsme prokázali jen u 25 % a familiární výskyt jen vzácně. Průměrný věk našich nemocných byl 51,7 roku (od 24. do 72). Dnavé potíže se u nás (v době prvního pobytu u nás) objevily (1 až 54 roky). První záchvat dnavý, nebo spíše první dnavý záchvat spadl průměrně do věku 36,9 let.

Podle starších zkušeností postižené dnavé osoby, asthenické, málo tělesně aktivní, sedavého způsobu života, fyzicky málo náročných zaměstnání. Z toho logicky vyplynul již Svedenhamův závěr, rozvíjený později dalšími autory, že pohyb a tělesná námaha, fyzická práce a cvičení ovlivní příznivě průběh arthritida urica a mají být nemocným doporučovány.

Klinické zkušenosti habřzeji však li argumenty, které se v poslední době tělesně aktivní, tělesně náročné, fyzicky náročné vyvolává často dnavý záchvat. Podle Lavieho (13) stejně často jako dnavý záchvat dnavý záchvat se nepřiřuzuje "obhranný" nebo "hojivý" význam. Nýbrž nappak je považován za dnavý nežádoucí efekt pro léčbu choroby nepřiznivý. Zároveň bylo doporučováno, že na fyzické námaze stoupá urikemie, klesá clearance kyseliny močové a vzniká je hyperurikemie (13, 14, 20). Na jedné straně nacházíme tedy argumenty v hájivici pro cvičení a dnk, na druhé straně zkušenosti, které před tělesnou námahou dnavých varují. Většina velkých revmatologických monografií nezaujímá k této otázce stanovisko (1, 2, 3, 9, 15, 16)

Rovněž v učebnicích léčebné tělesné výchovy necházíme většinou jen neurčité, mlhavé a ničím nedoložené zmínky o cvičení u arthritida urica. (5,10,12).

Ve zprávách o dnevních záchvatech vyvolaných námahou, at již jsme se s nimi setkali v literatuře nebo v anamnesách neřich vlastních nemocných, nás zaujalo, že šlo téměř vždy o nezvyklou, celkem v navyklém způsobu života mimořádnou námahu (dovolená v přírodě, turistika, aktivní sportování po mnohaleté přestávce, práce spojená se stěhováním a podobně).

Položili jsme si proto otázku, nakolik soustavné a průměrné cvičení v postupně zvyšovaných dávkách povede k adaptaci metabolismu kyseliny močové na námahu a bude chránit nemocného před záchvatem, jestliže se někdy v jeho životě nečekaně vyskytne větší námaha.

Výsledky příslušných pokusů jsme publikovali ve zvláštní práci, (7), zde stručně shrnujeme: u 10 pokusných osob, přijatých do našeho ústavu, jsme prováděli denně poměrně intenzivní hodinové gymnastické cvičení. Náročnost cvičení jsme postupně zvyšovali, jak to stav "trenovanosti" dovoľoval. Na začátku a na konci pobytu jsme zatížili celou skupinu standartním, identickým cvičením a sledovali jsme reakci na zátěž.

ověřili jsme si, že po prvém, úvodním cvičení došlo ke statisticky významnému vzestupu urikemie proti výchozí klidové hodnotě. Za prvou hodinu byl průměrný vzestup o 0,80 mg% ($p < 0.005$).

Reakce na identické cvičení po čtyřtýdenním tréninku byla sice kvalitativně stejná, lišila se však významně svou kvantitativní stránkou. Zvýšení urikemie proti klidové hodnotě bylo od počátku podstatně menší, v odstavu 2 a 24 hodin ztratilo dokonce vůbec statistickou významnost.

Když jsme porovnali změny urikemie po identické zátěži před a po čtyřtýdenním tréninku, zjistili jsme, že po tréninku bylo zvýšení statisticky významně menší ($p < 0,05$ až 0.02).

Na základě pokusu proto soudíme, že při soustavném cvičení můžeme očekávat adaptaci na tělesnou námahu a to i ve sféře metabolismu kyseliny močové. Očekáváme, také, že adaptace bude chránit dnavé pacienty před záchvaty, vyvolanými mimořádnou tělesnou námahou.

Na druhé straně musíme počítat s tím, že delší imobilisace spojená s poklesem tělesné výkonnosti povede k tomu, že i poměrně malá námaha může vyvolat dnavý záchvat.

S imobilisací kratší nebo delší, se setkáváme u nemocných s arthritida urica například v souvislosti s dnavými záchvaty. Tyto záchvaty jsou ve většině případů monoartikulární, ale u části pacientů se vyskytnou současně i na více kloubech. Pokud postihnou klouby dolních končetin, bývá nutný klid na lůžku a intenzivní medikamentosní léčba. Ani zde však nemusí být většinou klid absolutní. Nemocný může i na lůžku vykonávat dechová cvičení, jednoduché cviky nepostiženými končetinami, později opatrné pohyby končetinou postiženou, při čemž se případně vynechá kloub ve kterém je záchvat. Sledujeme tím jednak udržení dobré tělesné kondice, jednak prevenci různých komplikací z imobilisace. U dnavých by to měla být příslověčná dnavá phlebitida, kterou však trpěl jenom jeden z 56 mužů naší sestavy, zatím co ze 4 žen měly phlebitidu 3.

Při racionální medikaci lze obvykle pobyt na lůžku zkrátit na několik málo dní. Nemocný vstává co nejdříve a postupně se vrací ke svému programu a to i v léčebné tělovýchově, kterou ovšem provádíme zpočátku tím opatrněji, čím větší byl záchvat a čím déle trval. Pokračujeme někdy s podáváním kolchicinu v množství 1 až 2 mg denně. Průběžně si všímáme kloubů, které bývají u toho kterého nemocného častěji postiženy záchvatem: Pověstné metatarso-phalangeální klouby palců zdaleka nejsou jedinými místy dnavých záchvatů, u mnoha nemocných nejsou ani místem nejčastěji postiženým. Zatím co kondiční tělocvik se provádí zpravidla ve skupince, pro cvičování kloubů provádíme spíše individuálně, individuálně je dávkuje a zaměřujeme na klouby, které nejvíce a nejčastěji trpí.

Pohyby a pohyby aktivními se šetrnou dopomocí se snažíme udržet normální rozsah pohyblivosti i předcházet nebo léčit svalové atrofie. Ty vznikají jednak reflexně na podkladě algických stavů, jednak jako atrofie z nečinnosti.

Nejednou se setkáváme s nemocnými, kteří šetří klouby i po odeznění jeho bolestivosti. Pokud je to kloub dolní končetiny, mohou nastat zbytečné defekty v chůzi, jako je šetření jedné dolní končetiny, rychlejší přenášení váhy těla přes jednu dolní končetinu, nestejná délka kroků, vytáčení nohy zpravidla špičkou zevně (šetření metatarso-falangeálního kloubu palce), chůze se semiflektovaným kolenem a podobně. Je velmi vděčným úkolem upozornit nemocného na tyto defekty, přesvědčit ho, že může provádět v kloubu beztržně pohyby a pomoci mu obnovit správné pohybové schéma. Jen zcela výjimečně je dnavý pacient dlouhodobě nebo trvale odkázán na chůzi o holi. V tom případě je musíme naučit tuto použít. Hůl patří do ruky na opačné straně, nežli je postižená dolní končetina. Na příklad při těžkých změnách na pravé noze drží nemocný hůl v levé ruce.

Léčebná tělovýchova může prokázat nemocnému cenné služby i svým zeměřením na komplikace základního onemocnění, nebo na stavy nemoc provázející.

Patří mezi ně například otylost. Již v úvodu jsme řekli, že většina lidí s dnou je otlých. Platilo to i pro naši sestavu. V průměru měli naši nemocní váhu o 22,8 % vyšší než by odpovídalo ideální váze, stanovené podle známého Brocova vzorce. Jen 4 nemocní měli váhu nižší, nežli odpovídalo Brocově formuli.

Nadváhu větší než 10% mělo 57 %, větší než 30%, tedy značnou otylost - 30%. Obesita má, jak známo, v mnoha směrech nepříznivý vliv na zdravotní stav i na průměrnou délku života a snažíme se jí proto vždy léčit. U dnavých posuzujeme otylosti navíc ještě další nepříznivé vlivy:

1. Nosné klouby, postižené degenerativními změnami z přetížení (arthrosa) trpí u dnavých ještě navíc ukládáním kyseliny močové,

2. Otylí mají ještě větší sklon k různým "podvrtnutím", křivým šlápnutím, nejisté chůzi a podobně. U obesních jsme to pozorovali ve 23%, u žen v 57%. Trpí-li otlý současně dnou, mohou být tato mikrotraumata častým východiskem dnaveho záchvatu.

3. Obésní trpí ve zvýšené míře zborcením podélné a příčné klenby chodidla, nároky kladené na drobné klouby nohou se zvyšují. Možná, že to je právě příčinou, že drobné klouby nohou jsou tak často postiženy dnavým záchvatem.

4. Zatížení plicní ventilace v důsledku otylosti (vysoký stav bránice, soudkovitý hrudník, rigidní hrudník atd.) vedou ve vrcholné formě až k rozvinutí Pickwickovského syndromu (Polyglobulie, cyanosa, přetížení pravého srdce, dušnost, somnolence). Polyglobulie pak podporuje vzestup hladiny kyseliny močové v krvi.

5. Již sami otlí bez dny mají zvýšené hodnoty urikemie v krvi a tato závislost je prakticky lineární: čímž větší nadváha, tím vyšší urikemie. Stav je do značné míry reversibilní a domníváme se proto, že i redukcí váhy u nemocných se dnou ovlivníme metabolismus močové kyseliny alespoň částečně ve smyslu normalisace.

Velmi si ceníme tělesné výchovy při terapii otylosti a stavíme ji hned vedle dietního stravování. Od cvičení očekáváme:

- a) zvýšení energetického výdeje, které usnadňuje redukci,
- b) zásah do některých metabolických pochodů - svalová činnost inhibicí pentosového cyklu tlumí syntésu mastných kyselin, vyvolává sekreci adrenalinu, který je důležitým lipomobilisačním činitelem (18)
- c) svalová činnost přispívá k udržení pozitivní dusíkové bilance při redukční dietě, která by jinak, aspoň dočasně, vedla ke katabolismu tělesných bílkovin. (17).

d) ovlivnění některých komplikací otylosti jako je respirační nedostatečnost, poruchy ve sféře cardiovasculární obstrukce, relativní insuficience staticko-pohybového aparátu, ochablosti břišního svalstva, které je u otylých s nadváhou větší než 20% výrazně oslabeno. v 37,4% (19)

Z hlediska léčebné tělesné výchovy je důležitá i otázka urolithiasy a dalších nefrologických případně urologických komplikací.

U našich nemocných byla dna komplikována urolithiasou ve 48,5 %, sníženou koncentrační schopnost pod 1,028 jsme zaznamenali v 85 %, výsledek koncentračního pokusu blížký isostenurii jsme měli v 10 %. V clearenci endogenního kreatininu, kterou jsme provedli u všech 60 osob, byly snížené hodnoty (pod 100 ml/min.) v 64 %, průměrná clearance pod 50 % ml/min. byla ve 38 %. Rozlišení mezi pyelonephritidou a dnovou nephropatií je bez biopsie mnohdy obtížné, pro léčebnou tělovýchovu však nepodstatné. Výraznou pyurií (leukocyty v Addisově sedimentu nad 15 milionů za 24 hodiny) mělo 38,4%, masivní pyurie byly v 10 %.

Urátové konkrémenty jsou ve srovnání s kameny jiného složení poměrně dobře schopné spontánního odchodu.

V naší sestavě se podrobili jen 4 (z 29 postižených) operací pro kámen. Jeden musel být operován dvakrát, z pěti provedených operací byly 2 nefrektomie. Počet konkrémentů, které odesly spontánně přirozenými cestami bývá někdy značný. Tak např. náš pacient L., starý 45 let, vymočil zatím 40 konkrémentů, 55 let starý pacient K. vyloučil dosud 60 kemíků z kyseliny močové, nepočítaje v to drobná zrnka močové kyseliny, mající spíše charakter písku.

Nasazení urikosurických činidel znamená zvýšenou urikosurii, většinou vzestup koncentrace močové kyseliny v moči a tím i zvýšenou možnost precipitace a tvorby konkrémentů. Péče o diuresu je zde závažná a pití alkalických vod ku zvýšení rozpustnosti urátů plně na místě.

Vzhledem k povaze urátových konkrémentů, je jistě správné, abychom usilovali o jejich odchod a to dříve, než nabudou příliš velkých rozměrů. V našem ústavě se zbyvali otázkou léčebné tělovýchovy u urolithiasy Mates (11) a Žaloudek.(21) Propracovali metodu cvičení u lithiatiků, ve které hraje úlohu rytmické střídání nitrobršního tlaku a souhyby ledvin s bránicí při prohloubeném dýchání. Pro vypuzovací kůry malých konkrémentů, zaklíněných většinou v ureteru doporučují kombinace vodního nárazu a cvičení, ve kterém převládají různé druhy poskoků a přeskoků s natřásáním těla, klus s vysokým zvedáním kolen, cvičení se švihadly, rychlá chůze po nerovném terenu, různé hry a některé druhy tanců. Žaloudek (19) prokázal clearance endogenního kreatininu, clearancí kyseliny para-amino-hippurové a řadou dalších sledovaných ukazatelů, že při navržených cvičeních se nesnižují závažně a dlouhodobě renální funkce. Toto zjištění považujeme za důležité vzhledem k častému snížení ledvinových funkcí u dnavých nemocných.

Vedle stavů, které jsou povzbuzením pro aplikaci prvků léčebné tělovýchovy, setkáme se u dnavých ovšem i s komplikacemi, které jsou důvodem k opatrnosti, omezení, případně i vynechání tělocviku. Kromě těžkých forem renální nedostatečnosti, o která jsme se zmínili výše, byly to v naší sestavě zejména stavy po infarktu myocardu (11,7%) a koronární insuficienci (5,0%, zatím co stavy po prodělaných trombo-phlebitidách pro dlouhý odstup od akutního onemocnění neomezovaly provádění léčebné tělovýchovy. Poměrně často jsme se setkávali s hypertencí. Vzhledem k postižení ledvin musíme předpokládat, že nešlo o hypertensní chorobu, nýbrž o hypertensi při dnavé nephropatii nebo chronické pyelonephritidě. Kolísavou hypertensi s tendencí ke spontánní normalisaci mělo 21,6%, trvalá hypertense byla u 25,0%, v čemž jsou zahrnuty i těžké formy, odpovídající maligní formě hypertensní choroby. (6,7%).

Za optimální denní pohybový program pro osoby trpící dnou považujeme:

1. Půl až jedna hodina gymnastiky, zapojující, pokud možno všechny svalové skupiny, obsahující též cvičení pro zesílení břišního svalstva, dechovou gymnastiku, cvičení proti ploché noze. Cvičení se podle možnosti provádí v ostřejším tempu, až do mírného potu, při čemž neváháme překročit podle potřeby hranici svalové únavy.

2. Individuálně ordinované cvičení, při kterém se preventivně procvičují častěji postižené klouby. Tam, kde došlo k určitému omezení rozsahu pohybu v kloubu, lze cvičit nejen aktivně, ale s pasivní pomocí, kterou si provádí sám nemocný.

3. Podle možnosti doplňujeme cvičení každodenní procházkou na čerstvém vzduchu v trvání alespoň jedné hodiny. Ve vhodném lázeňském prostředí předpisujeme terenní kúry delší.

Cvičení radíme provádět v prostředí dostatečně temperovaném, po případě v dostatečně teplém obleku. Prochlazení je podle Lavičky vyvolávajícím momentem asi u 18 % dnavých záchvatů. Po cvičení má následovat omytí nebo osprchování s převléknutím do suchého oděvu. Pro nebezpečí urolithiasy vedeme nemocné k tomu, aby zvýšeným pitím nahradili ztráty tekutiny, ke kterým došlo pocením při cvičení.

Program, která jsme výše nestínili, považujeme za maximalistický, ke kterému se pacient s arthritida urica má postupně dopracovat. Za nejvhodnější považujeme, navodit nemocného na léčebnou tělesnou výchovu v některém režimovaném lázeňském sanatoriu. Jeho relativně komfortní vybavení znamená značnou výhodu proti nemocniční hospitalisaci. Na druhé straně personální i laboratorní vybavení umožňuje provést všechna nutná vyšetření, z nichž, kromě celkového interního vyšetření - považujeme u dnavých za nezbytné: vyšetření kardiologické, nephrologické (analýza moče, Addisův sediment, koncentrační pokus, clearance endogenního kreatininu, kontrola urikemie a případně clearance močové kyseliny, pravidelné sledování krevního tlaku a tělesné váhy). Po vyšetření lze

začít s postupným zatěžováním tělesnou výchovou. U různých nemocných dojdeme nesporně rychle k výše uvedenému pohybovému optimu, u části podle výsledků průběžných kontrol a tolerance cvičení zůstaneme u zátěže podstatně nižší.

V naší sestavě jsme se spokojili i uvala s menší zátěží v 31%. Příčinou byl vyšší věk (přes 60 let), nemoci kardiovaskulární, snížená funkce ledvinová, močové kamény s častými ledvinovými kolikami a podobně.

Koncepce lázeňské péče v Československu neomezuje léčbu v lázních na aplikaci přírodních léčivých zdrojů, nýbrž zdůrazňuje komplexnost terapie, která vedle přírodních zdrojů využívá i léčby medikamentosní, fysiotherapie, dietní léčby, léčebné tělovýchovy, zdravotnické osvěty a psychotherapie.

Trvalé vkloubení léčebné tělesné výchovy do denního režimu lidí, trpících dnou považujeme za jeden z důležitých přínosů jejich lázeňské léčby. Proto také naprosto nesdílíme názory vyslovené v poslední době (4,6) o nevhodnosti léčení arthritidis urica v lázních.

S o u h r n

1. Léčebná tělesná výchova není kauzální terapií dny a nepostihuje podstatu nemoci.
2. Soustavným cvičením se organismus nemocného adaptuje na námahu. Při mimořádné fyzické zátěži nedojde u cvičícího jedince k takovému vzestupu urikemie jako u necvičícího a také pohotovost k záchvatům po námaze se u "trenovaného" zmenší.
3. Místně zaměřenou tělesnou výchovou lze bojovat proti kontrakturám, svalovým atrofiím i vadným pohybovým stereotypům.
4. Léčebnou tělovýchovou lze zasáhnout do některých komplikací dny a do stavů, které toto onemocnění často provázejí (otylost, arthrosas, urolithiasa atd.)

5. Zahájení léčebné tělovýchovy u dny má předcházet zevrubné lékařské vyšetření, jednak všeobecné, jednak cílené (kardiovaskulární systém, uropoetický aparát, otylost).
6. Postupným zvyšováním požadavků docházíme k optimu, za které považujeme půl až hodinu gymnastických cvičení denně, procházku v trvání aspoň jedné hodiny denně, podle potřeby i cvičení častěji, postižovaných kloubů (kontraktury, atrofie)..
7. Tento program považujeme za optimální. Asi ve třetině případů se spokojujeme s nižšími požadavky a to jednak s přihlédnutím k vyššímu věku nemocných, jednak ke komplikacím základního onemocnění.

L i t e r a t u r a

1. Arnold, A.: Lehrbuch der Sportmedizin. J.A. Barth Leipzig 1956
2. Brugsch, H.G.: Rheumatic diseases, rheumatism and arthritis. J.B. Lippincott Philadelphia-Montreal 1957
3. Copeman, W.S.C.: Textbook of the rheumatic diseases. Livingstone London 1955
4. Evers, A.: Praxis (Bern) 53:1145, 1964
5. Kohlrausch, W., Teirich-Leube, H.: Lehrbuch der Krankengymnastik bei inneren Krankheiten. 5. Aufl. Fischer Jena 1958
6. Knappstein, I.: Z. angew. Bäder- u. Klimaheilk. 11:496, 1964
7. Krížek, V., Kučerová, M., Sadílek, L., Štěpánek, P.: Fysiatr. Věstn. 42:331, 1964
8. Levička, J.: Dna a hyperurikemický syndrom. SZN Praha 1964
9. Ledoux-Lebard, G., Bargy, P.: Physiothérapie du médecin praticien en rhumatologie et en traumatologie. Masson Paris 1957
10. Lindemann, K., Teirich-Leube, H., Reipertz, W.: Lehrbuch der Krankengymnastik in 4 Bänden. G. Thieme Stuttgart 1963
11. Mates, J.: Léčebné postupy v lázeňské urologii a nefrologii SZN Praha 1963

12. Moškov, V.N.: Heilkörperkultur in der Klinik der inneren Krankheiten. Berlin 1960
 13. Nichols, J., Miller, A.T., Hiatt, E.P.: J.appl.Physiol 3:501, 1951
 14. Quick, A.J.: J.biol.Chem. 110:107, 1935
 15. Ravault, P.P., Vignon, G.: Rhumatologie clinique. Masson Paris 1956
 16. De Seze, S., Ryckewaert, A.: La goutte. Exp.Scient.Franc. Paris 1960
 17. Slabochová, Z., Mašek, J., Placer, Z., Rath, R.: Brat.lék.Listy 42:2, 402, 1962
 18. Šonka, J. und and. Vnitř.Lék. 11:245, 1965
 19. Štěpánek, P., Kučerová, M., Štěpánková, J.: Fysiater.Věstn. 41: 80, 1963
 20. Zachau-Christiansen, B.: Scan.J.Clin.Lab.Invest.11:57, 1959
 21. Žaloudek, K.: Fysiater.Věstn. 42: 284, 1964
-

Použitie diadynamických prúdov v rehabilitačnej praxi

Viliam Mišík
(OÚNZ Martin, pred. rehabilitačného odd.)

Diadynamické prúdy objavené Bernardom vo Francúzsku na základe dávnych prác D' Arsonvala prišli na naše pracoviská ako nová elektroliečebná metóda len v nedávnej minulosti. Preto pokladáme za potrebné oboznámiť rady našich pracovníkov s podstatou fyziologickou ako aj s liečebnými účinkami týchto prúdov.

I. Fyzikálna podstata

Dynamický prúd je prúdom syntézy. Preto je možné definovanie len vymenovaním jeho vlastností a súčastí.

1. Je to prúd periodický o nízkej frekvencii, čo je jediná vlastnosť, ktorá ho robí blízkym prúdu faradickému.

2. Je to prúd nemeniteľného tvaru na rozdiel od prúdov exponenciálnych, prúdu faradického, pravouhlého. Tvar vln je odvodený od sinusovky a zodpovedá definícii tzv. undulančného prúdu podľa D'Arsonvala.

3. Je to prúd o stálej frekvencii impulzov; undulančná fáza - t.j. polovičná perioda sinusovky má pulzatórnu frekvenciu 50/min. Takto je vytvorený prúd monofase fixe (MF). Druhá undulančná fáza ak je nahradená zvarom prvej undulančnej fázy o tej istej frekvencii vzniká zdvojený prúd tzv. undulančná difáza o frekvencii 100/min. - difáze fixe (DF).

4. Je to prúd s možnosťou zmeny prúdu typu MF na typ DF v krátkych (en courtes periodes - CP) alebo dlhých (en longues periodes - LP) periódach.

II. Fyziologické pôsobenie

Undulačný prúd podľa T. Arsonvala má špecifické účinky na tkanivové zmeny v zmysle presunu iónov a na zníženie pocitov bolestivosti. Menením frekvencie prúdov do krátkych a dlhých periód dosahuje sa zvýšenie pôsobnosti uvedených zmien. Zatiaľ čo krátke periódy ovplyvňujú skôr presuny iónov, dlhé periódy majú výrazné pôsobenie protibolestivé. Iný je ešte účinok miestny a gangliotropný. Účinky diadynamických prúdov na ľudský organizmus nie sú úmerné intenzite trvania a počtu podaní.

Úloha intenzity prúdu

Intenzita sa meria mA; účinok vzniká len vtedy, keď sa vychádza z tzv. prahu minima (t.j. keď pacient prakticky nič nepocíti) a postupne sa zvyšuje intenzita do prahu maxima (t.j. intenzita, na ktorú pacient reaguje bolestivo, neznášateľivo). Prah maxima nie je od prahu minima veľmi vzdialený a jeho vyhľadávanie je prísne individuálne.

Úloha času podávania prúdu

Ak sa predlžuje doba podávania, pozoruje sa znižovanie až inhibícia účinku. Časy podávania sú dosť konštantné a ich minima a maxima ležia veľmi blízko. Prah maxima intenzity je prahom pocitu bolestivosti. Ak sa v priebehu podávania tento prah dvíha, znamená to, že v mieste podávania prúdu vzniká hypestézia alebo hypoalgia. Dvíhanie prahu však nie je úmerné času. S pribúdajúcim časom môže dojsť k zvratu, t.j. opätovnému zníženiu prahu bolestivosti, resp. k vyvolaniu výraznej bolesti.

Úloha opakovaného podávania prúdu.

Po 2-3 podaniach, ktoré nasledujú vo 24 hod. intervale, sa účinnosť zvyšuje, ale ďalšie podania už nemajú vplyv na zvýšenie účinku. Naopak však, ak sa prestane s podávaním po treťom sedení a kúra 5 - 6 podaní sa nezopakuje do 8 dní (čo je tzv. latentná perióda sebzibilizácie) možno pozorovať rýchle odovznievajúce liečebného účinku.

III. Podávanie prúdu

1. Miesto aplikácie: riadi sa podľa choroby. Keď sa aplikuje aplikáciu na bolestivý bod, pričom na uvedený bod kladieme malú miskovitú elektródu, zapojenú na negatívny pól prístroja. Ďalšia je aplikácia na nervový kmeň (napr. v priebehu nervu dáme obe elektródy na valeikové body). Pri paravertebrálnej aplikácii používame miskovú dvojelektrodu s negatívnym pólom na postihnutej strane, pri vasotropnej prikladáme elektródy pozdĺž cievného stromu, pri transregionálnej napr. pri poruche v kĺbe používame zas väčšie plošné elektródy po stranách kĺbu. Pri špecifickej gangliotropnej aplikácii dávame malú miskovitú elektródu nad vegetatívne ganglium (napr. gangl. stellatum) a druhú miskovitú anódnu elektródu asi 2 cm vedľa.

Pri prikladaní elektród si treba uvedomiť, že aktívna je elektróda zapojená na negatívny pól prístroja; že len dobre teplou vodou zmáčaná podložka elektród sú dobre vodivé a zaručujú ochranu pred poškodením kože (napr. popálením).

2. Voľba prúdových kvalít: Podľa druhu prúdu dochádza v rozličnom stupni k primárnemu dráždeniu, sekundárnemu útlmu citlivosti a k priaznivému ovplyvneniu vegetatívneho nerstva a trofiky.

Difase fixe (DF) - je vhodný ako krátky úvod pred použitím iných prúdových kvalít, pri poruchách pe-

riferného prekrvenia a na vegetatívne ganglia k ovplyvneniu vegetatívnych dysregulácií.

Monofase fixe (MF) - je vhodný pre nešpecifickú stimuláciu väziva a pre ošetrovanie spastických bolestivých stavov po predchádzajúcej aplikácii DF.

Courtes periodes (CP) - je vhodný pre ošetrovanie bolestivých stavov, ktoré nie sú podmienené spazmom. Vykazuje zvlášť výrazný účinok v zmysle ústupu tkanivového zdurenia a opuchu, pre ktorú vlastnosť sa hodí pri liečbe stavov po tepých úrazoch.

Longes periodes (LP) - má zvlášť dobrý a pretrvávajúci analgetický účinok a slúži predovšetkým pre liečbu myalgii, rôznych neuralgií (vertebrogených sy.) kedy sa aplikuje po predchádzajúcom podaní CP.

3. Dávkovanie prúdu. Ako všeobecné vodítka môže slúžiť poznatok, že diadynamická zložka je veľmi účinná, keď sa nastaví na stálu úroveň galvanického prúdu vo výške 2-3 mA (t.j. intenzita, kedy pacient pri obvykle používaných elektródach práve len začína vnímať prechod prúdu ako veľmi jemné mravenčenie). Intenzitu diadynamických prúdov - určenej kvality - zvyšujeme pomaly behom 20-40 sec., aby pacient po počiatočnom mravenčení cítil zreteľné ohvenie a ťahanie ale bez pocitu bolesti. Silné bodanie alebo trvalá kontrakcia svalstva, pri použití uvedených prúdových kvalít znamena preddávkovanie !

4. Trvanie podávania. Má byť obmedzené len na niekoľko minút. Ak je v jednom sedení potrebné prikladať elektródy na viac miest (napr. LIS), je účelné skracovať dobu nasledujúcej aplikácie:

napr. 3 min. pre prvé, 2 min. pre druhé a po 1 minúte na všetky ostatné miesta. Súhrnná doba behom jedného sedenia nemá prekročiť 10 - 12 minút.

5. Počet sedení: Už po prvom sedení sa pociťuje únava. Výrazné zlepšenie nastáva po druhom až treťom sedení v 24 hodinových intervaloch. Pre stabilizovanie, posilnenie účinku je potrebné pridať 2 - 3 sedenia v intervale 48 hodín.

U zvlášť akútnych bolestivých stavov odporúča sa prvé aplikácie dať i dva krát v prvých 24 hodinách. Po 1 týždni klúdu kúru opakujeme, ak nedošlo v 1. kúre k úplnému vyhojeniu.

IV. Niekoľko poznámok k používaniu diadynamických prúdov u rôznych indikácií

Veľmi dobrý účinok kombinácie CP a LP prúdov sa javí u čerstvých porazových stavov (hematomy podkožia, distorzie, svalové fascikulárne ruptúry a pod.)

Akútne lumbago, torticollis, dobre reaguje na prúdy DF v príprave na 30-40 sek. a LP prúdy na bolestivé body a zatvrdnutia po 1 min.

Pri akútnych vertebrogenných syndrómoch (LIS, CBS) je veľmi účinné podávanie DF prúdov paravertebrálne v príprave resp. na gangl. stellatum, CP prúdov vo výške priebehu jednotlivých miešnych koreňov a LP prúdov na bolestivé resp. valeixove body.

Chronické prejavy ako zbytok po dráždení v priebehu nervu (pocit ťahania, bolesti napr. v predkolení, lýtku) zostávajú na podanie prúdov hluché.

Taktiež epikondilitídy a lézie bočných väzov kolena nereagujú na prúdy tak, ako by sa všeobecne očakávalo. Naproti tomu periart. humeroscapularis sa dobre ovplyvňuje transregionálnym podaním CP prúdov (po predchádzajúcom krátkom ovplyvnení DF prúdmi), cez art. humeri a LP prúdov na bolestivé body.

Na gangliotropnú aplikáciu dobre reagujú poruchy prekrvenia (akrocyanosis, počiatkové stavy endangitis obliterans) pri použití DF prúdov. Možno pridať i podanie vasotropné.

Poruchy kĺbne po zápaloch (arthritis po panariciách, trismus pri dentitio diff.) stavy po úrazoch kĺbov sa zlepšujú kombináciou DF, CP a LP prúdov priamo transartikulárne, pričom sa odporúča v priebehu podávania aj prepólovanie.

U iných indikácií sme na našom pracovisku diadynamické prúdy nepodávali, preto k nim nedávam vyjadrenie.

Záverom možno povedať, že diadynamické prúdy znamenajú kladné obohatenie škály elektroliečebných procedúr. Potrebujú však kvalifikovaného, bystro mysliaceho a medicínsky dobre rozhladnutého pracovníka v rukách ktorého sa stávajú ozaj účinnou zložkou komplexnej liečby pacienta.

Treba si však uvedomiť individuálny prístup ku každej indikácii a ďalšiu okolnosť, že diadynamické prúdy sú len jednou zložkou celého komplexu pôsobenia rehabilitačného pracovníka. Preto nech pracoviská, kde s uvedenou procedúrou ešte len krátko pracujú, príjmu túto nie ako procedúru "módy", ale ako procedúru, ktorá im pomôže v ďalšom snažení.

L i t e r a t ú r a

Bernard, P.D.: Les bases physiques, physiologiques et techniques de la diadynamotherapie. J. Radiol. Électrol. 31, 1950, 22-32

Petersmann, K.: Praktische Hinweise für die Behandlung mit diadynamischen Strömen nach Bernard SRW-Druck

Naše zásady a zkušenosti při léčbě
perinatální encephalopathie

Marta V y h n a l í k o v á
(Gottwaldova dětská léčebna, I. neurolog. odd.
Luže-Košumberk)

V ošetření máme trvale 120 dětí převážně spastických od 3 do 15 let, kterým se snažíme dát komplexní rehabilitační péči podle nejnovějších fyziologických a kinesiologických poznatků.

Na základě našich zkušeností a prostudování dostupné literatury, hlavně z anglosaských zemí, můžeme již nyní vytknout některé zásady nezbytně nutné při rehabilitaci dětí s centrálními hybnými poruchami. Zásady práce s těmito dětmi bychom vytyčili v následujícím pořadí, které by se mohlo použít i v ambulantní péči o tyto děti.

1. Reflexní přístup

Vycházíme z předpokladu, že podstatou poruchy hybnosti je porucha složitých regulačních mechanismů hybnosti, které nemůžeme upravit přímým zásahem. Proto celkový charakter rehabilitace je reflexní.

2. Kinesiologický rozbor

Poněvadž působíme pouze reflexně - opět přes složité reflexní dráhy, musíme vycházet z podrobného kinesiologického rozboru pacienta, který provádíme v kolektivu s vedoucím rehabilitačním pracovníkem a lékařem. Tento rozbor má několik hlavních bodů:

- a) obličej: Zde si všímáme hlavně VII. mozkového nervu.
- b) krk: Tady si všímáme flexorů krku, šíjového svalstva a trapézového svalu.
- c) trup: Zde hlavně m. pectoralis major, břišní svaly, postavení pánve, páteř jak ve stoji, tak v předklonu. Všímáme si i hrudní kyfosy a bederní lordosy zda nejsou změněny. Hodnotíme, zda nejsou změny na m. quadratus lumborum a m. gluteus maximus.
- d) horní končetina: Nejprve si všímáme postavení lopatky, pohybu lopatky při flexi, extensi a abdukci v kloubu ramenním. Dále svalstva pletence pažního a hodnotíme i elevaci lopatky. Na kloubu loketním si všímáme supinace, pronace a zda není kontraktura nebo spasticita pronátorů a m. biceps brachii. U ruky si všímáme postavení ruky, postavení palce vzhledem k ostatním prstům. Dále hodnotíme rozsah pohybu i svalovou sílu dorsální flexe a volární flexe.
- e) dolní končetina: Na dolní končetině je to nejprve kyčelní kloub. Všimneme si zda není spasticita nebo kontraktura, nebo zkrácení na adduktorech, m. iliopsoas, rectus femoris, flexory bérce, m. triceps surae. Potom zda DK není v zevní nebo vnitřní rotaci. Zároveň hodnotíme svalovou sílu m. gluteus maximus a medius. Na noze si všímáme postavení nohy a případných deformit.
- f) postoj: Všímáme si celkového držení ramen, trupu, horních končetin a dolních končetin.
- g) lezení po kolenou: Zde popisujeme jak dítě leze, zda používá postižených končetin.

h) lezení po čtyřech: Opět popisujeme jak dítě leze, zda se opírá o celou plochu dlaní, zda protahuje kolena a našlapuje-li na paty.

ch) chůze: Na závěr hodnotíme chůzi. Na ní si všímáme, jestli nezapíná veškeré zádové svalstvo, jak se chová pánev, nerotuje-li dítě DK, došlapuje-li na paty a jestli odvíjí plantu.

Tento rozbor se provádí při přijetí a při propouštění. Posuzuje se co se změnilo a co se zlepšilo. Mimo tohoto rozboru si každá rehabilitační pracovnice dělá rámcový svalový test pro trup a postižené končetiny, který opakuje jedenkrát za dva měsíce. Je to orientační pomůcka pro zjištění zda se svalová síla zvyšuje nebo ne.

3. Stanovení vývojového stádia hybnosti

Máme v ruce dítě, které je teprve na určitém stupni vývoje celkové hybnosti. Hned na začátku určíme asi v jakém stádiu dítě je. Víme, že sama choroba vede k narušení tohoto hybného vývoje eventuelně k naprosté zástavě. Podle tohoto vývojového zařazení použijeme i různou metodiku ke cvičení. Vycházíme z dalšího fyziologického předpokladu, že dítě nesmí, i když je opožděno, přeskocit základní vývojová stádia normálního dítěte. To znamená, že každá pracovnice je seznámena s normálním vývojem zdravého dítěte a snaží se donutit spastické děti, aby alespoň v hrubých rysech tento vývoj naznačilo. Z toho vyplývá, že pracujeme s určitými polohami a ne snažíme se dítě nutit do polohy na kterou není hybně zralé. Vidíme časté chyby na dětech, které k nám přichází z ambulantní péče či z péče domácí. Například: dítě se nutí do stoje, přestože má slabé svalstvo trupu a kořene končetin. Zde potom vznikají kontrakтуры a zkrácené svaly. Základem rehabilitace je vždy silné svalstvo trupu. Jakmile má dítě silné svalstvo trupu a kořene končetin učíme dítě lézt po kolenou, po čtyřech, ve vzprámeném kleku a teprve až zvládne tyto polohy cvičíme stoj a chůzi.

4. Polohování

Velký důraz klademe na polohování, kterým doplňujeme cvičení. Polohujeme děti buď v zebřin, nebo na polohovacích stolech. K polohování používáme redresních sádrových dlah, které dostávají některé děti na noc.

5. Celkový režim dne

Uvolnění pacienta podporujeme horkými zábaly nebo koupelemi. Používáme i vířivých lázní a parafinových zábalů. Někdy používáme na uvolnění i léky, které určí lékař. Vyžadujeme pravidelné cvičení do lehké únavy. Z fyziologie známe, že sval potřebuje cvičit kratší dobu, ale častěji.

Součástí režimu dne je korekce vadné polohy za každé situace i s doporučením domů. Židle jsou vhodně upravené, aby dítě seděním u stolu polohevalo trupové svalstvo. Při kontrakturách adduktorů vkládáme na sedadlo mezi stehna klín. Školní lavice upravujeme dle postižení dětí. Pokud dítě nedokáže aktivně zachovat správný stereotyp chůze, který je zaveden na cvičení, je nutno, aby se dítě během celého dne pohybovalo atypickým způsobem například: chodí pozadu. Snažíme se, aby dítě špatný stereotyp zapomělo. Jako nejvýhodnější pomůcku při nácvičce chůze používáme čtyřnohých opěrných "koziček". Osvědčily se nám jako nejlepší přechod k chůzi bez opory. Jemnější pohyby na horních končetinách jsou docvičovány na léčbě prací eventuelně vhodnou hrou u malých dětí.

Cvičíme individuálně a při cvičení používáme různé metodiky. Například cvičíme podle Kabata nebo svalového testu atd. Podrobnější metodikou se budeme zabývat v některých z dalších zděleních.

Své zkušenosti zdělujeme z důvodu, že při příchodu dětí z domácí péče a podle zdělení rodičů vidíme, že není všude rehabilitační přístup k těmto dětem ani ze stran lékařů, ani ze stran rehabilitačních pracovníků vždy správný.

Cvičení v představě

Alaš V á l a

(Státní ústav rehabilitační v Kladrubech)

Cvičením v představě u nemocných po amputacích sledujeme snížení až vymizení fantomových bolestí a přerušeni ho ze ztráty končetiny.

Metodika cvičení

Nejprve vysvětlíme nemocnému princip cvičení a zjistíme, zda má nemocný pocit ztráty končetiny v rozsahu anatomické ztráty, nebo je-li pocit ztráty končetiny odlišný od anatomické ztráty. Nemocný totiž může mít pocit celé končetiny, nebo části končetiny, která je větší než skutečná anatomická ztráta.

Princip cvičení spočívá v tom, že nejdříve zkopírujeme pohyb zdravé končetiny a pak teprve pohyb v představě na amputované straně. U nemocného s amputací na obou dolních končetinách podobný způsob není možný a nahrazujeme jej pohybem horních končetin. Volba cviků odpovídá léčebné potřebě nemocného. Vnímá-li na pr. nemocný končetinu stále ve flexi v kyčelním kloubu, což není vzácný případ, volíme takové cviky, aby nemocný vnímal končetinu v normální poloze v kyčelním kloubu.

Cvičení začínáme v lehu na zádech a po dosažení pocitu normální polohy ztracené končetiny procvičujeme v představě jednoduché pohyby v jednotlivých kloubech ztracené končetiny. Potom přecházíme ke cvičení v lehu na břiše, v sedu a konečně ve stoji s pevnou oporou, kde klademe důraz na získání pocitu stoje na obou

dolních končetinách. Cvičení ve stoji u oboustranně amputovaných je možné pouze s protézami, ostatní všechna cvičení provádíme zásadně bez protéz.

Po několika cvičeních zjistíme, které pohyby jsou pro nemocného nejtěžší a na ty klademe při cvičení větší důraz. Cvičení pro nemocného obtížná střídáme se cvičením pohybů pro nemocného snadným. Délka cvičení je 15 minut denně.

Zpracovali jsme výsledky cvičení v představě u 42 amputovaných, z nichž 27 amputací bylo traumatických a 15 amputací bylo provedeno pro gangrénu různé etiologie.

Průměrný věk nemocných po traumatické amputaci byl 35 roků, průměrná doba po amputaci 212 dnů, zmírnění až vymizení fantomových bolestí nastalo mezi 4 - 9 cvičením.

Průměrný věk ostatních nemocných amputovaných byl 51 roků, průměrná doba po amputaci 233 dnů, zmírnění až vymizení fantomových bolestí nastalo mezi 10 - 16 cvičením.

Léčebné výsledky jsou tyto:

Tab. 1 - Snížení-odstranění fantomových bolestí

	Traumatické		Ostatní	
	absolutně	procenty	absolutně	procenty
Vymizení fantomových bolestí	11	40,74%	7	46,67%
Zmírnění fantomových bolestí	12	44,44%	3	20,00%
Bez ovlivnění	4	14,82%	5	33,33%
Zvětšení fantomových bolestí	-	-	-	-
Celkem	27	100,00%	15	100,00%

Tab. 2 - Ovládání pohybů v kloubech

	Traumatické		Ostatní	
	absolutně	procenty	absolutně	procenty
Ovládání všech pohybů	24	88,88%	12	80,00%
Neovládání poh.v kolen.kl.	2	7,40%	-	-
Neovládání poh.v hlezen.kl.	-	-	1	6,66%
Neovládání žádného pohybu	1	3,72%	2	13,34%
Celkem	27	100,00%	15	100,00%

Metodický postup léčebné tělesné výchovy u nemocných
kterým byl proveden operativní závěs kyčle dle Vosse

Anežka Š e n k o v á
(Ortopedická klinika Fakultní nemocnice, Brno)

Kdo zná svízelnou problematiku nemocných postižených deformací kyčelních kloubů ví, jak toto onemocnění dovede ztrpčit život, těchto postižených.

Sledujeme-li na příklad nemocné s vrozenou subluxací, které v dětství neprošly povinnou rtg kontrolou, neměly větších potíží na příklad až do zralého věku, vidíme, že z řad těchto žen, se vyskytuje největší procento postižených. Opakuji žen, protože u mužů se s tímto onemocněním tak často nesetkáváme. Víme, že nadměrná zátěž působí neblaze na kyčelní klouby. Uvážíme-li, že většina žen kolem čtyřicátého roku svého života má nadměrnou váhu, přicházíme k onomu začarovanému kruhu, se kterým se v praxi tak často setkáváme. Postižené ženy potřebují pohyb, kterému se pro bolest vyhýbají a nesprávnou životosprávou, ještě podpoří nežádoucí obezitu.

Právě tyto ženy potřebují vydatné pravidelné cvičení s odlehčením váhy, tzn. v horizontální poloze. Cvičení ve vodě a plavání. Udržet zájem o cvičení a správnou životosprávu u těchto nemocných, je úkolem rehabilitačních pracovníků nad jiné důležitým. Zde právě se jeví nutnost správného psychologického přístupu k těmto nemocným. Ovšem za předpokladu, že bude k dispozici dostatečné množství bazénů, tělocvičen a v neposlední řadě možnost cvičení po zaměstnání. V současné době je situace taková, že nemocné po

absolvování vší dostupně konservativní léčby včetně lázní, přichází na ortopedická oddělení za účelem léčby operativní.

Jsou jim provedeny různé druhy osteotomií po kterých se provádí běžná rehabilitace. V poslední době bylo na ortopedické klinice v Brně, provedeno 9 operativních závěsů kyčle, dle Vosse. Operativní technikou jsou deliberovány příslušné sv. skupiny v oblasti kyčelního kloubu.

Účelem této operace je, uvolnění kloubní štěrbiny a získání většího bezbolestného pohybu v kloubu kyčelním. Úkolem rehabilitačního pracovníka je, udržet tento uvolněný pohyb pasivním cvičením a správným polohováním.

Metodický postup LTV po operaci

Nemocný je po operaci uložen na lůžko, operovaná končetina je v abdukčním postavení na extensi o váze 2 - 2,5 kg. Pozor na zevní rotaci do které operovaná končetina ráda přepadá. V tom případě zapřeme končetinu z obou stran polštářky.

Po odeznění pooperačních potíží, cvičíme kondiční cvičení a operovanou končetinu začínáme pasivně cvičit 4-5 den od operace. Cvičíme flexi, abdukci a addukci v mírných exkursích 30° - 40° počet cviků 20-30. Pozor na úplnou relaxaci operované končetiny, nemocný nesmí cvičit aktivně!

Cvičíme 4x denně a to hned po ranní toaletě, potom kolem desáté hod. dopoledne a před odchodem ze zaměstnání.

Instruujeme sestru z oddělení která k večeru provede několik pasivních cviků dohlédne na správnou polohu a extensi.

Po vyndání stepů zařazujeme cviky rotační a v poloze na břiše, extensi kloubu kyčelního. Také počet cviků a rozsah pohybů zvýšíme. Necvičíme s nemocným sedání na posteli a sundání operované končetiny za pomoci končetiny zdravé tak, aby operovaná při tomto výkonu zůstala v pasivitě.

Mezi 10-14 dnem po operaci nacvičíme chůzi o vysokých podpůrných berlích. Dbáme na to, aby nemocný jedl u stolu a vykonal sám nejnnutnější denní potřeby. V té době vynecháme cvičení o desáté, ale dáme za úkol sedání na posteli.

Po uplynutí 14 dnů od operace, je režim dne tento:

Po ranní toaletě odcvičíme operované končetiny pasivně, střídavě s aktivním cvičením zdravé končetiny. Snídaně u stolu. Po desáté hod. sedání, aktivní cvičení hlezenného kloubu, ev. chůze. V poledně oběd u stolu, po odpoledním klidu pasivní cvičení operované končetiny (provede rehabilitační pracovník) přiložení extense. Odpoledne sedání, -chůze a k večeru odcvičení zdravotnou sestrou. Mezi 5-6 týdnem od operace začínáme s aktivním cvičením operované končetiny. Přecházíme na francouzské hole a úměrně s přibývajícím svalovou silou a rozsahem pohybu stupňujeme zatížení operované končetiny.

Necháme se vésti snášenlivostí nemocného. Hlavně nesmíme nepřiměřeným zatížením vyvolat bolest. Z fyzikální složky smíme aplikovat koupele, cvičení ve vodě a mírné masáže.

Zásadně nesmíme cvičit proti odporu !

Vodítkem k plnému zatížení je bezbolestnost a pocit pevnosti operované končetiny. Plně zatěžovat smíme nejdříve po uplynutí 2-3 měsíců. Rozhoduje však celkový stav a stáří nemocného.

Při náviku chůze s odkládáním berlí musíme pečlivě dbát na to, aby si nemocný neosvojil špatné návyky, jako kladení končetiny do zevní rotace a kulhání. Tyto špatné návyky se pak velmi těžko odbourávají.

R é s u m é

Autorka chce ve svém sdělení poukázat na svoje zkušenosti u 9 nemocných kteří se podrobili operaci kyčelního kloubu dle Vosse a byli tímto způsobem rehabilitováni.

U mladších nemocných bylo docíleno dobré bezbolestné chůze bez podpůrných berlí. U starších zůstává bezbolestná chůze za použití normální podpůrné holi.

616-008.64:331.59

DAWEKE, H. - HAMMES, P. H.: Die berufliche Rehabilitation des Diabetikers. Katamnestiche Erhebungen an 418 Patienten. (Zaradenie do práce diabetika. Katamnesticke poznatky u 418 pacientov.)

Rehabilitation 4, 1965, 3. 104-120

Za účelom obdržania informácií o spôsobe, príčinách a častých obtiaži diabetika v zamestnaní, autori vyšetrili 418 pacientov - diabetikov, činných v zamestnaní prostredníctvom dotazníkov. Z celkového počtu 418 pacientov 291 osôb (69,6 %) nemalo v zamestnaní žiadnych ťažkostí, súvisiacich so základnou chorobou. 127 pacientov (30,4 %) udávali naproti tomu najrôznejšie obtiaže pri svojom zamestnaní.

Autori rozlišujú 46 chorých (11 %) s ľahkými od 81 (19,4 %) s veľkými obtiažami pri zamestnaní. Posledná skupina pacientov bola priebežne navštevovaná doma. Našli 8 diabetikov, ktorí nemali pracovné miesta v rovnakom povolání, 56 pacientov, ktorí menili povolanie z dôvodov ochorenia diabetom a 18 pacientov predčasnou neschopnosťou zamestnania. V podrobnostiach prichádzajú k nasledovným výsledkom:

1. Prevažná väčšina (89 %) ťažko postihnutých pacientov predstavuje diabetikov s inzulínovou liečbou. Zdá sa, že opakovanie obtiaží v zamestnaní pribúda s veľkosťou metabolickej poruchy.

2. Muži i ženy sú rovnakým percentom postihnutí ťažkosťami v zamestnaní,

3. Medzi diabetikmi-mužmi vyskytli sa obtiaže v zamestnaní u tých pacientov, u ktorých došlo k manifestácii choroby medzi 20. a 45 rokom života a ktorí v zamestnaní vykonávali stredne ťažkú telesnú prácu.

4. Prevažný počet pacientov pri zmene povolania bola činná v zamestnaní, ktorých možno považovať ako nehodiace sa pre diabetikov. V 21 prípadoch z 56 bol moment objavenia sa hypoglykémie spoluurčujúcu pre zmenu zamestnania.

5. Väčšina pacientov, ktorí museli zmeniť povolanie (78,6%) bola tým finančne poškodená.

6. Častot predčasnej individualizácie bola 4,3 %

7. Zatiaľ, čo menšie ťažkosti v zamestnaní vo veľkej väčšine prípadov bolo vysvetliteľné chybným pomerom zamestnávateľa

k diabetikca, ťažšie poruchy v zamestnaní boli následkom vlastného ochorenia diabetom a jeho komplikáciami (86,6 %). Chybný pomer zamestnávateľa spočíval v odmietnutí uchádzača o miesto alebo prepustenie zamestnanca pre diabetes, v iných prípadoch v podcenení pracovnej schopnosti diabetika, inokedy v neporozumení pre mesačné pravidelné kontroly diabetikov.

8. Zatiaľ čo doterajšie udržovanie matabolizmu u vyšetřovaných pacientov bolo uspokojivé, u väčšiny sa nedalo dodržať diétné opatrenie.

Autori v závere práce diskutujú o všetkých faktoroch prichádzajúcich v úvahu pre zhoršenie výkonnosti v zamestnaní a poukazuje sa na možnosti ich zabránenia. Sú udané zásadné smery pre zamestnávanie diabetikov a možnosti uplatnenia diabetikov v zamestnaní.

Miroslav Palát

612.217

FRUHMANN, G.: Physiologische Grundlagen der ausseren Atmung. (Fyziologické základy vonkajšieho dýchania.)

Krankengymnastik 17, 1965, 9, 284-288

Rozoberá fyziologické základy dýchania, zvlášť mechaniky a regulácie dýchania. V závere práce sú vyjadrené zásady pre dychovú gymnastiku ako liečebný proces, ktorý vychádza z fyziologických poznatkov. Cvičenia sú rozdelené pre pacientov s organickým poškodením a pre pacientov, ktorí majú ochorenia s funkčnými poruchami.

Miroslav Palát

GINDER K.: Krankengymnastik für herzkranke Kinder. (Liečebná telesná výchova u detských kardiakov.)

Práca rozoberá skúsenosti s liečebnou telesnou výchovou u detských kardiakov, získané od roku 1954 v poradni pre kardiakov v Pécsi v Maďarsku. Autor rozdeľuje kardiakov do troch skupín, jednak podľa základnej choroby, jednak podľa zdatnosti jednotlivých detí, chorých na srdce. Utvoril tri skupiny, jedna z nich je skupina tzv. rehabilitačnej gymnastiky, do druhej skupiny boli zaradené deti s hypertonickou regulačnou poruchou a tretiu skupinu tvorili vady srdca.

Miroslav Palát

IVANOV, S.M.: Lečebnaja fizkultura pri bronchiaľnoľ astme u detej.
(Léčebný tělocvik u bronchiálního astmatu u dětí.)

Moskva, Medicina 1965

Zhruba třetina knížky je věnována popisu, jak provádět léčebný tělocvik u astmatických dětí. U skupiny předškolního věku převládají jednoduché hry s pozorností soustředěnou na dýchání. U skupiny ve školním věku jsou uvedeny již drobné sestavy, opět zdůrazňující dýchací pohyby. U obou skupin je vlastní léčebný tělocvik doplněn serií návrhů, jak cvičit doma. Lékař podle této knížky bude umět poradit rodičům, jak vésti nemocné děti doma a rehabilitační pracovnice z ní obohatí svůj repertoár sestav, který zvláště pro malé děti musí být rozmanitý.

Hlaváček

SUCHAREV, V.I.: Fizioterapija, masaž i lečebnaja fizkultura.
(Fyziatrie, masaž a léčebná tělesná výchova.)

Moskva, Medicina 1965

Nacházíme v ní několik zvláštností, které vystihují rozdíly v pojetí výuky fyziatrie v ČSSR a SSSR. V rámci fyziatrie se sovětský zdravotník seznamuje s léčbou rtg a zářením. V uvedené kapitole se popisuje jednak zařízení, jednak škody, které záření může způsobit (nemoc ze záření) a jednak ochranu pracovníků před nebezpečím na tomto risikovém pracovišti. Sportovní medicína se také zařazuje do fyziatrické přípravy. Zdravotnický pracovník se učí o organisaci sportovní péče, o osvětě, o antropometrických měřeních a o hodnocení rozvoje a růstu organismu, dále o zdravotnickém zabezpečení sportovních podniků a o první pomoci při sportovních úrazech. Pojem "fizioprofilaktika" není u nás známý a značí řízené otužování zdravých lidí pomocí vody, vzduchu a záření, často na zvláštních "fizioprofylaktických hřištích". Učebnice obsahuje kapitolu o lázeňské léčbě, která se označuje jako "sanitorno-kurortnoje delo", neboť balneologie se definuje pouze jako léčebné využití vod s rozličnými chemickými a plynovými komponentami. Z obsahu dále vyplývají některé odlišnosti ve fyziatrické praxi. Mezi elektroléčebnými postupy stále ještě figuruje darsonvalisace a dlouhovlnná diatermie. Ochranné roztoky pod elektrody při galvanisaci se neužívají. Radonový roztok se vpouští do koupele sifónovým zařízením, aby se neprobublal vzduchem při vylévání z lahvičky a tím neoslabil. U nás neznáme léčení ozokeritem, což je přírodní, tmavá, voskovitá látka, jejíž ložiska se nacházejí na západní

Ukrajine a v Turkmenii. O reflexní masáži není zmínky, je uvedena pouze klasická masáž. Instruktivní je vzorový seznam vybavení tělocvičny.

Hlaváček

Zprávy zo sveta

Druhý celoštátny rehabilitačný sjazd v Poľsku

V dňoch 13. a 14. októbra 1965 konal sa vo Varšave 2. celoštátny rehabilitačný sjazd za účasti veľkého počtu pracovníkov v rehabilitácii. Zúčastnili sa ho nielen lekári, ale hlavne magistri pracujúci v rehabilitácii. V Poľsku vykonávajú prácu rehabilitačného pracovníka absolventi Inštitútu telesnej výchovy, ktorí sú už v priebehu štúdia špecializovaní na rehabilitáciu.

Sjazdové jednania, ktoré boli rozdelené do dvoch dní, konali sa v známom rehabilitačnom centre Konstancine pri Varšave a v priestoroch Inštitútu telesnej výchovy priamo vo Varšave. Celý rehabilitačný sjazd bol uvedený mottom: Ver, že zajtra urobíš to, čo si dnes nedokázal, ktoré súčasne predstavuje i základnú myšlienku práce celoštátneho rehabilitačného centra v Konstancine.

V priebehu sjazdového jednania odoznela celá rada referátov, z ktorých niektoré boli zaujímavé nielen po stránke tematiky, ale hlavne po stránke metodického prístupu k rehabilitačnej problematike. Rehabilitačná starostlivosť v Poľsku prekonala a stále prekonáva dosť prevratný rozvoj. Na celom vývoji je vidieť obrovský záujem o túto metódu liečenia a taktiež záujem o získanie popredného miesta v rehabilitácii v Európe a vo svete. Väčšina referátov, ktoré odozneli v rámci sjazdového programu, bola zameraná biomechanicky. Biomechanika taktiež predstavuje cestu, po ktorej sa uberá nielen výskum v otázkach rehabilitácie

u najrôznejších chorobných stavoch, hlavne ortopedických, ale i cestu kedy pomocou biomechanických kritérií môže sa objektívizovať rehabilitačný proces zase hlavne v oblasti ortopedických chorôb. Poľská rehabilitácia je rehabilitáciou ortopedickou, i keď odzneli práce so zameraním iným, napríklad neurologickým alebo interným. Celoštátne rehabilitačné centrum v Konstancine je ortopedicky ladené a predstavuje nielen vedúce špičkové pracovisko v Poľsku, ale súčasne i akési ideové centrum pre rozvoj rehabilitácie vôbec. Množstvo referátov na celoštátnom sjazde rehabilitačnom prinieslo akýsi prierez celej svojej činnosti. Odozneli práce veľmi závažné, dobre a presvedčivo dokumentované, odozneli však tiež práce slabšie, ktoré zatiaľ nedospeli na úroveň celoštátneho sjazdu. Vzdor tomu však sjazd dokumentoval základný smer rozvoja poľskej rehabilitácie.

Zvláštnu pozornosť si zaslúžili niektoré filmy, premietané v priebehu sjazdu. Presvedčili účastníkov zasadania tiež o záujme o rehabilitáciu ako liečebnej metóde, s ktorou je potrebné v pláne modernej terapie počítať.

V programe sjazdu bola prehliadka priestorov a zariadenia celoštátneho centra pre rehabilitáciu v Konstancine. Toto centrum predstavuje, ako už bolo povedané, špičku. Miestami je až supermoderne zariadené, v blízkosti Varšavy v krásnej tichej krajine, kde pracuje veľký kolektív lekárov a magistrov telesnej výchovy, zaoberajúcich sa rehabilitáciou v ortopédii.

Organizácia celoštátneho rehabilitačného sjazdu vo Varšave vykazovala na mnohých miestach rozpaky, ktoré predstavovali negatívnu stránku celého podujatia. Napriek tomu bolo pre cudzinca zaujímavé pozorovať veľký záujem o všetky otázky rehabilitácie, jej ďalšieho vývoja a hlavne veľký záujem o to, aby poľská rehabilitácia sa dostala na popredné miesto v Európe. Biomechanické a funkčne anatomické pohľady na problematiku niektorých problémov v rehabilitácii sú síce zaujímavým aspektom, z ktorého i my v našom rehabilitačnom snažení by sme si mnoho cenného mohli odnieť. No i napriek tomu predstavujú však v modernej rehabilitácii len jednu stránku vecí.

Miroslav Palát

Činnost Svazového rehabilitačního ústavu
v Bělehradě

Svazový rehabilitační ústav v Bělehradě se vyznačuje čilou publikační činností. Vydává již 13.ročník časopisu Povratak u život, o kterém referujeme ve zvláštní stati.

Ústav má dále vlastní edici, ve které dosud vyšlo:

Návrh na zavedení jednotného materiálu a jednotných součástí v ortotice (Predlog o uvodjenju standartnog materijala i standardnih delova u ortotici),

Analýza chůze nemocných po amputaci nad kolenem (Analiza hoda pacijenata s amputiranom natkolenicom),

Čtvercové vakuové lůžko protéz nad koleno (Četvrtasto vakum ležište natkolenih proteza),

Rehabilitace zlomenin kyčle (Rehabilitacija frakture kuka),

Rehabilitace nervově nemocných (Rehabilitacija nervnih bolesnika),

Bolest a fantomové jevy u amputací (Bol i fantom fenomeni kod amputacija),

Kotník a ploska nohy (Skočni zglob i stopalo),

Energetická bilance chůze (Energetski bilans hoda),

Rehabilitace postižených osob. Princip a organizace (Rehabilitacija onesposobljenih osoba. Principi i organizacija),

a to r.1962 z pera ředitele ústavu B.M. Z o t o v i ć e.

Roku 1963 vyšlo od téhož autora Bolesti v zádech (Bolovi u ledjima).

Roku 1965 vychází:

Péče o paraplegiky (Nega paraplegičara) od V. N i k o l i ć e a

Problémy starých lidí v současné společnosti (Problemi starih osoba u savremenom društvu) od M. Z o t o v i ć e.

Ústav dále pořádá letošního roku seminář o profesionální rehabilitaci zneschopněných osob v lázních Dobrna u Celje ve Slovinsku.

Adresa ústavu zní: Savezni institut za rahabilitaciju, Beograd,
Sokobanjska ul.13.

Hlaváček

je časopis Svazového rehabilitačního ústavu (Savezni institut za rahabilitaciju) v Bělehradě. Vychází 6x do roka v rozsahu asi 200 stran. Tiskne se nákladem 700 kusů. Redakční kruh je složen z pracovníků ústavu. Odpovědným redaktorem je ředitel ústavu dr.Miroslav Zotovič. Mezi spolupracovníky jsou lékaři odborníci jako chirurg, ortopéd, neurolog, dále pracovníci zdravotnických a sociálních zabezpečovacích ústavů a úřadů.

Letos vychází 13.ročník časopisu. O jeho zaměření podá nejlepší obraz přehled článků letošních prvních tří čísel. J. R a d o n i č piše o současném chápání úlohy lézí disku v patogeneze lumboschiadického syndromu, Ž. C o n i č o poruchách periferního oběhu krevního z fyziatrického hlediska, M. L e k a o chování plastických hmot při nízkých teplotách (z protetického hlediska), Ž. K o t a r a c o úloze a úkolech sociální služby a sociálních pracovníků v provádění rehabilitace a v zapojování invalidů do práce, dále A. S k a l a piše o rehabilitaci ve výrobě, A. R o t o v i č a spol. o latentním intervalu do erytému po ozáření ultrafialovými paprsky, P. K l o s i č o možnostech léčit skoliózu chirurgicky a G. S t o j č e v i č o zkušenostech a nových aspektech zaměstnávání a rehabilitace invalidů a dětí pojištěnců v oblasti pod správou Komunálního ústavu sociálního zabezpečení v Osijeku.

Časopis tedy překrývá celou oblast rehabilitace v širším slova smyslu. Zahrnuje jak diagnosticko-terapeutickou oblast, tak i fyziatrickou péči, ortoriku a psychologicko-sociální problematiku při návratu do výdělečné činnosti.

Na posledních stránkách časopisu je uvedeno dosti vyčerpávající anglické a francouzské resumé všech článků v čísle.

Časopis je k dispozici v knihovně Výzkumného ústavu pro fyziatrii, balneologii a klimatologii v Mariánských Lázních.

Hlaváček

V dňoch 16.-18. decembra 1965 konal sa v Bratislave I. celoštátny sjazd rehabilitačných pracovníkov, ktorý usporiadali Fyziatrická sekcia, Orthopedická sekcia Československej lekárskej spoločnosti J.E. Purkyně spolu s Ústavmi pre ďalšie vzdelávanie stredne zdravotníckych pracovníkov v Bratislave a v Brne.

Na záver sjazdového jednanja bola účastníkom sjazdu predložená rezolúcia, ktorá po širokej diskusii bola jednomyselne schválená.

Predkladáme našim čitateľom rezolúciu I. celoštátneho sjazdu rehabilitačných pracovníkov, aby sa s ňou zoznámili cestou našej účelovej publikácie "Rehabilitácia".

R e z o l ú c i a

I. celoštátneho sjazdu rehabilitačných pracovníkov
konaného v Bratislave v dňoch 16.-18. decembra 1965.

Úlohou sjazdu bolo podať prehľad činnosti na úseku liečebnej rehabilitácie za celé uplynulé obdobie v liečebných zariadeniach I.-III. typu, klinických pracovísk a kúpeľných zariadení.

Sjazd ukázal veľkú šírku problematiky a vývoj rehabilitácie ako liečebného smeru v ČSSR. Veľkým prínosom bolo, že sa prvýkrát konal takýto celoštátny sjazd na pôde všetkých zainteresovaných sekcií Purkyněovej spoločnosti, najmä sekcie fyziatrickej, ortopedickej, rehabilitačnej komisie, neurologickej sekcie a reumatologickej sekcie.

Množstvo účastníkov a aktívnych príspevkov bolo odrazom veľkého záujmu a stúpajúcej tvorivej aktivity rehabilitačných pracovníkov v celej republike. V budúcnosti sa však očakáva viac základných referátov z radov rehabilitačných pracovníkov.

Sjazd vysoko hodnotí veľmi dobrú sjazdovú morálku účastníkov, ktorí pozorne sledovali všetky sjazdové jednanja.

Sjazd vysoko hodnotí priekopnícku prácu organizátorov tohoto I. celoštátneho sjazdu rehabilitačných pracovníkov. Aby však výsledky tejto práce nezapadli, a aby sa mohla na tomto úseku cielavedome rozvíjať ďalšia činnosť, je nutné vytvoriť organizačný celok v rámci Purkyněovej spoločnosti.

Sjazd poukazuje na nedostatok kvalifikovaných lekárov pracujúcich v rehabilitácii a vyzdvihuje nutnosť, aby sa lekári v dostatočnej miere oboznamovali so základnou problematikou rehabilitácie už na vysokých školách a aby sa ďalšie lekárske kádre doškolovali v rámci ÚDL a SÚDL.

Špecializácia práce rehabilitačných pracovníkov vyžaduje, aby okrem pracovníkov so stredoškolským vzdelaním vznikla kategória RP- metodológov s vysokoškolským vzdelaním, v analógii logopédov a pod. Na všetkých zdravotníckych školách rehabilitačného typu je potrebné zaviesť event. rozšíriť výuku fyziológie pohybu, pedagogiky, psychológie a zintenzívniť možnosti výmeny rehabilitačných pracovníkov so zahraničím.

V postgraduálnej výchove je potrebné zamerať sa na výchovu špecialistov v jednotlivých lekárskejších disciplínach a vytvárať im také podmienky, aby mohli svoje poznatky a skúsenosti ďalej odovzdávať.

Účastníci sjazdu vysoko hodnotia prácu účelovej publikácie "Rehabilitácia", ktorú vydáva Ústav pre ďalšie vzdelávanie SZP v Bratislave, a žiadajú, aby tento časopis sa stal pravidelne vydávaným odborným orgánom pre otázky rehabilitácie.

Sjazd žiada, aby absolventi stredných zdravotníckych škôl rehabilitačného odboru neboli diferencovaní v platovom zaradení a aby sa kompetentné miesta zaoberali otázkami hmotného zabezpečenia pracovníkov v rehabilitácii.

Sjazd poukazuje, že je potrebné vytvárať podmienky, aby čím väčšie množstvo nášho obyvateľstva rozličných vekových stupňov mohlo vykonávať telesnú výchovu a tým predchádzať rôznym škodám na zdraví. Túto prevenciu je nutné uplatňovať najmä u detí školského veku, ktoré v dôsledku nedostatku ihrísk a bazénov nemajú možnosť fyziologického rozvoja svojho organizmu.

Sjazd dôrazne upozorňuje na veľké nedostatky v začleňovaní chorých po skončení liečebnej rehabilitácie do pracovného procesu, čím náročná a nákladná práca celého kolektívu pracovníkov v liečebnej rehabilitácii prichádza nazmar.

Sjazd navrhuje, aby sa druhý celoštátny sjazd RP konal za dva roky.

Sjazd vyjadruje vďaka a uznanie všetkým, ktorí sa aktívne zúčastnili na prípravných prácach nášho I. sjazdu a zaslúžili sa o jeho zdarný priebeh.

Kvalifikačné atestácie rehabilitačných pracovníkov sa budú konať v máji 1966 z interných a chirurgických smerov.

Prihlášky ku kvalifikačným atestáciám sa podávajú na organizačno-metodické oddelenie KÚNZ.

Prihláseným rehabilitačným pracovníkom oznámy presný termín konania atestácie Ústav pre ďalšie vzdelávanie SZP v Bratislave. V prípade potrebných informácií obráťte sa na Katedru rehabilitácie pri Ústave pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov, Bratislava, Bezručová 5

Pri kvalifikačných atestáciách má rehabilitačný pracovník preukázať znalosť metód objektívneho hodnotenia stavu pohybového ústrojenstva a aplikácie kineziológie, znalosť funkčných testov a ich hodnotenie. Samostatne vypracovať návrh liečebného postupu u chorých, kde základná choroba je sprevádzaná komplikáciami, ktoré postupne ovplyvňujú pracovný program a postup liečebnej telesnej výchovy a to teoreticky i prakticky.

Tézy a literatúra pre atestačnú kvalifikáciu z oblasti odborných smerov, organizácie zdravotníctva a spoločenských vied.

INTERNÉ SMERY

Základná literatúra:

Kruta-Selinger-Hornof: Úvod do fyziologie tělesných cvičení. Praha, SZdN 1954

Linc-Fleischman: Anatomia pohybového ústrojí. Praha, SZdN 1961

Vítek: Všeobecná neurologie

Bartko: Neurologia. Učebný text pre ZŠ, odbor RP Bratislava, Osve-
ta 1961

Bobek-Havránek: Vnitřní lékařstvo (2.diel) Praha aj Bratislava
1964 a 1966

Přerovský: Fyziatria. Praha aj Bratislava, 1961 a 1962

Obrda-Karpíšek: Rehabilitace nervově nemocných. Praha, SZdN 1964

Krutý: Rehabilitácia tuberkulózných. Bratislava, Obzor 1965

Kondáš-Török: Psychológia v rehabilitačnej starostlivosti. Brati-
slava, Obzor 1965

Zdravotnícka pracovnice roč. 15, 1965, č. 5 a všetky posledné roč-
níky

Fysiatrický věstník - posledné ročníky

Rehabilitácia - účelová publikácia ÚDVSZP roč. 1, 2, 3, 1963-1965

Máček-Štefanová-Švejcarová: Léčebná tělesná výchova při vnitřních
onemocněních dětského věku. Praha, SZdN 1959

Doporučená literatúra:

Trapl-Friedlándrová: Preventivní a léčebný tělocvik ženy Praha,
SZdN 1961

Poláková: Léčebná tělesná výchova u Bechterevovej choroby

Moškov: Léčebná telovýchova v kúpeľoch a sanatóriách. Bratislava,
SAV 1952

Škoda-Škodová: Léčba psychóz prostředím. Bratislava, SAV 1959

Léčebná tělesná výchova - archy MZd

CHIRURGICKÉ SMERY

Základná literatúra:

Eis-Křivánek: Ortopedie a ortopedická protetika. Praha, SZdN 1965

Lánik a kol.: Učebnica rehabilitácie a LTV v chirurgických odbo-
roch. Bratislava, Obzor 1966 (v tlači)

Novák: Rehabilitace po úrazech. Praha, SZdN 1953

Píček: Péče o amputované. Praha, SZdN 1953

Berdychová-Jaroš-Škvára: Výchova k správnemu držení těla. Praha,
SPN 1958

Kliment: Telocvik pre tehotné ženy. Bratislava, VÚZO 1954

Lánik: Učebnica všeobecnej a špeciálnej kineziológie. Bratislava, SPN 1961

Choven: Názvoslovie prostných cvičení. Bratislava, SVTVŠ 1956

Janda: Svalový test. Praha, SZdN 1961

Trapl-Friedlándrová: Preventívni a léčebny tělocvik ženy. Praha, SZdN 1961

Acta chirurgiae ortopaedicae et traumatologiae Cechoslovaca.
(posledné ročníky)

Rehabilitácia - účelová publikácia ÚDVSZP Bratislava

Lánik-Lániková-Červenanský-Škrovina: Rehabilitácia následných stavov po kapsulárnej atropplastike. Bratislavské lekárske listy 44/I 1964, č.11

Doporučená literatúra:

Fršjka: Základy ortopedické chirurgie. Praha, SZdN 1964

Tošovský-Strikal-Syrovátka: Dětské zlomeniny. Praha, SZdN 1961

Obrda-Karpíšek: Rehabilitace nervově nemocných. Praha, SZdN 1964

Janda: Léčení poliomyelitídy. Praha, SZdN 1961

Kruta-Seliger-Hornof: Úvod do fyziologie tělesných cvičení. Praha, SZdN 1954

T Ě Z Y

Organizácia zdravotníctva

Zdravotníctvo predstavuje súhrn činností, ktoré majú slúžiť k ochrane a upevňovaniu zdravia. Obsah a formy tejto činnosti závisia od hospodárskych a politických základov spoločnosti. V podmienkach socialistickej spoločnosti nejde o činnosť náhodnú, živelnú ale o sústavu ochrany a upevňovania zdravia, ktorej základom je vedeckosť a plánovitosť.

Jedným zo základných predpokladov úspešnej práce každého zdravotníka je poznanie vedeckých základov socialistickeho zdravotníctva a jeho organizácie. Bez tohto poznania nie je možné rozvíjanie nových, pokrokových metód v práci zdravotníckych pracovníkov.

Z toho vyplýva pre pracovníkov zdravotníctva nutnosť študovať a

poznávať základné zákonitosti života, zdravia, choroby a ich závislosti od prostredia, študovať a poznať vedecké základy sústavy ochrany a upevňovania zdravia, i organizačnú štruktúru orgánov (zariadení) zdravotníctva a zásady organizácie práce.

Pre prípravu k atestačným skúškam z organizácie zdravotníctva je treba študovať a osvojovať si najmä tieto základné otázky organizácie zdravotníctva:

1. Vývoj zdravotníctva

Svetový vývoj zdravotníctva. Vývoj zdravotníctva v ČSSR. Základné čs. zdravotnícke zákony a iné normy.

2. Zásady socialistického zdravotníctva

Základné predpoklady socialistického zdravotníctva. Hlavné princípy socialistického zdravotníctva.

3. Riadenie zdravotníctva

Riadiace orgány zdravotníctva. Riadenie a plánovanie zdravotníctva.

4. Dobrovolné organizácie

Úlohy Revolučného odborového hnutia pri ochrane a upevnení zdravia pracujúcich. Orgány ROH. Organizácia a úlohy Čsl. červeného kríža.

5. Organizačná štruktúra zdravotníctva

Celkový prehľad štruktúry zdravotníctva. Okresné ústavy národného zdravia. Krajské ústavy národného zdravia. Ostatné zariadenia zdravotníctva. Zdravotníctvo odboru štátnej zdravotnej správy.

6. Hygienicko-epidemiologická starostlivosť

Úlohy a odbory hygienicko-epidemiologickej služby. Orgány hygienicko-epidemiologickej služby. Zariadenia hygienicko-epidemiologickej služby. Zabezpečovanie hygienicko-epidem. úloh.

7. Liečebno-preventívna starostlivosť

Liečebno-preventívne zariadenia. Obvodný systém práce - dispenzárna starostlivosť. Organizácia ambulantnej starostlivosti

v meste a na vidieku. Organizácia nemocničnej starostlivosti. Zjednotená nemocnica. Liečebno-ochranný poriadok.

8. Starostlivosť o pracujúcich v priemysle
Závodné zdravotnícke zariadenia. Organizácia a náplň zdravotnej služby v závodoch. Boj proti pracovným úrazom. Posudková činnosť.
9. Starostlivosť o ženy a deti
Starostlivosť o ženy a deti vo vidieckom obvode a v meste. Špeciálne zdravotnícke zariadenia tejto starostlivosti. Školská zdravotná služba. Dojčenské ústavy, detské domovy, jasle.
10. Zdravotnícka osвета
Úlohy a organizácia zdravotníckej osvety. Hlavné zásady a metódy zdravotníckej osvety.
11. Zdravotnícka dokumentácia a štatistika
Získavanie údajov zo základného záznamníctva. Spracovanie štatistických dát. Druhy štatistík, ktoré sú používané v zdravotníctve.
12. Zabezpečenie pracujúcich v prípade nemoci a pracovnej neschopnosti
Bezplatnosť zdravotnej starostlivosti. Nemocenské poistenie a sociálne zabezpečenie.
13. Zdravotnícke kádre
Kategórie zdravotníckych pracovníkov. Výučba a doškolenie zdrav.pracovníkov. Funkcie zdrav.pracovníkov. Rozmiestňovanie zdravotníckych pracovníkov.

L i t e r a t ú r a

- Palec: Teorie a organizace zdravotnictví. Učebnice pro SZŠ. Praha, SZdN 1966
- Štich: Ochrana zdraví v Sovětském svazu a lidově demokratických státech. Praha, SZdN 1960
- Macúchova: Sborník zdravotníckych predpisov. Martin, Osveta 1954
- 15 let nového československého zdravotnictví 1945-1960. Praha, SZdN 1960

Základy marxizmu-leninizmu

V súčasnej dobe stojí pred pracovníkmi zdravotníctva úloha aktívne sa zúčastňovať na budovaní socialistickej sústavy ochrany zdravia pracujúcich. Úspešné realizovanie tejto úlohy predpokladá, aby si všetci zdravotníci pracovníci osvojovali okrem odborných vedomostí, založených na najnovších poznatkoch vedy a techniky, tiež základy marxizmu-leninizmu. Marxizmus-leninizmus ako ucelený systém filozofických, ekonomických a sociálnopolitických názorov im umožní utvárať si a prehĺbovať vedecký názor na svet, prekonávať účinné rôzne prežitky minulosti a vytvárať správne vzťahy zdravotníkov k spoločnosti i zdravotníkov navzájom voči sebe. V úzkej jednote odborného a ideologického vzdelávania je predpoklad, že pracovníci zdravotníctva splnia svoju časť úloh pri dovršení socialistickej výstavby a vytváraní predpokladov pre prechod ku komunistickej spoločnosti v našej vlasti.

Na základe štúdia a poznania základov marxizmu-leninizmu, na základe poznávania zákonitostí vývoja v prírode a spoločnosti sa budú môcť pracovníci zdravotníctva ešte aktívnejšie zúčastňovať na celom spoločenskom dianí a revolučných premenách vo vedomí ľudí aj v otázkach aktívnej ochrany a upevňovania zdravia pracujúcich.

Pre prípravu k atestačným skúškam je potrebné študovať a osvojiť si najmä tieto základné otázky marxizmu-leninizmu:

I.

Filozofické základy marxisticko-leninského svetového názoru

1. Filozofický materializmus

Materializmus a idealizmus. Čo je hmota vo filozofickom zmysle. Všeobecné formy bytia materiálneho sveta. Vedomie ako vlastnosť zvláštnym spôsobom organizovanej hmoty. Odporcovia filozofického materializmu.

Literatúra: Základy marxizmu-leninizmu, kap.1., str. 15-39

2. Materialistická dialektika

Všeobecná súvislosť javov. Kvantitatívne a kvalitatívne zmeny v prírode a spoločnosti. Boj protikladov ako zdroj vývoja. Vývoj od nižšieho k vyššiemu. Dialektika ako metóda poznania a pretvárania sveta.

Literatúra: Základy marxizmu-leninizmu, kap. 2., str. 54-88.

3. Teória poznania

Prax ako základ a cieľ poznania. Poznanie ako odraz objektívneho sveta. Učenie o pravde. Prax ako kritérium pravdy.

Literatúra: Základy marxizmu-leninizmu, kap.3, str. 89-116.

II.

Materialistické chápanie vývoja spoločnosti

1. Materiálna výroba - základ spoločenského života

Úloha práce pri vzniku spoločnosti a v jej živote. Úloha geografického prostredia vo vývoji spoločnosti. Význam rastu obyvateľstva vo vývoji spoločnosti. Dve stránky spôsobu výroby - výrobné sily a výrobné vzťahy. Určujúca úloha výrobného spôsobu pri zmene foriem spoločenského života.

Literatúra: Základy marxistickej filozofie, kap. 11., str. 372-397.

2. Vzájomné pôsobenie výrobných síl a výrobných vzťahov

Závislosť výrobných síl od charakteru výrobných vzťahov. Vplyv výrobných vzťahov na rozvoj výrobných síl. Protirečenia medzi výrobnými silami a výrobnými vzťahmi za kapitalizmu. Vzájomná súvislosť výrobných síl a výrobných vzťahov za socializmu.

Literatúra: Základy marxistickej filozofie, kap. 11., str. 398-425.

3. Základňa a nadstavba spoločnosti

Pojem základne a nadstavby spoločnosti. Určujúca úloha základne vo vzťahu k nadstavbe. Prevrat v základni a nadstavbe spoločnosti. Aktívna úloha nadstavby.

Literatúra: Zákl.marxistickej filozofie, kap. 14., str. 426-443.

4. Triedy, triedny boj a štát

Podstata triednych rozdielov a vzťahov medzi triedami. Štát ako nástroj triednej nadvlády. Triedny boj - hybná sila vývinu vykorisťovateľskej spoločnosti. Základné formy triedneho boja proletariátu.

Literatúra: Zákl.marxizmu-leninizmu, kap.5, str. 151-175.

5. Spoločenské vedomie a jeho úloha v živote spoločnosti

Spoločenské vedomie ako odraz spoločenského bytia. Formy spoločenského vedomia:

- a) politické a právne názory,
- b) veda,
- c) filozofia

Literatúra: Zákl.marxistickej filozofie, kap. 11., str.543-554.

d) morálka

pôvod, podstata a úlohy morálky. Morálka socialistická a buržoázna. Socialistický pomer k práci a socialistickému vlastníctvu. Vlastenectvo a internacionalizmus ako rysy socialistickej morálky. Boj s prežitkami buržoáznej morálky v spôsobe práce, spoločenskom a osobnom chovaní.

Literatúra: Základy marxistickej filozofie, kap. 19, str. 554-561.

Súbor článkov o morálke socialistického zdravotníka (Zdravotnícke noviny roč.1958-1959);
Morálka socialistického zdravotníka (Zdravotnícke aktuality MZd, ročník 1959).

e) náboženstvo

Náboženstvo ako fantastický, zvrátený názor na svet. Príčiny vzniku náboženstva. Nezmieriteľnosť náboženstva a vedy. Reakčná úloha náboženstva. Protiklad marxistického svetového názoru a náboženstva. Príčiny pretrvávania marxistického svetonázoru a náboženstva. Príčiny pretrvávania náboženských predstáv. Význam ateistickej výchovy.

Literatúra: Základy marxistickej filozofie, kap. 17., str.561-566.

Lenin: O náboženstve, Spisy zv.15, str.353-370.

6. Úloha ľudových mas a osobností v dejinách

Ľudové masy ako tvorcovia dejín. Úloha osobností v dejinách. Úloha ľudových mas v spoločensko-politickom živote spoločnosti.

Literatúra: Základy marxizmu-leninizmu, kap.6, str. 176-193.

III.

Učenie o socializme a komunizme

1. Základné črty socialistického spôsobu výroby

Spoločenské vlastníctvo a jeho formy. Základný cieľ socialistickej výroby. Plánovitý rozvoj národného hospodárstva. Tovarová výroba a zákon hodnoty za socializmu. Práca za socializmom. Socialistická rozšírená reprodukcia.

Literatúra: Základy marxizmu-leninizmu, kap.23, str.579-606.

2. Sociálno-politický a kultúrny profil soc. spoločnosti
Socialistická demokracia. Družba národov socialistickej spoločnosti. Kultúra socialistickej spoločnosti. Socializmus a osobnosť. Hybné sily vývinu socialistickej spoločnosti.
Literatúra: Základy marxizmu-leninizmu, kap.24, str.607-636.
3. Svetová socialistická sústava
Vznik svetovej socialistickej sústavy. Princípy vzájomných vzťahov socialistických štátov. Rozvoj svetového socialistickeho hospodárstva. Vznik a význam Rady vzájomnej hosp.pomoci.
Literatúra: Základy marxizmu-leninizmu, kap.25, str.637-657.
4. Prechodné obdobie od socializmu ku komunizmu
Vytvorenie materiálno-technickej základne komunizmu. Komunistickej výchova pracujúcich. Rozvoj socialistickej demokracie. Postupné stieranie triednych a iných sociálnych rozdielov.
Literatúra: Základy marxizmu-leninizmu, kap.26, str.663-705.
5. O komunistickej spoločnosti
Spoločnosť všeobecného dostatku. Každý podľa schopností - každému podľa potrieb. Osoba v komunistickej spoločnosti. Spolunažívanie národov v komunistickej spoločnosti.
Literatúra: Základy marxizmu-leninizmu, kap.27, str.712-730.

IV.

Medzinárodné v z ť a h y

1. Veľká októbrová socialistická revolúcia
Prvá socialistická revolúcia - základný prelom v dejinách ľudstva. Význam Veľkej októbrovej socialistickej revolúcie pre
 - a) rozvoj revolučného robotníckeho hnutia,
 - b) medzinárodné mierové hnutie,
 - c) národnooslobodzovací boj.
Literatúra: Základy marxizmu-leninizmu, kap.24, str. 321-337.
2. Národnooslobodzovacie hnutie národov
Robotnícke hnutie a národnostná a koloniálna otázka. Rozpad koloniálnej sústavy. Boj národov Ázie a Afriky za oslobodenie

a upevnenie nezávislosti. Boj krajín Latinskej Ameriky za skutočnú nezávislosť. Nová forma koloniálnej politiky. Socialistická sústava - opora národov v boji proti kolonializmu.

Literatúra: Základy marx.-leninizmu, kap.16, str.405-441, Prehlásenie porady predstaviteľov kom.a robot.strán z novembra 1960 (uverejnené v dennej tlači v decembri 1960).

3. Vojnové nebezpečenstvo a boj národov za mier

Ohrozovanie ľudstva imperializmom. Robotnícka trieda a vojna. Ochrana mieru a možnosti odvrátenia vojny v súčasnej epoche.

Literatúra: Zákl.marx.-leninizmu, kap.19, str. 471-487, Prehlásenie porady predstav.kom.a robot.strán z novembra 1960. (Uverejnené v dennej tlači v decembri 1960)

O B S A H

Palát, M.: Úvod	87
Török, I.: Rehabilitácia v psychiatrii	89
Kondáš, O.-Török, I.: Osobitosti metodiky v psychia- trickej rehabilitácii	93
Matulay, K.: Úvod do praxe rehabilitácie afázií	99
Leischner, A.: Rehabilitácia afázií	107
Křížek, V.-Štěpánek, P.: Léčebna tělesná výchova u dny	113
Mišík, V.: Použitie diadynamických prúdov v rehabi- litačnej praxi	125
Vyhnalíková, M.: Naše zásady a zkušenosti při léčbě perinatální encephalopathie	131
Vála, A.: Cvičení v představě	135
Šenková, A.: Metodický postup léčebné tělesné vý- chovy u nemocných kterým byl proveden operativní záves kyčle dle Vosse	137
Přehľad literatúry	140
Zprávy zo sveta	143
Zprávy z domova	147
Zprávy z Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP	149

Saibert, Z., Fait, M.: Zásady prevence a organizace boje proti skolióze	47
Šána, M., Emr, J.: Vyšetřování skoliotiků, hodnocení klinických příznaků a rentgenových snímků	25
Třetinová, Z.: Léčení skolióz v denním stacionáři	67

O B S A H
III. ročníka 1965

Benko, J., Wagenhoferová, M.: Detská mozgová obrna a jej rehabilitácia	43
Huraj, E.: Problematika rehabilitácie úrazov v geriatrickej	15
Chrást, B.: Nervová soustava ve stáří	7
Kondáš, O., Török, I.: Osobitosti metodiky v psychiatrickej rehabilitácii	93
Křížek, V., Štěpánek, P.: Léčebná tělesná výchova u dny	113
Krutý, R.: Výcvik tuberkulózných osôb so zmene- nou pracovnou schopnosťou	59
Leischner, A.: Rehabilitácia afázií	107
Mastný, V., Sochorová, M.: Rehabilitace u amputo- vaných	21
Matulay, K.: Úvod do praxe rehabilitácie afázií	99
Mišík, V.: Použitie diadynamických prúdov v re- habilitačnej praxi	125
Palát, M.: Úvodom	1,87
Palát, M.: Niekoľko poznámok k problematike stárnutia	3
Sochorová, M., Mastný, V.: Rehabilitace u amputo- vaných	21
Šána, M.: Rehabilitace u paréz lýtkového nervu	53
Šenková, A.: Metodický postup léčebné tělesné výchovy u nemocných kterým byl pro- veden operativní závěs kyčle dle Vosse	137
Škodáček, P.: Léčebná práce pri reumatických chorobách	73

Štěpánek, P., Krížek, V.: Léčebna tělesná výchova u dny	113
Török, I.: Rehabilitácia v psychiatrii	89
Török, I., Kondáš, O.: Osobitosti metodiky v psy- chiatrickej rehabilitácii	93
Vála, A.: Cvičení v představě	135
Vyhnalíková, M.: Naše zásady a zkušenosti při léčbě perinatální encephalopathie	131
Wagenhoferová, M., Benko, J.: Detská mozgová obrna a jej rehabilitácia	43

K o n z u l t á c i a

Gecík, K.: Komunistická výchova zdravotníckych pracovníkov	27
Prehľad literatúry	31, 79, 140
Zprávy z domova	39, 147
Zprávy zo sveta	143
Zprávy z Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP	82, 149
Zprávy z knižnice	41, 83

S u p p l e m e n t u m

Eis, E.: Péče o skoliotiky v rámci zvláštní těles- né výchovy na školách	63
Emr, J., Šána, M.: Vyšetřování skoliotiků, hodnocení klinických příznaků a rentgenových snímků	25
Fait, M., Saibert, Z.: Zásady prevence a organizace boje proti skolioze	47
Fiala, L.: Zásady rehabilitace v odborných ústavech	67
Kalman, E.: Chirurgická léčba skolióz	71
Lánik, V.: Všeobecná charakteristika skolióz	7
Palát, M.: Funkcia dýchania a obehu skolióz	39
Pokorná, I.: Depistáž skoliózy u dětí v jeslách a materských školách	53