

OBSAH

EDITORIAL	
V. Lánik: K otázke poúrazovej rehabilitácie	193—194
■	
PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE	
K. Milanovská, D. Konieczna, K. Mikulska, A. Ruszkiewicz, M. Gudzio: Možnosti a výsledky rehabilitácie starších ľudí po zlomeninách kľčka stehnovej kosti	195—199
M. Ehalt: Rehabilitácia pacienta s priečnou léziou miechy	201—204
S. Bankov: Kineziologické hľadiská pri rehabilitácii po úrazových kontraktúrach lakťa	205—210
H. Rettig: Zásady rehabilitácie po detských úrazoch	211—215
W. Presber: Sociálne a ekonomické hľadiská rehabilitácie u pacientov s priečnym poškodením miechy po úraze	217—223
V. Lánik: Podiel poúrazovej rehabilitácie na práci rehabilitačných oddelení ÚNZ na Slovensku	225—230
■	
SÚBORNÉ REFERÁTY	
Š. Kišoň, M. Palát: Farmakoterapia v oblasti liečebnej rehabilitácie III.	231—239
■	
SPRÁVY Z PÍ SOMNÍCTVA	241
■	
RECENZIE KNÍH	241—249
■	
SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ	250—253
■	
SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP	254
■	
OBSAH ROČNÍKA IV/1971, čísiel 1—4	255—256

Rehabilitácia

Časopis pre otázky liečebnej a pracovnej rehabilitácie Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave.

Vydáva Vydavateľstvo OBZOR v Bratislave, ul. Čs. armády 29/a, Tlačia Nitrianske tlačiarne, n. p. Nitra.

Redakčná rada:

Miroslav Palát, šéfredaktor, Marta Bartovicová, Vladimír Látnik, Karel Lewit, Štefan Litomerický, Miloš Máček, Květa Pochopová, Marie Večeřová, členovia.

Grafická úprava: Jozef Hrazdil.

Jazyková úprava: Mikuláš Rumpel.

Adresa redakcie: Bratislava-Kramáre, Limbová ul.

Adresa administrácie: Vydavateľstvo OBZOR v Bratislave, ul. Čs. armády 29/a.

LEKÁRSKY OBZOR

prináša súborné referáty a pôvodné práce určené pre ďalšie vzdelávanie lekárov.

Informuje o pokrokoch lekárskej vedy, dôležitých pre lekársku prax.

Vychádza ako mesačník a cena jedného čísla je Kčs 6,—.

Objednávky prijíma administrácia Vydavateľstva OBZOR, BRATISLAVA, ul. Čs. armády 29/a.

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK IV/1971

ČÍSLO 4

EDITORIAL...

K OTÁZKE POÚRAZOVEJ REHABILITÁCIE

Pri rozvíjaní rehabilitácie treba na jednej strane rozšíriť množstvo poznatkov o všeobecných zásadách evaluácie a stavbe rehabilitačných plánov, postupov a procedúr, na druhej strane však treba organizačne a odborne zabezpečiť hlavné indikačné oblasti, v ktorých sa rehabilitácia uplatňuje.

Medzi indikačné oblasti, ktoré sú zvlášť významné pre dosiahnuteľné efekty a pre možnosť podstatnej úpravy pracovnej spôsobilosti a znovuzaradenia postihnutého do sociálnej a ekonomickej sféry spoločnosti, patria vedľa afekcií na srdcocievnych ústrojoch poúrazové stavy.

Úrazy a ich následky sa v posledných rokoch kvantitatívne aj kvalitatívne podstatne zmenili. Zvýšená industrializácia, mechanizácia poľnohospodárstva a iných výrobných odvetví, stupňovanie výkonov v športe, technizácia domácich prác a najmä prudký rozvoj dopravy zvyšujú výskyt úrazov, ktorý sme mohli pri prieskume na rehabilitačných oddeleniach štatisticky dokázať.

Spomenuté faktory, ako aj ustavičné zvyšovanie civilizačnej úrovne, demografické zmeny v štruktúre obyvateľstva vyvolané okrem iného predĺžením ľudského veku, vyžadujú u väčšiny populácie zvýšené neuropsychické vypätie, vyššiu výkonnosť, a tým preťažujú organizmus a jeho funkcie.

Následky úrazu preto nezávisia len od jeho typu a od jeho rozsahu, ale aj od kondičného stavu organizmu postihnutého úrazom. Vyčerpaní, neurotickí a stresmi preťažení jedinci znášajú totiž poškodenie vyvolané úrazom oveľa ťažšie ako jedinci v dobrej kondícii a s vysokou funkčnou zdatnosťou organizmu.

Ďalšou kvalitatívnou zmenou je narastanie úrazov u starcov a pri populačnom rozvoji aj u detí. Oboje si vyžaduje úpravu zaužívaných rehabilitačných postupov aj celkového prístupu k postihnutým.

Úrazy sa však zmenili aj po inej stránke. Klesá počet tzv. drobných úrazov a narastá počet ťažkých — mrzaciacich úrazov, úrazov kombinovaných a

mnohopočetných. Stúpa počet amputácií, počet priečných lézií miechových, a najmä počet ťažkých mrzačiacich zranení ruky. Z tohto náčrtku vyplývajú pre rozvoj rehabilitácie tieto závery:

1. Pri úrazoch treba vo zvýšenej miere brať zreteľ na kondíciu pacienta a celkový stav funkčnej zdatnosti jeho organizmu i jednotlivých ústrojov.

2. Treba rozpracovať rehabilitačné postupy pri úrazoch starších pacientov a u detí.

3. Pri polytraumatizmoch treba pri stavbe rehabilitačného plánu prihliadať na všetky úrazom postihnuté ústroje a časti tela (hlavne na stav a funkčné zmeny nervových a interných ústrojov).

4. Od dnešného stavu viac-menej šablónovitého prístupu k poúrazovým stavom treba prejsť ku špecifikácii a individualizácii podľa typu postihnutia, a to tak pri stavbe rehabilitačných plánov, ako aj pri voľbe rehabilitačných procedúr. Nemožno hovoriť prosto „o úraze na hornej končatine“, ale treba presne určiť, o aký úraz ide a v čom sú špecifické jeho zvláštnosti.

5. Treba zabezpečiť ústredne vždy v jednom špecializovanom centre rehabilitáciu najťažších druhov úrazov, ako sú mutilujúce úrazy, amputácie, priečne lézie miechové, ťažké úrazy mozgu a podobné stavy.

Aby sme dosiahli potrebnú úroveň v oblasti rehabilitácie pacientov po úrazoch, musíme vynaložiť ešte veľké úsilie tak vo výskume, ako aj pri ďalšom školení a vzdelávaní lekárov a rehabilitačných pracovníkov.

Príspevkom k splneniu tejto úlohy je toto číslo nášho časopisu *Rehabilitácia*.

Dr. V. L á n i k, Bratislava

MOŽNOSTI A VÝSLEDKY REHABILITÁCIE STARŠÍCH ĽUDÍ PO ZLOMENINÁCH KRČKA STEHNOVEJ KOSTI

K. MILANOVSKÁ, D. KONIECZNA, K. MIKULSKA,
A. RUSZKIEWICZ, M. GUDZIO

*Rehabilitačná klinika Inštitútu ortopédie a rehabilitácie
Medicínskej akadémie v Poznani*

*Riaditeľ Rehabilitačnej kliniky: Doc. Dr. J. Tomaszewska
Riaditeľ Inštitútu prof. Dr. A. Senger*

Úraz alebo choroba, ktorá postihne staršieho človeka, zvyšuje a urýchľuje rozvoj prípadnej stareckej bezmocnosti. Je to preto, že úraz predstavuje v organizme, v ktorom sa vyvíjajú involučné zmeny, ďalší faktor oslabujúci a zhoršujúci funkcie, ktoré sú už i tak na hranici svojich možností. Zlomenina kĺčka stehnovej kosti znemožňuje starému človeku chodiť, pripútava ho na lôžko a tým urýchľuje zníženie jeho celkovej telesnej zdatnosti. To však neznamená, že starého človeka nemáme liečiť a rehabilitovať. Aj keď starý človek sa ťažko lieči a ošetruje, ťažko vytvára sociálne vzťahy a je pre svoju bezmocnosť popudlivý, predsa má rovnaké právo na príjemný život ako mladý človek (Watson — Jones).

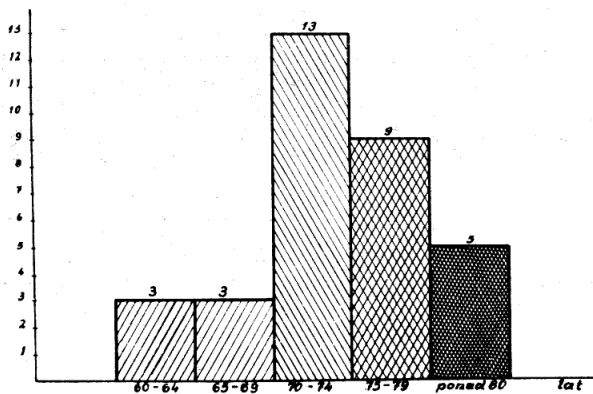
Obnovenie schopnosti chodiť a zlepšenie celkovej telesnej zdatnosti starého človeka postihnutého zlomeninou kĺčka stehnovej kosti predpokladá, že mu poskytneme komplexnú liečbu (chirurgickú a ortopedickú) a zabezpečíme čo najvčaššie jeho rehabilitáciu.

V príspevku popíšeme postup rehabilitácie starého človeka po zlomenine kĺčka stehnovej kosti, ktorej všeobecným znakom je viac-menej latentné zníženie telesnej zdatnosti a poukážeme na výsledky, ktoré možno rehabilitáciou dosiahnuť.

V roku 1969 sme na Rehabilitačnej klinike Inštitútu pre ortopédiu a rehabilitáciu Medicínskej akadémie v Poznani ošetrovali 32 starých ľudí po zlomenine kĺčka stehnovej kosti. Väčšina z týchto pacientov, spolu 26, malo 70 až 85 rokov (tab. 1). Pretože bol v súbore — ako z tabuľky vidieť — len jeden muž, možno považovať súbor za homogénny aj z hľadiska pohlavia.

Pacientov poslali na Rehabilitačnú kliniku z oddelení úrazovej chirurgie alebo z ortopedickej kliniky, a to 6—8 týždňov po úraze, 24 pacientov operovali, u 8 z nich použili Austin-Moor-ovu protézu, u 16 urobili syntézu klincom. Zostávajúcich 8 žien ošetrili konzervatívne derotačným sadrovým obvazom.

Pri prijatí 2/3 pacientov nemohli chodiť, začali však už u nich výcvik na prípravu státiť. Vstupné vyšetrenie ukázalo, že pacientky mali zníženú silu svalov na horných končatinách, a to na stupeň 3 až 4 (podľa Lovettovej stup-



Obr. 1 — Vek rehabilitovaných pacientov po zlomeninách kĺčka stehrovej kosti

nice), ďalej veľmi slabé brušné svaly a obmedzenie pohyblivosti v bedrovom a v kolennom kĺbe postihnutej končatiny. Polovica pacientiek mala bolesti v postihnutom kĺbe. 8 pacientiek malo krvný tlak (systolický) 160—180 mm Hg a 6 pacientiek malo príznaky relatívnej cirkulačnej insuficiencie s edémami na dolných končatinách, zväčšením pečene a tachykardiou.

Pre pacientky sme zostavili takýto rehabilitačný program:

a) V prvom týždni individuálne cvičenia na zlepšenie celkovej kondície, ktoré zahrňovali aktívne cvičenia hornými končatinami a trupom, ďalej dýchacie cvičenia, asistované cvičenia dolnými končatinami, posturálny výcvik na šikmom stojane a na posteli.

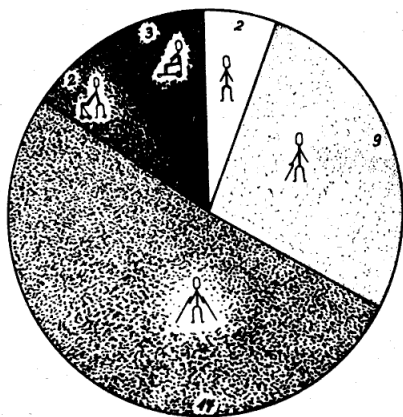
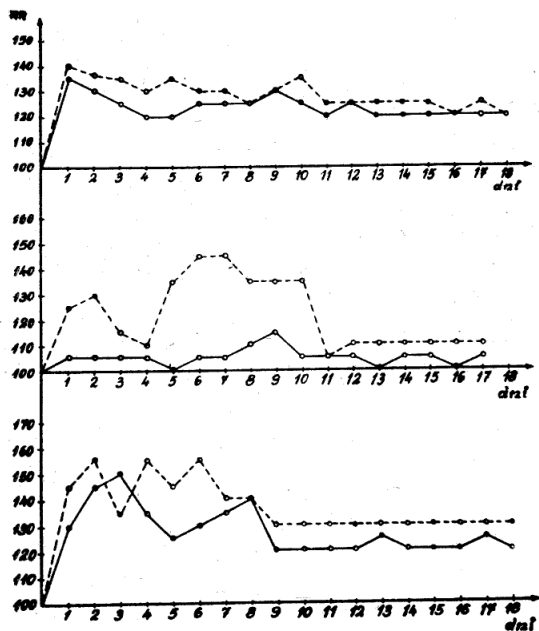
Na zlepšenie krvného tlaku (obehu) dolných končatín sme aplikovali manuálnu masáž, u zdatnejších vírivú masáž dolných končatín. Cvičenia sme robili v rozličných polohách v ľahu a v sede, pomalým tempom s častými prestávkami.

b) V druhom týždni sme k individuálnym cvičeniam pridali skupinové cvičenia, ktoré trvali 20—30 min. — tiež vo vybraných polohách a pomalým tempom. Výcvik chôdze sme začali na barlách na chodenie. Ergoterapiu sme zameriavali na všedné činnosti: pletenie a tkanie na krosnách, ovládaných nohou.

V prvom týždni rehabilitácie sme po cvičení pozorovali nepravidelnosti krvného obehu, zvýšenie krvného tlaku a frekvencie pulzu, pričom úprava týchto príznakov sa normalizovala dlhšie. (Tab. 2)

V druhom týždni väčšina spomenutých príznakov sa už neobjavovala, pacient sa stával postupne mobilnejším, lebo sa naučil chodiť bez pomoci. Na všetky pacientky dozeral internista, ktorý podľa potreby ordinoval lieky na úpravu krvného obehu.

Priemerne trvala rehabilitácia a pohyb pacientiek na Rehabilitačnej klinike 7,5 týždňa. Výsledky ukazuje tab. č. 3. 2 pacienti odišli na vlastných nohách bez pomoci, 9 používalo pri chôdzi palicu pre určitú bolestivosť v bedrovom kĺbe, 17 chodilo s francúzskymi barlami, lebo pre nedostatočné zhojenie kostí nemohli postihnutú končatinu zatažovať, 2 pacientky používali vozíček na chodenie, 3 pacientky sa naučili pohybovať len na vozíčku v miestnosti. Tieto tri pacientky sme nemohli naučiť chodiť pre pridružené iné choroby. Jedna



Obr. 3 — Výsledky rehabilitácie pacientov po zlomeníne kľčka stehrovej kosti

Obr. 2 — Zmeny systolického krvného tlaku pred (plná čiara) a po cvičení (prerušovaná čiara)

z nich, 76-ročná, mala hemiplégiu a Parkinsonovu chorobu, druhá, 83-ročná, trpela na cirkulačnú insuficienciu a značnú dementiu, ktorá zabraňovala nadviazať s ňou kontakt. Tretia, 72-ročná, mala žalúdočný vred, prekonala infarkt a trpela na následnú nefritídu.

U ostatných pacientiek [29] sme okrem obnovenia schopnosti chodiť podstatne zlepšili celkovú kondíciu, ktorá im umožňuje, že sú pri výkone všedných funkcií nezávislé na druhej osobe a že niektoré z nich mohli vykonávať aj domáce práce. Treba spomenúť, že pacientky, ktoré dostali Austin-Moorovu protézu, začali skôr chodiť a polovica z nich používala pri chôdzi len palicu.

Diskusia o výsledkoch

Vyšší krvný tlak a symptómy cirkulačných nepravidelností, ktoré sa vyskytli v prvej fáze rehabilitácie starých ľudí po zlomeninách kľčka stehrovej kosti, nevyžadovali prerušenie rehabilitácie. Podľa Sallera, ktorý vyšetroval krvný tlak u 12 579 osôb rozličného veku, je systolický tlak u 60-ročných žien priemerne 152 mm Hg. Cirkulačné nepravidelnosti u našich pacientiek prestali, keď sme cvičenia opatrne dávkovali a keď sa postupne zlepšovala celková ich zdatnosť.

To, že skoro polovica osôb [17 pacientiek] mohla sa naučiť chodiť len o barlách, vysvetľujeme tým, že konzervatívne liečené pacientky a pacientky po osteosyntéze klincom nemohli ešte zafažovať postihnutú dolnú končatinu.

Okrem toho výsledky, ktoré sme uviedli, sú včasné. Kontrolné vyšetrenie po 2 mesiacoch ukázalo, že ďalších 9 pacientiek mohlo odložiť palicu a chodiť bez pomôcky.

Závery

1. Rehabilitácia starých ľudí po zlomenine krččka stehnovej kosti vyžaduje opatrné stupňovanie a dávkovanie cvičení, a to pre viac-menej zníženú telesnú zdatnosť týchto osôb.

2. Symptómy cirkulačnej nepravidelnosti, ktoré sa objavujú v prvej perióde rehabilitácie, si nevyžadujú prerušenie cvičenia. Len čo sa organizmus prispôsobí na dávkovanú stupňovanú námahu, vymiznú.

3. Rehabilitáciou starých ľudí po zlomeninách krččka stehnovej kosti obnovíme ich schopnosť chodiť, zlepšime celkovú ich schopnosť chodiť, zlepšime celkovú ich telesnú zdatnosť a zachránime ich pred stareckou bezvládnosťou.

*К. Милановская, Д. Конieczная, К. Микульская,
А. Русскиевич, М. Гудзио: Возможности и результаты
реабилитации пожилых людей после перелома шейки бедра*

Резюме

1. Реабилитация пожилых людей после перелома шейки бедра требует осторожного расширения и дозировки упражнений именно из-за более или менее пониженной физической способности этих лиц.

2. Симптомы неправильной циркуляции, появляющиеся в первой фазе реабилитации, не должны быть причиной прекращения упражнений. Как только организм приспособится к дозируемому нарастающему напряжению, они исчезают.

3. Путем реабилитации пожилых людей после перелома шейки бедра восстанавливается их способность к ходьбе, улучшается их способность к ходьбе вообще, повышается общая их физическая способность и они спасаются от старческого бессилия.

*K. Milanovská, D. Konieczna, K. Mikulska, A.
Ruszkiewicz, M. Gudzić: Possibilities and results of
rehabilitation in elderly people after fractures of coli femoris*

Summary

1. Rehabilitation in elderly people after fractures of coli femoris requires careful grading and dosing of exercise therapy due to the decreased physical fitness of these patients.

2. Symptoms of circulatory irregularities manifesting themselves in the first phase of rehabilitation do not call for an interruption of this treatment. The organism will adapt itself to the graded doses of load and the mentioned symptoms will disappear.

3. Rehabilitation in elderly people after fractures of coli femoris renews their walking ability, their physical fitness generally and saves these patients from senile immobility.

K. Milanovská, D. Konieczna, K. Mikulska, A. Ruszkiewicz, M. Gudzie: Procédés et résultats de réhabilitation de personnes âgées après fractures du col du fémur

Résumé

1. La réhabilitation des personnes âgées après une fracture du col du fémur, exige une augmentation et un dosage prudents d'exercices, en raison de la capacité physique, plus ou moins réduite, de ces personnes.

2. Les symptômes des troubles circulatoires apparaissant dans la première période de la réhabilitation, n'exigent aucun arrêt de l'entraînement physique. Ils disparaissent dès que l'organisme s'adapte à la fatigue dosée croissante.

3. La réhabilitation des personnes âgées après fracture du col du fémur leur permet de renouveler la faculté de marcher qui s'améliore en général, de même que s'améliore aussi, en général, leur capacité physique et les protège contre la sénilité.

K. Milanovská, D. Konieczna, K. Mikulska, A. Ruszkiewicz, M. Gudzio: Möglichkeiten und Resultate der Rehabilitationsbehandlung älterer Menschen nach Oberschenkelhalsbrüchen

Zusammenfassung

1. Die Rehabilitationsbehandlung älterer Menschen nach Oberschenkelhalsbrüchen erfordert eine behutsame Steigerung und Dosierung der Gymnastikübungen, und zwar infolge der mehr oder weniger verringerten Körpertüchtigkeit dieser Personen.

2. Symptome von Unregelmäßigkeiten des Umlaufs, die in der ersten Periode der Rehabilitationsbehandlung aufzutreten pflegen, erfordern keine Unterbrechung der Gymnastikbehandlung. Diese Unregelmäßigkeiten verschwinden gleich nach der Anpassung des Organismus an die dosierte gesteigerte Anstrengung.

3. Durch die Rehabilitationsbehandlung älterer Personen nach Oberschenkelhalsbrüchen wird ihre Gehfähigkeit erneuert, ihre allgemeine Gehfähigkeit verbessert und ihre gesamte Körpertüchtigkeit verbessert, wodurch sie vor seniler Entkräftung bewahrt werden.

JÍLEK L., KARÁSEK F., KRULICH L., MOUREK J., SEDLÁČEK J., TRÁVNÍČKOVÁ E., TROJAN S., WÜNSCH Z.:

ZÁKLADY FYSIOLOGIE ČLOVĚKA

Učebnice pro lékařské fakulty, vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, Praha 1971, stran 520, vyobrazení 235, cena Kčs 46,—

V prvním vydání vychází v Avicenu učebnice pro lékařské fakulty „Základy fyziologie člověka“ schválená výnosem ministerstva školství CSR jako vysokoškolská učebnice. Na přípravě této kolektivní učebnice se zúčastnil celý řad autorů, fyziologů z univerzitních pracovišť pod vedením prof. Karáska. Učebnice navazuje na učební texty pro posluchače medicíny na pražské lékařské fakultě a přihlíží k novým poznatkům v oblasti fyziologie.

Učebnice má klasické dělení podle jednotlivých systémů — postupně se věnuje pozornost základním fyziologickým pojmům, tělesným tekutinám, fyziologii krve, fyziologii dýchání a krevního oběhu, fyziologii trávení a vstřebávání, fyziologii přeměny látek a energií, fyziologii vylučování, fyziologii žláz s vnitřní sekrecí, fyziologii rozmnožování, fyziologii nervové soustavy, kterou učebnice dělí na obecnou neurofyziologii, kapitolu o sensorických funkcích, kapitolu o výkonných funkcích nervové soustavy, o integračních funkcích nervové soustavy a kapitolu asociačních funkcích nervové soustavy. Fyziologie svalstva a fyziologie regulace a řízení představují závěrečné kapitoly této učebnice. Poukazem na základní učebnice u nás a ve světě a registrem je ukončená tato učebnice pro lékařské fakulty v českých zemích. Jednotlivé kapitoly jsou ukončené poukazem na některé další prameny, z kterých může posluchač medicíny při studiu fyziologie čerpat — jsou uvedené práce až do roku vydání 1969.

Autorský kolektiv při sestavování této potřebné učebnice vycházel z klasických vzorů světových učebnic fyziologie, doplnil však tyto vzory kapitolou ze základů kybernetiky fyziologických systémů, která v našich učebnicích fyziologie je zatím ojedinelá. Zařazením této kapitoly uvedené učebnice beze sporu získala, bylo by však jistě velkou předností, kdyby se tyto poznatky v dalších vydáních, které jis-

tě učebnici čekají, aplikovali v jednotlivých kapitolách pojednávajících o fyziologii jednotlivých systémů lidského organismu. Je to jistě úkol nadmíru těžký, ne však neřešitelný. Jako každá kolektivní učebnice, tak i tato učebnice nevyloučí opakování některých částí látky — příkladem je homeostasa, o které se hovoří v několika kapitolách — jistě to není na úkor poznatků těchto kapitol, někdy to však vyvolává v čtenáři zájem o jednotnou definici a tato ne vždy stejně je v různých kapitolách uplatněná. Jistě by bylo ideálním řešením, kdyby jeden autor napsal podobnou učebnici — je to v současné explozivní vědě ve fyziologii prakticky nespílitelné přání, už z toho důvodu, že i učebnice má vždy představovat určité vlastní zkušenosti v uvedené oblasti.

Kolektiv autorů pod vedením prof. Karáska připravil toto první vydání učebnice fyziologie pro lékařské fakulty tak, aby medik, který se seznamuje se základy fyziologického myšlení získal základní informace z této oblasti — těchto informací nemůže být příliš mnoho, musí však být vyjádřením současných znalostí — z těchto důvodů nám v předložené učebnici některé tyto poznatky chybí, na příklad otázky vektorkardiografie a spaciokardiografie, už proto, že spaciokardiografie je prioritně československá a že za ní vděčíme jednomu z našich předních fyziologů.

V této stručné recenzi nechceme se zabývat detailně jednotlivými kapitolami této učebnice, je jistě naším přáním, aby učebnice našla svoje místo v československém písemnictví, aby našla cestu k adeptům lékařství a vzbudila v nich lásku pro fyziologii a konečně, aby přinesla všem těm, kteří jí budou číst, touhu po fyziologickém myšlení, které současná medicína tolik potřebuje.

Dr. M. Palát, Bratislava

REHABILITÁCIA PACIENTOV S PRIEČNOU LÉZIOU MIECHY

W. EHALT

Rehabilitácia pacientov s transverzálnou léziou miechy (ide o kompletné lézie) začína hneď po úraze a je problémom psychologickým, biologickým, mechanickým a hospodárskym.

Stránka psychologická: pacient s transverzálnou léziou miechy sa stáva človekom, ktorý si vyžaduje kolektív. Má celkom iné problémy, aby ich zdolal, potrebuje neustály kontakt s ľuďmi rovnako postihnutými. Mal som to šťastie, že som v r. 1964 v Tokiu pri paraolympijských hrách býval v spoločnom bungalove so šiestimi mužskými, rakúskymi účastníkmi a mohol som tak spoznať priebeh dňa jedincov s transverzálnou léziou miechy, ako i počúvať ich rozhovory.

Už pri primárnom ošetrení treba brať zreteľ na nutnosť kolektívneho života. Postihnutého treba v nemocnici dať do izby s pacientami síce rovnako postihnutými, ale už v ďalšom štádiu choroby. Pacient sa takto oboznámi hneď so svojou budúcnosťou. Paraplegik je veľmi nešťastný, ak je ošetrovaný medzi inými chirurgickými pacientami, ktorí môžu ísť po operácii domov. Stavy po transverzálnych léziách miechy patria na odborné oddelenia, zamerané špeciálne na ich ošetrovanie. Ošetrovateľská starostlivosť je veľmi dôležitá. Od začiatku treba mať na zreteli, že postihnutý bude musieť ovládať ochrnutú časť tela svalmi hornej polovice tela, teda svalmi nad priečnou léziou. Nutné je predchádzať dekubitom, infekcií urogenitálneho traktu a pneumónii. Dekubit hrozí v oblasti krížovej, sedacej, na päťach, na chrbte a u žien aj na vulve. Dekubitom možno predísť v každom prípade. Používame otáčanie: každé dve hodiny uložíme telo do inej polohy — chrbát, brucho, pravá strana, brucho, ľavá strana, potom znovu chrbát atď. Čoskoro môže postihnutý pomáhať pri polohovaní hornými končatinami. Často veľmi účelne pomôže operatívna stabilizácia pomocou kostného štepu alebo kovovou platničkou podľa výšky postihnutia. Pri luxačných zlomeninách v oblasti krčnej chrbtice sa používa Crutchfieldova svorka. I tu možno robiť každé dve hodiny polohovanie. Nepoužívať permanentný katéter ani sadrový obväz. Veľmi naliehavá je okamžitá repozícia luxačnej zlomeniny pri čiastočnej paréze po priečnej lézii miechy. Dôležité je veľmi skoro, teda ešte v posteli v ľahu cvičiť svaly ramena, a to proti odporu, s činkami, s Bali náčiním, s loptovými hrami. Luxačná fraktúra sa pravdepodobne o 3—4 mesiace konsoliduje a chrbticu možno zaťažiť. Pacienta ďalej mobilizujeme, vysadzujeme a pacient sa musí naučiť udržať svoju rovnováhu. Neskôr sa učí dostať sa z postele do vozíčka. Všetky cvičenia robí za pomoci rehabilitačnej pracovníčky. Rýchlosť dosiahnutého pokroku závisí od výšky lézie, od veku a od telesnej a duševnej vyspelosti postihnutého. To isté platí aj pre ďalší cvičný program.

Ako ďalší je nácvik chôdze. Keď pacient dostane podľa možnosti ľahký podporný aparát, príde vozičkou ku bradlám, kde sa učí švihovú chôdzu, teda súčasne prešvihovať obe dolné končatiny, potom jednu končatinu — teda striedavo jednu a druhú dolnú končatinu prešvihovať dopredu. Cvičenie má pripraviť pacienta nielen na chôdzu, ale posilniť horné končatiny a trup nad postihnutým miestom, prekrviť svalstvo pod postihnutým miestom, tréning mechúra a čriev. Len čo dosiahne pacient stabilitu trupu, možno začať so športom napr. vo vozičku: strieľanie z luku, stolný tenis, kužielky atď. Plávanie treba tiež podľa možnosti zaradiť skoro do programu, lebo je jedným z najcennejších spôsobov na ošetrovanie kože a na dosiahnutie prekrvenia.

S liečbou zamestnávaním sa začína súčasne. Spôsob jej aplikácie závisí od sklonov a zručnosti poškodeného. Najčastejšie sú to práce z dreva, kreslenie, zhotovovanie predmetov atď.

Čo sa týka chôdze počas rehabilitácie, treba ju vyžadovať a cvičiť, aj keď treba počítať s tým, že paraplegik stráví zvyšok svojho života (aspoň prevažná časť) na vozičku. Vzpriamené držanie a pohyb vo vertikále je dôležité nielen pre normálne rozdelenie krvi a prekrvenie celého tela, ale slúži napr. preventívne proti tvorbe močových kameňov.

Pacient má počas celého rehabilitačného programu presnú diétu, bohatú na bielkoviny a vitamíny, chudobnú na tuky a uhľohydráty. Keďže každý paraplegik, aj mužského pohlavia, má sklon k tučneniu, je nutné od začiatku proti obezite bojovať.

Program platí pre lézie dolnej torakálnej a lumbálnej chrbtice. Čím vyššia je lézia, tým ťažší je program, najťažší samozrejme v oblasti krčnej chrbtice s rôzne ťažkým poškodením horných končatín a rúk. V týchto prípadoch je samozrejme nutné hneď od začiatku sa vzdať chôdze a snažiť sa o to, aby pacient s priečnou léziou miechy bol samostatný v denných všedných činnostiach. Podľa okolností sú k tomu potrebné vlastné pomôcky.

Muži sa spravidla ženia, ženy sa nevydávajú. Ženy môžu otehotnieť a normálne porodiť, muži sú impotentní. Z hľadiska sociálnej rehabilitácie je veľmi dôležité starať sa o bytové podmienky postihnutého. Nutné je vychádzať z týchto predpokladov: byť na prízemí, alebo dom s výtahom, ktorý možno dosiahnuť od vchodu bez schodov, malý byt, ale väčšia kúpeľňa, malá praktická kuchynka. Žena má mať možnosť všetko robiť na vozičku.

Paraplegik má mať k dispozícii aj auto. Musí mať plne automatické prepínanie. V Rakúsku máme rehabilitačný zákon, podľa ktorého paraplegik musí dostať pri pracovnom úraze prostriedky na zadováženie auta od nemocenskej poisťovne, pri nepracovnom úraze, napr. pri športovom od úradu pre sociálne veci, samozrejme okrem ostatných nutných pomôcok. Nutné je použiť stať zákona: ak telesne postihnutý nie je schopný použiť verejný dopravný prostriedok.

Paraplegik je plne rehabilitovaný, ak znovu pracuje, prípadne v chránených dielňach. Vo svojom obvode máme celý rad tých, ktorí zastávajú rôzne práce, v malých alebo veľkých, v privátnych alebo štátnych závodoch atď. — zastávajú tak manuálnu ako duševnú prácu. Niektorí z našich pacientov pokračujú v štúdiu, alebo si vyvolili nové. Veľmi výhodné je štúdium práva a národohospodárstva.

Treba zdôrazniť, že nie je možné vždy dosiahnuť ideálne pomery. Poznáme paraplegikov, ktorí sa odťahujú od resocializácie a trávajú svoje dni v hostincoch s kamarátmi. Finančne relatívne dobre sú postavení jedinci najmä po

pracovných úrazoch a je možné, že takto zabezpečený človek kompenzuje svoju telesnú menejcennosť veľkorysým platením cechu. Podľa našich zákonných predpisov nie je možné bojovať proti tomuto zníženiu alebo odňatím renty.

Ťažkosti pri rehabilitácii sú pri spastických stavoch. Treba spomenúť aj parostálne zväpenatenie v mäkkých častiach coxy a kolien, ktoré sa vyskytujú podľa niektorých autorov (Derra, Nadermann, Ceilier) v 50 % a viacej kompletných transverzálnych lézií miechy. Ide tu čiastočne o neurotrofické poškodenie, často ale aj o následok forsírovaných cvičení a masáží. Sami sme našli kalcifikáty v okruhu našich pacientov veľmi zriedka. Myslím si, že príčinu možno hľadať v našich postupoch: skoré opatrné pasívne pohyby bez traumatizácie kĺbov, skoré nasadenie svalového tréningu pomocou elektrického prúdu, chránenie kolenných kĺbov pred zablokovaním pomocou ortopedických objímok, alebo sadrové objímky pri vstávaní a padaní, upustenie od akejkoľvek masáže.

S pasívnym cvičením, s elektroterapiou ako náhradou za aktívne cvičenie na dolných končatinách začíname 10—14 dní po úraze, teda v čase, keď svalstvo dolných končatín nie je ešte silne atrofované a predovšetkým keď ešte nie sú prítomné kontraktúry v kĺboch.

Súhrn

Tým, že trváme na Guttmannových požiadavkách, môžeme dnes už veľkú časť pacientov s priečnym poškodením miechy udržať pri živote tak, že postihnutí majú z neho radosť a niektorí z nich môžu aj pracovať. K tomuto cieľu vedie ťažká cesta zo strany lekárov, ošetrovateliek, rehabilitačných inštruktoriek, ale aj zo strany zaopatrenia.

Dôležité je konštatovať, že dobre premyslené a dobre organizované primárne ošetrovanie je veľmi dôležité z hľadiska uvedených príčin. Je jasné, že ak pri skorom ošetrovaní zabránime primárnym komplikáciám, ako je dekubitus a infekcia urogenitálneho traktu, môžeme pre rehabilitáciu skrátiť čas nielen o niekoľko mesiacov, ale aj predísť pozdňm následkom.

В. Эхальт: Реабилитация больных с поперечным повреждением спинного мозга

Резюме

Благодаря соблюдению требований Гутмана мы можем в настоящее время уже большую часть больных с поперечным повреждением спинного мозга сохранить при жизни до такой меры, что пострадавшие становятся жизнерадостными и кое-кто из них может даже работать. К этой цели ведет трудный путь со стороны врачей, медсестер и инструкторов реабилитации, но также и со стороны материального обеспечения.

Следует отметить, что по приведенным выше причинам важную роль играет хорошо обдуманная и организованная первая медицинская помощь. Естественно, что предупреждая скорой помощью первичные осложнения, напр. пролежни и инфекцию мочеполового тракта, можно не только на несколько месяцев сократить время реабилитации, но даже предупредить возможные последствия.

W. Ehalt: Rehabilitation in paraplegic patients

Summary

By adhering to Guttman's criteria it is today possible to keep most of the patients with lesion of the spinal cord alive, make their life bearable and enable some of them to work. A difficult way leads to this target for physicians, nurses and physiotherapists.

It must be said that a well planned and organized primary treatment is of the greatest importance. If by the early treatment primary complications, like decubitus and infections of the urogenital tract can be prevented, the time needed for rehabilitation may be reduced by several months and later following complications be prevented.

W. Ehalt: Réhabilitation des patients avec lésion transversale de la moelle épinière

Résumé

Du fait que nous persévérons dans les exigences de Guttman, nous pouvons maintenir aujourd'hui en vie une grande partie de patients atteints de lésion transversale de la moelle épinière, de façon que les affectés ont la joie de vivre et certains peuvent même travailler. Atteindre ce but, signifie déployer beaucoup d'efforts de la part des médecins traitant, des infirmières, des monitrices de réhabilitation, mais cela exige aussi de bons soins, en général.

Il convient de constater que des soins primaires bien réfléchis et bien organisés sont très importants pour les raisons mentionnées. Il est évident que si, par des soins rapides on évite les complications primaires, comme le dékubitus et l'infection du système urogénital, on peut réduire la période de réhabilitation, non seulement de quelques mois, mais précéder aussi les conséquences tardives.

W. Ehalt: Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit Querläsion des Rückenmarks

Zusammenfassung

Dank der strengen Einhaltung der Guttman'schen Forderungen können wir heutzutage schon einen großen Teil der Patienten mit einer Querläsion des Rückenmarks derart am Leben erhalten, daß die Betroffenen Lebensfreude genießen und einige unter ihnen sogar einer Beschäftigung nachgehen können. Zu diesem Ziel führt jedoch ein für die Ärzte, das Pflegepersonal, die Rehabilitationsschwester und auch für die Verpflegung beschwerlicher Weg.

Es ist wichtig festzustellen, daß in Anbetracht der angeführten Ursachen eine gut durchdachte und gut organisierte Primärbehandlung von sehr großer Bedeutung ist. Es ist offensichtlich, daß wenn wir bei der Frühbehandlung Primärkomplikationen wie Dekubitus und Infektion des Urogenitaltrakts verhindern, nicht nur die Rehabilitationsbehandlung um mehrere Monate verkürzt, sondern auch dem Auftreten von Spätfolgen vorgebeugt werden kann.

KINEZIOLÓGICKÉ HĽADISKÁ PRI REHABILITÁCIÍ POÚRAZOVÝCH KONTRAKTÚR LAKŤA

S. BANKOV

Rehabilitačné oddelenie

*Ústavu pre rekonštrukčnú chirurgiu a rehabilitáciu,
Sofia*

Pourazové kontraktúry lakťa (PKL) počítame medzi najčastejšie sa vyskytujúce postihnutia laktového kĺbu (4). Sú veľmi nepoddajné, ťažko ich možno ovplyvniť liečbou a často zanechávajú dlhopretrvávajúce alebo trvalé obmedzenie rozsahu pohybov v lakti.

Liečba PKL je hlavne kineziologický problém. Žiaľ, v bežnej praxi sa práve kineziologické hľadiská neberú pri tejto afekcii dostatočne do úvahy, a to ani pri liečbe ani pri výbere vhodných rehabilitačných procedúr.

Na podklade rozboru 220 pacientov s PKL chceme upozorniť na niektoré dôležité okolnosti.

Pourazové kontraktúry lakťa obmedzujú spravidla flexiu aj extenziu (a to u vyše 95 % pacientov), čiže sú to kombinované flekčné a extenčné kontraktúry. Pred liečbou bola viacej postihnutá extenzia. Priemerne bol rozsah extenzie znížený o 52°, kým flexia len o 35°. Rozdiel je štatisticky signifikantný (pri $p < 0,001$). Obmedzenie rozsahu extenzie bolo väčšie aj po liečbe a rehabilitácii (obr. 1, 2). Pohyb do extenzie je teda viacej postihnutý.

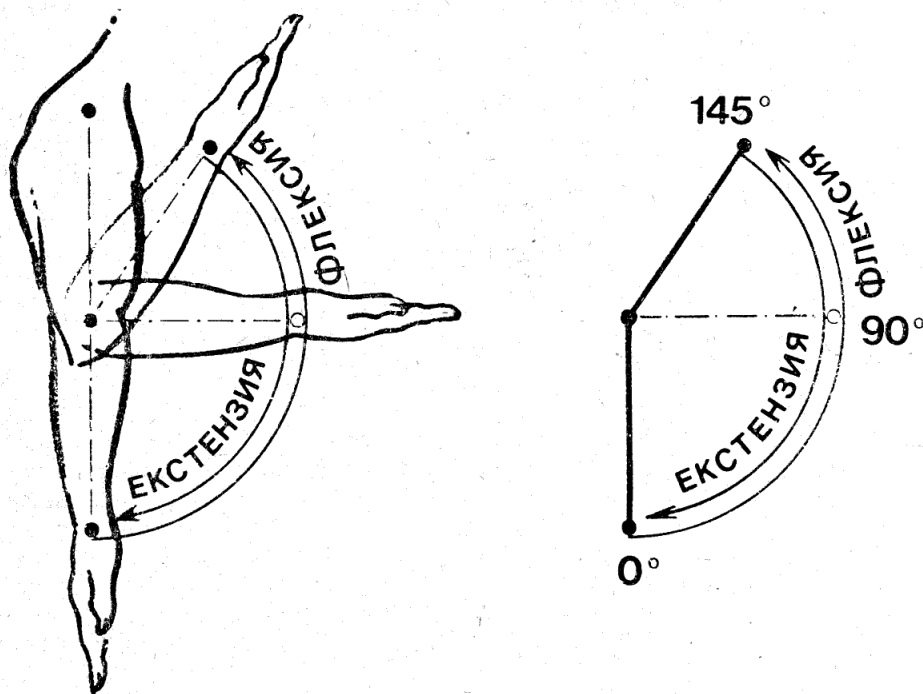
Rozsah ostatných pohybov lakťa — čiže pronácie a supinácie bol relatívne menej obmedzený. Z oboch pohybov bola pred liečbou viacej obmedzená pronácia (o 69°) ako supinácia (o 45°). Na postihnutie je teda citlivejšia a ťažšie reaguje pronácia.

Fakt, že prevláda obmedzenie rozsahu extenzie, súvisí s viacerými momentmi:

a) Predovšetkým je to spôsob imobilizácie lakťa, ktorý sa po rozličných úrazoch znehybňuje spravidla v 90° flexii. V tejto polohe prebiehajú kolaterálne väzy laktového kĺbu volárne od priečnej osi, okolo ktorej sa robí flexia a extenzia. Adoptácia týchto väzov a prípadná ich retrakcia bráni obnoveniu plného rozsahu extenzie.

b) Ďalšou príčinou je nerovnováha svalov. U 95 % pacientov sa normálna sila extenzorov aj flexorov lakťa zníži. Zistili sme, že extenzory sú pritom oslabené viacej ako flexory. Rozdiel bol štatisticky signifikantný na úrovni významnosti $p < 0,01$. Zdá sa, že toto oslabenie je podmienené patologickým reflexným mechanizmom, vyvolaným úrazom. Nenašli sme súvis s dĺžkou trvania imobilizácie ani s trvaním kontraktúr.

Flexory boli postihnuté menej, čo môže byť podmienené tým, že flexia je obranný pohyb s biologicky podmienenou precedenciou a hlbšou fixáciou v ústrednom nervovom systéme.

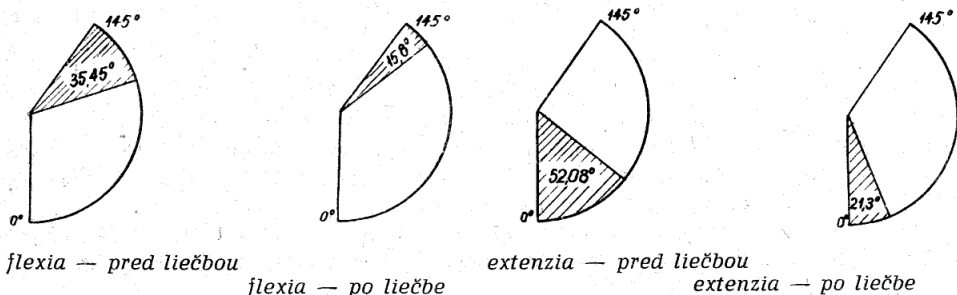


Vzťah medzi stupňom oslabenia svalových skupín a obmedzením rozsahu príslušných pohybov je ľahko pochopiteľný.

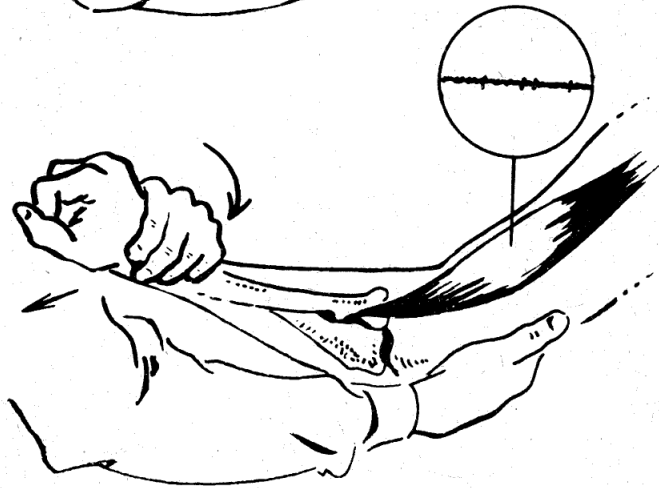
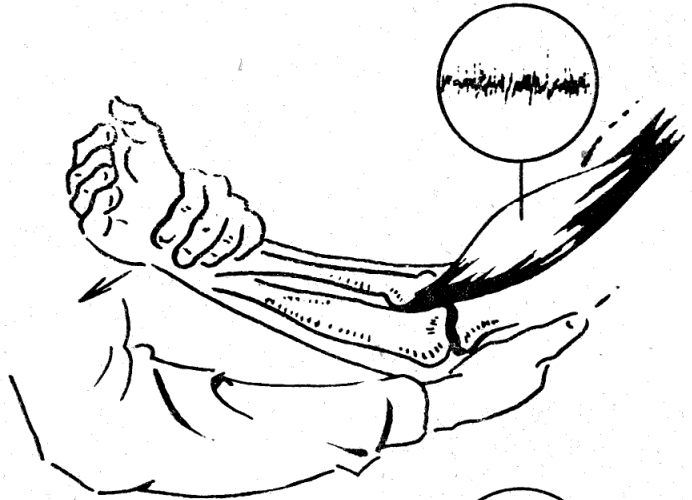
c) Príčinou obmedzenia je aj zvýšenie svalového napätia skupiny flexorov, najmä dvojhlavého svalu ramena.

U väčšiny z 50 pacientov s PKL sme elektromyograficky zistili akčné potenciály pri dvojhlavom svale ramena, a to aj vtedy, keď končatina voľne visela. Elektrická aktivita týchto svalov sa podstatne zvýšila a dostala charakter intermediárnej alebo interferenčnej aktivity pri každom našom pokuse pasívne vystrieť lakeť. Ak sme však dali predlaktie do pronačnej polohy — elektrická aktivita vymizla. Z toho vyplýva, že pronačná poloha predlaktia

Obr. 2 Priemerné obmedzenia flexie a extenzie (v stupňoch) u 218 pacientov s poúrazovou kontraktúrou lakťa — pred liečbou a po nej.



Obr. 3a



Obr. 3b

inhibuje aktivitu dvojhľavého svalu ramena (Obr. 3). Ak pacient vystieral lakeť sám, aktívne, akčné potenciály dvojhľavého svalu ramena sa znížili a skoro úplne vymizli, keď pacient vystieral lakeť proti odporu.

Na našom materiáli sme štatisticky dokázali, že sa obmedzenie pronácie vyskytuje častejšie ako obmedzenie supinácie. Ide o jav, ktorý je charakteristický práve pre PKL, lebo napríklad pri reumatických afekciách je naopak spravidla spočiatku obmedzená viacej supinácia. Prečo je pri PKL viacej obmedzená pronácia, ťažko vysvetliť.

Z uvedených poznatkov a kineziologických charakteristík vyplývajú pre rehabilitáciu tieto pravidlá:

Na zvýšenie sily extenzorov je vhodné používať hlavne cvičenia proti odporu. Odpor kladíme len v rozsahu pohybu, v ktorom pacient nemá bolesti.

Úlohou týchto cvičení je nielen zvýšiť silu slabších extenzorov a tak obnoviť svalovú rovnováhu a zvýšiť rozsah extenzie lakťa, ale aj znížiť napätie

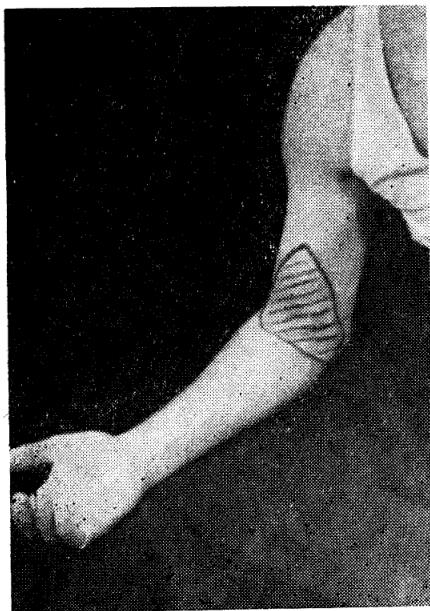
dvojhlavého svalu ramena, a to na podklade reflexného mechanizmu recipročnej inervácie.

Doran (1) dokázal, že úprava obmedzeného rozsahu pohybu v laktovom kĺbe je úmerná zvýšeniu sily príslušných svalov.

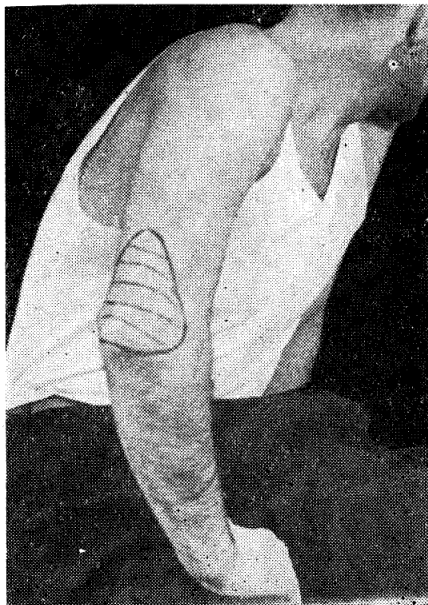
Na inhibíciu zvýšeného napätia dvojhlavého svalu ramena je vhodné použiť relaxačné procedúry podľa Kabáta (2), najmä techniku „hold-relax“ (vydrž — uvoľni)

Ak sa rozhodneme pre jemnú pasívnu extenziu na zvýšenie jej rozsahu, musíme ju robiť s predlaktím v pronácii, aby sme vylúčili reflexne podmienené zvýšenie napätia dvojhlavého svalu ramena — ako to vyplýva z našich EMG nálezov.

U PKL a podobných stavov má dobré účinky ultrazvukové ozvučenie. Miesta, ktoré máme ozvučovať, ukazuje obr. č. 4.



Obr. 4a



Obr. 4b

Súhrn

Analýza 220 pacientov s PKL ukázala, ktoré sú kineziologické charakteristiky tejto afekcie. Spravidla sú obmedzené flexia aj extenzia v lakti. Extenzia je obmedzená výraznejšie a jej obmedzenie sa ťažšie upravuje. Pronácia je postihnutá viacej ako supinácia.

Príčiny týchto javov sú tieto:

- a) svalová nerovnováha: extenzory sú vždy slabšie ako flexory;
- b) zvýšenie napätia flexorov lakťa najmä dvojhlavého svalu ramena (dokázané EMG);

c) Adaptačné retrakcie kolaterálnych väzov kĺbu pri 90° flexii, v ktorej sa lakeť po úrazoch väčšinou znehýbňuje, prebiehajú pred osou flekčného a extenčného pohybu.

Z poznatkov vyplývajú tieto pravidlá pre rehabilitáciu pacientov v PKL:

1. Vyberáme cvičenia proti odporu na zvýšenie sily hlavne extenzorov.
2. Na inhibíciu hypertonu dvojhlavého svalu ramena používame relaxačné procedúry podľa Kabáta.
3. Lokálne ovplyvňujeme kolaterálne väzy vhodnými fyzikálnymi prostriedkami, výhodne ultrazvukom.

S. Bankov: Кинезиологические критерии при реабилитации посттравматических контрактур локтя

Резюме

Анализ 220 больных с посттравматическими контрактурами локтя показал, каковы кинезиологические характеристики этого аффекта. Как правило, в локте ограничено сгибание и разгибание. Разгибание ограничено выразительнее и его ограничение труднее устраняется. Пронация затронута больше чем супинация. Причины этого следующие:

- a) мышечное неравновесие: разгибатели всегда слабее сгибателей;
- б) повышение напряжения сгибателей локтя, в частности двуглавой мышцы плеча (доказано ЭМГ);
- в) адаптационные ретракции боковых связок суставов при 90° флексии, в которой локоть после травмы в большинстве случаев становится неподвижным, осуществляются перед осью сгибательного и разгибательного движения.

Из сведений вытекают следующие правила реабилитации больных с контрактурой локтя:

1. Выбираются упражнения против сопротивления для укрепления преимущественно разгибателей.
2. Для предупреждения гипертонии двуглавой мышцы плеча принимаются релаксационные процедуры по Кабату.
3. Для местного влияния на боковые связки применяются удобные физические средства, напр. ультразвук.

S. Bankov: Kinesiological aspects in rehabilitation of post injury contractures of the elbow

Summary

The analysis of 220 patients with post injury contractures showed the characteristics of this affection. As a rule both the flexion and extension of the elbow are limited. The limitation of the extension is usually more significant and harder to adapt. Pronation is more affected than supination.

The causes of these phenomena are the following:

- a) inadequate muscle tension: extensors are always weaker than flexors
- b) increased tension of the flexors of the elbow, specially of the biceps brachii (proved EMG)
- c) adaptative retraction of colateral ligaments of the joints in 90° flexion (after injury fixation is carried out in this position).

The following rules for rehabilitation in patients with post injury contractions ensue from the mentioned knowledge:

1. Preferably resistive exercises for reinforcement, mainly of extensors
2. For inhibition of hypertension of the biceps brachii relaxation according to Kabát is being applied
3. Local application of physical therapy, specially ultrasound, in order to influence contralateral ligaments.

S. Bankov: Aspects kinésiologiques dans la réhabilitation des contractures du coude après accident

Résumé

L'analyse de 220 patients a montré quelles sont les caractéristiques kinésiologiques de cette affection. En général, la flexion et l'extension du coude sont réduites. L'extension est réduite d'une façon plus marquée et cette réduction est plus difficile à traiter. La pronation est plus affectée que la supination.

Les causes de ces phénomènes sont les suivantes:

- a) déséquilibre musculaire: les muscles extenseurs sont toujours plus faibles que les muscles fléchisseurs;
- b) un accroissement de la tension des fléchisseurs du coude, notamment du biceps brachial (démonstré par EMG);
- c) les rétractions adaptatrices des ligaments collatéraux des articulations à une flexion de 90°, à laquelle le coude devient, en grande partie, immobile, s'effectuant avant l'axe du mouvement de flexion et d'extension.

Des connaissances acquises résultent les règles suivantes pour la réhabilitation des malades affectés des contractures du coude après accident:

1. On choisit des exercices contre la résistance pour l'intensification de la force, en particulier des extenseurs.
2. Pour l'inhibition de l'hypertonie du biceps brachial, on effectue les procédés de relaxation selon Kabát.
3. D'une façon locale, on influence les fibres collatérales par des moyens physiques appropriés, avec succès par ultrasons.

S. Bankov: Kinesialogische Gesichtspunkte bei der Rehabilitationsbehandlung posttraumatischer Ellbogenkontrakturen

Zusammenfassung

Eine Analyse von 220 Patienten mit posttraumatischer Ellbogenkontraktur (PEK) hat die kinesialogischen Charakteristika dieser Affektion aufgezeigt. In der Regel ist die Flexion und die Extension im Ellbogen beschränkt. Die Extension ist markanter beschränkt und ihre Beschränkung läßt sich schwerer beheben. Die Pronation ist schwerer geschädigt als die Supination.

Die Ursachen dieser Erscheinungen bestehen im folgenden:

- a) gestörtes Muskelgleichgewicht: die Extensoren sind immer schwächer als die Flektoren;
- b) erhöhte Spannung der Ellbogenflektoren, insbesondere des Oberarmbizeps (nachgewiesen durch EMG);
- c) die Adaptationsretraktionen der kollateralen Ellbogengelenksbänder bei 90gradiger Flexion, in der der Ellbogen nach Verletzungen meist unbeweglich wird, verlaufen vor der Achse der Flexions- und Extensionsbewegung.

Aus diesen Erkenntnissen ergeben sich folgende Regeln für die Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit PEK:

1. Man wählt Gymnastikübungen gegen einen Widerstand hauptsächlich zwecks Stärkung der Extensoren.
2. Zwecks Inhibition der Hypertonie des Oberarmbizeps sind Relaxationsprozeduren laut Kabát anzuwenden.
3. Man beeinflusst die kollateralen Gelenksbänder lokal durch entsprechende physikalische Mittel, als vorteilhaft erwies sich Ultraschall.

Adresa autora:

Dr. med. S. B., Rehabilitačné odd., Nemocnica rekonštrukčnej chirurgie a rehabilitácie, Sofia 12.

ZÁSADY REHABILITÁCIE PO DETSKÝCH ÚRAZOCH

H. RETTIG

*Univerzitná ortopedická klinika, Giessen
Riaditeľ prof. Dr. H. Rettig*

Poňatie rehabilitácie zahŕňa a zjednodušuje úsilie o zaradenie a znovuvvradenie poškodených bez ohľadu na pôvod do zamestnania.

V jednej z prác bádenského štátneho právnika Ritter von Bussa 1844, na ktorú sa odvoláva Derbes, stojí ešte i dnes platná definícia: „Uzdravenia-schopní chorí sa majú úplne rehabilitovať. Chorý sa má znovu dostať na to miesto, z ktorého zostúpil, má dosiahnuť pocit svojej úplnej osobnej dôstojnosti a s ňou nový život.“ Zdá sa, že nie je nutný vlastný pohľad na zásady rehabilitácie u detí a mládeže. Aj tu platia tri klasické fázy rehabilitačného procesu: medicínske, pracovné a sociálne znovuvvradenie.

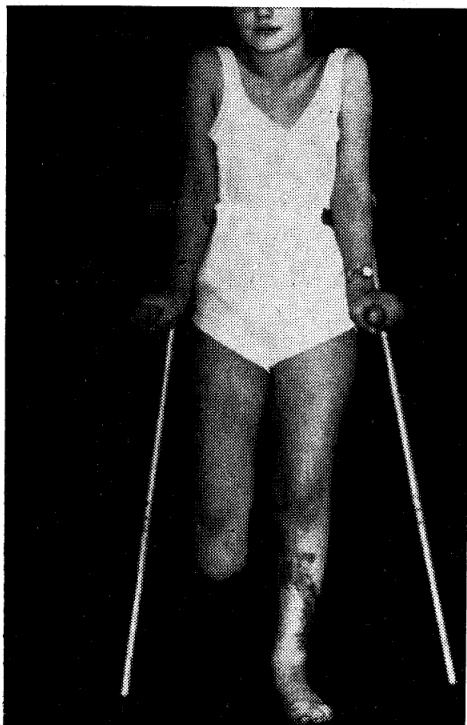
Nakoľko sa na dieťa nemôžeme dívať ako na zmenšeného dospelého, je nutné zdôrazniť niekoľko zvláštností. Značné medicínske problémy robí ešte nedozretý skelet s otvorenými rastovými platničkami. Následky po úraze treba u detí a mládeže sledovať oveľa dlhšie. V celej šírke následkov ich môžeme posúdiť až v neskoršom raste alebo po ukončení rastu.

Aj stúpajúci počet detských úrazov núti zaoberať sa s rehabilitáciou detí po úraze. Ako ukazujú štatistiky, hrajú tu väčšiu úlohu dopravné úrazy než pracovné.

Úraz porušuje nielen telesnú, ale aj psychickú zrelosť dieťaťa. Vyškolenie a na tom závislé aj pracovné zadelenie je často prerušené na dlhú dobu, niekedy aj trvale. Predstava o povolání a s tým súvisiace postavenie v živote dievčat, ako aj výhľady na manželstvo môžu sa zmeniť celkom ináč.

Hoci sa deti vedú dobre prispôsobiť pri poškodení končatín a pri výpadoch funkcie, musia sa predsa zrazu nastaviť na cudziu, neznámu a ťažkú situáciu, musia ju pochopiť a naučiť sa ňou narábať.

Požiadavky na rehabilitáciu u detí poškodených úrazom prichádzajú súčasne s klinicko-lekárskou starostlivosťou. Primerane veku a, prirodzene, aj podľa jeho telesných schopností treba výukou zmenšiť riziko v zaostávaní vo vzdelaní voči zdravým rovesníkom. Denne vedené pravidelné zamestnávanie spolu so školskou výukou v nemocnici zlepšuje predpoklady na uzdravenie a pomáha zlepšiť výkon pacienta. V rámci včasnej rehabilitácie má nemocničná škola svoje pevné miesto popri pohybovej liečbe a praktickom nacvičovaní určitých funkcií v rámci liečby prácou. Poškodenému dieťaťu uľahčuje ďalej cestu do bežného sporiadaného života škola zameraná na povolanie,



Obr. 1 — P. B. 8 roč. Amputácia predkolenia po dopravnom úraze.

poradenská služba o povolani, ktoré berie do úvahy telesné poškodenie a zameriava jedinca na vhodné pracovné miesto.

Aj u dieťaťa robia niektoré následky neobyčajné ťažkosti.

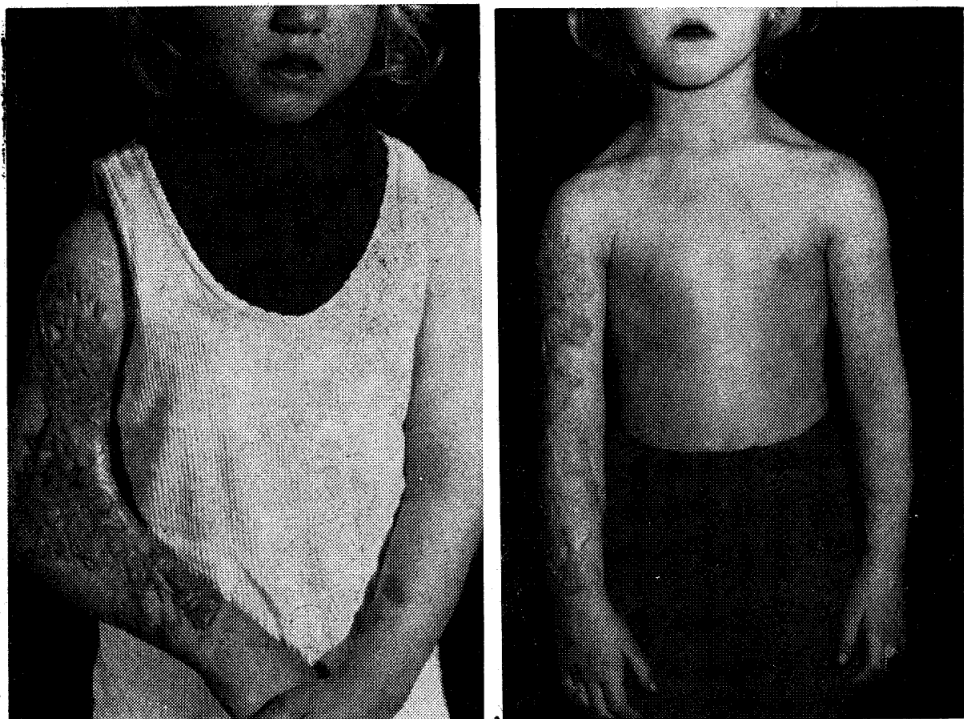
1. Detské transverzálne poškodenia miechy.

Obyčajne sú následkom dopravných úrazov a musia byť v náročnosti dané na úroveň s ošetrením dospelých s rovnakými následkami. Pri týchto stavoch môže sa porušiť zásada o konzervatívnom ošetrení fraktúr u detí neochrnutých, aby sa tým umožnilo znovuvradenie alebo uľahčenie opatery. Osteosyn-téza môže urýchliť a uľahčiť cvičenie. Je žiadúca nielen z hľadiska telesnej, ale aj duševnej rehabilitácie.

2. Straty končatín.

Popri dopravných úrazoch sú následkom ľahkomyseľnosti napr. pri narábaní s výbušninami. Mimoriadne závažné sú straty končatín, najmä viacná-sobné a najmä ak sú spojené s poruchou sluchu a zraku. Ťažkosti sa objavja po opustení nemocnice, keď dieťa začne chodiť do štátnej školy. Len zriedka sa prispôbia nároky požiadavkám poškodeného dieťaťa.

Rozsah možností je značne obmedzený pri amputáciách humeru a strate ruky, i keď sú k dispozícii dobre vyvinuté protézy vlastnej i cudzej výroby, a aj keď sa dieťa vie šikovne prispôbiť bežnému životu. Rekonštrukčnými zástupkami, ako sú napr. operácie na náhradu palca, je možné niektoré funkcie na horných končatinách zlepšiť, ale aj tak je nutné prispôbiť zamestnanie telesnému poškodeniu.



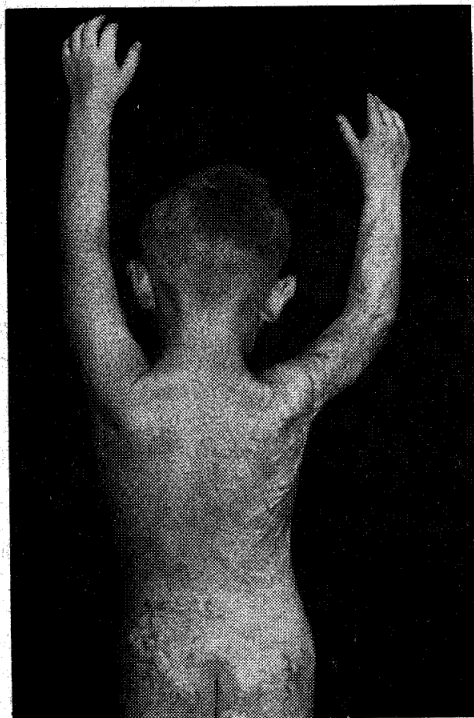
Obr. 2. C. B. 5 roč. Ťažká flekčná kontraktúra pravého lakťa po popálenine, pred operáciou a po nej.

3. Poruchy statiky končatín a kontraktúry v kĺboch.

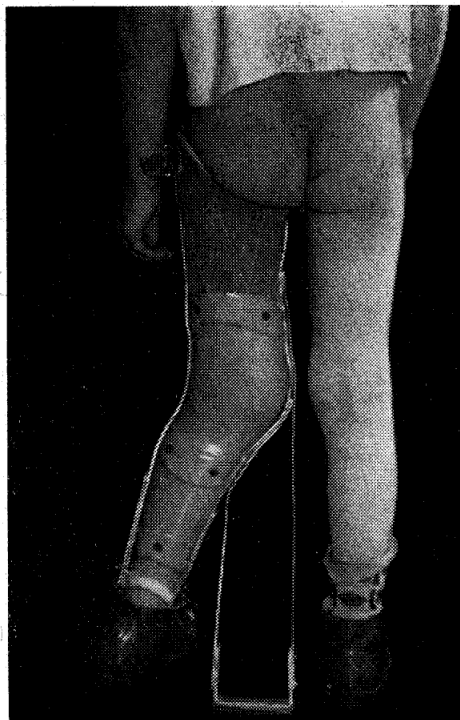
Zriedka možno dopredu predpovedať rozsah a smer traumatického poškodenia rastovej platničky. V medicínskej starostlivosti sa robia operatívne korekcie porušenej statiky, zástava rastovej platničky, osteotómie na skrátenie alebo predĺženie. Tieto zákroky pomáhajú niektoré následky značne odstrániť. Dlhú klínickú a ambulantnú starostlivosť, kým sa dosiahne potrebný funkčný výsledok, si často vyžadujú otvorené poškodenia s následnou fistuláciou alebo popáleniny. Prvou požiadavkou rehabilitácie pri úspešnom ošetrení ťažkých detských úrazov a úrazov mladistvých je koordinácia s nemocničnou školou. Voľba povolania zameraná na pretrvávajúce postihnutie prináša výhody nielen štátu alebo plátcovi. V prvom rade prináša rehabilitácia zisk rehabilitovanému, ktorý je ušetrený budúceho osudu prijímať almužnu. Dieťaťu a mladistvému pomáha rehabilitácia najmä prekonať rozpor s často bezohľadným okolím

Záver

Na dieťa sa nemožno dívať ako na zmenšeného dospelého, hoci aj po detských úrazoch platia tri klasické fázy rehabilitačného procesu: medicínska, fáza pracovnej rehabilitácie a fáza sociálneho znovuzaradenia. Problémy robí



Obr. 3. W. J. 5 roč. Ťažké následky po popálení.



Obr. 4. S. K. 5 roč. Ťažké poúrazové X-koleno po fistulujúcej osteomyelitíde po strelnom poranení ľavého kolenného kľbu.

nedozretý skelet s otvorenými rastovými platničkami, ďalej úrazom porušený psychický vývoj dieťaťa.

Počas hospitalizácie je nutné pravidelné zamestnávanie spolu s výukou v nemocničnej škole a má byť cielene vedená z hľadiska budúceho zamestnania. Vhodná voľba povolania zameraná na pretrvávajúce postihnutie prináša výhody nielen štátu, ale v prvom rade prináša zisk rehabilitovanému, ktorý sa stáva — podľa závažnosti stavu — sebestačným a nebude odkázaný na podporu a pomoc iných či spoločnosti.

G. Реттиг: Принципы реабилитации после травмы детей

Резюме

В ребенке нельзя видеть уменьшенного взрослого, хотя и после несчастных случаев у детей применимы три классические фазы процесса реабилитации: медицинская реабилитация, реабилитация трудом и фаза повторного включения в общество. Проблемой является недоразвитый скелет с открытыми ростовыми хрящами и нарушенное травмой психическое развитие ребенка. В течение госпитализации необходимо наряду с занятиями в больничной школе правильно занимать ребенка деятельностью, направленной на будущую профессию.

Правильный выбор профессии с учетом продолжительного повреждения дает выгоды не только государству, но в первую очередь это полезно для самого реабилитирующегося, который становится — в зависимости от состояния — самодовлеющим и независимым от пособия и помощи других или общества.

H. Rettig: Principles of rehabilitation after injuries in children

Summary

The same classical phases of the rehabilitation process are valid after injuries in children as in adults: the medical one, the phase of working rehabilitation, and later that of social incorporation. The major problem in children who have suffered injuries is their immature skeleton with the open epiphyseal aperture, as well the psychical development of the child affected by the injury. Regular activity and lessons in the hospital school classes are necessary during hospitalization and work should be aimed for the future professional choice. Suitable employment for those with lasting affection is not only advantageous for the country but in the first place profitable for the patient, who becomes, according to the severity of his state of health, self-supporting and will not be dependent on the aid and help of charitable organizations.

H. Rettig: Principes de réhabilitation après traumatismes d'enfants

Résumé

Il ne faut pas considérer l'enfant comme un adulte diminué, vu qu'après les traumatismes d'enfants, sont en vigueur trois phases classiques de procédés de réhabilitation: la phase médicinale, celle de réhabilitation par le travail et celle de reclassement social. Les problèmes sont posés par l'immaturité du squelette avec épiphyses et aussi par le déséquilibre du développement psychique de l'enfant dérangé par l'accident. Pendant l'hospitalisation, il est nécessaire de prévoir un emploi régulier, combiné avec des cours à l'école de l'hôpital, orientés sur la profession future. Un choix approprié de la profession, orienté sur l'affection de longue durée, apporte des avantages, non seulement à l'Etat, mais en premier lieu, c'est le réhabilitant qui en tire profit, devenant ainsi — selon la gravité de la maladie — indépendant, et, il ne sera pas réduit à l'assistance et l'aide d'autrui resp. de la société.

H. Rettig: Prinzipien der Rehabilitationsbehandlung nach Kinderunfällen

Zusammenfassung

Das Kind darf nicht einfach als ein Erwachsener in kleinem betrachtet werden, obzwar auch im Falle von Kinderunfällen die drei klassischen Phasen des Rehabilitationsprozesses berücksichtigt werden müssen: die medizinische, die Phase der Arbeitsrehabilitation und die Phase der sozialen Reintroduktion. Probleme erwachsen aus dem noch unreifen Skelett mit offenen Wachstumsplatten sowie aus der durch den Unfall verursachten Störung der psychischen Entwicklung des Kindes.

Während der Hospitalisierung ist eine regelmäßige Beschäftigung in Verbindung mit dem Unterricht in der Krankenhauschule erforderlich, die in Hinblick auf den zukünftigen Beruf gezielt geleitet werden soll. Eine entsprechende Berufswahl unter Berücksichtigung der Art der dauernden Schädigung ist nicht nur für den Staat von Vorteil, sondern bringt vor allem dem Rehabilitierten Gewinn, da er sich — je nach dem Schwierigkeitsgrad seines Zustandes — zu Selbständigkeit und Selbstversorgung entwickeln kann und somit nicht auf Unterstützung und Hilfe seitens anderer oder der Gesellschaft angewiesen sein wird.

VOKROUHLICKÁ O., A KOL.:

RÁDIOISOTOPOVÁ DIAGNOSTIKA KOSTNÍCH CHOROB

Vydalo Avicenum, Zdrav. nakladatelství, Praha 1971, 136 str., 36 obr., cena Kčs 21,—

Použitie osteotropných izotopov sa stalo v posledných dvoch desaťročiach rutínnou metodikou v základnom i v aplikovanom výskume metabolických porúch kalcia pri onemocneniach kostry difúzneho i lokalizovaného charakteru. V klinickej praxi sa uplatňujú izotopy kalcia a stroncia k stanoveniu pohybu a rozloženia telesného kalcia na podklade sledovania rádioaktivity v séru a v exkrétoch a k meraniu rádioaktivity nad určenými miestami skeletu. Z tohto hľadiska autori rozčlenili knihu na dve časti. Prvá časť sa zaoberá vyšetrovaním celkových porúch metabolizmu kalcia, kde v úvodnej, teoretickej stati, je podaný podrobný rozbor pohybu telesného kalcia počnúc vstupom do tráviaceho systému, resorbciou stenou črevnou, vstupom do telesných tekutín do takzvaného centrálného metabolického fondu a odtiaľ do skeletu až po vylučovanie exkrémi. Sledovanie tohto pohybu sa deje na základe zložitých matematických štúdií, ktorých modely sú sprístupnené čitateľovi zrozumiteľným a inštruktívnym výkladom. Autormi navrhnutý vlastný model k spracovaniu výsledkov kinetických štúdií sprístupňuje túto metodiku klinickej diagnostike. Z celkových porúch metabolizmu kalcia je vyšetrovanie indikované najmä u chorôb:

a) kde dochádza k zmene rozsahu rýchle meniteľnej a labilnej frakcie kostného

Ca (hyperparathyreosa, hypoparathyreoza, thyreotoxikóza, akromegalia, Cushingov syndróm, syndróm osteomalácie, syndróm osteoporóty, Pagetova choroba atď.),

- b) kde je podozrenie na hyperabsorbciu alebo hypoabsorbciu Ca z tráviaceho systému
c) u chorôb so zvýšenou exkréciou Ca z moča.

Druhá časť knihy je venovaná vyšetrovaniu lokálnych onemocnení kostí a kĺbov. Tieto lokalizačné štúdie dovoľujú často odhaliť skôr ako iné metódy skryté chorobné ložiská v kostiach a kĺboch a posudzovať ich vývojovú aktivitu. V podstate ide o meranie rádioaktivity nad ložiskovým nahromadením izotopu v ohniskách zvýšenej kostnej prestavby, ako je to u celého radu primárne i sekundárne nádorových procesov, onemocnení zápalových a degeneratívnych.

Práca sa opiera o veľké vlastné skúsenosti autorov i bohatého písomníctva a vyplňa dosiaľ veľmi citeľnú medzeru v súhrnnom spracovaní tejto tematiky v našej domácej literatúre.

Publikácia vyšla v Thomayerovej zbierke ako 459. zväzok na 136 stranách s 30 fotografiami, doplnených veľkým počtom grafov a schematických náčrtov. Cena je 21,— Kčs.

A. Adamec, Bratislava

SOCIÁLNE A EKONOMICKÉ HĽADISKÁ REHABILITÁCIE U PACIENTOV S PRIEČNYM POŠKODENÍM MIECHY PO ÚRAZE

W. PRESBER

Štátna klinická nemocnica Berlin - Buch

Lekársky riaditeľ Doc. MUDr. A. Hendrik

Klinika pre rehabilitáciu. Prednosta MR Dr. Presber

Referát sa nezaobera progredujúcimi traumatickými poškodeniami miechy, alebo tzv. vrodenými onemocneniami. Nepatria sem ani mozgové obrny, progredujúce zápalové onemocnenia, svalové dystrofie a iné.

Najčastejšou príčinou obrn sú úrazy, najmä však dopravné a úrazy vzniklé pri kúpaní. Úplné obrny po priečnom poškodení tvoria väčšinu (73 %), iba malá časť obrn je neúplných (27 %).

Pacienti prežívali po úraze s priečnou léziou miechy alebo po inom onemocnení v období po druhej svetovej vojne iba 2—3 roky. Príčinou smrti boli infekcie močových ciest, príp. dekubity, z ktorých sa vyvinula celková sepsa.

V r. 1944 Guttman zaviedol komplexné ošetrovanie pacientov s priečnym poškodením miechy na oddelení pre transverzálne lézie miechy v nemocnici Stoke-Mandeville v Anglicku. Spôsob ošetrovania sa rozšíril na celom svete a viedol k novému poňatiu ich rehabilitácie. Pokiaľ ide o obrny v oblasti torakálnej a lumbálnej miechy, prežíva 75 % viac ako 10 rokov. Pacienti, ktorí majú vozíček, sú samostatní a prevažne práceschopní.

Komplexné ošetrovanie paraplegikov podľa vzoru Stoke-Mandeville spočíva v špeciálne zameranej liečbe, ktorá sa musí robiť podľa medzinárodných, ako aj podľa vlastných skúseností na osobitných oddeleniach pre stavy po transverzálnych léziách miechy.

V NDR sa ročne počíta s prírastkom 150 paraplegikov. NDR má špeciálne oddelenie pre paraplegikov v Štátnej klinickej nemocnici v Berlin-Buch, Klinika pre rehabilitáciu (38 postelí) a na ortopedickej klinike Karl-Marxovej univerzity v Lipsku (10 postelí).

Prieskum zameraný na znovuvradenie 120 pacientov robili na Rehabilitačnej klinike Berlin-Buch. Podľa výšky, v ktorej bola poškodená miecha, rozlišovali:

Skupina A:

Lézia v oblasti krčnej miechy zapríčinená chorobou alebo úrazom s úplným ochrnutím dolných končatín a čiastočne s väčším alebo menším postihnutím aj horných končatín (rovná sa skupine I. podľa Guttmanna).

Skupina B:

Poškodenie miechy v oblasti hrudnej s úplným výpadom funkcie dolných končatín pri zachovanej funkcii horných končatín (rovná sa II. a čiastočne i III. skupine podľa Guttmanna).

Skupina C:

Postihnutie v dolnom úseku miechy, pri ktorom je viac alebo menej zachovaná funkcia svalstva dolnej časti trupu. Pacienti nadobudli na podklade tejto funkcie trupového svalstva, prípadne aj určitej funkcie na dolných končatinách opäť určitú lokomočnú schopnosť. Pacienti tejto skupiny na rozdiel od prvých dvoch skupín nie sú odkázaní na vozíček.

Do súboru nie sú zahrnutí pacienti s hlboko sediacim, prípadne nekompletným priečnym postihnutím miechy, ktorí vedú dobre chodiť.

Sledovali sme sebestačnosť pri prepustení a zistili sme:

Tab. 1.

	A	B	C
úplne samostatní	—	63 %	
čiasťočne samostatní	6,5 %	21 %	
nesamostatní	6,5 %	3 %	

Pracovnú schopnosť a výsledok sociálnej rehabilitácie ukazuje tab. č. 2. Ide o pacientov vo vekovom priemere 20—30-ročných.

Tab. 2. Pracovné zadelenie prepustených pacientov s priečnym poškodením miechy (120 osôb):

v pôvodnom zamestnaní	58—49 %
preškolení (výškolení)	7 %
v závode	
zamestnaní na plno	10 %
čiasťočne zamestnaní	10 %
doma	
plne zamestnaní	1 %
čiasťočne zamestnaní	30 %

Medzi prepustenými pacientami bez zamestnania je 62, čo tvorí 51 %.

Porovnanie výsledkov pracovnej schopnosti s klinickým nálezom dopadlo neuspokojivo. Je tu výrazná diskrepancia medzi možnosťou zaradiť do pracovného pomeru, ktorý závisí od dosiahnutej sebestačnosti, ba často aj medzi možnosťou zaradiť pacientov nesamostatných, ďalej medzi nízkym priemerým vekom u prepustených pacientov, ako aj medzi ich skutočným pracovným zaradením.

Diskrepancia je podmienená rôznymi faktormi.

V prvom rade dosiahnutý stupeň samostatnosti v špecializácii. Dôležitá je tu možnosť samostatne opustiť byt a dôjsť do zamestnania v určitom pravidelnom čase. Tento faktor podstatne zlepšuje možnosť získať zamestnanie. Stupeň samostatnosti nezávisí však len od výšky miechovej lézie, ale podstatne aj od spôsobu ošetrenia, ktoré si vyžaduje skorú hospitalizáciu na odbornom oddelení pre transverzálne lézie miechy. Mimoriadny význam má, či pacient chce byť rehabilitovaný. Pacient sa obyčajne snaží dosiahnuť maximálne možnú pohybovú nezávislosť. Ak táto snaha chýba, je potrebné ju prebudíť už počas hospitalizácie. Snaha po znovuvrazení do práce je často zre-

teľne ovplyvňovaná počas hospitalizácie na odbornom rehabilitačnom oddelení pre stavy po transverzálnych léziách miechy výhodnými finančnými nemocenskými dávkami najmä po pracovnom úraze, za ktoré sa nežiada protivýkon. Tým odpadá často snaha pacienta pripraviť sa na zamestnanie doma.

V posledných rokoch stúpa podstatne počet postihnutých, ktorí pochopili už na rehabilitačnom oddelení celkom jasne, že podmienkou pre spoločenské zaradenie je znovuvradenie do pracovného procesu. Tak zo 62 nepracujúcich bývalých pacientov nemá záujem o zamestnanie len 20, 42 pacientov chce pracovať, no zamestnanie však nenašli z rôznych príčin.

Okrem nesamostatnosti pacienta hrá pri znovuvraďovaní do práce značnú úlohu aj možnosť sa vyučiť, prípadne jeho nadanie a duševné schopnosti. Pri znovuvraďovaní do pracovného procesu je veľmi výhodné, ba často skoro nepostrádateľné, ak ide o lézie v oblasti krčnej miechy, ak môže pacient vykonávať zamestnanie, ktoré sa dá robiť doma. Treba zdôrazniť, že duševné schopnosti sa dajú do určitej miery kompenzovať vôľou a snahou zapojiť sa do spoločenského života, dajú sa teda kompenzovať rehabilitáciou. Najmä mladší ľudia, aby mohli vykonávať primerané zamestnanie, hoci nemali k tomu potrebné vzdelanie, získali si ho veľkou usilovnosťou a nadmernou energiou.

U skupiny B a C sú duševné schopnosti oveľa menej dôležité, lebo je tu zachovaná funkcia horných končatín. I tu je však ťažké znovuvradiť do práce pacientov intelektuálne podpriemerných, bez ukončeného školského vzdelania.

Tab. 3. Školské vzdelanie a pracovné zaradenie (120 pacientov s priečnou léziou miechy):

Školské vzdelanie	Spolu	Bez prác spolu	Prácu hľadá	Pracuje spolu	Čiastočne pracuje
1. pod 8 tried	15	11	4	4	3
2. 8 tried ukonč.	68	40	10	28	21
3. 10 tried ukonč.	26	9	6	17	13
4. ukončených 12 tried (matúra)	11	2	—	9	3

Tabuľka 4 uvádza ďalšie faktory, ktoré môžu pracovné znovuvradenie uľahčiť alebo sťažiť. Hodnotenie od 1—5 znamená, že faktor ohodnotený na 1 má mimoriadny význam, na 5 nemá veľký význam.

Tab. 4. Predpoklady pre znovuvradenie u pacientov s transverzálnou miechovou léziou.

	A	B	C
1. Komplikácie zdrav. stavu (spazmy, urol., dekubity)	3	3	3
2. Vzdelanie (povolanie, škola)	1	3—4	3—4
3. Úsilie byť rehabilitovaný	1	2	2
4. V zamestnaní už počas hospitalizácie	1—2	2	3—4
5. Dobré rodinné pomery	1—2	3	3—4
6. Poloha bytu (mesto, dedina)	2—3	2	2—3
7. Spôsob bývania (prístupnosť)	5	1	4
8. Pomoc štátu cez závod	1	2—4	3—4

V doteraz menovaných hľadiskách sú zachytené možnosti pracovného znovuvradenia tak, ako ho vidí postihnutý z hľadiska práva na prácu, teda tak, ako sa má z hľadiska humánneho ponímať. Realizácia práva na prácu je tiež ekonomickou záležitosťou a je v záujme spoločnosti. Dôležitým ekonomickým faktorom je aj špecializáciou získaná samostatnosť, alebo čiastočná samostatnosť, ktorá hrá veľmi dôležitú úlohu tak pri znovuvradovaní do práce, ako i pre samotného pacienta, ktorý je nezávislý na cudzej opatere.

V súvisе s ekonomickými hľadiskami si treba na tomto mieste všimnúť aj dĺžku ošetrovacieho času, finančné, materiálne a personálne zaťaženie, ktoré z toho vyplýva, ako aj ich vzťah ku včasnej alebo oneskorenej hospitalizácii na odbornom oddelení. Z uvedených názorov vyplýva, že stav postelí v NDR je nedostačujúci. Na odbornom oddelení v Buchu sme doteraz pacientov prijímali len podľa poradovníka, to znamená teda so značným oneskorením, a iba v ojedinelých prípadoch u úrazov, ktoré sa stali v okolí a mali za následok priečnu léziu miechy, bolo možné okamžité, alebo skoro okamžité prijatie. Pokúsili sme sa zistiť náklady z náhodne vybranej skupiny pacientov prijatých na odborné oddelenie v prvých troch mesiacoch (I. skupina), prípadne v prvých šiestich mesiacoch (II. skupina), alebo v prvom roku (III. skupina), prípadne neskôr (IV. skupina). Prepočty sme urobili iba pre pacientov s obrnami. Na odborné oddelenie prichádzali pacienti výlučne z iných nemocníc alebo zo zdravotných a sociálnych ústavov. Hospitalizačný čas sa skladal z úseku stráveného v iných zdravotníckych zariadeniach a z úseku na odbornom oddelení pre pacientov s transverzálnymi léziami miechy. Zistili sme, že ošetrovací čas u I. skupiny (priemerná čakacia doba na iných klinikách 2 mesiace) bol 238 dní, pričom na odbornom oddelení 178 dní; u IV. skupiny 440 dní a celková hospitalizácia spolu aj v iných zariadeniach bola 1000 dní. Ošetrovací čas odpovedá u I. skupiny údajom Guttmanna zo Stoke-Mandevilla pre pacientov od D6.

Trovy za obväzový materiál boli pre I. skupinu spolu (t. j. na odbornom oddelení i na druhých klinikách, kde bol pacient ošetrovaný) priemerne 276-M, pre IV. skupinu 1300 M. Trovy za lieky činili 242 M pre I. skupinu a 955 M pre IV. skupinu.

U náhodne vyšetrených 10 pacientov I. a II. skupiny (čakacia doba spolu až 1/2 roka) bola nutná 1 urologická operácia. Pre 10 pacientov zo IV. skupiny bolo treba vykonať 4 urologické operácie, 7 ortopedických (operácie fistúl) a 1 neurochirurgickú operáciu. S dĺžkou hospitalizácie rastie aj počet procedúr z fyzikálnej terapie, liečby prácou a úkonov športového charakteru. Prvé dva typy ošetrovania ordinujeme od prvého dňa, a aj vtedy, ak je pacient pripútaný na lôžko. Pacienti sú občajne ošetrovaní dva razy za deň, raz individuálne a raz v skupine.

Zistili sme, že pri včasnom prijatí pacienta z I. skupiny stačila na odbornom oddelení pracovná kapacita ošetrojúceho personálu (rehabilitačné inštruktorky a inštruktorky liečby prácou), ktorá predstavovala jednu celú pracovnú silu na jedného pacienta po dobu 1 mesiaca. Pri oneskorenom prijatí pacienta zo IV. skupiny stúpila požiadavka až na celú pracovnú silu po dobu skoro troch mesiacov.

Spoločensko-ekonomický význam má popri finančných nákladoch, ktoré vznikajú z oneskoreného prijatia a z nemožnosti okamžitého odborného ošetrovania u pacientov s transverzálnou léziou miechy, aj viazanie ošetrovacej kapacity.

Zistili sme, že podľa našich vyšetrení ošetrovateľská kapacita na odbornom oddelení až do prepustenia pacienta bola len 70 % kapacity, ktorá bola nutná u pacientov s priemernou čakacou dobou 135 dní (II. skupina) a len 65 % z kapacity nutnej u pacientov s čakacou dobou 270 dní. U IV. skupiny (čakacia doba viac ako 1 rok až do prijatia na odborné oddelenie) je nutná oproti pacientom, ktorí sú prijatí, až trojnásobná kapacita ošetrovateliek.

Závery

Ošetrovanie na odbornom oddelení je nutné, aby bola dosiahnutá rehabilitácia u transverzálnych lézií miechy v rámci zachovaných pohybových schopností s úplnou alebo relatívnou (lézie krčnej miechy) samostatnosťou a pokiaľ je to možné aj s pracovnou schopnosťou. Veľký význam pre pacienta s transverzálnou léziou miechy má okamžité, alebo skoré prijatie na odborné oddelenie:

- a) zníži sa výskyt komplikácií a závažnosť onemocnenia,
- b) zníži sa doba hospitalizácie,
- c) nezníži sa, prípadne sa prebudí snaha po rehabilitácii.

Skorý príjem na odborné oddelenie má aj z hľadiska ekonomického veľký význam. Čakacia doba stúpa oneskoreným prijatím nielen na odbornom oddelení, ale aj na predchádzajúcom oddelení, ďalej spotreba obväzového materiálu a liekov, ako aj požiadavky na kapacitu personálu stúpajú.

Skoré ošetrenie na odbornom oddelení, na ktorom musí byť k dispozícii dostatočný počet postelí, má z hľadiska sociálneho, t. j. predovšetkým so zreteľom na optimálny úspech medicínskej rehabilitácie pre pacienta, najväčší význam; a z hľadiska ekonomického, v to počítajúc spotrebu materiálu a požiadavky na kapacitu personálu, je najracionálnejšie.

LITERATÚRA

1. *Wahle, H.*: Das Schicksal der Querschnittsgelähmten aus medizinischer und sozialer Sicht; Springer-Verlag Wien/New York, 1965
2. *Presber, W.*: Der geschädigte Mensch zwischen Krankenhausbehandlung und Berufseinsatz; in: Rehabilitation/Redetzky, Thiele Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1962
3. *Koch, I.*: Zur Bedeutung von Krankengymnastik und Versehrtensport für die Rehabilitation von Querschnittsgelähmten; Beiträge zur Orthopädie und Traumatologie, Heft 17/1970, Verlag Volk und Gesundheit, Berlin
4. *Presber, W.*: Bedeutung verschiedener äußerer Faktoren für die berufliche Wiedereingliederung der Querschnittsgelähmten; Beiträge zur Orthopädie und Traumatologie, Heft 6/1970, Verlag Volk und Gesundheit, Berlin.

В. Пресбер: Социальные и экономические аспекты реабилитации больных с поперечным повреждением спинного мозга вследствие травмы

Резюме

Первая помощь в специальном отделении необходима для того, чтобы достигнуть реабилитации при поперечном повреждении спинного мозга в рамках оставшихся двигательных способностей с полной или относительной (повреждения в области шеи) самостоятельностью и, по возможности, даже с трудоспособностью. Большое значение для больного с поперечным повреждением спинного мозга имеет немедленный или скорый прием в специальное отделение:

- а) понижается наличие осложнений и тяжесть заболевания,
- б) сокращается время госпитализации,
- в) не снижается, или возбуждается стремление к реабилитации.

Своевременный прием в специальное отделение имеет большое значение и с экономической точки зрения. Поздним приемом увеличивается выжидательный срок не только в специальном, но и в предыдущем отделении, кроме того повышается потребность перевязочного материала и лекарств равно как и требования к производительности персонала.

Скорая медицинская помощь в специальном отделении, где должно быть в распоряжении достаточное число коек, имеет с социальной точки зрения, т. е. прежде всего с точки зрения оптимального успеха медицинской реабилитации для больного, наибольшее значение; а с экономической точки зрения, включая потребность в материале и требования к производительности персонала, оно наиболее рационально.

W. Presber: Social and economic aspects of rehabilitation in patients with transversal lesion of the spinal cord after injury

Summary

Treatment in special ward is necessary for patients with transversal lesion of the spinal cord in order to achieve rehabilitation within the retained mobility with complete or relative (lesion of cervical spinal cord selfsufficiency, and if possible with working ability).

An immediate or early admittance to special departments is of great importance for these patients.

1. It decreases the occurrence of complications and the severity of the illness
2. it decreases the period of hospitalization
3. it increases the ambition for rehabilitation

To admit the patient as soon as possible to the special department is also of economical importance. Delayed admittance increases the waiting period not only to the special departments, but also for the preceding ones, increases the needs for dressing material, drugs and larger staff.

An early treatment in expert departments is most significant from the economical aspect. A sufficient number of beds must be available in such a department in order to safeguard an optimal result of medical rehabilitation, which is of maximal importance for the patient and most rational from the economical point of view, considering the need of dressing material and number of staff.

W. Presber: Aspects social et économique de réhabilitation chez les malades affectés de lésion transversale de la moelle épinière, après accident

Résumé

Il est indispensable de recevoir des soins dans un centre de réhabilitation spécialisé, pour obtenir la réhabilitation chez les malades affectés de lésions transversales de la moelle épinière dans le cadre des facultés mobiles conservées avec indépendance complète ou relative (lésions de la moelle épinière cervicale) et si possible, avec

capacité de travail. L'hospitalisation instantanée ou rapide dans une section spécialisée a une importance primordiale pour le malade affecté d'une lésion transversale de la moelle épinière:

a) elle réduit l'apparition des complications et la gravité de la maladie

b) la durée de l'hospitalisation diminue

c) la tendance à la réhabilitation ne se réduit pas, éventuellement elle s'éveille.

L'hospitalisation opportune dans un centre de réhabilitation a également une grande importance du point de vue économique. La durée d'attente augmente, en raison de l'hospitalisation tardive, non seulement dans un centre spécialisé, mais aussi dans la section précédente, augmentent aussi la consommation en matériel de pansement et des médicaments ainsi que les exigences sur la capacité du personnel.

Des soins opportuns donnés dans un centre spécialisé qui doit avoir à sa disposition un nombre suffisant de lits, ont du point de vue social, c'est-à-dire en égard, avant tout, au succès optimal de la réhabilitation médicale du malade, une importance capitale; et du point de vue économique, y compris la consommation de matériel et les exigences sur la capacité du personnel, sont des plus rationnels.

W. Presber: Soziale und ökonomische Gesichtspunkte der Rehabilitation von Patienten mit posttraumatischer Querläsion des Rückenmarks

Zusammenfassung

Behandlung in der Fachabteilung ist unumgänglich, um eine Rehabilitation bei transversalen Rückenmarkläsionen im Rahmen der verbliebenen Bewegungsfähigkeit mit völliger oder relativer (bei Läsion des Halsrückensmarks) Selbständigkeit und womöglich auch Arbeitsfähigkeit zu erzielen. Für Patienten mit transversaler Rückenmarkläsion ist die sofortige, bzw. frühe Aufnahme an eine Fachabteilung von großer Wichtigkeit:

1. Das Aufkommen von Komplikationen sowie der Schwierigkeitsgrad der Erkrankung werden dadurch verringert,

2. die Hospitalisierungsdauer wird verkürzt,

3. das Streben nach Rehabilitation wird nicht vermindert, bzw. es wird geweckt.

Frühe Aufnahme an eine Fachabteilung ist auch vom ökonomischen Gesichtspunkt von großer Bedeutung. Durch verspätete Aufnahme verlängert sich die Wartezeit nicht nur in der Fachabteilung, sondern auch in der vorangehenden Abteilung, ferner erhöht sich der Verbrauch an Verbandmaterial und Medikamenten sowie die Anforderungen bezüglich der Kapazität des Krankenhauspersonals.

Die frühe Behandlung in der Fachabteilung, wo eine genügende Bettzahl zur Verfügung stehen muß, ist vom sozialen Gesichtspunkt, d.h. vor allem in Hinblick auf den optimalen Erfolg der medizinischen Rehabilitation, für den Patienten von größter Bedeutung. Und vom Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit, einschließlich des Materialverbrauchs sowie der Anforderungen bezüglich der Personalkapazität, ist diese auch am rationalsten.

BOBEK K., HAVRÁNEK J.:

VNÚTORNÉ LEKÁRSTVO I. A II.

*Vydala Osveta, n. p., Martin v r. 1971, III. doplnené vydanie,
I. diel, počet strán 324, Kčs 25,—
II. diel, počet strán 348, Kčs 27,—*

V roku 1971 vydáva Vydavateľstvo Osveta v Martine tretie doplnené vydanie učebnice vnútorného lekárstva pre zdravotnícke školy.

I. diel — všeobecná časť: po úvodných poznámkach o histórii lekárstva, súčasnom ponímaní vnútorného lekárstva a definície choroby zoznamujú autori poslucháčov so spôsobom práce na internom oddelení. Prehľadne sú uvedené vyšetrovacie metódy, ktoré sa bežne používajú, hodnotí sa ich diagnostický význam a poukazuje sa na úlohy sestry pri ich prevádzaní. Do tejto kapitoly sú zahrnuté aj základné laboratórne vyšetrovacie metódy.

Kapitola o liekoch obmedzuje sa len na všeobecné zásady farmakodynamiky liekov, správneho zaobchádzania s nimi, ich podávaní, ako aj vedľajších prejavov a zdôrazňuje sa úloha sestry pri prevádzaní liečby.

Kapitola o liečebnej výžive zaoberá sa predovšetkým všeobecnými zásadami výživy v zdraví a chorobe, pričom diéty pri jednotlivých ochoreniach sú uvádzané prehľadne len v diétnom systéme. Špeciálne dietetické pokyny sa uvádzajú pri jednotlivých ochoreniach.

V kapitole o fyzikálnej liečbe a rehabilitácii autori vysvetľujú základné pojmy fyzioterapie a jej prostriedkov. Kapitole by bolo vhodnejšie prispôbiť súčasnému ponímaniu rehabilitácie v modernej medicíne a k tomu prispôbiť i metodiku cvičenia pri vnútorných chorobách s cieľom zoznámiť poslucháčov so základnými rehabilitačnými úkonmi, ktoré by mala sestra na internom oddelení vykonávať.

Časť učebnice o všeobecnej symptomatológii prináša zhustenou formou celý rad nových pojmov a opiera sa už o určité vedomosti z fyziológie a patológie. Je to kapitola náročná, ale usiluje sa viesť poslucháčov k aktívnemu mysleniu pri práci — k správne chápaniu vyšetrovacieho a liečebného postupu.

II. diel — špeciálna časť je usporiadaná do jednotlivých tematických celkov. Pred každým tematickým celkom autori zaradili zdravotnícky a hospodársky význam chorôb, vyšetrovacie metódy a základné povinnosti sestry. Pritom sa kladie dôraz na najdôležitejšie poznatky z morfológie a fyziológie. V liečbe jednotlivých chorôb sa zdôrazňuje komplexný liečebný postup s poukázaním na najúčinnější zložky liečby. Pozornosť sa venuje i možnostiam prevencie a súčasnému stavu dispenzárnej starostlivosti.

Učebnica vnútorného lekárstva pre zdravotnícke školy je spracovaná na základe nových osnov. MUDr. R. Pullman v tomto vydaní učebnice prepracoval kapitolu o vyšetrovacích metódach, doplnil funkčné skúšky, rozšíril časť o farmakoterapiu a doplnená je i obrazová časť učebnice.

I keď niektoré časti učebnice zdajú sa rozsiahle a náročné pre štúdium, učebná látka je podaná zrozumiteľne a názorne. Učebnica poslúži nielen poslucháčom základného štúdia, ale i v postgraduálnej výchove nielen sestier, ale i ostatných stredných zdravotníckych pracovníkov.

M. Bartovicová, Bratislava

PODIEL POÚRAZOVEJ REHABILITÁCIE NA PRÁCI REHABILITAČNÝCH ODDELENÍ ÚNZ NA SLOVENSKU

V. LÁNIK

Ministerstvo zdravotníctva SSR, Bratislava

Rehabilitácia pacientov po úraze patrí medzi najvýznamnejšie úlohy rehabilitačných oddelení. Z materiálov, ktoré zostavili pracovníci 45 rehabilitačných oddelení za roky 1968—1970, môžeme si utvoriť obraz o jej súčasnom stave, o zásadných vývojových trendoch v poslednom období i o úlohách, ktoré treba v tejto oblasti rehabilitácie riešiť.

Na 45 rehabilitačných oddeleniach prevzali v rokoch 1968—1970 priemerne asi 95 000 pacientov, z toho priemerne 27 % predstavovali pacienti po úraze.

Počet prevzatých pacientov z roka na rok rástol, takže v roku 1970 bolo na rehabilitačných oddeleniach ošetrovaných o 7,8 % viacej pacientov, ako v roku 1968. Tento vzrast ošetrovaných pacientov je plynulý a svedčí o rozvíjajúcej sa činnosti rehabilitačných oddelení na Slovensku.

Súbežne s narastaním celkového počtu rehabilitovaných narástol aj počet pacientov rehabilitovaných po úraze, takže sa ich podiel na celkovom počte nezmenil.

Rozvrstvenie pacientov podľa veku ukázalo, že napriek rastúcej úrazovosti detí bol ich ročný priemerný podiel na celkovom počte malý a má plynule klesajúcu tendenciu. Kým v roku 1968 predstavovali z celkového počtu rehabilitovaných pacientov po úraze — deti 20 %, klesol ich relatívny počet v roku 1970 na 12 %, čiže o 8 %. Tento vývoj je nepriaznivý a treba, aby prednostovia rehabilitačných oddelení vytvárali podmienky pre rozšírenie možností rehabilitovať deti s poúrazovými stavmi.

Mužov prevzali na rehabilitáciu naše oddelenia celkovo o 11 % viac ako žien. Podiel žien má však stúpajúcu tendenciu a v analyzovanom období vzrástol o 6,2 %.

Rozbor ošetrovaných pacientov podľa druhu úrazu ukazuje, že podiel pacien-

Práca bola prediskutovaná na poradnom zbere experta pre rehabilitáciu Ministerstva zdravotníctva SSR Dr. V. Lánika a prednesená na konferencii o poúrazovej rehabilitácii s medzinárodnou účasťou v Bratislave v júni 1971.

Materiály, ktoré tvorili podklad pre túto prácu, zostavili: D. Bannertová, M. Belanová, Z. Bodo, A. Bodorová, A. Borošová, J. Bukovský, L. Cirok, E. Čajková, A. Čírsky, V. Dzurányi, V. Gažík, Z. Hrivnák, I. Chrenko, A. Ištóková, M. Jalčovník, J. Janhuba, M. Jaránek, E. Kiss-Tóth, A. Kiššová, B. Klepsatel, I. Koller, E. Krebes, E. Krečová, V. Lániková, I. Lepieš, J. Majling, E. Mokrá, M. Palát, K. Pastva, T. Polya, D. Reško, A. Rosina, A. Roziaková, A. Rupcová, B. Šimko, E. Tichý, J. Vanečko, M. Vavrečková, D. Vizár, N. Volleková, I. Vnuk, I. Zemko, J. Židovič.

tov s priemyselnými a poľnohospodárskymi úrazmi klesá (priemyselné o 6,1 percenta, poľnohospodárske o 6,3 %), ďalej, že podiel pacientov po dopravných úrazoch bol približne vo všetkých troch rokoch rovnaký (priemerne 16,8 %). Pribúda pacientov so športovými úrazmi (ich relatívny počet stúpol o 4 %) a značne sa zvýšil relatívny počet ostatných, najmä „domácich“ úrazov, a to až o 10,4 %. Práve tieto domáce úrazy tvorili v roku 1970 najväčšiu skupinu: 32,6 %.

Veľmi dôležité je topické rozdelenie, ktoré sa v podstate v priebehu skúmaného obdobia nezmenilo, ktoré však ukazuje, kde je ťažisko práce rehabilitačných oddelení.

Percentuálne rozdelenie pacientov podľa topiky úrazu je zrejmé z tabuľky:

postihnutá časť		priemerný ročný podiel za 3 roky (v %)
hlava	1,6	
chrbtica	4,6	
horná končatina	48,6	
z toho:		
oblasť ramena		28,8
lakteť a predlaktie		34,8
ruka		36,4
		100,0 %
dolná končatina	45,2	
z toho:		
oblasť panvy		3,7
oblasť proximálneho konca femoru		7,5
telo femoru		8,2
oblasť kolena		32,5
predkolenie		19,3
oblasť členkov		20,9
noha		7,9
		100,0 %

Z celkového počtu pacientov po úraze majú osobitnú dôležitosť pacienti s ťažkými mrzaciacimi úrazmi, ktorých bolo priemerne vyše 5 % (v sledovanom období spolu 3851).

Priemerné ročné podiely jednotlivých typov postihnutia u týchto pacientov boli takéto:

priečných lézií miechy	6,8 %
ťažších popálenín	8,4 %
amputovaných (pre úraz)	11,2 %
lézií mozgu	21,2 %
mrzaciacich úrazov končatín	52,4 %
	100,0 %

Relatívny ročný podiel paraplégii (počet pacientov s paraplégiami za tri roky = 100 %) vyrástol o 18,4 % (z 25,1 % v roku 1968 na 43,5 % v roku 1970) a podiel quadruplégii dokonca o 31,4 % (z 13,1 % v roku 1968 na 44,5 % v roku 1970). Ročne pribúda asi 49 pacientov s quadruplégiami a 33 pacientov s paraplégiami, pričom ich výskyt plynule stúpa.

Pre poúrazové amputácie bolo na naše rehabilitačné oddelenia posielaných priemerne ročne 54 pacientov s amputáciami na horných končatinách (prítom sem nerátame pacientov s amputáciami prstov na ruke!) a 91 pacientov s amputáciami na dolných končatinách.

Relatívny ročný podiel (počet pacientov v príslušnej skupine za tri roky

spolu = 100 %) pacientov v skupine mrzáčiacich úrazov končatín sa značne menil: narástol relatívny ročný podiel pacientov zmrzačených na dolných končatinách (o 17,9 %) a na ruke (14,5 %).

V absolútnych číslach bolo na naše rehabilitačné oddelenia poukázaných pacientov pre mrzáčiace úrazy:

	1968	1969	1970	priemer.
na dolnej končatine	106	140	183	143
na ruke	301	339	459	366

Za tri roky prevzali na rehabilitáciu 1099 pacientov pre mrzáčiace úrazy ruky.

Pacienti s priechnymi léziami miechy, pacienti po amputáciách, po mrzáčiacich úrazoch končatín a najmä pacienti po mrzáčiacich úrazoch na ruke si vyžadujú intenzívnu, dlhodobú a veľmi špecializovanú rehabilitáciu, preto by bolo treba pre nich vytvoriť centrá, ktoré by boli na tieto oblasti rehabilitácie úzko zamerané, primerane vybavené špeciálnym zariadením a pracovníkmi, ktorí sú s rehabilitáciou v týchto oblastiach dobre oboznámení. Jedine takéto centrá by mohli podstatne znížiť invalidizáciu týchto pacientov a zabezpečiť ich optimálnu pripravenosť na spoločenské a pracovné zaradenie či znovuzaradenie.

Základnou požiadavkou úspešnej rehabilitácie je, aby začala čo najvčaššie po úraze. Čím včaššie a intenzívnejšie s ňou začneme, tým je efektívnejšia, tým účinnejšie ňou predídeme sekundárnym, zbytočne vznikajúcim ďalším dôsledkom úrazu, ktoré zvyšujú invalidizáciu postihnutých. Konečne čím skôr rehabilitácia začne, tým kratšie trvá. Je totiž ľahšie zvládnuť vývoj stavu hneď po úraze, ako naprávať zanedbané fixované a rozvinuté stavy u pacientov.

Preto sme skúmali, v akom čase po úraze a po sňatí sadrového obväzu sa pacienti poukazujú na rehabilitačné oddelenia.

Na rehabilitáciu boli pacienti poukázaní po úraze takto:

I. týždeň	II.	III.—IV.	V.—VIII.	po IX. týždni
37,6 %	17,8 %	20,8 %	14,2 %	9,6 %

Z prehľadu vidieť, že skoro polovica (44,6 %) pacientov je posielaná na rehabilitáciu v treťom až ďalšom týždni, čo je stav veľmi nepriaznivý. Ideálne by bolo, keby chirurgovia indikovali začiatok rehabilitácie u všetkých pacientov už v prvých dvoch týždňoch, a hneď po sňatí sadrového obväzu.

Fakticky posielali pacientov po sňatí sadrového obväzu na rehabilitáciu takto:

v I. týždni	II.	III.—IV.	po V. týždni
47,9 %	22,4 %	13,9 %	15,8 %

30 % pacientov sa teda na rehabilitáciu dostáva vyslovene neskoro, čo považujeme za veľký nedostatok.

S včasnou indikáciou a s dĺžkou hospitalizácie súvisí aj dĺžka rehabilitácie. Pacientov rehabilitovali naše oddelenia:

1 týždeň	2 týždne	3 týždne	vyše 4 týžd.
12,9 %	23,9 %	17,9 %	45,0 %

Analyzovali sme aj príčiny skončenia a výsledky rehabilitácie pacientov po úraze: 57,9 % pacientov skončili rehabilitáciu preto, že sa ich stav dobre upravil, stali sa práceschopnými.

U 26,5 % bola rehabilitácia prerušená, alebo pacient bol prepustený z nemocničného oddelenia, 13,8 % prestalo dochádzať na rehabilitáciu z technických príčin (veľká vzdialenosť miesta pobytu od rehabilitačného oddelenia, sťažná pohyblivosť a podobne). Len 1,8 % pacientov prešla do kúpeľnej starostlivosti.

Hospitalizovať pacientov pre rehabilitáciu na chirurgických a traumatologických oddeleniach je neekonomické. Výhodnejšie a efektívnejšie je zriaďovať pre nich rehabilitačné centrá.

Pracovne sú naši rehabilitační pracovníci preťažení a je potešiteľné, že aj pri nedostatočnom kádrovom vybavení ich pracovné výkony rastú. V roku 1968 zaznamenali okružle 1,4 milióna rehabilitačných procedúr, kým v roku 1970 už 1,99 milióna. Počet výkonov stúpol teda za dva roky o 600 000.

Z aplikovaných procedúr je najviac zložitých úkonov pohybovej liečby (priemerne 60,3 %), potom elektroliečebných procedúr (33,1 %). Hydroterapeutických procedúr bolo 6,6 %. Tieto percentuálne podiely sa v sledovaných rokoch podstatne nezmenili.

Záver

Výsledky analýzy údajov o poúrazovej rehabilitácii zo 45 rehabilitačných oddelení ukázali kvantitatívne aj kvalitatívne jej charakteristiky a vzostupný trend počtu pacientov s ťažkými a mrzčiacimi úrazmi, ktoré vedú vo vysokom percente k invalidizácii.

Rehabilitácia týchto ťažko postihnutých pacientov si vyžaduje zvýšené vy-pátie pracovného úsilia rehabilitačných lekárov a rehabilitačných pracovníkov a kvalitatívne vyššiu úroveň ich práce.

Zvýšenie počtu výkonov na rehabilitačných oddeleniach bez podstatnejšieho prírastku pracovníkov ukazuje, že rehabilitační pracovníci svoje úlohy chápu a snažia sa ich zvládnuť.

Výhľadove treba zabezpečiť vytvorenie špecializovaných centier pre najťažšie postihnutých a hlavne zabezpečiť včasnú indikáciu rehabilitácie pacientov po úraze. Včas začať, znamená dosiahnuť lepšie výsledky za kratší čas.

V. Lánik: Доля участия послетравматической реабилитации в работе реабилитационных отделений институтов народного здоровья в Словакии

Резюме

Результаты анализа данных 45 отделений реабилитации о послетравматической реабилитации показали количественные и качественные ее характеристики и возрастающую тенденцию числа больных с тяжелыми и калечащими повреждениями, ведущими к высокому проценту инвалидности.

Реабилитация этих тяжелопострадавших больных требует повышенного усилия реабилитационных врачей и работников реабилитации а также и высшего уровня их квалификации. Нарастание числа трудовых заданий в реабилитационных отделениях показывает, что работники реабилитации понимают свои задачи и стараются их выполнить.

Перспективно следует обеспечить учреждение специальных центров для самых тяжелых больных и, главным образом, обеспечить своевременную индикацию реабилитации больных после травмы. Начать вовремя — это значит достигнуть лучших результатов в более короткое время.

V. Lánik: The share of post-injury rehabilitation in the work of rehabilitation departments in Slovakia

Summary

The results of the analyses of data about post-injury rehabilitation in 45 departments of rehabilitation show the quantitative and qualitative characteristics and the rising trend of the number of patients with severe and crippling injuries leading to a great extent to invalidity. The rehabilitation of these severely afflicted patients requires increased exertion and effort in the work of physicians and physiotherapists and a higher standard of their work.

The increased number of administrations at the rehabilitation departments without considerable increase of staff proves that the physiotherapists have full understanding for their task and are trying to master it. For the future it is necessary to establish special centres for badly affected patients and chiefly guarantee an early indication of rehabilitation programmes for patients after injuries. To begin early means to achieve better results in a shorter time.

V. Lánik: La part de la réhabilitation après accidents au travail des centres de réhabilitation dans les Etablissements de la Santé Publique en Slovaquie

Résumé

Les résultats de l'analyse des données concernant la réhabilitation dans 45 sections de réhabilitation ont démontré les caractères qualitatifs et la tendance ascendante du nombre de patients avec traumatismes graves et mutilants, conduisant en grand pourcentage à l'invalidité.

La réhabilitation de ces malades gravement affectés exige une dépense plus intense des efforts de travail de médecins exerçant la réhabilitation ainsi que du personnel de réhabilitation et une qualité supérieure du niveau de leur travail.

L'accroissement du nombre d'opérations dans les sections de réhabilitation, sans augmentation notable du personnel, montre que celui-ci se rend parfaitement compte de ses devoirs et s'efforce aussi de les remplir de son mieux.

Il convient toutefois d'assurer, en perspective, la formation de centres spécialisés pour les malades le plus gravement affectés et assurer notamment une indication opportune de réhabilitation des patients après accidents. Commencer en temps opportun, signifie obtenir de meilleurs résultats dans une période plus courte.

V. Lánik: Der Anteil der posttraumatischen Rehabilitation an der Tätigkeit der Rehabilitationsabteilungen der Volksgesundheitsinstitute in der Slowakei

Zusammenfassung

Die Resultate der Datenanalyse über die posttraumatische Rehabilitationsbehandlung in 45 Rehabilitationsabteilungen auf Grund ihrer quantitativen und qualitativen Charakteristika haben eine steigende Tendenz der Patientenzahl mit schweren und verstümmelnden Unfällen, die zu einem hohen Prozentsatz Invalidität zur Folge haben, aufgezeigt.

Die Rehabilitation dieser schwer betroffenen Patienten erfordert erhöhte Arbeitsintensität sowohl von Rehabilitationsärzten als auch vom Rehabilitationspersonal und überdies auch ein qualitativ höheres Niveau ihrer Arbeitstätigkeit.

Der Anstieg der Leistungszahlen an den Rehabilitationsabteilungen ohne wesentliche Erhöhung der Mitarbeiterstaaten zeugt davon, daß das Rehabilitationspersonal ihre Aufgaben gewissenhaft ausübt und sie zu meistern bestrebt ist.

Perspektivisch sollte die Einrichtung spezialisierter Zentren für die Rehabilitation der am schwersten Betroffenen sowie für die Sicherstellung der rechtzeitigen Indikation der Rehabilitation posttraumatischer Patienten gewährleistet werden. Rechtzeitig beginnen heißt in kürzerer Zeit bessere Resultate erzielen.

FARMAKOTERAPIA V OBLASTI LIEČEBNEJ REHABILITÁCIE III.

Š. KIŠOŇ, M. PALÁT

*Oddelenie hromadne vyrábaných liečivých prípravkov
Ústavnej lekárne v Bratislave na Kramároch,
vedúci: Dr. PhMr. Š. Kišoň,*

*Katedra rehabilitácie Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP
v Bratislave, vedúci: MUDr. M. Palát*

X. ANTIREUMATIKÁ (ANTIARTRITIKÁ, ANTIFLOGISTIKÁ)

Z hľadiska chemickej štruktúry predstavujú pestrú paletu liečiv, ktoré sa aplikujú pri zápalových i nezápalových reumatických ochoreniach. Svojím účinkom pomáhajú organizmu zreštaurovať postihnuté spojivové tkanivá. Z hľadiska použitia v liečebnej rehabilitácii uvedieme len niektoré vybrané skupiny liečiv, resp. prípravkov, i keď súčasťou terapie reumatických ochorení je aj fyzikálna liečba, v rámci ktorej sa pri ionoforéze často používajú roztoky dionínu, prokaínu, jodidu draselného a histamínu. Najčastejšie ordi-
nované antireumatiká sú nasledovné:

1. *Deriváty kyseliny gentisovej.* Sem patrí *NATRIUM GENTISICUM* tabl. 100 × 500 mg. Tento prípravok je indikovaný pri reumatickej horúčke, keď s terapiou sa musí začať ihneď a musí trvať dostatočne dlhú dobu, t. j. až kým nevymiznú všetky klinické symptómy a kým laboratórne nálezy (sedimentácia) nie sú negatívne.

Dávkovanie: Je individuálne, avšak relatívne vysoké [25].

Nežiaduce vedľajšie účinky: ako po salicylánoch (nechutenstvo, nauzea až vracanie), ale sú zriedkavé.

Kontraindikácia: retencia vody a sodíka.

2. *Deriváty pyrazolidínu* patria ešte stále medzi často používané antiartritiká, ktoré majú antiflogistický i analgetický účinok. Sú to najmä tieto prípravky:

a) *FENYLBUTAZON* drg 20 × 200 mg, inj 20 %, 5 × 3 ml, ktoré obsahujú aj prísadu 1 % trimekaínu (MESOCAIN). Prípravok je indikovaný najmä pri akútnych artritídach. Pri chronických polyartritídach sa podáva ako intervalová liečba. Aplikuje sa aj pri polytopných bolestivých diskopatiách a vertebrogenných syndrómoch, ako aj pri bolestivých formách mimokĺbového reumatizmu, najmä keď sú v značnej miere znížené pohybové funkcie. Antiflogistický účinok fenylbutazónu sa využíva aj pri povrchových zápaloch žíl.

Dávkovanie je prísne individuálne a je podrobne uvedené v zozname Spofa prípravkov [25].

Nežiadúce vedľajšie účinky: alergické kožné reakcie, leukopénia, anémia, vracanie, hnačka, okultné krvácanie, vznik žalúdočného vredu, krvácanie alebo perforácia súčasného peptického vredu [24].

Kontraindikácia: peptický vred, ochorenia srdca, pečene a obličiek, gravidita, laktácia, choroby krvi, alergia na fenylbutazón. Relatívnou kontraindikáciou je súčasná liečba Pelentanom, cukrovka, hypertenzia, pokročilý vek.

Totožné prípravky: BUTAZOLIDIN (Geigy).

- b) **PYRABUTOL** drg 20, inj 10 × 5 ml. Je to kombinácia fenylbutazónu a amínofenazónu. Injekčná forma obsahuje tiež prísadu trimekaínu. V reumatológii je PYRABUTOL indikovaný pri podobných stavoch ako fenylbutazón, podobne i v oftalmológii. Okrem toho sa používa aj v chirurgii, v kožnom lekárstve, príp. v ORL (bolesti po tonzilektómii).

Dávkovanie: individuálne, 2—3—5 ml i. m. pro dosi a pro die. Parentálne sa aplikuje 2 × týždenne a medzi týmito dvoma podaniami sa užíva 3 × denne 1 dražé.

Kontraindikácia a vedľajšie účinky: ako u fenylbutazónu. Toxicitu prípravku ešte zvyšuje obsah amidopyrínu.

- c) **TOMANOL** (Byk-Gulden) drg 20, i. m. inj 5 × 5 ml. Je to kombinácia fenylbutazónu a izopyrínu. Má výrazné účinky protizápalové, analgetické a antipyretické. Kombináciou účinných látok sa dosahuje jednak silný počiatočný, i predĺžený efekt.

Indikácia: akútny i chronický reumatizmus, Bechterevova choroba, svalový reumatizmus, lumbago, artrózy, dna, neuralgie a neuritídy.

Dávkovanie: Pri ťažkých stavoch sa liečba začína aplikáciou jednej ampulky, potom sa prejde na perorálnu liečbu 3 × denne 1—2 dražé po jedle.

Kontraindikácie: ako u fenylbutazónu.

- d) **KETAZON** drg 20 × 250 mg, i. m. inj 20 %, 5 × 5 ml. Injekčná forma tiež obsahuje prísadu trimekaínu. Je to novší, pôvodný náš prípravok, s mohutným antiflogistickým, analgetickým a antiuratickým efektom. Nemá vedľajšie účinky ako FENYLBUTAZON alebo PYRABUTOL. Aj jeho vplyv na retenciu sodíka a vody v organizme je menej výrazný ako u fenylbutazónu.

Indikácia: všetky formy a štádiá dny, hyperurikemický syndróm, svalový a kĺbový reumatizmus, zápalové a trombotické ochorenia končatinových a hemoroidálnych žíl, zápalové očné ochorenia a niektoré kožné ochorenia.

Dávkovanie: individuálne, podľa druhu ochorenia a závažnosti stavu pacienta. Podrobnejšie je rozpísané v dostupnej literatúre [25].

Nežiadúce účinky: zriedkavo anorexia, pocit tlaku v žalúdku, vzácne kožné alergie.

Kontraindikácia: ako u fenylbutazónu a vredová choroba v akútnom štádiu.

3. *Deriváty kyseliny indolctovej:* Patrí sem **INDOCID** (Merck-Sharp-Dohme) enterosolventné cps 30 × 25 mg. Je to nové liečivo chronických reumatických chorôb. Má významný analgetický a antipyretický účinok. Po pero-

rálnej aplikácii sa veľmi dobre vstrebáva, maximálna hladina v plazme sa dosiahne za 1—2 hodiny.

Indikácia: Zápalové i nezápalové ochorenia svalov a kĺbov, progresívna chronická polyartritída, degeneratívne ochorenia kĺbov, arthritis urica, bursitis, tendinitis, synovitis, tendovaginitis.

Dávkovanie: 50—75 mg denne, výlučne po jedle. Táto dávka sa môže prekročiť len pri akútnom záchvate dny. Súčasné podávanie INDOCID-u u pacientov liečených kortizonoidmi, umožňuje znížiť dávku kortizonoidov.

Nežiadúce vedľajšie účinky: dráždenie žalúdka, kožné prejavy alergie, leukopénia, agranulocytóza, niekedy bolesti hlavy, príp. nespavosť, tinnitus, vaginálne krvácania, bola popísaná i porucha videnia.

Kontraindikácie: peptický vred, astmatickí pacienti precitliveli na kyselinu acetylsalicylovú, epilepsia, gravidita.

4. **MOVIRENE** (U. C. B.) tabl 20×500 mg, inj 1 g, 6×5 ml. V porovnaní so salicylanmi je asi $2-3 \times$ účinnejší.

Indikácia: reumatická horúčka, myalgie, lumbago, neuritída, niektoré druhy neuralgií a chronického kĺbového reumatizmu.

Dávkovanie: Ráno o 6. hod. 1 gram, o 8. hod. opäť 1 gram, potom každé dve hodiny 0,5 gramu až do 20. hodiny, o 22. hodine 1 gram. MOVIRENE zosilňuje účinok kortizónu, takže pri súčasnom podávaní môžu byť dávky kortizónu znížené asi o polovicu.

Nežiadúce účinky v porovnaní so salicylanmi sú nepatrné. Znášajú ho v mnohých prípadoch aj pacienti, ktorí neznášali salicylany, ani iné prípravky.

Kontraindikácia: glomerulonefritída.

Totožný prípravok: PYROCAT (Ucépha).

5. **Kortikoidy:** Veľmi rýchlo a účinne tlmia zápalové reakcie v organizme, ale bežne ich nepoužívame, lebo majú celý rad nežiadúcich vedľajších účinkov. Podávame ich najmä tam, kde nemôžeme vystačiť alebo použiť (napr. pre kontraindikáciu) celkovú antireumatickú liečbu. Používame nasledovné druhy prípravkov:

- a) **HYDROCORTISON Spofa suspensia** 125 mg v 5 ml. Aplikuje sa výlučne intraartikulárne za účelom lokálneho tlmenia zápalového procesu vo vnútri kĺbu (pri osteoartróze, diskopatických vertebrogenných syndrómoch a pod.).

Dávkovanie: Podľa veľkosti kĺbu aplikuje sa 0,5—2 ml mikrokryštalickej, dobre rozptýlenej suspenzie, priemerne $1 \times$ za 10—14—21 dní. Pri ťažších stavoch sú intervaly kratšie.

Kontraindikácia: tuberkulóza, kvapavka, bakteriálne infekčné ochorenia kĺbov, osteonekróza v kĺboch. Relatívnou kontraindikáciou je artritída so sklonom k uvoľneniu kĺbov a ťažšia osteoporóza kĺbov.

Totožný prípravok: HYDROADRESON (Organon).

- b) **DEXAMETHAZON** tabl $20 \times 0,5$ mg, **TRIAMCINOLON** tabl 20×4 mg a **PREDNISON** tabl 20×5 mg sú kortizonoidy, ktoré okrem celého radu ďalších indikácií podávajú sa aj pri reumatických chorobách, keď predchádzajúca liečba inými prípravkami nebola úspešná. Týka sa to najmä reumatickej horúčky s kardiálnou lokalizáciou, progresívnej polyartritídy, Bechterevovej choroby, krátkodobe pri ťažkých stavoch osteoartrózy a vertebrogenných syndrémov.

Dávkovanie: prísne individuálne a závisí od indikácie, závažnosti ochorenia a druhu zvoleného kortizonoidu (25).

Nežiadúce vedľajšie účinky sa objavujú pri dlhodobom podávaní vyšších dávok: akneiformné erupcie, ulcus ventriculi, Cushingov syndróm, steroidný diabetes, psychózy, depresívne reakcie, spontánne fraktúry v dôsledku osteoporózy. Treba pamätať aj na straty draslíka močom a na retenciu sodíka v organizme.

Kontraindikácie:

absolútne: gastroduodenálny vred akútny i v anamnéze, duševné choroby s predispozíciou k psychopatiám, diabetes mellitus, herpes simplex.

relatívne: hypertenzná choroba, renálna insuficiencia, osteoporóza, epilepsia, gravidita, aktívna tuberkulóza, Cushingov syndróm.

XI. VENOTONIKÁ

Sú to jednoduché alebo kombinované prípravky, ktoré pri žilnej nedostatočnosti majú za úlohu tonizovať stenu žily a zabraňovať reflektoricky spôsobeným arteriolárnym spazmom, alebo ich uvoľňovať. Prípravky, ktoré sa u nás používajú, sú výlučne z dovozu:

1. *VASOKASTAN* (AWD) liquidum 50 ml. Je to stabilizovaný a štandardizovaný extrakt zo semien pagaštana konského (*Aesculus hippocastanum*), ktorý obsahuje ešte destilát listov vilínu viržinského (*Hamamelis virginiana*) a prísadu 0,5 % tiamínu. K nám sa dováža len roztok na perorálne použitie, i keď výrobca uviedol tento prípravok do obehu aj vo forme injekcií, masti, hydrogélu a čípkov. Ako účinná látka v semenách pagaštana sa uvádza glykozid aesculín a saponín aescín (6). Aesculín sa pokladá za hlavnú farmakologicky účinnú zložku, ktorá je však v semenách pagaštana prítomná len v nepatrných množstvách. Aescínu sa pripisuje antiedematózný účinok a znižovanie fragility kapilár. Účinným látkam z vilínu sa pripisuje protizápalový účinok.

Indikácia: Poruchy prietoku venózneho krvi, akroparestézie, varikózne komplexy symptómov, tromboflebitída, posttrombotické stavy, poruchy arteriálneho periferného prekrvenia. K terapii reumy a myalgii je určená masť a injekcie.

Dávkovanie: Priemerne sa podáva 3 × denne 15–20 kvapiek pred jedlom, najlepšie v čaji. Pacientom so žalúdočnými a črevnými poruchami sa môže podať po jedle. Dávkovanie možno zvýšiť až na 3 × denne 30–40 kvapiek. Doba užívania prípravku trvá niekoľko týždňov, až mesiacov.

Vedľajšie účinky pri podávaní terapeutických dávok neboli pozorované ani pri dlhodobejšom podávaní.

2. *SANDOVEN* (Sandoz) drg 30 je kombináciou troch účinných zložiek: dihydroergokristínu, rutínu a aesculínu. Skúsenosti ukazujú, že s touto kombináciou sa dosahujú lepšie výsledky ako s *VASOKASTAN*-om (21). Tento prípravok výraznejšie zvyšuje tonus venózneho steny. Na artérie pôsobí slabšie a úplne opačne: centrálna aj lokálna adrenolyticky spôsobuje zníženie tonusu artérií a arteriol. Svojím P-vitamínovým účinkom znižuje permeabilitu steny kapilár.

Indikácie: chronická insuficiencia žíl, posttrombotický syndróm, varikóz-

ny komplex, adjuvantná terapia ulcus cruris. Siegrist (25) uvádza aj priaznivé klinické skúsenosti pri ortopedických ochoreniach.

Dávkovanie: počiatočná dávka je $3 \times$ denne 2 dražé v prvom týždni, udržovacia dávka $3 \times$ denne 1 dražé minimálne 2–3 mesiace.

Nežiadúce vedľajšie účinky: ľahké poruchy trávenia, kožné reakcie typu urtikárie, ľahká hypermenorea.

Synonymá: DRA 363, REXILUVEN (Sandoz).

3. **GLYVENOL** (Ciba) cps 20×400 mg. Je to derivát glukofuranozidu, ktorý znižuje nadmernú permeabilitu venózných a kapilárnych stien. Má aj antiflogistický efekt.

Indikácia: obdobná ako u SANDOVEN-u.

Dávkovanie: priemerne $3 \times$ denne 1 cps pri jedle alebo po jedle. U pacientov s varixami, ktoré sú sprevádzané lokálnym zápalom, flebitídou alebo tromboflebitídou, zvyšuje sa dávkovanie na $3 \times$ denne 2 cps.

Nežiadúce vedľajšie účinky: exantém, pruritus (u precitlivelych pacientov), ojedinele žalúdočné ťažkosti.

Kontraindikácia: 1. trimester gravidity.

Synonymá: CIBA 21, 401-Ba.

4. **VENORUTON** (Zyma) cps 20, i. v. a i. m. inj 5×5 ml, ung 2% à 40 g. Obsahuje ako účinnú látku tri-hydroxyetyl-rutozid (vitamín P4).

Indikácia je obdobná ako u predchádzajúcich venotoník. Údajne má dobrú znášanlivosť a žiadne kontraindikácie.

Dávkovanie: 2–3 \times denne (600–900 mg) jednu cps, udržovacia dávka 300 mg denne. Injekcie sa podávajú 1 amp. ob deň, pri ťažkých a akútnych stavoch sa podáva kúra 5–10 injekcií. Masť sa aplikuje pri syndrómoch bolestivých edémov.

Synonymum: PAROVEN (Zyma).

XII. LÁTKY OVPLYVŇUJÚCE METABOLIZMUS SVALOV

Patria k základnej terapii najmä v neurológii, ale niektoré sa aplikujú pacientom i v rámci celkovej medikamentózneho liečby. Zmienime sa iba stručne o troch rôznych skupinách liečiv:

1. **Adenozínfosfáty:** Z biochemického hľadiska sú to makroergické fosfáty (11). V praxi sa používajú ATP injekcie, ktoré obsahujú 5×10 mg substancie. Je to sodná soľ kyseliny adenozíntrifosforečnej, ktorá je účinnou zložkou vo svaloch. Pri hydrolytickom štiepení dodáva potrebnú energiu pre kontrakciu svalu.

Indikácia v oblasti rehabilitácie: niektoré degeneratívne svalové ochorenia, kostoklavikulárna kompresia, energeticko-dynamická insuficencia myokardu, akroparestézia horných končatín. Bradna (3) publikoval priaznivé výsledky po aplikácii ATP pri tenzometrickom sledovaní šijových reflexov.

Dávkovanie: 1 amp. i. m. denne, alebo ob deň.

Kontraindikácia: krvácavé stavy. Relatívnou kontraindikáciou sú dekompenzované srdcové chyby.

Totožné prípravky: ATRIPHOS (Richter), STRIADYNE (Auclair), TRIPHOSADEN (Homburg), ATF (ZSSR).

2. **Anaboličné hormóny:** Majú relatívne široké indikačné pole. U nás máme k dispozícii dva perorálne a jeden parenterálny prípravok:

- a) **SUPERANABOLON** inj oleosa 1×1 ml (= 25 mg účinnej látky). Olejová suspenzia podmieňuje depotný účinok prípravku.
Indikácia v oblasti rehabilitácie: progresívna svalová dystrofia, zle sa hojace fraktúry, osteoporóza, dekubity, v rekonvalescencii po ťažkých operáciách.
Dávkovanie: u dospelých $1 \times$ týždenne jedna ampulka, u detí 1 ampulka za 14 dní. Aplikuje sa intramuskulárne. Terapia sa nesmie náhle vysadiť, ale dávky treba iba pozvoľna znižovať.
Kontraindikácia: gravidita, laktácia, rakovina prostaty.
Totožný prípravok: DURABOLIN (Organon), NEROBOLIL (Richter).
- b) **STENOLON** tabl 20×5 mg, pro infantibus tabl 20×1 mg.
Indikácia i kontraindikácia je obdobná ako u SUPERANABOLON-u.
Dávkovanie: U dospelých 10–20 mg denne, rozdelené na 2 dávky. U detí je dávkovanie odstupňované podľa veku (25).
Nežiaduce účinky: Pri vyššom dávkovaní a dlhšie trvajúcej liečbe je potrebná kontrola funkcie pečene.
Totožný prípravok: DIANABOL (Ciba), NEROBOL, NEROBOLETEN (Richter).
- c) **DEMALON** tabl 20×5 mg, pro infantibus tabl 20×1 mg. Je to vývojovo najnovší druh anabolického hormónu určeného k perorálnej aplikácii. Má vysoký anabolický efekt pri relatívne nízkom androgénnom účinku.
Indikácia v oblasti rehabilitácie: myopatie, niektoré geriatrické indikácie, u športovcov po fyzickom vypätí pre pozitívne myotropný účinok tohto prípravku.
3. **INSULIN** inj 10 ml (= 400 m. j., 1 mg = približne 23 m. j. inzulínu). Tento proteohormón zvyšuje priepustnosť bunkových membrán pre glukózu a niektoré iné cukry a súčasne podporuje odbúravanie cukrov v bunke (11).
Indikácia v oblasti rehabilitácie: myopatie, výkrmné kúry.
Dávkovanie: prísne individuálne, podľa indikácie 10–80 j. denne.
Nežiaduce vedľajšie účinky: môže vyvolať alergické reakcie na koži. V gravidite nie je kontraindikovaný (na rozdiel od perorálnych antidiabetík).

XIII. GERIATRIKÁ

Netvorí vyhnanú farmakodynamickú skupinu liečiv, ba naopak, patria sem prípravky s rôznym mechanizmom účinku, ktoré môžu ovplyvňovať prirodzené regeneračné a metabolické pochody v stárnucom organizme, podliehajúcom metamorfózam a môžu mať teda význam v kauzálnej, substitučnej, funkčnej i symptomatickej terapii. Aj keď prevažná väčšina týchto prípravkov predpisuje sa v internej medicíne, príp. niektoré prípravky aj v neurologii, uvedieme aspoň niektoré skupiny liečiv, ktoré sa u nás v súčasnej dobe používajú:

1. *Lipotrópne látky:* cholín, metionín, glutatión. Spolu s vitamínmi sú obsiahnuté v prípravku LIPOVITAN drg. Obdobné zahraničné prípravky, aj keď sa k nám nedovážajú, sú tieto: LIPOSTABIL (Nattermann), LITRISON (Roche), LIPOBOLIT (Ferrosan), LIPOTAINE (Stuart).
2. *Látky znižujúce hladinu cholesterolu a triglyceridy v sére:*

Patrí sem CLOFIBRAT cps 175 × 250 mg, ktorý bol uvedený do obehu v r. 1969 ako náhrada za zahraničný ATROMID S cps (ICI). Totožným prípravkom je maďarský MISCLERON (Chinoin).

3. *Heparín a heparinoidy* sa pokladajú v súčasnej dobe za najúčelnejšiu antisklerotickú terapiu, a to vzhľadom k mechanizmu účinku heparínu. U nás sa používa
HEPARIN inj 5 × 2 ml (1 ml = 5000 m. j.). V tejto indikácii sa podáva HEPARIN intramuskulárne 3 × týždenne 20 000 j. po dobu niekoľkých mesiacov až roka a potom sa ešte pokračuje podávaním udržiavacej dávky PELENTANETAE.
HEPAROID sublingválne tablety 50 obsahujú heparinoid v množstve, ktoré zodpovedá účinnosťou 5000 m. j. heparínu. Prípravok má indikáciu najmä v oftalmológii, kde sa podáva denne 4—6 tabliet. Pri zvýšenej krvácavosti je podobne ako heparín kontraindikovaný.
4. *Rôzne látky*, ktoré majú rôzny mechanizmus účinku:
 - a) *Choleretiká*, napr. BOLDOCHOL drg I, BOLDOCHOL drg II, FEBICHOL cps.
 - b) *Prípravky s obsahom jódu*: INTRAJODIN inj 2 % a 5 %, JOPTON gtt, jódomové soli.
 - c) *Rutínové prípravky*: RUTIN drg 20 × 20 mg, RUTIN forte drg 20 × 50 mg, ASCORUTIN drg 50, RUTOPHYLLIN drg 50.
 - d) *Xantínové deriváty*: SYNTOPHYLLIN drg a inj, OXYPHYLLIN tabl a inj, COMPLAMIN (Wülfing) tabl 50 × 150 mg, i. m. a i. v. inj 10 × 2 ml, inj. pre infus. 10 × 10 ml.
 - e) *Regulátory mozgového metabolizmu*: LUCIDRIL (Bracco) drg 50 × 100 mg a 50 × 250 mg, inj 5 × 250 mg, ENCEPHABOL (Merck) drg 20 × 100 mg.
 - f) *Biologické prípravky*: VITA-APINOL drg 20.
 - g) *Antisklerotické čaje*: ALVISAN a DROSERAN nemajú podstatný význam.
 - h) *Iné prípravky*: GEROVITAL (Fiola) tablety väčšina našich odborníkov posudzuje ako neúčinné a ani individuálny dovoz sa z tohto dôvodu neschvaľuje. Celý rad ďalších liečiv, ktoré možno používať v geriatrickej, vymyká sa rozsahu a zámeru tejto práce.

LITERATÚRA

1. Arroyo, P.: J. Florida Med. Ass. 53, 29—31, 1966
2. Bobek, K. et al.: Farmakoterapie vnitř. chorob, SZdN, Praha 1967
3. Bradna, J.: Rehabilitácia 2, 131—140, 1969
4. Československý lékopis, vydání třetí, ČsL 3, AVICENUM, Praha 1970
5. Funcke, A. B. H. et al.: Arch. internat. Pharmacodyn. 177, 28—51, 1969
6. Horáček, J., Peňázová, M.: Prakt. Lék. 50, 87—89, 1970
7. Hudgens, R. W. et al.: J. Amer. med. Ass. 198, 81—82, 1966
8. Ippen, H.: Index Pharmacorum, G. Thieme-Verlag, Stuttgart 1968
9. Janík, B., Honsa, K.: Prothiaden v porúrazové rehabilitácii, Medical information Service, Spofa 1966
10. Kaltenbach, M. et al.: Dtsch. med. Wschr. 95, 2214—2217, 1970
11. Karlson, P.: Základy biochemie, str. 408, Academia, Praha 1965
12. Keszler, H. et al.: Anesthesiologie, str. 390, SZdN, Praha 1965
13. Lakatošová, M.: Gyógyszereink č. 7, 318—322, 1969
14. Lánik, V. a kolektív: Liečebná telesná výchova a rehabilitácia, II. diel, Obzor 1968
15. Mydocalm, účelová publikácia firmy G. Richter, Budapešť

16. Palát, M.: Rehabilitácia 3, 71—78, 1970
17. Palát, M., Kišoň, Š.: Tréner 14, 347—350, 1970
18. Počta, J.: Lek. Obzor 19, 279, 1970
19. Rašková, H. et al.: Farmakologie, AVI-CENUM, Praha 1970
20. Riedl, O.: Čas. Lék. českých 107, 1175—1179, 1968
21. Rozhold, J. et al.: Lek. Obzor 19, 95—98, 1970
22. Rubeš, J., Grumlik, R.: Prakt. Lék. 42, 124, 1962
23. Saxl, O. a spoluprac.: Vedlejší účinky léků u dětí, SZdN, Praha 1969
24. Schwank, R.: Lékové exantémy a jiné reakce po lécích, SZdN, Praha 1967
25. Seznam československých farmaceutických přípravků 1968—1970, Spofa, Praha
26. Siegrist, H.: Klinische Erfahrungen mit Sandoven bei Patienten mit orthopädischen Erkrankungen (v tlači)
27. Správy z n. p., Slovakoфарма, č. 4, 1968
28. Šándor, R.: Therapia hungarica 14, 1—7, 1966
29. Vinař, O.: Psychofarmaka, účelová publikácia Spofa, Praha 1969
30. Wandrey, D., Leutner, V.: Neuro-Psychopharmaca in Klinik und Praxis, F. K. Schattauer-Verlag, Stuttgart 1965

Шт. Кишоњ, М. Палат: III. Фармакотерапия в области лечебной реабилитации

Резюме

Сочетание фармакотерапии с лечебными методами современной реабилитации представляет важную составную часть современной комплексной терапии. Она содействует при болезненных состояниях и их последствиях существенному улучшению терапевтического эффекта, так как комбинацией этих двух методов у больных оказывается влияние как на физиологические, так и на метаболические и психические факторы. Авторы дают обзор лекарств, которые имеются в настоящее время в нашем распоряжении и на которые можно рассчитывать в области лечебной реабилитации как на дополнительные терапевтические средства. Палитра этих лекарств была сперва составлена в таблицы, в которых уже применена новая терминология по Чехословацкой фармакопее 3. Отдельные препараты были обработаны в 13 фармакодинамических группах. У каждого препарата дается лекарственная форма (у заграничных препаратов также производитель), упаковка и содержание действующих веществ (за исключением комбинированных препаратов), показание, противопоказание, дозировка, нежелательные побочные действия, тождественные или подобные заграничные препараты.

Š. Kišoň, M. Palát: Pharmacotherapy in the field of rehabilitation III.

Summary

The combination of pharmacotherapy and exercise treatment of modern rehabilitation represents an important part of up-to-date complex therapy. It contributes considerably to the improvement of the therapeutic effect in pathological states, as by the combination of these two methods physiological, metabolic and psychical factors are being influenced. A survey of drugs available at present in our country is being furnished by the author, of those that are suitable in combination with exercise therapy. The range of these drugs was first arranged in tables, a new nomenclature being applied in accord with the third edition of the Czechoslovak handbook for pharmaceuticals. The individual preparations were classified into 13 pharmacodynamic groups. The mode of administration is stated with each preparation [producer in foreign preparations], kind of packings and the content of affective substance [with the exception of combined preparations], indications, contraindications, dosis, unfavourable accompanying effects, identical or similar foreign preparations.

Š. Kišoň, M. Palát: La pharmacothérapie dans le domaine de la réhabilitation curative III.

Résumé

La combinaison de la pharmacothérapie et des méthodes curatives de la réhabilitation actuelle signifie une importante partie de la thérapie complexe moderne. Dans les états malades et leurs conséquences, elle contribue à améliorer d'une façon assez marquée, l'effet thérapeutique, car par la combinaison de ces deux méthodes, s'influencent tant les facteurs physiologiques que métaboliques et psychiques des patients. Les auteurs ont donné une récapitulation des médicaments qui sont actuellement chez nous à la disposition et sont considérés dans le domaine de la réhabilitation curative comme des moyens thérapeutiques complémentaires. L'assortiment de ces médicaments a été, en premier lieu, établi en tableaux, dans lesquels la nouvelle terminologie a été utilisée d'après la 3^e édition de la liste de produits pharmaceutiques tchécoslovaques. Certaines préparations ont été traitées dans 13 groupes pharmacodynamiques. A côté de chaque préparation, on mentionne l'application à observer (chez les préparations étrangères aussi le fabricant), l'importance de l'emballage et le dosage de la substance efficace (à part les préparations combinées), indication, contre-indication, posologie, effets secondaires indésirables, préparations étrangères similaires ou analogues.

Š. Kišoň, M. Palát: Pharmakotherapie im Bereich der medizinischen Rehabilitation III.

Zusammenfassung

Die Kombination der Pharmakotherapie mit den Heilmethoden der modernen Rehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil der modernen komplexen Therapie. Sie trägt bei Krankheitszuständen und ihren Folgen zur wesentlichen Steigerung des therapeutischen Effekts bei, da durch die Kombination dieser beiden Methoden sowohl die physiologischen als auch die metabolischen und psychischen Faktoren der Patienten beeinflusst werden.

Die Autoren vermitteln eine Übersicht über alle gegenwärtig bei uns zur Verfügung stehenden und im Bereich der medizinischen Rehabilitation als ergänzende therapeutische Mittel in Betracht kommenden Arzneimittel. Die Vielfalt dieser Arzneimittel wurde zuerst in Tabellen zusammengestellt, wobei schon die neue Terminologie nach der 3. Auflage des Tschechoslowakischen Arzneimittelverzeichnisses angewandt wurde. Die einzelnen Präparate wurden in 13 pharmakodynamischen Gruppen aufgearbeitet. Bei jedem Präparat sind die Applikationsform (bei ausländischen Präparaten auch der Erzeuger), die Packungsgröße und der Inhalt an Wirkstoffen (ausgenommen bei kombinierten Präparaten), Indikation, Kontraindikation, Dosierung, unerwünschte Nebenwirkungen, identische oder ähnliche ausländische Präparate angegeben.

ARLET J., MOLE J.:

TRAITEMENT PHYSIQUE DES RHUMATISMES

(Fysikální léčba reumatických chorob).

Vydal Masson et Cie, Éditeurs Paříž 1971, stran 294, 42 celostranových obrazových příloh.

Kniha z pera prof. Arleta a Dr. Mola z Nemocničního centra v Toulouse ve Francii, uvedená k odborné veřejnosti předmluvou prof. Forestiera, světově známého reumatologa, si vzala za cíl tři praktické aspekty, jak to uvádí předmluva této monografie:

1. poznat základní prvky fyziologie lokomočního aparátu,
2. podat informaci o podstatě a způsobu účinku rozličných technik a
3. vybrat v řadě fyzikálních procedur takové, které nejlepším způsobem ovlivní základní onemocnění.

Kniha samotná je rozdělena do šesti kapitol. Po úvodním slovu a vlastním úvodě autorů, zabývá se první kapitola fyziologickými aspekty jak jednotlivých struktur, tak pohybu jako výrazu svalové aktivity a konečně fyziologií bolesti. Druhá kapitola se věnuje evaluačním metodám — zjišťování svalové síly, zjišťování kloubní pohyblivosti a kloubní semiologii. Ve třetí kapitole jsou rozebrány jednotlivé léčebné metody — masáž, termoterapie, hydroterapie a krenoterapie, odpočinek a relaxace, léčebné polohování, aktivní cvičení, kinesiterapie páteře, nácvik chůze, pasivní mobilizační techniky a manipulace, trakční techniky, ergoterapie a elektroterapie. Čtvrtá kapitola rozebírá fyzikální léčbu u jednotlivých reumatických afekcí — u progresivní polyartritidy, u Bechtěrevovy choroby a algodystrofií. Pátá kapitola je věnována fyzikální léčbě benigních afekcí páteře — skoliósam, kyfosám a hyperlordosám, dále problematice pseudoradikulitíd, bolestivým syndromům cervikálním, cervikobrachiálním a lumbosakrálním. Poslední šestá kapitola se zabývá patologií kloubních periferních afekcí a jejich fyzikální léčbou — bolestivým ramenem, loketním kloubem, reumatickými afekcemi kloubů ruky, problematikou bederního kloubu, kolena a reumatickými afekcemi kloubů nohy. Bibliografie rozdělena na část fyziologie, metody léčení a indikace pro fyzikální léčbu spolu s věcným rejstříkem a obsahem knihy uzavírají tuto velmi pěknou monografii. Kniha je doplněná 42 celostranoko-

vými obrázkovými tabulemi, které dokumentují v jednotlivých kapitolách přehledným způsobem příslušnou náplň. Kniha je dále doplněná četnými tabulkami, zdůrazňujícími některé základní myšlenky příslušných kapitol.

Arletova a Molova kniha, vycházející v Massonově pařížském nakladatelství v řadě určené reumatologii spojuje názory klinika fysiatra a rehabilitačního pracovníka (v našem slova smyslu), při čemž dává skvělý přehled každému lékaři, zabývajícimu se léčením reumatických chorob. Fyzikální léčba, jak ji moderně chápeme a jak se snažíme ji uplatňovat v současné praxi, nachází krásné vyjádření v předkládané Arletově a Molově monografii. Reumatické choroby ve velké většině chronické — jejich léčení musí tedy vycházet z dlouhodobých programů, především programů reedukačních, programů zaměřených na úpravu funkce poškozené základním reumatickým procesem. Ve světové literatuře je několik monografií věnovaných této komplexní problematice — Arletova a Molova monografie se právem může přiřadit do této skupiny.

Velkou předností této knihy z pera francouzských reumatologů je její přehlednost a komplexnost. Určité kapitoly získávají na úrovni přehledně uspořádaným řazením faktů více, než kdyby byly rozebrány všechny aspekty a názory.

Monografie o fyzikální léčbě reumatických chorob je přínosem v oblasti reumatologie nejen novým přístupem chápání současných směrů v terapii reumatických chorob, ale především jejím komplexním názorem na terapii se zvýrazněním fyzikálně terapeutických metod léčby.

Nakladatelství Masson et Cie v Paříži platí uznání za přípravu této monografie do tisku a její uvedení na trh — monografie sama jistě brzy najde cestu k široké lékařské veřejnosti, především těch, kteří se zabývají oblastí reumatických chorob.

Dr. M. Palát, Bratislava

MOŠKOV V. N.:

NOVÉ A PERSPEKTÍVNE METÓDY V LIEČEBNEJ TELESNEJ VÝCHOVE

Klin. Med. 49, 1971, č. 7, s. 9—16

Súčasná civilizácia obmedzuje pohybovú aktivitu človeka a technický pokrok stále viac vytesňuje silu z pracovnej činnosti človeka. Na ľudskom organizme sa stále viac prejavuje disharmónia nervových a iných fyzických podráždení. Táto disharmónia v podmienkach hypodynamie je jedným z etiologických faktorov zníženia prirodzenej odolnosti organizmu a porúch funkcie kardio-vaskulárneho systému. Autor poukazuje na patogenetické vzťahy funkčných porúch a obmedzenia pohybu v experimente ako aj u ľudí. V súčasnosti liečebná i profylaktická telesná výchova sa pokladá za dôležitý faktor v boji s nedostatočným pohybom vôbec, ako i v obnovení funkcií vnútorných systémov a v rozvoji procesov prispôbovania k rôznym faktorom vonkajšieho prostredia. Aktívny režim sa pokladá za dôležitý faktor v realizácii rehabilitačného programu. Problém aktívneho režimu nadobúda osobitnú aktuálnosť u chorých s chorobami srdcovo-cievneho systému.

Úspech rehabilitácie závisí do veľkej miery od aktívnej účasti samotného choreho. Je požiadavkou aplikovať LTV v komplexe iných terapeutických opatrení už vo včasných etapách chorobného procesu. V ďalšom autor poukazuje na novšie poznatky fyziológie telesného zaťaženia ako i fyziologické dôsledky fyzického tréningu. Autor rozoberá súčasný stav problematiky LTV pri ischemickej chorobe srdca, novšie názory na dýchaciu gymnastiku pri respiračných chorobách, z literatúry uvádza novšie metodiky a zaujíma k nim kritické stanovisko, vychádzajúc z novších poznatkov fyziológie respirácie. Vyzdvihuje jednoduchosť, dostupnosť a efektívnosť dýchacej gymnastiky predovšetkým pri bronchiálnej astme, ale pokladá za veľmi naliehavé objektivizovať klinický efekt týchto metód. Poukazuje záverom na súčasné názory na LTV pri ochoreniach orgánov GIT.

Dr. Št. Litomerický, Bratislava

RECENZIE KNIH

REJHOLEC V.:

REVMATIZMUS

Vydalo Avicenum, zdrav. nakladateľství, n. p., Praha 1971, obrázkov 30, Kčs 15,50

Autor určil knižku predovšetkým pacientom postihnutým niektorou reumatickou chorobou. Reumatológia urobila za posledné desaťročia obrovský pokrok nielen v teoretickom, ale i v praktickom poznaní. O tomto všetkom hovorí publikácia odborným, ale pritom zrozumiteľným a prístupným spôsobom každému prostému človeku.

Knižka rozoberá podstatu jednotlivých foriem reumatizmu, ich liečebné prostriedky, hovorí o nových liekoch, ale poukazuje i na klasické formy liečenia a tradičné lieky, ktoré i v súčasnosti majú v liečbe reumatických chorôb svoje opodstatnenie.

Náležitá pozornosť v publikácii sa ve-

nuje rehabilitácii so všetkými jej prostriedkami — pohybovou liečbou, elektro-liečbou i liečbou prácou. Každý pacient v knižke nájde i to, ako má cvičiť v domácom prostredí, všetko čo patrí k správnej životospráve pacienta reumatika a mnoho, premnoho ďalších rád.

Publikácia „Revmatismus“ je odrazom dlhoročných a bohatých klinicko-praktických skúseností autora s reumatickými pacientmi.

O knižku bude iste veľký záujem, nakoľko veľmi vhodne doplnia pacientovi rady lekára a stane sa mu dobrým poradcom v chorobe.

M. Bartovicová, Bratislava

Kolektív autorov vydal v roku 1971 v zdravotníckom vydavateľstve Avicenum v Prahe zaujímavú publikáciu, venovanú problematike jogy. Joga ako špecifický výraz indickej kultúry nie je v ČSSR pojmom neznámym. I keď nie vždy má každý presné predstavy o podstate jogy, každého priťahuje práve toto tajomné slovo, práve pre svoju tajomnosť.

Publikácia kolektívu autorov je rozdelená do niekoľko väčších celkov, kde v úvodnej kapitole sa hovorí o duševných cvičeniach a ich význame a po tejto kapitole, ktorá je veľmi zaujímavá nielen z hľadiska psychologického, ale aj z hľadiska fyziologického, pristupuje sa k jednotlivým systémom používaným v Indii. Metódy jogy možno triediť podľa jednotlivých ľudských funkcií, z ktorých vychádzajú na karmajogu, džánajogu, bhaktijogu, radžajogu a hathajogu. Popis týchto jednotlivých metód jogy je uvedený v staroindickom epose v Bhagavadgíté. Najväčšia časť knihy je venovaná, hathajoge, kde sú systematicky prebrané jednotlivé cvičenia, s popisom, technickým predvedením, dobou trvania, terapeutickým účinkom. Táto časť knihy je taktiež bohato ilustrovaná. Záver knihy má zoznam stredísk v Indii, ktoré sa zaoberajú popularizáciou telovýchovného aspektu jogy, stredísk, ktoré používajú jogu pri terapii chorých a stredísk, ktoré sa zaoberajú popularizáciou rôznych aspektov jogy. Bibliografia, vysvetlivky a register ukončujú túto zaujímavú publikáciu.

Kolektív autorov, ktorý pripravil túto publikáciu pre českého a slovenského čitateľa, iste pri svojej práci vychádzal z zásady, aby záujemca o problematiku jogy dostal do ruky príručku, ktorá by ho informovala o existencii a možnostiach jogy ako možnosti liečby, ale skúsenosti v tejto oblasti v našej republike nedovoľujú zaujať kritické stanovisko uvedenej publikácie.

Dr. M. Palát, Bratislava

myšlení, o dosahení rovnováhy medzi pripoutanosťou a odpoutanosťou, medzi nabyvaním a odříkaním...“, zdá se mi však, že syntéza jogy s moderním způsobem myšlení není dobře možná. Zda je možná syntéza jogy s vědeckým světovým názorem — to přenechávám k posouzení lidem kvalifikovanějším. Sám o tom pochybuji.

Chtěl bych zde alespoň namátkou uvést — na ukázkou — několik podivných formulací — je jejich stovky — čistě jako charakteristiku knihy, na jejíž zevrubný rozbor zde není místa. Tak např.: „Pro materialistu musí být otfesné, když pouhá 1—5 desetitisícím gramu halucinogenu LSD smete (?) jejich představu o poctivosti (?) věci ze solidní hmoty“ (str. 10). Co je to, „poctivost věci“. Má snad autor na mysli hmotnou podstatu světa? Proč by vírou v tuto hmotnou podstatu měla otfást zkušenost s LSD, když jí neotřásl poznatek vlivu alkoholu nebo opiátů?

Jinde (str. 18) čteme, že „... jóga je... díky indickému smyslu pro třídění a klasifikaci, který vedl k rozlišování desetitisíců milostných pozic, nejlépe vypracovaným systémem duševního cvičení“. Ať přemýšlím jak přemýšlím, vztahy mezi desetitisíci milostných pozic a propracovaností duševních cvičení mi zůstávají trvale skryty.

„O novolunní je třeba odpočívat, protože každá činnost onoho dne je disharmonická a nemůže mít dobrý výsledek (!). Dalších 6 dnů je příznivých činnosti, avšak jen takové, které vychází z člověka a je zaměřena do vnějšího světa (?). Sedmý den, tj. první čtvrt Měsíce, kdy nastává kvadratura se Sluncem, je obdobím všeobecného útluhu přírody (!). Chceme-li se podrobit, znamená to odpočívat...“ Ne, nejste jak dvoře krále Rudolfa, píše se skutečně rok 1971 a čtete publikaci Avicena.

Chtělo by se žertovat, kdyby věc nebyla příliš vážná. Některá tvrzení se totiž dostávají přímo do rozporu s tím, co říkáme při zdravotnické výchově a k čemu vedeme své pacienty. Např. na str. 214 se doporučuje omezit požívání masa (které je možno nahradit rybami, které zřejmě podle pánů autorů nejsou masem). Doporučuje se omezit denní počet jídel, ačkoliv právě české avantgardní práce (Fábry a spol.) ukázaly, že žádoucí je právě opak. Tyto věci nelze omlouvat tak, jak to dělá jeden z autorů, že totiž autoři „se mohli dopustit tím více chyb, čím více překročili pole své odbornosti“, nebo že tato tvrzení jsou v doslovu, „který je již do jisté míry mimo

Nakladateľství AVICENUM vydalo letos v efektní celoplátěné vazbě a s mnoha obrázky rozsáhlou, možno říci reprezentativní monografií o 232 stranách — dílo několikrát zanícených vyznavačů jogy.

Nechci tajit, že můj poměr k této knize je častečně rozpačitý, častečně vysloveně negativní. Autoři se sice domnívají, že může být přínosem (str. 11) pro dnešního člověka, protože „přemýšlející lidé se snaží o syntézu západního a východního

vlastní rámeček knihy". Kniha je celek a autoři za ni nesou jako za celek odpovědnost. Říkat, jako to dělá jeden z autorů, že přece „moderní věda se zabývá zkoumáním vztahů mezi těmito (rozuměj biologickými) cykly a kosmickými jevy a dochází k zajímavým poznatkům“, je přinejmenším nesolidní. Je přece jenom určitý rozdíl mezi poznatky (i metodami) moderní vědy a tvrzením, že „o novoluní je třeba odpočívat“.

Zvláště katastrofálně vyznívá kapitola „Hatajōga“. Čtete o cvičeních pro zlepšení paměti, cvičení pro rozvoj intelektu, pro zlepšení zraku, pro oživení tváří — a to v publikaci nakladatelství, které kdysi vydalo i brožurku proti šarlatánům. To se ovšem ještě nazývalo Státní zdravotnické nakladatelství.

Nad údaji o léčebných účincích se muzejí každému zdravotníkovi ježit vlasy na hlavě. Tak Urdhva dandásana (stoj na hlavě) ovlivňuje mozek, sídlo našeho vědomí a poznání, zlepšuje paměť i sílu intelektu, podporuje prokrvení hypofýzy a epifýzy, léčí křečové žíly. Má tedy spektrum účinnosti širší, než většina preparátů Spofy dohromady. Bhastrika povzbuzuje činnost jater, sleziny, pankreatu... stimuluje nervová centra a osvěžuje tělo a mysl. Bhrámari pránájama navozuje pocit chladu a pomáhá uhasit žízeň, povzbuzuje funkci jater a sleziny, působí blahodárně na činnost žlučníku, zvyšuje metabolismus a zjemňuje zrak i sluch. Uddijana bandha povzbuzuje břišní orgány a redukuje tuk v břišní oblasti. Atd., atd.

Důkazy? Přirozeně žádné. Místo toho zastrčená věta (str. 189), že „je nám jasné, že některé (!) popisované účinky nemohly být vědecky prověřeny a že jsou popisovány obraznou formou...“ Jinými slovy: na desítkách stran se pod záštitou

renomovaného nakladatelství předkládají konglomeráty nesmyslů, ale pánům autorům nelze nic vytknout, vždyť přece na straně 189 píše, že některé uvedené účinky nebyly dokázány.

Zdálo by se, že tato celkem nesmyslná a ničím nedoložená tvrzení nepotřebují komentáře, že se znehodnotí sama svou stupiditou. Bohužel tomu tak není. Četl jsem nedávno několik seminárních prací mladších kolegů, připravujících se k atestaci. Překvapilo mne, kolikrát se stalo, že tam, kde měli hovořit o léčebné tělesné výchově, nahrazovali racionálně podložené, empiricky a experimentálně ověřené cviky — prvky jógy (i jiná nakladatelství si totiž pospíšila, aby si na tomto módním tématu přivydělala).

Knihu napsalo několik opravdových nadšenců pro jógu. Bylo by nesprávné, kdybychom jim jejich nadšení zazlívali, nebo kdybychom nechápali jejich dobrou vůli seznámit širokou veřejnost s něčím, čemu věří a čemu jsou oddáni. Bylo by hloupé, kdybychom chtěli dokonce uměle přerušit přísun informací o józe.

Měl by to však být přísun informací kriticky zpracovaných. Kniha by měla mít rozsah úměrný významu jógy (je však předimenzována). Měla by být recenzována jako jiné publikace Avicena, protože jen moudrý recenzent může být korektivem nekritickému nadšení autorů. Recenznímu řízení ostatně podléhají všechny ostatní publikace Avicena, ať jsou napsány docenty, profesory nebo akademiky. A konečně: k vydání knihy o józe by se mělo přistoupit, až na knižním trhu nebudou chybět závažné publikace, na které my zdravotníci netrpělivě čekáme. I v oboru rehabilitace.

Dr. P. Štěpánek, Mar. Lázně

RIEDL O., VONDRÁČEK V. A SPOL.:

KLINICKÁ TOXIKOLOGIE

Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, Praha 1971, str. 680, příl. 22, vyobrazení 125. 4. vydanie. Cena Kčs 85,—

Zdravotnícke vydavateľstvo Avicenum v Prahe pripravilo po viac ako desaťročnej prestávke nové, v poradí už 4. prepracované vydanie klinickej toxikológie. Pod vedením doc. Riedla na príprave tohto vydania sa zúčastnili prof. Vondráček, dr. Hering, doc. Štěpánek, prof. Tesař, doc. Skála, prof. Šula. Po krátkom predstave a stručnej kapitole zo všeobecnej toxikológie z pera prof. Vondráčka sa rozoberajú jednotlivé kapitoly liečiv alebo látok, ktoré majú toxický vplyv na ľudský organizmus. Záverečné kapitoly sú venované otrávam potravinami, jedova-

tým živočíchom a rastlinám a otrávam neznámym jedom. Prevencia otráv a najdôležitejšia liečba pri otrávach zakončujú túto potrebnú publikáciu.

Problematike otráv sa venuje v súčasnosti veľká pozornosť už z toho dôvodu, že intoxikácie sú stále častejším javom v modernej medicíne. Klinická toxikológia kolektívu autorov prináša teda pre súčasnú medicínu nutný doplnok. Kládcom publikácie je, že prihlíada k novému vydaniu čs. liekopisu [ČsL 3].

Dr. M. Palát, Bratislava

HYGIENA DETÍ A DORASTU

Vydalo AVICENUM, zdravotnícké nakladateľstvi n. p., Praha, v roku 1971, preklad učebnice pre stredné zdravotnícke školy, odbor asistentov hygienickej služby „Hygiena detí a dorastu“ od kolektívu autorov pod ved. MUDr. Valerie Lipkovej, CSc. Kniha obsahuje 274 strán, Kčs 18,—

Podrobne spracovaná komplexná tematika hygieny detí a dorastu je členená do 30 kapitol, ktoré majú ďalšie členenie. Obsah pojednáva od základných otázok koncepčných a všeobecných o celej problematike hygieny detí a dorastu z hľadiska komunálne-hygienického, fyziologického, funkčného, psychologického až po preberanie organizačných otázok. Takýmto spôsobom sa dostáva čitateľovi ucelený obraz o celej tematike v jednej knihe, ktorá má takmer monografický charakter.

V úvodnej kapitole sa vysvetľujú okrem základných úloh a cieľov tohto odboru aj dôležité úseky činnosti v rámci preventívneho a bežného hygienického dozoru.

V kapitole o zdravotnom stave, fyzikom a funkčnom vývoji mládeže sú uvedené i praktické metodické pokyny pre vyšetrovanie jednotlivých faktorov a ich spracovanie vrátane štatistického hodnotenia. Veľký význam pre prax majú i tabuľky priemerných antropometrických rozmerov populácie Slovenska od 1 do 18 rokov. Neuropsychický vývoj sa udáva prehľadne v jednotlivých vekových obdobiach. Táto kapitola môže slúžiť ako výborné vodidlo pre posudzovanie vývoja detí a ich kolektívov v praxi.

V kapitole o hygienických požiadavkách na kolektívne zariadenia sú podrobne spracované základné kritériá podľa jednotlivých faktorov. V osobitných kapitolách sa ďalej zhrnúť najnovšie poznatky a hygienické kritériá pre jednotlivé typy detských zariadení a škôl, pričom je vhodné pričlenená i kapitola o dennom režime, prevádzke, ako aj o úlohách a zodpovednosti učiteľov pri ochrane zdravia žiakov. Mnohé poznatky z posledných čias, ktoré už nezodpovedajú tradičným predstavám klasikov školskej hygieny, sú v knižke uvedené a fyziologicky zdôvodnené. Tak napr. moderné poňatie majú názory na pracovný nábytok (mobilné stoly a stoličky s vodorovnou pracovnou plochou miesto tradičných školských lavíc a iné). K tomuto sa druží i kapitola o hygienickej problematike polytechnického vyučovania, najmä o práci žiakov v školských dielnach. Ucelenú kapitolu tvorí aj problematika internátov pre mládež.

Telesnej výchove a školským telovýchovným zariadeniam sa venuje osobitná pozornosť, pričom aj otázka zdravotnej kontroly, zaraďovania žiakov do telesnej výchovy a otužovanie má praktickú cenu pre asistentov hygienickej služby.

Problémy stravovania mládeže v jednotlivých vekových obdobiach sú podrobne rozvedené a doplnené základnými údajmi o správnej výžive.

Za cenné treba považovať aj kapitoly o práci a pobyte žiakov mimo školy (brigády, rekreácie, telovýchovné zájazdy a pod.).

V závere publikácie sa podrobne rozvzadzajú niektoré organizačné problémy, ktoré majú styčné body s hygienou a pre prax asistentov hygienickej služby majú veľký význam. Sú to napr. zdravotná výchova, preventívno-protiepidemické opatrenia vrátane očkovaní. Prehľadné tabuľky udávajú aj postup očkovania v jednotlivých vekových obdobiach a prehľadne uvádzajú potrebné opatrenia pri výskyte infekčných nákazlivých ochorení v detských zariadeniach. K tomuto sa druží i kapitola so zhrnutými úlohami, plánovaním práce a celkovým zameraním činnosti asistentov hygienickej služby spolu s kapitolou o školskej zdravotnej službe a spolupráci s národnými výbormi a masovými organizáciami. Knihu uzatvárajú prehľady základných ukazovateľov na úseku detí a dorastu.

Literatúra obsahuje údaje základných publikácií z tohto úseku, ktoré môžu byť užitočné aj pre riešenie a štúdium prípadov, ktoré sa v práci asistentov môžu vyskytnúť. Prehľadnosť knihy vhodne dopĺňa jej vecný index.

Pekná grafická úprava, starostlivé spracovanie a najmä výborný preklad do češtiny zvyšujú hodnotu knihy. Svojou komplexnosťou je táto kniha vhodná nielen ako učebnica pre iné odbory zdravotníckych škôl, ale je do značnej miery aj príručkou, použiteľnou v praxi pre všetkých pracovníkov, ktorí sa zaoberajú mládežou. V tomto zmysle nájde iste táto kniha dobré uplatnenie pri zvyšovaní úrovne životného prostredia detí, režimu práce a oddychu i pri zdravotníckom dozore.

Dr. Dušan Rolný, Bratislava

PRÍRODNÉ LIEČIVÁ, FARMAKOGNÓZIA

Učebný text pre stredné zdravotnícke školy, odbor lekárenských laborantov, vydalo Vydavateľstvo Osveta, n. p., Martin 1971, 248 strán, 8 tabuliek, cena viazaného výtlačku Kčs 19,—

V modernej medicíne a farmácii majú prírodné liečivá rastlinného alebo živočíšneho pôvodu dôležitý význam pre ich obsahové látky, ktorých terapeutický účinok sa využíva buď po ich izolácii, alebo vo forme galenických prípravkov. Učebnicu tohto druhu spracoval štvorčlenný kolektív pre študijnú potrebu lekárenských laborantov. V učebných textoch z farmakognózie bolo donedávna bežné usporiadanie drog podľa orgánov (korene, vňate, listy, kvety, plody, semená a pod.). Tento systém aj sami autori považujú už za zastaralý a zvolili si nový, moderný, v ktorom uplatňujú chemické triedenie rastlinných a živočíšnych drog, čo aj podľa ich názoru znamená pokrok vo výučbe farmakognózie, i keď ťažko zatrieďovať drogy, pri ktorých dosiaľ nepoznáme hlavnú obsahovú látku alebo jej chemickú štruktúru. Autori učebnice preto sami upozorňujú na skutočnosť, že aj keď sú v učebnici zachované také celky, ako sú alkaloidy, cukry, silice, tuky a vosky, so zreteľom na spomenuté triedenie neobjavia sa v učebnici v samostatných kapitolách klasické typické kapitoly, ako sú horčicinové drogy, glykozidné drogy a pod., lebo sú zaradené podľa ich chemickej príslušnosti.

Učebnica je členená veľmi prehľadne. V úvode je zahrnutý historický vývoj farmakognózie, definícia, úlohy a ciele, ako aj rozdelenie tohto vedného odboru. Samostatnú kapitolu tejto všeobecnej časti učebnice tvorí stať „Liečivá rastlina a droga“. V tejto časti mohla byť aj stručná zmienka o požiadavkách ČsL 3 na drogy, ich kvalitu, kontrolu, odber vzoriek a pod. Špeciálna časť učebnice je rozdelená na dve nerovnako veľké časti: 1. Drogy obsahujúce ako účinné zložky anorganické látky, 2. Drogy obsahujúce ako účinné zložky organické látky. Táto časť učebnice je podstatne väčšia a je spracovaná v šiestich kapitolách. V každej kapitole sa kladie dôraz najmä na obsahové látky drog, ich chemickú štruktúru a použitie. Okrem liekopisných názvov drog podľa ČsL 2 a ČsL 3 je popis každej drogy ukončený prehľadom hromadne vyrábaných liečivých prípravkov (HVLV), ktoré obsahujú túto drogu, alebo galenický prípravok z nej, prípadne izolovanú, chemicky čistú obsahovú látku. Treba teda

vítať, že učebnica je už spracovaná v duchu nového vydania nášho liekopisu — ČsL 3. V učebnici sú uvedené drogy obsiahnuté v humánnych a veterinárnych HVLV vyrábaných v r. 1969. Preto niektoré nové drohy napríklad hromadne vyrábaných čajových zmesí nie sú v nej obsiahnuté (napr. PULMORAN a pod.). V učebnici nie sú zaradené niektoré drogy, alebo galenické prípravky z nich, obsiahnuté v niektorých HVLV. Chýba tu napríklad zmienka o Extractum bursae pastoris, Folium ribis nigri, Herba myrtilli, Radic tanacetum cum herba, Radix bardanae, Oleum serpylli, medzi cukrami chýba stať o fruktóze.

V záujme dôsledného dodržiavania nomenklatúry podľa ČsL 3 by bolo bývalo dobre miesto názvu Pix liquida použiť officinálny názov Pix fagi, pri vitamíne A zase použiť aj nový officinálny názov Retinolium aceticum.

V závere učebnice by snáď bolo bývalo výhodné uviesť aj niektoré drohy officinálnych a neofficinálnych čajových zmesí, ktoré sa používajú v rôznych indikáciách, napríklad ako antisklerotiká, anti-diarioká, karminatíva, stomachiká, ku kloktaniu, tzv. krv čistiacie čaje a pod.

Výhodou učebnice je, že spracovaná látka je odlišená podľa dôležitosti typom písma a doplnená početnými štruktúrnymi chemickými vzorcami obsahových látok. Kladne možno hodnotiť aj abecedný zoznam vybranej literatúry, ktorý je na konci učebnice a je určený na prípadné doplnenie jednotlivých kapitol. K rýchlej orientácii v učebnici prispieva menný, resp. vecný register.

Nová učebnica svojím rozsahom a vhodne zostaveným obsahom iste splní svoj účel. Z hľadiska výuky farmakognózie a pochopenia obsiahlej látky, ktorou sa farmakognózia zaoberá, je moderné chemické triedenie rastlinných a živočíšnych drog správne a vítané. Z hľadiska farmakodynamiky sa však drogy s rovnakou indikačnou skupinou dostanú do rôznych chemických skupín, čo však nie je na závädu vzhľadom na štúdium farmaceutickej chémie a farmakológie, ktoré predmety sú tiež súčasťou prípravy lekárenských laborantov.

AKUTNÍ PLÍČNÍ HYPERTENSE-KARDIOPULMONÁLNÍ FUNKCE PŘI OKLUSI ČÁSTI PLÍČNÍHO ŘEČIŠTĚ

Avicenum, Thomayerova sbírka, Zdrav. nakl., Praha 1971, str. 114, cena Kčs 14,—

Predmetom — rozsahom menšej, obsahove plnej — monografie je štúdium hemodynamiky pri obštruktívnej forme pľúcnej hypertenzie. V metodike oklúzie pľúcnice používa autor balónkový katéter cestou srdcovej katetrizácie. Podrobne sa uvádza metodika, upozorňuje sa na chorobné stavy, ktoré si vyžadujú obozretnosť pri vyšetrení. Napriek tomu, že vyšetrenie je náročnou metódou, u osôb s normálnym srdcovým a pľúcny m nálezom, väčšina ukazovateľov hemodynamiky neukázala významné zmeny.

Vplyv akútne vzniklej hypertenzie vyradením jedných pľúc z perfúzie autor sleduje za rôznych patologických stavov respiračného a kardiálneho systému. Pri interštiálnej idiopatickej pľúcnej fibróze, vyradenie jedných pľúc z perfúzie vyvolá podstatne väčšiu hypertenziu ako u chorých so silikózou pľúc. Výsledky meraní za týchto okolností ukazujú, že rezervná kapacita praveho srdca pri kompenzovanom cor pulmonale je veľká, pretože ani trojnásobné zvýšenie tlaku v malom obehu nevedlo k prejavom pravostraného srdcového zlyhania. Tieto poznatky a závery nabádajú ku korekcii tých tvrdení, podľa ktorých pravé srdce proti ľavému má nepatrnú rezervnú kapacitu a že nie je schopné zvýšenej práce proti tlaku.

Napriek tomu, že oklúzia a. pulmonalis sa podstatne líši od akútnej pľúcnej embólie v mnohých aspektoch, predsa vyradenie časti pľúc z perfúzie môže slúžiť ako model, na ktorom možno sledovať hemodynamické a respiračné následky akútne vzniklej hypertenzie v malom obehu.

V ďalšom sa rozoberá mechanizmus hypertenzie pri oklúzii a. pulmonalis, ktorý sa podľa súčasného stavu poznatkov v tejto oblasti nedá jednoznačne vylúčiť. Autor upozorňuje v krátkosti na doterajšie názory a súčasne uvádza vlastné porovnanie a domnienky.

Získané poznatky z vyšetrenia hemodynamiky pri oklúzii pľúcnej artérie vrhajú nové pohľady na úlohu Schwiegkovo, ako i pulmo-pulmonálneho reflexu, ktorým sa pripisovala vážna úloha v patogenéze embólie a. pulmonalis.

Vplyv vyradenia jedných pľúc oklúziou z perfúzie sa ďalej sledoval u chorých s vysokou pľúcnou hypertenziou pri mitrálnej stenóze. Hemodynamické ukazovatele sa sledovali po oklúzii v pokoji ako i po cvičení na bycicloergometri. Autor zisťuje, že oklúzia vedie iba k nepatr-

nému zvýšeniu tlaku v pľúcnici, naopak cvičenie u tých istých pacientov vedie k prudkému zvýšeniu rezistencie v malom obehu. Hemodynamické zmeny pri cvičení poukazujú na prítomnosť aktívnej vazokonstrikcie v malom obehu u niektorých chorých a jej príčinou je najpravdepodobnejšie náhle zvýšenie tlaku v ľavej predsieni, ku ktorému pri cvičení u mitrálnej stenózy dochádza.

Pri sledovaní reakcie ventilácie a respirácie na oklúziu kmeňa a. pulmonalis sa ukazuje, že neokludované pľúca preberajú funkciu oboch pľúc, takže spotreba kyslíka, celková ventilácia a dychový objem sa významne nemenia. Poukazuje na úlohu fyziologického a alveolárneho mŕtveho priestoru za týchto okolností, na diagnostickú hodnotu gradienta CO₂ medzi arteriálnou krvou a expirovaným vzduchom na konci expíria.

Autor v krátkosti upozorňuje na úlohu pulmokoronárneho reflexu, ktorý sa podľa doterajších názorov veľkou mierou zúčastňuje koronárnej nedostatočnosti pri embólii pľúcnice. Zisťuje sa, že akútna pľúcna hypertenzia pri oklúzii nevedie k poklesu koronárneho prietoku. Vyslovuje sa domnienka, že koronárna nedostatočnosť pri embólii pľúcnice je najskôr vyvolaná poklesom plniaceho aortálneho tlaku ako i vzostupu tlaku v pravej predsieni.

Pľúcna hypertenzia následkom oklúzie nevyvolala žiadne zmeny vo vylučovaní sodíka obličkami. Oklúzia však vyvolala vazokonstrikciu v obličkách, ktorá však je najskôr následkom zmien krvných plynov, ku ktorým v dôsledku oklúzie dochádza.

Vydanie monografie aspoň sčasti plňuje medzeru v problematike hemodynamických zmien vplyvom náhle vzniknutej hypertenzie v malom obehu, ktorá je v súčasnosti taká príťažlivá, no v našej literatúre zastúpená iba skromne.

Od pracovníkov v rehabilitácii si monografia zasluhuje pozornosť z hľadiska hemodynamických zmien pri hypertenzii malého obehu, ale predovšetkým aj preto, že sa zaoberá vplyvom faktora telesného cvičenia na hypertenziu a. pulmonalis pri mitrálnej stenóze. Autorove poznatky z tejto oblasti vhodne poslúžia metodike rehabilitácie týchto chorých.

Monografia prináša veľa novších poznatkov, ale i problémov, ktoré nútia zamyslieť sa, ako aj hlbšie študovať túto problematiku.

Dr. Š. Litomerický, Bratislava

BIOCHEMICKÉ VYŠETROVACIE METÓDY

Učebný text pre zdravotnícke školy. Osveta 1971. 306 strán, 82 obrázkov, cena Kčs 23,—

V nakladateľstve Osveta vyšlo tretie vydanie učebnice biochemických vyšetrovacích metód, ktoré má slúžiť ako základná učebnica pre žiakov zdravotníckych škôl, no zároveň aj ako základná učebná pomôcka pre zdravotných laborantov. Svojím zameraním a postavením je to učebnica, po ktorej siahnu nielen pracovníci tohto odboru, ale aj iných odborov, pretože predkladá základné postupy pri odbere a pred spracovaním biologického materiálu, ktorý sa má v laboratóriách vyšetriť.

Učebnica sa skladá z nasledujúcich kapitol: Organizácia služieb klinickej biochémie, odbor biologického materiálu na vyšetrenie, príprava biologického materiálu na analýzu, vyšetrenie metabolizmu bielkovín a dusíkatých látok, vyšetrenie metabolizmu glycidov, lipidov, farbív, biokatalyzátorov, minerálnych látok, vyšetrenie mozgomiechového moku, transudátov a exsudátov a toxikologické vyšetrenie.

Základné členenie učebnice nenapovedá veľa o jej obsahu. Tento je proti predchádzajúcemu vydaniu značne doplnený a aktualizovaný, čo je najväčšou prednosťou tohto vydania. Študenti dostávajú preto veľmi moderný pohľad na laboratórne možnosti. Na druhej strane niektoré postupy, ktoré nie sú aktuálne, sa vynechali.

Obsah učebnice je podaný veľmi názorne a zrozumiteľne. Tomu veľmi pomáha aj bohatá obrazová časť učebnice.

Učebnica by sa mala stať súčasťou každej knižnice zdravotníckeho zariadenia, aby slúžila potrebám stredných zdravotníckych, no súčasne môžeme bezpečne tvrdiť, že aj vysokoškolských pracovníkov. Jej obstaranie naráža síce na nedostatok, že sa učebnica nedostane do voľného predaja, ale len do niektorých predajní. To by však nemalo byť na záväzu jej zabezpečenia.

Doc. dr. R. Dzúrik, Bratislava

ŠVANCARA J. A SPOL.:

DIAGNOSTIKA PSYCHICKÉHO VÝVOJE

Vydalo AVICENUM, zdrav. nakladateľství, Praha 1971, vydanie 1., strán 38. Obr. 75, cena Kčs 42,—

Do svojho edičného plánu zaradilo Avicenum — zdravotnícke vydateľstvo v Prahe, v oblasti publikácií venovaných psychológii kolektívne dielo: Diagnostika psychického vývoja, ktoré zredigoval doc. dr. J. Švancara z katedry psychológie brnenskej univerzity. Táto monografia, ktorá v piatich kapitolách rozoberá jednak poňatie vývoja a základné metodologické otázky, metódy vývojovej psychologicko-diagnostiky, psychodiagnostiku osobnosti a ich zložiek, jednak vývojovú diagnostiku v niektorých aplikačných oblastiach a psychologický nálež a jeho interpretáciu, dokumentuje súčasný trend účasti psychológie pri riešení medicínskych a zdravotníckych problémov. Účasť psychológa v teame pracovníkov zaoberajúcich sa diagnostikou, klinikou a terapiou jednotlivých medicínskych odborov je dnes naprosto potrebná. I keď uvedenú

publikáciu pripravili väčšinou psychológovia, jej preštudovanie by sa malo stať určitou povinnosťou aj pre lekárov, ktorí sa zaoberajú najmä pediatriou a psychiatriou. Psychický stav chorých má veľkú úlohu v celom priebehu choroby a do značnej miery ovplyvňuje aj tento priebeh event. liečenie. Je teda nutná znalosť základných kritérií psychického vývoja a psychologických nálezov.

Kniha iste poslúži všetkým, ktorí majú záujem o chorého, jeho svet a o moderné cesty liečenia. Možno ju len odporučiť, a bolo by žiadateľné, aby s niektorými kapitolami sa zoznámili aj ostatní zdravotnícki pracovníci, v prvom rade rehabilitační pracovníci, pracujúci na úseku modernej pediatrie.

Dr. Miroslav Palát, Bratislava

LEWIT K.:

BOLESTI V ZÁDECH

Vydalo Avicenum — zdravotnícké nakladateľstvo, n. p., Praha 1970, strán 120, obrázkov 33, cena Kčs 9,—

V dnešnej dobe, keď veľmi veľa ľudí trpí, vertebrogennými ochoreniami a okruh chorých sa neustále rozširuje, vítame publikáciu Doc. MUDr. K. Lewita: Bolesti v zádech, ktorá svojím obsahom plní poslanie i pre tých najnáročnejších pacientov, ktorí sa chcú podrobnejšie dozvedieť niečo o svojej chorobe. V jednotlivých kapitolách autor rozoberá príčinu vzniku vertebrogenných porúch, popisuje ich liečbu s poukázaním na manipulačnú liečbu funkčných blokáď, rehabilitáciu, ako i na ostatné spôsoby liečenia týchto porúch.

Pretože chybné zaťažovanie vplyvom moderného spôsobu života je hlavnou príčinou veľkého rozšírenia vertebrogenných porúch, autor poukazuje i na možnosť prevencie týchto porúch správnu životov-

správou, s názornými obrázkami prvkov liečebnej telesnej výchovy, ako i cielého precvičovania tuhých úsekov chrbtice podľa Kaltenborna.

Publikácia je písaná jasným a pútavým spôsobom, doplnená slovníkom cudzích slov, takže každý čitateľ v nej nájde potrebné informácie o svojej chorobe, ako i opatreniach, ako čeliť vzniku vertebrogenných porúch.

Hoci je kniha určená pacientom, bude veľmi cenným pomocníkom lekárom a rehabilitačným pracovníkom, nakoľko podáva súborný pohľad na uvedenú problematiku, ktorá predstavuje svojím obrovským výskytom zdravotnícky problém číslo jedna a poskytné cenné rady pre našich pacientov.

M. Bartovicová, Bratislava

BÁRDOŠ L.:

CHIRURGIA NÁHLYCH HRUDNÝCH PRÍHOD

Vydalo vydavateľstvo OSVETA 1971. Str. 231, obr. 124

Rozpoznávanie, diagnostika a liečba náhlych príhod hrudných dotýka sa všetkých lekárov v klinickej praxi. Pretože ide o náhle chirurgické ochorenie, je potrebná rýchla orientácia, včasná diagnóza u chorého, a čo je hlavné, urýchlený liečebný postup, lebo časový faktor pri urgentných chirurgických ochoreniach je často rozhodujúci z hľadiska prognostického. Je preto potrebné, aby lekárska verejnosť mala dostatok publikácií práve z urgentných úsekov medicíny. Kniha doc. Bárdoša predstavuje preto cennú publikáciu, ktorú s radosťou privíta celá naša odborná verejnosť.

Vo všeobecnej časti autor preberá patofyziológiu dýchania z hľadiska náhlych hrudných príhod, najmä hypoxiu a sfyxiu, pulmonálnu insuficienciu, pľúcnu cirkuláciu, ako aj väzbu a transport krvných plynov. Ďalej rozvádza röntgenológiu, symptomatológiu a diagnostiku, bežné i špeciálne rtg. vyšetrovacie metódy dô-

ležité pre diagnostiku náhlych hrudných príhod.

V špeciálnej časti autor preberá náhle hrudné príhody jednotlivých častí orgánov hrudníka. Túto časť dopĺňa kapitola o základných chirurgických výkonoch pri náhlych hrudných príhodách. Pri každom chirurgickom výkone uvádza autor všeobecné poznatky. V poslednej kapitole preberá pooperačnú liečbu chorých s náhlymi hrudnými príhodami, zameranú na prevenciu komplikácií úpravou funkcie a rehabilitáciou chorého.

Monografiu doc. Bárdoša môžeme hodnotiť ako cenný prínos do našej odbornej literatúry. Pre staršiu generáciu lekárov je predmetom konfrontácie vlastných názorov a skúseností s názormi autora a pre mladších zdrojom poučenia v tomto novom úseku chirurgie. Budeme sa ku nej vracieť tak, ako sme to robili a aj robíme s Jiráskovými — Náhlymi príhodami brušnými.

Dr. I. Šimkovic, DrSc., Bratislava

SANTHOLZER V. A KOL.:

LÉKAŘSKÁ FYZIKA

Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, Praha 1971.

Strán 424. Obr. 270. 1. vydanie. Cena Kčs 46,—

Kolektiv autorov pod vedením prof. V. Santholzera vydal v zdravotníckom nakladateľstve v tomto roku učebnicu fyziky pre poslucháčov lekárskeho fakult. Táto učebnica obsahuje všetky kapitoly klasickej a modernej fyziky, ktorých znalosť je potrebná pre štúdium medicíny. Jednotlivé kapitoly sa zaoberajú mechanikou, akustikou, molekulárnou fyzikou, náukou o elektrine, základmi optiky a základmi atómovej a jadrovej fyziky pre štúdium lekárstva. Veľký počet obrázkov ilustruje a vhodne dopĺňa text značne náročný pre poslucháčov medicíny.

Lekárska fyzika bola vždy predmetom, ktorý sa vyučoval v prvých semestroch

štúdiu na lekárske fakultách. Rozvoj modernej fyziky a používanie moderných diagnostických či terapeutických prístrojov v súčasnej medicíne sú cesty, ktoré vyžadujú, aby poslucháč na lekárske fakultách bol stále viac a viac informovaný o problematike modernej fyziky. Táto skutočnosť ovplyvňuje aj rozsah predkladanej učebnice lekárskej fyziky od Santholzera a spolupracovníkov.

Kniha je veľmi dobre vybavená, vytlačená na dobrom papieri a predstavuje reprezentatívne dielo čs. autorov v oblasti lekárskej fyziky.

Dr. M. Palát, Bratislava

CORDES J. CH., UIBE P., ZEIBIG B.:

LEHRBUCH DER PHYSIOTHERAPIE

Band 1, *Gymnastik, Krankengymnastik, Massage.*

Vyd. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1970,

str. 408, 134 vyobrazení

Kniha je prvým dielom, prvým svazkom knižného souboru učební látky pro fyzioterapeutu. Tento obor byl podle předmluvy zaveden místo oboru cvičitelek LTV (Krankengymnastik) v NDR roku 1964. Cílem bylo — citujeme předmluvu — umožnit, aby veškeré fyzioterapeutické procedury, které jsou pacientovi předepsány, byly podávány jednou odbornou silou. Učebnice má umožnit výuku specializovaných sil na tak vysoké úrovni, aby jim mohl lékař svěřit nemocné s plnou důvěrou, že ve spolupráci s lékařem zvládnou každou situaci, která v oboru může nastat. Anatomie a fyziologie měly být původně součástí knižního souboru. Bylo však rozhodnuto, aby výuka anatomie, patologie a fyziologie byla společná s ostatními obory (knihy Leutertovy, Wohlgemuthovy, Baudischovy). (Požadavky na znalosti anatomie, fyziologie a patologie jsou ovšem v různých oborech středních zdravotnických pracovníků podstatně odlišné, co do rozsahu i co do zaměření. Recenzentce není známo, jak se v NDR potřebná diferenciacie řeší.)

Celý knižní soubor bude rozvržen tak, že 1. a 2. díl budou obsahovat části všeobecné, prakticky — metodické, díl 3. bude mít náplň speciální, klinickou a pravděpodobně více svazků.

První svazek je členěn takto: V prvé části se probírá léčebný tělocvik (Krankengymnastik) na str. 17—84. Formy cvičení, vyšetření, polohování, technika pohybové léčby obecně (pletence ramenní,

rameno, loket, kloub zápěstí atd.), isometrické kontrakce, speciální cvičení gluteálního svalstva a čtyřhlavého svalu stehenního, chůze a nácvik chůze, dechová cvičení. Str. 86—148 jsou věnovány cvičení podle Kabata. Na str. 150—259 se probírá gymnastika jednak obecně a jednak ve vztahu k LTV (příklady gymnastických cvičení v ortopedii, chirurgii, neurologii, psychiatrii atd.). Strana 262 až 328 je věnována klasické masáži. Zároveň se na str. 329 až 393 probírá reflexní masáž, a to poživavá technika příbližně na 30 str. a segmentární masáž (A. Dalicho) na 10 stránkách. Kniha je zakončena 6 stranami citací literatury a podrobným abecedním rejstříkem.

Uvádíme rozsah jednotlivých kapitol, protože soudíme, že prostor, který je v podobných monografiích té které kapitole vymezen, je svým způsobem pro knihu typický.

Máme v ruce zatím první část rozsáhlého díla a konečná představa nebo dokonce soud o celku nejsou přirozeně možné. Jde o učebnici, a zpracování látky je nepochybně přízpůsobeno potřebám výuky v NDR. Přihlíží přirozeně jednak k cílům studia, jednak i ke stavu vědomostí přijímaných žáků.

Kniha je psána a tříděna neobyčejně přehledně, formulována jasně a srozumitelně. Ilustrace jsou názorné a hojné. Je u nás dostupná za cenu 115 Kčs. Neměla by chybět v knihovně většího rehabilitačního oddělení.

Jana Štěpánková, Mar. Lázně

ZPRÁVA O SYMPOSIU ČS. SEKCE „MANIPULAČNÍ A REFLEXNÍ TERAPIE“ ČS. REHABILITAČNÍ SPOLEČNOSTI J. E. PURKYNĚ

KONANÉM V KARLOVÝCH VARECH VE DNECH 16.—19. ČERVNA 1971, NA TÉMA:

PÁTEŘ A VNITRNÍ ORGÁNY.

Úvodem bylo zdůrazněno, že tematika je proto aktuální, že

1. se celá rehabilitace stále větší měrou zabývá interními nemocemi a
2. že není doceněna a ani správně vymezena role, kterou může hrát manipulační léčba při léčení a zejména při rehabilitaci vnitřních onemocnění, při boji proti bolesti atd.

1. *téma: Páteř a vnitřní orgány, obecné zásady.*

V panelové diskusi byly rozvedeny tyto hlavní myšlenky:

1. Je-li v běžné internistické terminologii označováno onemocnění jako „funkční“, myslí se tím psychogenní. Naproti tomu zdůrazňujeme my, že po vyloučení organického interního onemocnění je nutno myslet na prvním místě na poruchu vertebrogenní a až po vyloučení změn na pohybovém ústrojí by se mělo myslet na poruchu psychogenní.
2. Mnohem prokazanější nežli přímý vliv páteře na vnitřní orgány se zdá naopak blokáda pohybového segmentu páteře jako následek interního onemocnění. Je patrně projevem reflexního znehybnění následkem svalového spasmu, přetrvává však i po odeznění interního onemocnění. Je-li však interní onemocnění floridní, obnoví se po manipulaci záhy svalový spasmus a posléze i blokáda.
3. Byla pak diskutována otázka, kdy máme pokládat blokádu za škodlivou, nemá-li dokonce za určitých okolností ochrannou roli — a co s tím souvisí, kdy ji máme léčit. V této souvislosti byl vysloven názor, že vlastním ochranným mechanismem je svalový spasmus (défense musculaire), který blokáda způsobuje, že však blokáda sama je spíše komplikací a tedy patologická. Někdy totiž blokáda přímo

potencuje akutní, floridní onemocnění, jak to lze velmi názorně pozorovat u bolestí zubů zánětlivého původu, kdy odstraněním blokády dosáhne úlevy od nesnesitelných, jako by „neuralgických“ bolestí, ačkoliv základní onemocnění tím neovlivníme. Podobné úlevy lze docílit i u jiných interních onemocnění, zejména kolikovitých. Nutno ovšem počítat s tím, že u většiny floridních interních onemocnění blokády recidivují a opakované manipulace pak jsou nevhodné.

4. Rozhodující se tedy zdá tento diferenciálně diagnostický problém, kdy je nutno rozhodnout, zda
 - a) nejde o ryze vertebrogenní poruchu napodobující interní onemocnění, tj. o čistě „funkční“ poruchu,
 - b) není blokáda sice následkem interního onemocnění, které však již odeznělo, takže nyní vyvolává opět ryze funkční, tj. vertebrogenní poruchu,
 - c) blokáda je pouze reflexní změnou při floridním interním onemocnění a zda v daném okamžiku je málo významná, nebo symptomatologii zhoršuje.

Problematika této diferenciální diagnózy byla velmi diskutována a bylo závěrem zdůrazněno, že pouze průběh onemocnění nám dovoluje tento problém definitivně řešit. Rozhodující zde bývá okolnost, zda reflexní změny při terapii ustupují a nerecidivují, nebo naopak se rozšiřují a recidivují. Reflexní terapeut proto při nepříznivém průběhu a narůstání reflexních změn navzdory terapii musí znovu konzultovat internistu a společně případ řešit.

5. Byla diskutována otázka existence určitého „vzorce“ reflexních změn u jednotlivých vnitřních onemocněních, zvláště pokud jde o pohybové ústrojí.
6. Jakmile se ukáže v průběhu onemocnění, že reflexní změny zejména v pohybové soustavě hrají u nemocného

hlavní úlohu, pak se terapie řídí podle zásad léčení *poruch pohybového ústrojí* a musí být vedena odborníkem, který má zkušenosti v léčení funkčních poruch pohybové soustavy. Právě tato léčba hraje často rozhodující úlohu při boji proti bolesti, a tím také umožňuje úspěšnou rehabilitaci.

2. téma: Vertebrokaridiální syndrom.

Jde pravděpodobně o nejčastější interní poruchu, u níž bývá určitá role páteře pozorována. Panelová diskuze se i zde soustředila nejvíce na otázky diferenční diagnostiky.

Na prvním místě bylo zdůrazněno, že se právě zde ukázalo, že tzv. „funkční“ poruchy bývají velmi často právě vertebrogenní. Tak Metz (Potsdam, NDR) ukazuje na svém materiálu čistě funkčních stenokardií, že šlo asi u 50 % o vertebrokaridiální syndrom. Je ovšem nutno počítat s tím, že mezi takto diagnostikovanými nemocnými jsou jednotlivci, kteří se později projeví jako pravá ischemická choroba srdečně nebo dokonce jako infarkt myokardu přesto, že nálezy na EKG i biochemické nálezy jsou negativní.

Pokud jde o reflexní změny, je patrné z materiálu Rychlíkové (Praha), že u skupiny nemocných s prodělaným infarktem myokardu bývají nejrozsáhlejší — a to se týče i blokad v pohybových segmentech páteře — na druhém místě je skupina nemocných, u nichž je pouze ischemická choroba srdeční a nejméně rozsáhlé bývají změny u funkčního vertebrokaridiálního syndromu. Právě z toho lze usuzovat, že vývoj reflexních změn v průběhu onemocnění má velký význam pro posouzení prognózy a může být varovným znamením v případě nepříznivého vývoje vlastní ischemické choroby srdeční.

Pokud jde o vliv manipulační terapie (MT), většina diskutujících se domnívá, že působí na funkční změny včetně bolesti, že však základní ischemickou chorobu, je-li přítomna, neovlivňuje. Odstraněním bolesti však umožňujeme nebo podstatně usnadňujeme léčebnou rehabilitaci — training —, který pak může příznivě ovlivnit prokrvení srdečního svalu.

V tom smyslu byly zajímavé pokusy Kučery (Plzeň), kterému se podařilo u některých nemocných ovlivnit EKG tím, že jednou zatížil a potom naopak provedl trakci krční páteře. Přítomnými byla ovšem diskutována otázka, zda šlo o specifickou nebo nespecifickou odpověď na EKG na tento podnět.

S hlediska praxe se zdá nejdůležitější rozpoznat, zda reflexní změny včetně blokad jsou pouhými příznaky floridního koronárního onemocnění nebo infarktu, ne-

bo zda jsou projevem už prodělaného onemocnění a proto vlastně hlavním nálezem, který udržuje subjektivní pocit nemoci. V druhém případě pak může MT a reflexní terapie být stejně účinná jako u čistého vertebrokaridiálního syndromu.

Konečně byla diskutována otázka, zda existuje určitý vzorec (pattern) reflexních změn u ischemické choroby srdeční. Bylo zjištěno, že reflexní změny jsou jednak plurisegmentální, jednak postihují větší strukturu v segmentech.

Nejčastější blokáda je v oblasti Th 4—6, dále bývá postižen cervikotorakální přechod a poměrně časté jsou funkční změny v kranio-cervikálním přechodu. Kromě uvedených blokad je častá palpační bolestivost trnů Th 4—6, transversokostální spojení Th 4—6 více na straně levé, bolestivé body na žebrech a na sternokostálních spojeních. Zpravidla bývá bolestivý spasmus m. pectoralis, jehož šlacha v axile bývá bolestivá při palpaci. Kromě toho nalézáme také bolestivost a spasmus paravertebálního svalstva a ovšem také výrazné HAZ, vše více vlevo.

Jako onemocnění ryze funkční, které může být vertebrogenní, byla jmenovaná paroxysmální tachykardie bez převodové poruchy; u takových nemocných může MT odstranit veškeré potíže.

3. téma: Vertebro-viscerální poruchy.

Jako první promluvil Kubis (Lauterbach, NDR) o svých zkušenostech se spasmem m. psoas. Úvodem citoval Mosera, který popisuje palpační citlivost m. psoas nad symfyosou a v oblasti úponu na trochanter minor. Moser se domnívá, že m. psoas reaguje spasmem na podráždění vnitřních orgánů, zejména žlučníku a jater. Tuto příčinu spasmu m. psoas Kubis nepokládá za prokázanou a na podkladě vlastních zkušeností se domnívá, že spasmus psoatu je způsoben blokadami v dolní hrudní oblasti, a to nejčastěji mezi Th 8—10. Jakmile tato blokáda po MT povolí, povolí i spasmus. Bolestivost a spasmus m. psoas nebývá hmatná pouze nad symfyosou, nýbrž v celém jeho průběhu i nad pupkem. Právě proto může spasmus m. psoas napodobovat nejrůznější vnitřní bolesti včetně apendicitidy a ledvinových nebo i žlučkových kolik.

V diskusi bylo poznamenáno, že blokáda páteře při spasmu m. psoas bývá častěji přímo na torakolumbálním přechodu, což také lépe odpovídá anatomii m. psoas. Dále, že někdy spasmus m. psoatu povolí po pouhé manipulaci hlavových kloubů. Závěrem se všichni diskutující shodli na tom, že spasmus m. psoatu je velmi významný příznak vertebrogenní poruchy v oblasti nejspodnější hrudní páteře, kte-

rý může napodobovat nejrůznější viscerální onemocnění.

Steglich (Berlin, NDR) promluvil o zkušenostech s astmatiky, u nichž je současná vertebrogenní porucha pravidlem. Rozlišuje při dýchání odpory vznikající v plicích samotných a v hrudníku. Pomocí měření vitální kapacity i kymografie hrudníku mohl prokázat zřetelný efekt MT na respiraci, analýza však ukázala, že tento efekt lze přičítat zmenšenému odporu hrudníku a nikoliv v plicích samotných. Význam takového zlepšení bychom však neměli podceňovat: může rozhodnout o tom, zda nemocný je kompenzovaný nebo dekompenzovaný. V diskusi byl právě zdůrazněn tento funkční faktor.

Další část panelové diskuze byla věnována vertebroviscerálním vztahům při vředové nemoci. Úvodem byl citován Fischer (Sassnitz, NDR), který nachází nápadně často koexistenci reflexních změn zejména v segmentech Th 4—10 se sakroiliakálním posunem i šikmou pávní u funkčních poruch v oblasti žaludeční.

Rychlíková referovala o skupině 79 mladistvých nemocných, které vyšetřovala s Lewitem, u nichž šlo o rentgenově zjištěnou vředovou nemoc. Vzhledem k nízkému věku sledovaných (15—22 let) lze očekávat, že změny zjištěné na pohybové soustavě jsou v souvislosti s onemocněním a odpovídají určitému vzorci (pattern) typickému pro toto onemocnění a nikoliv vlastnímu onemocnění páteře, které v tomto věku je výjimečné. Nálezy ukazují, že takový pattern velmi pravděpodobně existuje, i když se definitivně bude možno vyjádřit až po vyšetření kontrolní skupiny. Tento pattern spočívá v následovním: Nejčastější blokáda v příslušném segmentu je mezi Th V a Th VI, ostatní reflexní změny: svalové spasmusy, HAZ, periostové body, bolestivé trny, žebra, transversokostální klouby bývají vesměs difúznější, plurisegmentové, a to bilaterálně s pravostrannou převahou. Nejčastěji postižené segmenty: Th 5—8. Spasmusy psoatu byl v 68 %.

Kromě těchto lokálních změn patří k „pattern“ sakroiliakální posun, a to v plných 87 %! a je i nápadně častá blokáda v kraniocervikálním spojení (58 %). Pozoruhodné je, že mezi vyšetřovanými bylo několik nemocných po operaci vředu zcela bez potíží. Bylo zarážející, že u těchto popsané změny chyběly.

Đurjanová a Lalák (BRATISLAVA) podali rovněž přehled svých nálezů u 30 dospělých žen a 15 mužů. Pokud jde o změny v oblasti hrudní, nálezy se celkem shodovaly, sakroil. posuny rovněž velmi časté, i když ne tak časté jako ve skupině mladistvých; incidence spasmu psoatu byla zřetelně menší, nebyly vyšetřeny hlavové klouby, zato však byly ne-

obyčejně časté blokády v oblasti cervikální, a to okolo 60 % v jednotlivých segmentech (mezi C2—C7).

4. panel — vertebroviscerální poruchy v gynekologii.

Novotný a Dvořák sdělili své zkušenosti, které získali při ošetřování 377 žen s různými gynekologickými afekcemi, u nichž zjistili změny v sakroiliakálním skloubení či jiné funkční poruchy páteře. Podle jejich názoru se mohou u gynekologických pacientek objevit tyto typy funkčních poruch páteře:

1. Reflexní změny viscerovertebrální, které vznikají při některých onemocněních vnitřních rodel, např. při zánětech adnex, pooperačních infiltrátech a pod. Jde pravděpodobně o důsledek spasmu svalstva procházejícího pávní, odchylného držení těla podmíněného bolestí. Tyto funkční poruchy v sakroiliakálním skloubení přetrvávají i po odeznění gynekologické choroby a jejich příznaky mohou být interpretovány jako projev zdánlivě ještě trvajících gynekologického onemocnění. Po manipulační terapii recidivují při novém vzplanutí gynekologické afekce.
2. Funkční poruchy páteře imitující svými projevy gynekologickou chorobu. Bolesti v zádech a v kříži způsobené funkční poruchou bývají přisuzovány drobným odchylkám na vnitřních rodelích (parametritis, malé sestupy a pod.) a podle toho je řízen i léčebný postup, který je, pochopitelně, neúspěšný.
3. Reflexní změny vertebroviscerální. Tento vztah nelze zatím spolehlivě prokázat. Je možné, že některé typy algomenorrhoe, jsou podmíněny tímto reflexním mechanismem.
4. Funkční poruchy vzniklé při léčbě gynekologických onemocnění hlavně při operacích. Jde o změny sakroiliakálního skloubení podmíněné nevhodnou polohou pacientky na operačním stole a při transportu z operačního sálu. Poruchy v cervikální páteři mohou vznikat při anesthesiologických procedurách. Obojí způsobují pacientkám značné obtíže a znesnadňují pooperační ošetřování.

Dále Novotný a Dvořák upozornili na nutnost, aby znalost funkčních poruch páteře byla rozšířena v gynekologické veřejnosti. Na druhé straně je nutné, aby při manipulační léčbě recidivujících poruch sakroiliakálního skloubení bylo provedeno gynekologické vyšetření.

Lewit se zmínil o funkčních dysmenorrhoeách, kde je to sakroiliakální posun, který bývá nejčastější příčinou. Zjistil to

jednak na skupině 71 nemocných a dále na skupině 150 rodiček, s Knoblochem, kde opět rodičky s dysmenorrhoeou (algomenorrhoeou) měly nejčastěji sakroiliakální posuny a u nichž algomenorrhoea byla lokalizována především do oblasti křížové, zatímco u normálních pánví, pokud algomenorrhoea vůbec byla, byla lokalizována v podbřišku.

Příčinou algomenorrhoey při sakroiliakálním posunu by mohl být spasmus na m. iliacus, o kterém referoval Kubis (NDR). S hlediska vertebrogenní poruchy samotné je významné, že algomenorrhoea často předchází jiné vertebrogenní poruchy, zejména lumbago a kořenové syndromy dlouhou řadu let. Bývá tedy prvním anamnestickým projevem vertebrogenní poruchy u žen.

Dvořák k tomu poznamenal, že zřejmě lze rozeznávat:

1. algomenorrhoeu (bolest při menses) jako projev pouze vertebrogenního onemocnění;
2. algomenorrhoeu jako příznak pouze anatomické nebo funkční poruchy vnitřních rodidel;
3. algomenorrhoeu jako projev funkční poruchy pátéře vzniklé viscerovertebrálním reflexním vztahem při gynecologické afekci;
4. algomenorrhoeu jako reflexní změnu vertebroviscerální, která je však těžko prokazatelná a zatím sporná.

Doc. Dr. K. Lewit, Praha

ZPRÁVA Z XI. KONGRESU ČS. ANTROPOLOGŮ

Slovenská antropologická společnost při Slovenské akademii věd spolu se Slovenským národním muzeem v Bratislavě, Katedrou antropologie přírodovědecké fakulty UK, s Pedagogickou fakultou University P. J. Šafaříka v Prešově a Katedrou antropologie a somatopatologie Filozofické fakulty UK v Bratislavě uspořádaly XI. kongres čs. antropologů s mezinárodní účastí. Kongres, který se konal v Prešově ve dnech 13.—15. IX. 1971, byl věnován 50. výročí KSČ. Slavnostní otevření kongresu bylo 13. IX. presidentem kongresu, prof. MUDr. et RNDr. J. A. Valšíkem DrSc. Kongresu se zúčastnilo 128 popředních československých a zahraničních antropologů. Zahraničních účastníků z Polska, NDR, Rumunska, Maďarska, Jugoslávie, Mexika bylo celkem 28.

Příjemné prostředí a dobrá organizovanost tohoto podujetí přispěly k hladkému průběhu XI. kongresu čs. antropologů, během kterého odzněly referáty našich i zahraničních účastníků. Vzhledem k velkému počtu přednášek se tyto konaly ve třech sekcích po dobu dvou dní a byly věnované následovně tematice: ontogeneza člověka, sportovní antropologie, dermatoglyfika, klinická antropologie, průmyslová antropologie, etnická, předhistorická a historická antropologie. Možností bylo hodně a každý podle vlastního zájmu mohl navštívit tu-ktou sekci a vyslechnout si přednášku, o kterou měl zá-

jem. Řada referátů zabývajících se rozsahem problémů, byla z oblasti klinické antropologie, kde se hlavně v poslední době uplatňuje spolupráce lékaře a antropologa. Celá řada referátů přinesla zajímavé výsledky, jako např.: pomoc antropologie při studiu prevence anomálií orofaciální soustavy, antropogenetické studie rodin s rozštěpovými vadami obličeje, růst a vývoj dětí trpících některým respiračním onemocněním, genealogické studie u dětských diabetiků, antropometrie nedonošených dětí školního věku, a další.

Z mnohých odeznených referátů bylo zřejmé, že práce antropologa je jakýmsi vodítkem k další práci lékaře-chirurga. Oblast klinické antropologie řeší komplexně problémy medicíny ve vztahu k antropologii a genetice. Celostátní kongres v Prešově s dobrou úrovní podal souhrnný přehled poznatků ze všech oblastí antropologie. Účastníci kongresu se mohli seznámit s různými aspekty použití vyšetřovacích metod, a to hlavně v oblasti klinické antropologie. Mohli si přímo různé problémy a otázky vyskytující se v různých odvětvích antropologie objasnit v rámci diskusí.

Celostátní XI. kongres československých antropologů, který je již za námi a na jehož průběh můžeme kladně vzpomínat, byl velkým přínosem pro československou antropologii.

Dr. R. Jelínková, Bratislava

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

Ústav pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave, katedra rehabilitačných pracovníkov, plánuje v druhom polroku školského roku 1971/72 nasledujúce školiace akcie:

1. Tematický kurz pre rehabilitačných pracovníkov v rehabilitácii detí s poruchou hybnosti.
Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí pracujú na rehabilitačných oddeleniach NsP.
Čas trvania: 3 týždne.
Termín: 21. 2.—10. 3. 1972.
Miesto konania: sa oznámi.
Počet účastníkov: 15.
Náplň: základy facilitatívnej techniky pri poruchách hybnosti v detskom veku.
2. Kurz o zásadách mobilizačnej terapie.
Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov na rehabilitačných oddeleniach NsP a ostatných zdravotníckych zariadení.
Čas trvania: 2 týždne.
Termín: 22. 5.—2. 6. 1972.
Počet účastníkov: 20.
Náplň: liečebná telesná výchova pri vertebrogenných ochoreniach a poruchách periférnych kĺbov. Prehľad doterajších metód a možností uplatnenia mobilizačných techník.
Školiace miesta:
Pozri z ústavov „Rehabilitácia“ č. 3/71.

Ústav pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Brne, katedra rehabilitačných pracovníkov, plánuje v druhom polroku 1971-72 nasledujúce školiace akcie:

- 1.—2. Tematický kurz v liečebnej telesnej výchove.
Určenie: pre rehabilitačných pracovní-

kov — účastníkov 2. časti pomaturitného štúdia.

Miesto konania: Brno.
Čas trvania: 2 týždne.
Termín: 20. 3.—31. 3. 1972 (1. beh)
2. 5.—12. 5. 1972 (2. beh)
Počet účastníkov: 26.

Náplň: ťažšie úseky náplne pomaturitného štúdia so zameraním na témy, ktoré účastníci plne nezvládli v predchádzajúcom štádiu.

3. Tematický kurz v liečebnej telesnej výchove pre učiteľov SZŠ.
Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí učia na stredných zdravotníckych školách liečebnú telesnú výchovu interne i externe.
Miesto konania: Brno.
Čas trvania: 2 týždne.
Termín: 5. 6.—16. 6. 1972.
Počet účastníkov: 20.
Náplň: zjednotenie učebnej látky a nové poznatky v liečebnej telesnej výchove.
4. Tematický kurz v liečbe prácou — celoštátny.
Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov, pracujúcich najmenej 2 roky na úseku liečby prácou. Prednostne pre účastníkov pomaturitného štúdia.
Miesto konania: určí sa dodatočne.
Doba trvania: 4 týždne.
Termín: 4. 4.—28. 4. 1972.
Počet účastníkov: 15 (SSR 3).
Náplň: teória liečby prácou, metodika liečby prácou v jednotlivých odboroch. Skúsenosti s liečbou prácou v NDR.
Školiace miesta:
— Pozri správy z ústavov „Rehabilitácia“ č. 3/1971.

M. Bartovicová, Bratislava

EDITORIAL:

<i>Bartovicová M.</i> : K otázke postavenia rehabilitačného pracovníka v procese rehabilitácie	65—66
<i>Gecík K.</i> : Jubileum aj na úseku starostlivosti o zdravie	129—130
<i>Lánik V.</i> : K otázke poúrazovej rehabilitácie	193—194
<i>Palát M.</i> : Ischemická choroba srdca a rehabilitace	1—2

PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

<i>Askanas Z., Liszevska D., Tylka J.</i> : Psychické a somatické rizikové faktory a incidencie infarktu myokardu	15—20
<i>Barry A. J., Daly J. W., Kelly J. J.</i> : Efekt fyzického tréningu na chorých po infarkte myokardu so špeciálnym zameraním na problém výberu...	3—14
<i>Bankov S.</i> : Kineziologické hľadiská pri rehabilitácii poúrazových kontraktúr lakťa	205—210
<i>Ehalt W.</i> : Rehabilitácia pacientov s priečnou léziou miechy	201—204
<i>Fedorová O.</i> : Přínos farmakoterapie v rehabilitaci závažných následků nezávažných poranění ruky	145—148
<i>Hlaváček A., Formánková I.</i> : Porovnání některých kineziologických indexů u vertebrogenního kořenového syndromu dolních končetin	93—102
<i>Knappe J., Erbstösser M., Knappe G.</i> : Model preventivního liečenia pri ischemickej chorobe srdca	71—76
<i>Kellermann J. J.</i> : Fyzická pracovná výkonnosť a kondícia koronárnych pacientov	21—31
<i>Lánik V.</i> : Podiel poúrazovej rehabilitácie na práci rehabilitačných oddelení ÚNZ na Slovensku	225—230
<i>Malkovská M., Čeněk A., Růžičková H.</i> : Vliv pohybového režimu při lázeňské redukční léčbě na podélnou klenbu nohy obézních dětí	77—92
<i>Milanovská K., Konieczna D., Mikulska K., Ruszkiewicz, Gudzio M.</i> : Možnosti a výsledky rehabilitácie starších ľudí po zlomeninách kľčeka stehrovej kosti	195—199
<i>Mise J., Wada M., Wada K., Fujikuro I.</i> : Hladiny sérových lipidov a ich kontrola u pacientov s ischemickou chorobou srdca	43—57
<i>Presber W.</i> : Sociálne a ekonomické hľadiská rehabilitácie u pacientov s priečnym poškodením miechy po úraze	217—223
<i>Reinhold D. a U.</i> : Účínok komplexnej kúpeľnej liečby na myokardiálnu spotrebu kyslíka u pacientov s koronárnou chorobou	33—42
<i>Rettig H.</i> : Zásady rehabilitácie po detských úrazoch	211—215
<i>Rózsahegyi I.</i> : Působenie práce a pokoja na ischemickou chorobu srdca	67—69
<i>Štěpánek P., Křížek V.</i> : Vliv cvičení na bílkoviny těla při redukci váhy	131—138
<i>Štolba L., Blažek J.</i> : Rehabilitace senzitivních poruch v oblasti nervi trigemini	139—143

METODICKÉ PRÍSPEVKY

<i>Kadeřávková K.:</i> Psaní na stroji v léčebné rehabilitaci	159—166
<i>Suchan J., Kučera M., Šuchmannová V.:</i> Léčebná tělesná výchova u nemocných po infarktu myokardu po propuštění z nemocnice	153—158
<i>Štěpařová I., Mastný V.:</i> Návčik denních úkonů v LP	149—151

SÚBORNÉ REFERÁTY

<i>Kišoň Š., Palát M.:</i> Farmakoterapia v oblasti liečebnej rehabilitácie I.	103—112
<i>Kišoň Š., Palát M.:</i> Farmakoterapia v oblasti liečebnej rehabilitácie II.	167—175
<i>Kišoň Š., Palát M.:</i> Farmakoterapia v oblasti liečebnej rehabilitácie III.	231—239

HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ

<i>Škodáček P.:</i> Spomienka na G. W. Zandra	113
<i>Vojtíšek O.:</i> Vzpomínka na profesora Lenocha	177—179

RECENZIE KNÍH	61—62, 118—126, 180—186, 241
---------------	------------------------------

SPRÁVY Z PÍ SOMNÍCTVA	58—61, 114—118, 241
-----------------------	---------------------

SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ	62—64, 126—127, 187—190, 250
--------------------------------	------------------------------

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP	64, 128, 191—192, 254
---	-----------------------