

OBSAH

EDITORIAL	
<i>M. Palát:</i> K otázke standardizace v rehabilitaci	193—194
■ PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE	
<i>O. Kondáš:</i> Príspevok psychológie k teórii rehabilitácie	195—201
<i>J. Jeschke, M. Kučera, J. Suchan, V. Holeček:</i> Druhý tréninkový tábor nemocných s ischemickou srdeční chorobou	203—214
■ METODICKÉ PRÍSPEVKY	
<i>J. Hromádková, A. Burkertová:</i> Léčebná tělesná výchova u tepenných uzávěrů dolních končetin	215—221
■ HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ	
Prof. MUDr. Emil Huraj, DrSc., Dr.h.c. — päťdesiatročný	233—225
<i>A. Puček:</i> K desaťročnici Výcvikového strediska v Bratislave	227—229
<i>M. Vidlák:</i> Soustava rehabilitační péče ve Velké Britanii	231—239
■ DISKUSIA	
<i>E. Szarowski:</i> Diskuse k článku MUDr. D. Vizára — Liečebná rehabilitácia pri Sudeckovej algodystrofii	240—241
■ RECENZIE KNÍH	202, 222, 226, 230, 242—248
■ SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ	249—252
■ SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP	253—254

Táto publikácia vedie sa v prírastku dokumentácie BioSciences Information Service of Biological Abstracts.

*

This publication is included in the abstracting and indexing coverage of the BioSciences Information Service of Biological Abstracts.

EDITORIAL...

K OTÁZKE STANDARDIZACE V REHABILITACI

Současná medicína vedle rozvoje diagnostických a terapeutických metod je charakterizovaná veľkou snahou o standardizáciu týchto metod. Pro tuto snahu jsou určité důvody.

Rehabilitace jako jeden z nových oborů, který v posledních deseti letech prožil značně explozivní vývoj, stojí dnes před otázkou, či je nutno zavést standardizaci používaných metod a jakým způsobem je možno tuto standardizaci realizovat. Protože rehabilitace jako komplex opatření zasahuje do nejrozličnějších oblastí medicíny, je situace ještě komplikovanější, protože se zde střetávají dvě linie — standardizace v základní medicínské disciplíně a standardizace zaměřená na rehabilitaci.

Vývoj jistě ukáže všechny možnosti použití a aplikace standardizačních metod i v oblasti rehabilitace právě tak, jako prokázal životní nutnost standardizace metod v různých klinických oborech. Není proto nutné už dnes formulovat specifické problémy standardizace v rehabilitačním lékařství, zdá se nám spíše nutné, pokusit se dnes o formulaci cílů, které při dané standardizaci možno dosáhnout.

V oblasti rehabilitace jde v podstatě o dva cíle, pro které je nutné sáhnout k standardizaci:

1. Základním problémem je a dlouhou dobu zůstane standardizace reedukačních metod v rámci komplexních rehabilitačních programů. Na základě prací ve světové literatuře z oboru rehabilitačního lékařství možno říci, že jednotlivá pracoviště a jednotlivé ústavy používají převážně svých vlastních reedukačních metodik, vypracovaných na vlastních pracovištích a sloužících vlastním cílům. I když existují již pokusy o standardizaci těchto metodik, jsou spíše ojedinělé než časté, jsou spíše pokusem, než pravidlem. Příkladem může být freiburský program sloužící reedukaci funkce kardiovaskulárního systému u nemocných s infarktem myokardu — i zde však jde spíše o standardní doporučení určitých cvičení, než program standardizovaný.

2. Jiným stejně důležitým problémem zůstává standardizace objektivních metod, sloužících k vyhodnocení, evaluaci rehabilitačních programů a k posouzení funkce chorobou postiženého člověka, který absolvuje rehabilitační program. Osobně vidím v této oblasti podstatně důležitější aspekt, a to z jednoho velmi jednoduchého důvodu. Jestliže máme standardizované možnosti evaluace rehabilitačního programu, můžeme výsledky získané rehabilitačním programem vzájemně porovnat, získat větší, statisticky výhodnější celky a dělat širěji platné závěry. Dnes už klasickým příkladem je zavedení standardizovaných testů do posuzování funkce kardiovaskulárního systému, které byly doporučeny i Světovou zdravotnickou organizací.

Vycházíme-li z těchto aspektů, vidíme, jak je potřebná standardizace i v oblasti rehabilitačního lékařství. S otázkou standardizace reedukačních a evaluačních metod velmi úzce souvisí otázka referenčních pracovišť a referenčních laboratoří. Nestáčí totiž jen používat určitou metodu, stejného provedení a stejného postupu — jde ještě o to, a tato skutečnost je značně důležitější, tuto metodu srovnat a vyloučit určité chyby, či osobní, metodické nebo přístrojové. Otázku referenčních pracovišť a referenčních laboratoří nutno dnes považovat za základní, protože tímto způsobem je možno snížit komplex chyb možných i pravděpodobných na minimum, a toto by měl být vlastní úkol těchto vzpomínaných referenčních celků.

Rehabilitační medicína, která v současnosti je velmi důležitým článkem v komplexu léčebně-preventivní péče, stojí tedy před jakýmsi rozcestím. Rozvíjením různých metodik sbírat důležitá fakta a zařazovat je do encyklopedie poznání této nové disciplíny a nebo řízeným standardizovaným procesem, neustále prověřovaným současně probíhajícím výzkumem, objektizovat statisticky významně efekty rehabilitačních programů se zřetelem na použití v široké rehabilitační praxi. Obě cesty jsou nutné, každá z nich slouží jinému účelu — mají však společný cíl, který znamená současně i kvalitativní přestavbu rehabilitačního lékařství: poskytnutí optimálního programu pro chronicky nemocného člověka.

Dr. M. Palát, Bratislava

**PŮVODNÉ VEDECKÉ
A ODBORNÉ PRÁCE****PRÍSPEVOK PSYCHOLÓGIE
K TEÓRII REHABILITÁCIE***O. KONDÁŠ**Katedra psychológie FFUK v Bratislave
Vedúci doc. PhDr. Ondrej Kondáš, CSc.**Problém*

Úlohou teórie je objasniť základné otázky podstaty určitého okruhu javov, hlavne ich príčinné vzťahy a mechanizmy. Komplexný charakter rehabilitácie sťažuje takýto druh jej teoretického rozboru. Situáciu komplikuje na jednej strane skutočnosť, že musí rešpektovať teoretický výklad patologického procesu, ktorý viedol k poškodeniu v súčasnosti rehabilitovanej funkcie a na druhej strane aj fyziológiu funkčnej zdatnosti jednotlivých systémov až po širšie zákonitosti fyziológie a psychológie výkonnosti, ba aj kompenzačné a osobnostné mechanizmy. M. Palát (1970) v tejto súvislosti hovorí, že „rehabilitačný proces v svojom pôsobení zasahuje do celej oblasti fyziologických a psychologických faktorov“, pričom vyžaduje prihliadať na psychologický a sociálny charakter chorobou postihnutého človeka, na štruktúrálne a funkčnú charakteristiku ľudského organizmu, na jeho kompenzačné mechanizmy atď. Prítom netreba zabúdať, že najvyššiu formu regulačných mechanizmov ľudského organizmu predstavuje *psychická regulácia*, pričom psychologické mechanizmy zasahujú aj reguláciu činnosti orgánov, ako nás o tom presvedčajú zistenia akademika Bykova a jeho školy. Už táto úvaha je výzvou k psychologickému pohľadu na niektoré teoretické problémy rehabilitácie.

I keď teoretické otázky rehabilitácie sú predmetom rozborov, komplikovaná situácia jej globálnych teoretických výkladov spôsobuje, že tu dodnes prevláda empirický prístup, ktorý sa sústreďuje najmä na rozpracovávanie metód a spôsobov ich aplikácie a všima si hlavne vzťahy medzi rehabilitačnými prostriedkami a zlepšovaním sa funkčných porúch. Pri indikácii rehabilitácie sa potom opiera predovšetkým o teoretický výklad a symptomatológiu choroby, resp. poruchy, ktorá je predmetom rehabilitácie, pričom existuje nebezpečenstvo, že niektoré dôležité teoretické aspekty sa môžu zanedbať.

Keď hovoríme o príspevku psychológie k teórii rehabilitácie, treba si uvedomiť, že tu pôjde o parciálny pohľad na niektoré všeobecnejšie problémy rehabilitácie s dôrazom na rehabilitáciu ako liečebný a reštitučný proces. Pôjde iba o upozornenie na niektoré psychologické teórie, ktoré sa dotýkajú a riešia

teoretické problémy, významné z hľadiska rehabilitačného procesu. Je to najmä teória motivácie, aktivačná teória emócií a teória učenia, ktoré sa základných teoretických otázok rehabilitácie bezprostredne týkajú, hoci zo širšieho aspektu by sem spadali aj rad otázok teórie osobnosti alebo teórie malých skupín. V tomto smere sa v niektorých odboroch vyskytli aj pokusy pozeráť na podstatu rehabilitácie z aspektu dynamickej teórie osobnosti, a to vrátane psychoanalytického výkladu (napr. regresové typy činnosti s hlinou, blatom, pieskom a pod. v rámci psychiatrickej rehabilitácie), ide však o extrémne a v súčasnosti už zriedkavé výklady. Pôjde nám iba o všeobecné otázky mobilizácie pacientovej energie, udržiavania jeho aktivity, zameranosti na cieľ, optimalizácie podmienok jeho duševnej výkonnosti, znovuzískavanie žiadúcich návykov a pod.

Teória motivácie a aktivačná teória

V rehabilitácii nás nutne zaujíma aktivita človeka a jeho výkonnosť. *Teória motivácie* sa zaoberá otázkami vplyvu potrieb na aktivitu, otázkami akumulácie a rozdeľovania energie, pohnútkami a silami, ktoré vyvolávajú aktivitu a udržiujú jej zameranosť na určitý cieľ a pod. Študuje ľudské motívy, ktoré sa formovali z pôvodných biologických potrieb v procese práce, ktorá sa stala nielen nástrojom na uspokojovanie potrieb, ale aj osobitnou ľudskou potrebou. Z tohto hľadiska je potom veľmi významné, že jedným z cieľov rehabilitácie je obnovenie pracovnej spôsobilosti, ktorá je dôležitým prostriedkom seberealizácie, čo predstavuje ďalšiu ľudskú potrebu s vysokým motivačným nábojom. S touto skutočnosťou sa potom pochopiteľne dá počítať pri hľadaní vhodnej motivácie pacienta pre jeho aktívnu spoluprácu v procese rehabilitácie. Zároveň možno počítať so skutočnosťou, že tendencia k aktivite je typickou charakteristikou človeka, ktorý prejavuje hlavnú snahu sústrediť sa na žiaduci smer. Typičnosť tejto tendencie vyjadruje *zákon psychického dynamizmu*, podľa ktorého človek je pudený do aktivít, ktorých je schopný, a to a nakoľko, že ak ich robí, skusuje uspokojenie a ak sa mu v tom bráni, cíti sa nespokojný. Zdrojom nespokojnosti je pochopiteľne aj strata funkčnej schopnosti, ale pri jej obnovení možno uvedený zákon využívať.

Na všeobecnej úrovni závisí aktivita a výkonnosť človeka od celkového *stupňa aktivácie* organizmu, resp. od aktivácie mozgu. V tomto type aktivácie má významnú funkciu nešpecifický aktivačný systém mozgu. E. D. Chomská (1972) venuje pozornosť dvom druhom aktivácie spojených s činnosťou nešpecifického aktivačného systému, a to krátkodobým a dlhodobým procesom aktivácie, ktoré sa vzájomne dopĺňujú. Krátkodobé procesy považuje za súčasť systému orientačného reflexu, kým dlhodobé súvisia so zmenami funkcionálneho stavu a úrovňou bdelosti organizmu. V dôsledku aktivácie sa zvyšuje vzrušivosť mozgu, čo sa prejaví v EEG. „Energia dodávaná do nervových centier vonkajšou alebo vnútornou stimuláciou zvyšuje úroveň podráždenia v určitých ohniskách“ (Linhart, 1955, s. 200). Na aktiváciu pôsobia teda vonkajšie podnety (a to najmä na tzv. krátkodobý aktivačný proces), ale i vnútorné podnety a emócie (dlhodobá aktivácia). Na druhej strane opakovanie týchže podnetov vedie k poklesu úrovne aktivácie, o čom sa opäť možno presvedčiť pomocou EEG alebo kožnogalvanickej reakcie.

V rehabilitácii nás zaujímajú otázky aktivácie už preto, že zmeny aktivácie

vplývajú na celkovú výkonnosť jednotlivca. A keďže rehabilitačné aktivity majú prevažne charakter zložitejších koordinovaných činností, treba poznamenať, že najlepšiu úroveň zložitých koordinovaných činností dosahujeme pri strednej úrovni aktivácie. Vysoká úroveň aktivácie vedie k optimálnym výkonom len pri relatívne jednoduchých jednorazových úlohách. Tento vzťah je zákonitý a v psychológii je známy ako *Yerkes-Dodsonov zákon*.

Pri rehabilitácii si treba uvedomiť, že aj samotné pohybové úkony aktivujú mozgovú kôru cestou nižších mozgových centier. Navyše — ako sme videli — procesy dlhodobej aktivácie ovplyvňujú aj emócie. Ich prostredníctvom možno potom zvyšovať úroveň aktivácie a mobilizovať tým celkovú duševnú energiu pacienta. Treba však pamätať na to, že silné emócie môžu úroveň aktivácie aj nadmerne zvýšiť a tým pôsobiť rušivo na optimálny výkon pacienta.

Úzky vzťah emócií k aktivácii našiel vyjadrenie v osobitnej *aktivačnej teórii emócií*. Táto teória pripisuje kľúčové postavenie v genéze emócií retikulárnemu aktivačnému systému mozgu. Prevod aktivácie do vonkajších foriem aktív sa, pravda, uskutočňuje prostredníctvom mozgovej kôry a hypotalamu, z ktorého sa vysielajú do kôry impulzy. Tento výklad však nezahrňuje náplň emociálnych zážitkov, ich obsah, ktorý nie je u človeka pochopiteľne irrelevantný. Aj z tohto hľadiska nás potom zaujíma, ako pacient prežíva vlastnú chorobu alebo defekt, nakoľko sa dotýka jeho sebavedomia a jeho sebarealizačných snáh, ktoré sú veľmi významné z hľadiska jeho motivácie.

Tak v motivácii a emóciách, ako aj v celkovej regulácii činnosti plní dôležitú úlohu *reč*. V rehabilitácii je jedným z významných činiteľov psychologického pôsobenia a usmerňovania pacienta. Výzva, povzbudenie, pochvala, inštrukcia, ale aj autoinštrukcia sú niektoré príklady bežného používania tejto funkcie. Treba preto len dodať, že v psychológii sa reči pripisuje regulujúca funkcia v správaní (Vygotskij, Lurija a i.).

Teória učenia a adaptačná teória

Rehabilitáciu možno psychologicky charakterizovať aj ako proces získavania, resp. znovuzískavania návykov a spôsobilostí. Deje sa tak prostredníctvom učenia, jeho mechanizmov a zákonitostí, pričom učenie považujeme za ďalší regulatívny psychologický činiteľ.

Jednou z úloh rehabilitácie je reštitúcia chorobou poškodených funkcií alebo schopností. Snažíme sa ich znovu obnoviť, a to podľa možnosti na pôvodnú úroveň. Dôležitým činiteľom rozvoja funkcií, schopností a spôsobilostí je *učenie*. Bez učenia sa schopnosti nerozvinú; spôsobilosti nadobúdame učením, cvikom. Preto pri ich obnovovaní pôjde o znovuučenie, retraining, a to jednak nácvikom poškodených funkcií a schopností, jednak nácvikom tých funkcionálnych systémov, ktoré choroba relatívne nepoškodila. V sovietskej škole sa v tomto zmysle potom hovorí priamo o rehabilitačnom učení (vosstanoviteľnoe obučenie), napr. pri znovunadobúdaní reči u afatikov (Cvetková, 1968). Jeho cieľom je obnoviť stratenú funkciu pomocou vytvorenia nových funkcionálnych systémov na základe predtým existujúcich aferentných spojov, ktoré sa pôvodne zúčastňovali na formovaní zvukového vnímania reči. Nástrojom na znovuoobnovenie funkcie reči je učenie, a to až po formu programovaného učenia s postupným nácvikom jednotlivých operácií.

Teória učenia má v rehabilitácii nielen teoreticko-vysvetľujúci, ale aj veľký

praktický význam. Zákonitosti učenia sa dajú využiť v smere zdokonaľovania procesu učenia a cvičenia. Využívame faktory, ktoré učenie napomáhajú a uľahčujú, čo potom výrazne zvyšuje výsledný efekt rehabilitácie. V jej rámci sa uplatňujú aj prínosy teórie podmieňovania, vrátane zákonitostí posilňovania. Dôležité je aj rešpektovanie zákonitostí transféru, ktoré súvisia s prenosom v rehabilitácii navčičených úkonov do každodenného života [pozri Kondáš, Ličko, 1973].

Koncepcia odboru fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie Ministerstva zdravotníctva SSR vyzdvihuje dosah rehabilitácie aj v smere úpravy, zlepšenia alebo obnovenia funkčnej kapacity organizmu až po zvýšenie adaptability (prispôsobivosti) pacienta. Pre rehabilitáciu je táto úloha natoľko typická, že sa priamo spája s readaptáciou.

Interakcia organizmu a prostredia má mať charakter optimálnej adaptácie (Pavlova koncepcia o jednote organizmu a prostredia). *Adaptácia* je aktívny proces vyrovnávania sa organizmu s prostredím tak na biologickej, ako aj na psychologickej úrovni (v prispôbení na sociálne prostredie sa hovorí o *adjustácii*). Organizmus sa prispôsobuje podmienkam prostredia, ale človek si zároveň prispôsobuje aj vonkajšie podmienky a mení ich. Hovoríme potom o pasívnej a aktívnej adaptácii, hoci toto rozlíšenie je len pomocné. V jeho rámci sú v rehabilitácii viac prítomné zložky pasívnej adaptácie, ale z hľadiska jej cieľov treba o nej uvažovať aj ako o komplexnom procese readaptácie. V tomto zmysle sa potom môže hovoriť o *adaptačnej teórii rehabilitácie* (Kondáš, 1966), ktorá chápe rehabilitáciu ako dôležitý nástroj na privedenie adaptácie na premorbitnú úroveň, alebo jeden z prostriedkov na reorganizáciu adaptácie na novej úrovni. Pre tento účel pripravujeme niekedy pre rehabilitovaného pacienta až umelo kondicionované prostredie (napr. ochrannopracovné dielne), alebo modelujeme dôležité prvky prostredia (rehabilitačný panel pre nácvik každodenných úkonov).

Pojem adaptácie je pomerne široký, čím sa potom stáva súčasťou niektorých koncepcií motivácie i súčasťou širšieho, tzv. adaptačného poňatia učenia. Podľa adaptačného poňatia učením sa získavajú nové návyky a spôsobilosti v interakcii s prostredím, pričom učením sa organizmus do určitej miery mení. Získavajú sa ním reakcie, návyky, spôsobilosti i poznatky (kognície), ktoré môžu napomáhať optimálnu adaptáciu. Šírka tohto pojmu má svoje nevýhody, ale na druhej strane dovoľuje spájať tak biologické, fyziologické, ako aj psychologické aspekty pri vysvetľovaní a objasňovaní niektorých všeobecných otázok rehabilitácie, hoci nepredstavuje komplexne rozpracovanú teóriu rehabilitácie.

Záver

Komplexný charakter rehabilitácie sťažuje teoretický rozbor jej základných všeobecných problémov; čo spôsobuje, že prax sa potom viac opiera o empirický prístup. Parciálny pohľad na niektoré všeobecné problémy rehabilitácie ponúkajú z psychologických teórií teória motivácie, teória aktivácie a teória učenia, ktoré sa z tohto hľadiska v článku rozoberajú. Vplyv aktivácie a motivácie na celkovú výkonnosť pacienta sú pre rehabilitáciu rovnako zaujímavé, ako možnosť využitia týchto činiteľov pri vedení a usmerňovaní procesu rehabilitácie, kde sa uplatňuje aj regulatívna funkcia reči. Podobne sa uvažuje

o regulatívnom vplyve učenia. Z hľadiska teórie učenia sa uvažuje o chápaní rehabilitácie ako procesu tréningu, učenia, resp. retrainingu, a to buď poškodených funkcií alebo chorobou ušetrovaných funkčných systémov. Prakticky dosah využívania faktorov a zákonitostí učenia sa môže odraziť priamo v zvyšovaní výsledného efektu rehabilitácie. Záverom sa zvažuje, či adaptačná teória rehabilitácie nedovoľuje spájať biologické, fyziologické a psychologické poznatky a náhľady do akejsi jednotnej všeobecnej teórie rehabilitácie; takéto nároky sa však javia ešte predčasné. Preto hlavná úloha článku sa obmedzila na prinesenie niektorých námětov k všeobecným teoretickým problémom rehabilitácie, pravda len z parciálneho, psychologického hľadiska, ktoré sa však, vzhľadom na zástoj psychickej regulácie, javí v tejto súvislosti dôležité.

LITERATÚRA

1. *Cvetkova L. S.*: K teorii vosstanovitel'nogo obučenia. Zeszyty naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego, CCIV, 13, 1968, 81—90.
2. *Chomszkaja E. D.*: Mozg i aktivacija. Izdat. Moskv. Univ., Moskva 1972.
3. *Kondáš O.*: Teoretické otázky psychiatrickej rehabilitácie. Lek. Obzor XV, 1966, 297—303.
4. *Kondáš O., Ličko L. a kol.*: Psychológia pri ošetrovaní chorých. Osveta, Martin 1973.
5. *Linhart J.*: Psychologické problémy teorie učení. Nakl. ČSAV, Praha 1965.
6. *Palát M.*: Vztah rehabilitácie a súčasnej medicíny. Rehabilitácia, III, 1970, 71—78.

O. Кондаш : Слово психологии к теории реабилитации

Резюме

Комплексный характер реабилитации затрудняет теоретический анализ ее основных общих проблем, вследствие чего практика больше опирается на эмпирический подход. Среди психологических теорий частичный взгляд на некоторые общие проблемы реабилитации представляются в статье с этой точки зрения. Влияние активации и мотивации на общую трудоспособность больного для реабилитации так же интересны, как возможность использовать эти факторы при ведении и направленности процесса реабилитации, где применяется и регуляционная функция речи. Подобным образом обдумывают и регуляционное влияние обучения. С точки зрения теории обучения рассуждают и о понятии реабилитации как процесса тренировки, обучения или ретренировки так нарушенных функций, как и болезнью убереженных функциональных систем. Практическое значение использования факторов и закономерностей обучения может отразиться прямо на повышении конечного эффекта реабилитации. В заключении обдумывается, не позволяет ли адаптационная теория соединять биологические, физиологические и психологические познания и взгляды в какую-то единую общую теорию реабилитации; такие требования, однако, пока преждевременны. Поэтому главная задача стать ограничилась приносом некоторых предложений к общим теоретическим проблемам реабилитации, правда, лишь с частичной, психологической точки зрения, но важных ввиду значения психической регуляции.

O. Kondáš: The contribution of psychology to the theory of rehabilitation.

Summary

The complex character of rehabilitation renders the theoretic analysis of its basic general problems difficult.* Partial view on the general problems of rehabilitation offers from the psychological aspects the theory of motivation, the theory of activation and that of learning which are, from this point of view analysed in the presented paper. The influence of activation and motivation on the general efficiency of the patient are for the rehabilitation equally interesting as the possibility of application of these factors in the guidance and conduit of the rehabilitation process where the regulative function of speech is being assessed. Similarly is the regulative influence of learning being contemplated. From the point of view of the theory of learning, rehabilitation is being regarded as a process of training of learning, or retraining, i.e., of the damaged function, or functional systems spared by the disease. The practical ranges of utilization of factors and regularity of learning can be reflected directly by the increased effect of rehabilitation. In conclusion it is to be reasoned whether the theory of adaptation in rehabilitation would not permit it to combine the biological, physiological and psychological aspects and views into a uniform general theory of rehabilitation; such demands however are premature. Therefor is the main task of this paper restricted to the presentation of some suggestion of general theoretic problems of rehabilitation, and that only from the psychological aspect, which however in the light of psychical regulation, is in this connection, of importance.

* Practice, for this reason, is then more dependent on empiric approach.

O. Kondáš: Contribution de la psychologie à la théorie de réadaptation.

Résumé

Le caractère complexe de la réadaptation complique l'analyse théorique de ses problèmes principaux généraux. Ceci produit que dans la pratique, on s'appuie davantage sur l'entrée empirique. Parmi les théories psychologiques, celle de la motivation, de l'activation et la théorie d'enseignement, traitées de ce point de vue dans cet article, offrent une vue partielle sur différents problèmes généraux de la réadaptation. L'influence d'activation et de motivation sur l'activité totale du patient, intéressé de la même manière, la réadaptation que la possibilité d'exploitation de ces facteurs dans la conduite et l'orientation de la méthode de réadaptation où on applique aussi la régulation fonctionnelle de la parole. De même, on envisage, l'influence de la régulation de l'enseignement. Du point de vue de l'enseignement théorique, on envisage l'interprétation de la réadaptation comme processus d'entraînement, d'enseignement, le cas échéant de reentraînement, soit des fonctions endommagées ou des systèmes fonctionnels non atteints par la maladie. La portée pratique de l'exploitation des facteurs et conformités d'enseignement, peut se réfléchir directement dans l'intensification des résultats effectifs de réadaptation. En conclusion, on considère si la théorie de réadaptation de caractère adaptatif, ne permet pas de réunir les connaissances et opinions biologiques, physiologiques et psychologiques dans une certaine théorie de réadaptation unitaire générale, cependant, de telles exigences se manifestent comme encore prématurées. De ce fait, le rôle principal de l'article s'est borné à citer certains sujets relatifs aux problèmes théoriques généraux de réadaptation, il est vrai, simplement du point de vue partiel, psychologique qui, en raison de la position de régulation psychique, se manifeste cependant d'importance dans cet ordre d'idées.

*O. Kondáš: Der Beitrag der Psychologie zur Rehabilitationstheorie.***Zusammenfassung**

Der komplexe Charakter der Rehabilitation erschwert die theoretische Analyse ihrer allgemeinen Grundprobleme. Das hat zur Folge, daß sich die Praxis mehr auf empirische Methoden ausrichtet. Partielle Gesichtspunkte für die theoretische Behandlung einiger allgemeinen Probleme der Rehabilitation von der psychologischen Theorie her ergeben sich aus der Motivationstheorie, der Aktivierungstheorie und aus der Lerntheorie, die von dieser Sicht im Artikel untersucht werden. Der Einfluß der Aktivierung und Motivation auf die allgemeine Leistungsfähigkeit des Patienten sind für die Rehabilitation ebenso interessant wie die Möglichkeit der Nutzung dieser Faktoren bei der Leitung und Ausrichtung des Rehabilitationsprozesses, wo auch die Reglerfunktion der Sprache zur Geltung kommt. Ebenso wird der regelnde Einfluß des Lernens in Erwägung gezogen. Von der Sicht der Lerntheorie her wird die Auffassung der Rehabilitation als eines Trainings-, Lern-, bzw. Retrainingsprozesses entweder der geschädigten Funktionen oder der von der Krankheit verschonten Funktionssysteme erwogen. Praktisch kann die Auswirkung der Nutzung der Lernfaktoren und Lerngesetze direkt in der Steigerung des Endeffektes der Rehabilitation ihren Niederschlag finden. Abschließend wird geprüft, ob die adaptive Theorie der Rehabilitation es nicht erlaubt, die biologischen, physiologischen, und psychologischen Erkenntnisse und Anschauungen in eine Art einheitliche allgemeine Rehabilitationstheorie zusammenzufassen; ein derartiger Anspruch scheint jedoch noch verfrüht zu sein. Der Hauptzweck des Artikels beschränkt sich daher auf das Aufwerfen einiger Gedanken zu den allgemeinen theoretischen Problemen der Rehabilitation, natürlich nur vom partiellen psychologischen Gesichtspunkt, der jedoch in Anbetracht der Rolle der psychischen Regelung in diesem Zusammenhang als wichtig erscheint.

O. STORSTEIN:

SYMPOSIUM ON DIGITALIS

(Symposium o digitalisu.)

Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 1973, 428 stran, Kës 138,—.
ISBN 82-05-05898-9.

Ve dnech 22.—23. února 1973 konalo se v hlavním městě Norska v Oslo symposium, věnované otázkám digitalisu, jeho farmakologii a jeho farmakokinetice. Od dob objevení účinku digitalisu Witheringem uplynulo již 200 roků — za tuto dobu nebylo možné vysvětlit mechanismus působení tohoto významného kardiotonika při skvělých klinických efektech léčby digitalisem. Profesor Storstein z Interní kliniky universitní nemocnice v Oslo ve spolupráci s dr. Nitter-Haugem a dr. Liv Sitosteinovou připravili v nakladatelství Gyldendal Norsk Forlag sborník z tohoto Symposia, obsahující prakticky všechny přednášky a diskusní příspěvky k jednotlivým přednáškám. Sborník je bezesporu velmi významnou událostí, která přiblíží každému, kdo neměl možnost účasti na tomto Symposiu, všechny práce, věnované této problematice, včetně významných diskusních příspěvků, které vždy v rámci každého Symposia znamenají přínos. Kniha obsahuje příspěvky 25 autorů, kteří v jednotlivých sezeních se zabývali základními otázkami digitalisu. Storsteinova skupina v Oslo, která už 20 roků se zabývá metabolismem digitalisových glykosidů a v této oblasti je skupinou pionýrskou ve světě vůbec, byla iniciátorem tohoto vědeckého setkání. Že účast na tomto Symposiu byla výběrová, je dokumentována vysokou úrovní jednotlivých příspěvků, co značně přispělo také k náplni tohoto Symposia, které prezentuje formou Sborníků vlastně současný stav vědění o digitalisu.

Sborník je rozdělený na jednotlivé kapitoly, zabývající se dílčími otázkami problematiky digitalisu. Kapitola o metodologii téměř na 80 stranách se zabývá jednotlivými metodami určování digitalisu, jeho sledování v organismu a jeho přítomnost v některých systémech lidského organismu. Další kapitoly jsou zaměřené na speciální otázky, metabolismus, základní účinek digitoxinu a digoxinu u člověka, vlivu renální a hepatální funkce, otázky enterohepatické cirkulace, poměr mezi hladinou v myokardu a v seru, vliv kardiopulmonálního bypassu, intoxikace di-

gitalisem a hladina v seru, kapitola o terapeutických aspektech digitalisové intoxikace, kapitola o interakci digitalisu s ostatními léčivými, kapitola věnovaná ostatním faktorům, týkajících se biologického a terapeutického účinku digitalisu a kapitola o ostatních digitalisových glykosidech. V závěrečné kapitole Ole Storstein hovoří o současných vědomostech o farmakokinetice a farmakodynamice digitoxinu a Doherty o současných vědomostech o farmakokinetice a farmakodynamice digoxinu.

Pozoruhodné je, že jednotlivé příspěvky v jednotlivých kapitolách obsahují seznam další literatury, takže zájemce o tyto dílčí problémy se může dále velmi lehce orientovat. Cenné je, že jednotlivé diskusní příspěvky krátkou formou jsou uvedeny v rámci jednotlivých kapitol, takže rozšíří obzor toho, kdo se zajímá o tyto jednotlivé kapitoly.

Kniha je doplněna celou řadou tabulek, grafů a ilustrativních obrázků, které výrazněji text příspěvků a dokumentují výsledky sledování.

Gyldendal Norsk Forlag vydalo tento sborník v anglické řeči pravděpodobně z toho důvodu, aby výsledky jednání tohoto významného Symposia přiblížili široké světové odborné veřejnosti — skutečně tato kniha se řadí svým obsahem mezi přední publikace této oblasti, otázce digitalisu a glykosidům této řady se prakticky na všech kardiologicky laděných klinikách a odděleních věnuje zasloužená pozornost, protože digitalis představuje léčivo, vysoko účinné tam, kde je jako terapie indikované, velmi rozšířené v celé klinické kardiologii a velmi žádané pro svůj zřetelný efekt.

Prof. Storstein, který už 20 roků věnuje pozornost především metabolickým aspektům digitalisu, připravil skutečně dobrou knihu, knihu potřebnou, knihu informující a knihu podněcující.

Knihu podle sdělení nakladatelství možno dostat u Gyldendal Norsk Forlag, Universitetsgaten 16, Oslo 1, Norway, za Kës 138,—.

Dr. M. Palát, Bratislava

DRUHÝ TRÉNINKOVÝ TÁBOR NEMOCNÝCH S ISCHEMICKOU SRDEČNÍ CHOROUBOU

J. JESCHKE, M. KUČERA, J. SUCHAN, V. HOLEČEK

*Oddělení tělovýchovného lékařství KÚNZ — FN
v Plzni*

Přednosta: prim. MUDr. Jiří Jeschke

*Klinika chorob vnitřních Lékařské fakulty
University Karlovy v Plzni*

Přednosta: prof. MUDr. Josef Sova, DrSc.

Rehabilitační oddělení KÚNZ — FN v Plzni

Přednosta: prim. MUDr. Jaroslav Suchan

Oddělení klinické biochemie KÚNZ — FN v Plzni

Přednosta: prim. MUDr. Václav Holeček, CSc.

Úvod

Po dobrých zkušenostech z letního tréninkového tábora v roce 1972 [10] jsme se rozhodli uspořádat podobný tréninkový tábor (TT) i v roce 1973. Využili jsme kladných i záporných poznatků z prvního roku a stanovili program druhého TT s cílem zodpovědět 2 základní otázky:

a) zda bude mít opakovaný TT stejný příznivý vliv na tělesnou zdatnost nemocných jako tábor první a

b) jak se projeví náročnější modifikovaný intervalový trénink u skupiny fyzicky nejzdatnějších nemocných.

Konečně bylo zajímavé posoudit, zda se udržela lepší fyzická zdatnost, získaná na táboře 1972, soustavným rehabilitačním celoročním programem a individuálním tréninkem u těch, kteří tábor opakovali.

Metodika

21 nemocných po srdečním infarktu se zúčastnilo dvanáctidenního tábora se sportovní náplní ve stejném prostředí chatového střediska u přehrady. Všichni byli muži, průměrného věku 51,3 roku, nejmladší 30, nejstarší 60 let. Průměrná doba po infarktu byla 25,3 měsíců, nejkratší 6, nejdelší 56 měsíců. Z těch-

to osob bylo 11 na táboře podruhé. Na základě dlouhodobé systematické rehabilitační péče a ergometrického vyšetření byla před nástupem do tábora pro všechny nemocné stanovena tréninková tepová frekvence (TF) a limitující TF stejným způsobem jako v roce 1972 [10]. Také táborový režim, výběr sportů, průměrná doba denní zátěže a způsob sledování i měření oběhových i ventilačních parametrů, se nijak nelišil od předcházejícího roku. Dle tělesné zdatnosti byli nemocní rozděleni do 3 výkonnostních skupin. V první byli ti, kteří při stupňovaném ergometrickém testu na bicyklu bez obtíží a objektivního patologického nálezu tolerovali zátěž 150 W. Ve druhé a třetí skupině to bylo 100 W. Třetí se lišila od druhé tím, že v ní byli nemocní nad 55 let a rovněž ti, jejichž časový odstup od infarktu myokardu byl půl roku. Poslední 2 skupiny měly trénink vytrvalosti v podstatě kontinuálního typu (KT). První skupině jsme zařazovali pravidelně do dopoledního programu vytrvalostní trénink intervalového typu (IT) v běhu, nebo plavání, nebo na ergometru. TF byla

SCHEMA IT

Sport	počet úseků	délka úseků	trén. TF	výchozí TF před každým ús.	způsob sledování
Běh	7-10	100 m	60 %	80-90 min.	měření TK, TF telemetrie nepřímá kal. videorekorder
Plavání		25 m	max. aer. kap.		
Trenink na ergometru		1 min.			

měřena u osob této skupiny okamžitě po každém úseku rehabilitační pracovníci, sebekontrolou, nebo počítána z telemetrického ekg záznamu. U každého jedince byla jednou provedena nepřímá kalorimetrie ve třetím, šestém a devátém běžeckém úseku. Vzduch byl okamžitě analyzován na přístroji Spirolyt II. Vliv IT na oběhové ukazatele jsme sledovali přesným opakováním ergometrického testu po táboře. Srovnávali jsme výsledky jak celého souboru, tak zvlášť obou skupin s rozdílnou systematikou tréninku. U těch nemocných, kteří tábor opakovali, jsme porovnali ergometrické výsledky po táboře 1972 a před tábořem 1973. Z antropometrických ukazatelů jsme sledovali váhu a součet 10 kožních řas, měřených kaliperem dle Allena [1], před a po táboře 1973. Pozornost jsme věnovali též mnoha biochemickým parametrům, jejichž hodnocení by přesáhlo rámec tohoto sdělení. Proto ve výsledcích uvádíme jen ty, které v roce 1972 zaujaly signifikantním rozdílem.

Acidobazickou rovnováhu a pO_2 jsme vyšetřili před běžeckým IT a asi hodinu po něm, aby měli naši nemocní možnost plně kompenzovat změněné poměry v krvi.

Technické stanovení většiny biochemických ukazatelů bylo popsáno v naší minulé práci [10].

Videokordérem „SONY“ jsme natočili krátký instrukční televizní záznam o sportovní činnosti v táboře.

Výpočetní středisko LF UK v Plzni provedlo statistické zpracování výsledků na samočinném počítači typu ODRA 1013.

Výsledky a jejich hodnocení

Tab. č. 1 ukazuje oběhové hodnoty při submaximálních ergometrických zátěžích těchto účastníků, u nichž bylo možno provést srovnání po táboře 1972 a před tábořem 1973. V časovém období 11 měsíců došlo k statisticky vysoce významnému zhoršení diastolického TK na 50 W pokládáme spíše za důsledek opět po roce prováděného testingu, kde se podílela určitou měrou psychická složka [3]. Na vyšších zátěžích již nebylo v těchto dvou hodnotách signifikantní odchylky.

Z 8 osob 6 absolvovalo 150 W na úrovni blízké 75 % maximální aerobní kapacity bez obtíží. U jednoho nemocného nastal pokles svalové síly, a proto nebyl schopen po 11 měsících výkonu 150 W opakovat. U dalšího zůstala maximální pracovní tolerance, opět limitována svalovou únavou, 100 W.

Celkem tedy zůstal výkon u 7 osob týž, u jedné nastalo zhoršení. Ergometrický test nebyl ani jednou přerušen nebo ukončen pro klinický nebo elektrokardiografický nález, svědčící pro koronární nedostatečnost.

TAB. I. PRŮMĚR TF, TK_S a TK_D PO TÁBOŘE 72 A PŘED TÁBOŘEM 73

		TF	TK _S	TK _D
50 W n = 8	po	88,7 ± 13,2 p < 0,05	133,1 ± 9,2 p < 0,01	76,8 ± 10,9 p < 0,01
	před	96,1 ± 14,4	152,5 ± 11,4	89,4 ± 5,2
100 W n = 8	po	119,5 ± 14,6	155,6 ± 19,6	80,0 ± 5,9 p < 0,01
	před	121,8 ± 15,8	159,3 ± 19,1	93,7 ± 6,0
150 W n = 6	po	147,8 ± 21,3	174,2 ± 16,1	85,7 ± 11,3 p < 0,01
	před	147,3 ± 23,9	179,1 ± 26,8	101,6 ± 6,8

TAB. 2. PRŮMĚR TF, TK_S, a TK_D NA ERGOMETRU PŘED A PO TÁBOŘE 1973
Celý soubor (A), skupina IT (B), skupina VT (C)

ZÁTĚŽ	TF			TK _S			TK _D			
	A (n=19)	B (n=6)	C (n=13)	A	B	C	A	B	C	
50W	před	93,7 ± 13,1	92,8 ± 15,8	94,1 ± 11,0	194,4 ± 10,6	149,1 ± 10,5	149,6 ± 10,2	90,9 ± 5,5	88,3 ± 6,8	90,4 ± 4,3
	po	89,8 ± 11,8	89,3 ± 14,8	90,1 ± 9,5	151,3 ± 16,8	140,8 ± 11,6	156,1 ± 15,9	92,6 ± 9,3	88,3 ± 3,7	94,6 ± 10,0
100W	před	120,2 ± 14,0	116,5 ± 17,8	122,0 ± 10,7	170,7 ± 21,6	156,6 ± 14,9	177,3 ± 20,3	96,3 ± 8,1	92,5 ± 6,9	98,0 ± 7,7
	po	113,8 ± 14,6	112,0 ± 18,3	114,8 ± 11,5	172,6 ± 22,5	161,6 ± 18,6	177,6 ± 21,5	96,0 ± 10,6	92,5 ± 6,9	97,6 ± 11,2
150W	před	(n=11) 143,0 ± 19,4	147,0 ± 18,2	(n=5) 136,0 ± 18,3	182,9 ± 25,9	179,1 ± 22,8	182,0 ± 26,3	101,6 ± 6,8	100,8 ± 6,7	101,0 ± 5,8
	po	137,9 ± 20,2	141,8 ± 21,6	133,2 ± 14,8	182,2 ± 19,1	181,6 ± 13,7	194,0 ± 20,5	98,6 ± 10,9	97,5 ± 5,5	100,0 ± 14,1

Tab. č. 2 srovnává základní oběhové ukazatele při ergometrii před táborem 1973 a po něm. Diferencuje celý soubor od skupin s KT a IT. V tepové frekvenci je jasná tendence ke zlepšení hodnot po táboře, které nabývá významnosti na 1 % hladině na 100 W u celého souboru. Zátěž 150 W dobře tolerovalo jen 11 z 19 osob před i po táboře. U 6 starších limitovala vyšší výkon svalová síla, u 2 výskyt koronární insuficience. Tréninkový režim tyto faktory neovlivnil. Podstatně nižší TF na 150 W u skupiny KT proti skupině IT byla způsobena u jednoho nemocného vegetativní tachykardií ve skupině s IT a jednou extrémní bradykardií ve skupině KT. V malém počtu 6 a 5 osob se tato skutečnost již uplatnila.

Sportovní činnost nijak neovlivnila ani váhu, ani podkožní tukovou vrstvu. Průměrná váha před táborem byla 78,2 kg, po táboře 78 kg. Celkový součet měření 10 kožních řas byl 109,6 mm a 108,6 mm, což odpovídá 20,6 % tuku u mužské populace 50—80 letých (13).

Tab. č. 3 uvádí průměrné, minimální i maximální hodnoty TF při běžeckém a plaveckém IT. Průměry docílených tepových frekvencí se mnoho neliší od určených, většinou jsou pod touto hodnotou. Nemocný č. 3 přerušil jeden den IT pro výskyt monotopních komorových extrasystol v počtu 4 za 20 vteřin (čas na 100 m úseku) a skončil osmý den s IT pro větší bolesti dolních končetin. Nemocní č. 5 a 6 zkrátily pobyt na táboře z pracovních důvodů. Kromě výše uvedené arytmie, jsme ani jednou nepozorovali známky koronární nedostatečnosti u našich účastníků. Docílené časy na sto metrových běžeckých úsecích se pohybovaly kolem 25 vteřin, na 25 m plaveckých úsecích mezi 30 a 40 vteřinami.

TAB. 3. PRŮMĚRNÁ TF PŘI BĚŽECKÉM A PLAVECKÉM IT.

Číslo nem.	Určená tren. TF/min	n. úseků	Docílená TF - běh				n. úseků	Docílená TF - plavání			
			\bar{X}	S	MIN.	MAX.		\bar{X}	S	MIN.	MAX.
1	125	75	120,6	$\pm 7,8$	92	136	10	119,4	$\pm 9,4$	102	132
2	120	74	115,8	$\pm 8,8$	88	134	10	118,8	$\pm 2,0$	114	120
3	118	49	110,4	$\pm 9,2$	88	130	10	107,8	$\pm 6,9$	90	114
4	125	69	128,8	$\pm 11,8$	100	154	10	122,4	$\pm 3,9$	120	132
5	130	49	123,4	$\pm 9,4$	100	140	10	109,0	$\pm 3,0$	102	112
6	120	39	123,1	$\pm 7,3$	108	136	10				
7	120	55	118,9	$\pm 7,4$	104	140	10	117,0	$\pm 5,7$	108	126
8	130	66	137,5	$\pm 6,2$	120	150	10	135,0	$\pm 5,8$	128	146

TAB. 4. PRŮMĚRNÉ VENTILAČNÍ HODNOTY PŘI BĚŽECKÉM IT.

Měření 3. 6 a 9. úsek.

Počet osob 8.

\dot{V} / BTPS / l	$\dot{V}O_2$ / STPD / ml	R	$\dot{V}EO_2$ (ml)
$44,08 \pm 21,7$	$1322,2 \pm 532,9$	$0,97 \pm 0,05$	$30,75 \pm 3,1$
$36,92 \pm 17,3$	$1240,1 \pm 527,1$	$0,95 \pm 0,06$	$34,51 \pm 3,6$
$38,75 \pm 16,2$	$1285,0 \pm 470,3$	$0,94 \pm 0,05$	$33,90 \pm 3,4$
1 - 2	} $p < 0,05$		
1 - 3			

Tab. č. 4. dává přehled ventilačních parametrů při běžeckém IT. Ventilace na prvním měřeném úseku, zřejmě emocionálně ovlivněná, je vyšší než na úseku druhém a třetím. Rozdíl je na hranicích významnosti. IT byl dle spotřeby O₂ na úrovni fyzické práce střední intenzity, R nikdy nepřesáhl 1,0 a VE O₂ nikdy neklesl pod fyziologickou hodnotu.

Tab. č. 5 znázorňuje stálost biochemických hodnot před a po táboře 1973.

V acidobazické rovnováze, pO₂ a saturaci krve O₂ jsme zaznamenali ještě hodinu po IT mírný, na 5 % hladině významný pokles BE a s tím související i pokles standardních bikarbonátů, při nepatrných nevýznamných změnách jiných hodnot. Tato lehká metabolická acidóza však neohrožovala nemocné.

Diskuse a závěry

V diskusích k výsledkům TT 1972 se často objevovala otázka, zda si jeho účastníci udrželi lepší fyzickou výkonnost. Proto jsme srovnali výsledky po táboře 1972 s výsledky před táborem 1973 na submaximálních zátěžích při bicyklové ergometrii. Naše skupina si udržela dobrou fyzickou zdatnost, získanou na prvním táboře, především při práci střední a těžké intenzity (100 a 150 W) v TF a systolickém TK. Významné zhoršení nastalo v diastolickém TK na všech zátěžových stupních. Hypotensiva bral trvale jen 1 nemocný od

TAB. 5 PRŮMĚRY BIOCHEM. HODNOT PŘED A PO TÁBOŘE 1973
(n = 20)

CHOLESTEROL mg / 100 ml	CELKOVÁ BÍLKOVINA g %	GOT u / l	GPT u / l
220 ± 49	7,2 ± 0,4	7,8 ± 2,9	12,9 ± 4,8
234 ± 45	7,2 ± 0,5	7,2 ± 3,9	12,4 ± 7,7

ABR a pO₂ před a po IT
(n = 5)

pH	PCO ₂ torr	BE mE/l	Buffer base mE / l	stand. HCO ₃ mE/l	akt. HCO ₃ mE/l	PO ₂ torr	saturace O ₂ %
7,36 ± 0,02	37,4 ± 2,4	3,5 ± 1,1	45,4 ± 0,8	21,7 ± 0,5	21,3 ± 0,5	71,8 ± 5,2	93,8 ± 1,2
7,36 ± 0,00	33,0 ± 3,8	5,4 ± 1,3 p < 0,05	43,5 ± 1,8	19,9 ± 0,9 p < 0,01	18,4 ± 1,8	70,6 ± 4,9	93,7 ± 1,0

roku 1971 a nešlo tedy o zhoršení následkem vysazení léčby. Tábor roku 1972 byl určitým mezníkem v kvalitě i kvantitě tělesného tréninku (16) u nemocných s ischemickou srdeční chorobou (ISCH). Zvětšil se počet hodin v tělocvičně i v bazénu, zkvalitnil se individuální trénink mimo rámec rehabilitační péče. Jak výsledky ukazují, udrželi si po celý rok na velmi dobré úrovni 2 ze 3 základních oběhových parametrů. Je to proto důležité, že právě srdeční frekvence a intraventrikulární tlak, v praxi součin TF a TK_s, dává obraz o „vnitřní“ srdeční práci, jedné ze 3 determinant, určující spotřebu kyslíku v myokardu (7). Nižší pracovní hodnoty při konstantním srdečním objemu a neporušené kontraktilitě srdečního svalu, jsou z hlediska nároků myokardu na kyslík samozřejmě výhodné.

Náš soubor si během doby mezi tábory udržel („staří“ nemocní) nebo získal („noví“ nemocní) dobrou trénovanost. To bylo asi důvodem, proč trénink na druhém táboře nezlepšil výrazně jejich kardiovaskulární zdatnost. I když TF při laboratorním pracovním testu jevila výrazné tendence ke zlepšení po táboře, byla signifikantní změna jen na 100 W úrovni. Tedy v oblasti práce střední intenzity, na úrovni, kolem které se pohybovala tréninková TF většiny účastníků po dobu 3 hodin denně. Můžeme tedy mluvit o „specifické“, výhodné adaptaci TF na danou intenzitu tělesné zátěže? Snad si tento jev zaslouží větší pozornosti v dalším sledování.

Nové názory na fyziologické základy vytrvalostního tréninku shrnul ve své práci Seliger (14). I když se týká jen problematiky vrcholového sportu, myslíme, že řada obecných poznatků je platná i pro trénink kardiaků. I u nich se snažíme získat co nejvyšší funkční úroveň kardiopulmonálního systému a oxidativních procesů ve svalové tkáni. Proto trénink vytrvalosti je hlavní obsahovou formou pohybové aktivity v rehabilitační fázi II. a III. u nemocných s ISCH (6, 7, 12). Jsou 2 základní principy tréninku vytrvalosti. Kontinuální, nepřerušovaný trénink submaximální intenzitou, vedoucí k využití vysokého procenta maximální spotřeby kyslíku a trénink intervalový, který rozvíjí jak anaerobní kapacitu, tak maximální aerobní výkon. V dostupné literatuře jsme nenašli mnoho údajů o IT nemocných s ISCH. Doporučuje jej na ergometru Smodlaka (15) a poukazuje na výhodu přesnějšího určení zátěže a lepší kontroly než při KT. Dobrý efekt viděl již po 4 týdnech. Také Gottheiner (5) jej zařazuje do dlouhodobého rehabilitačního programu. Zajímavý je názor Kavanagha a Shepharda (11), kteří jej pokládají za užitečný u nemocných se zátěžovou AP (pro lepší sledování? — pozn. autora). Používají ½ až 1 minutu trvající běžecké úseky s 1—1 ½ min. přestávkami. Více než po roční periodě zaznamenali podstatný přírůstek v aerobní kapacitě. Změny v ST úseku však zůstaly vázány na stále stejnou TF, ale se vzrůstem kardiorespirační zdatnosti se objevovaly na vyšších zátěžích. Jiná skupina nemocných, která přešla z KT na IT, nevykázala po roce takové zlepšení, jako ta, která trénink neměnila. U nás použil tohoto typu tréninku nemocných s ISCH Horák (8). Jeho zkušenosti jsme využili i při běžeckém KT našich nemocných. Námí použitý způsob IT byl náročný počtem opakovaných úseků (7—10), i celkovou sumou práce takto vykonané během 12 dnů. Ta se podstatně podílela na vyšším stupni únavy těchto nemocných, proti ostatním účastníkům. Zatímco běh vyvolával větší lokální únavu svalů dolních končetin, trénink na ergometru a ve vodě byl dobře individuálně snášen. Při plavání a běhu je velmi nesnadný odhad tempa, nutného k docílení tréninkové TF. Proto se stávalo, že řada hod-

not, hlavně v běhu, se i přibližovala TF limitující. IT probíhal v malém prostoru, kontrola nemocných zdravotnickým personálem byla snažší, než při chůzi nebo běhu v terénu. Bezpečnost sledovaných je větší, jsou-li pod telemetrickou kontrolou. Přerušování tréninku jedné osoby pro arytmiu to dokumentuje. K plaveckému tréninku se stavíme kladně, hlavně z toho důvodu, že zapojuje do práce velké svalové skupiny, a tak je tréninkové působení na kardiovaskulární systém značný. Důležité je u těchto nemocných zachování správného rytmu dýchání. Také únava dolních končetin a kloubní obtíže u silnějších nemocných jsou při plavání minimální. Naše poznatky plně souhlasí s názory Hüllemanna a spol. (9).

Při sledování působení TT na hladinu sérového cholesterolu jsme v roce 1973 nenašli žádnou signifikantní změnu v hodnotách před a po táboře. Výchozí hladina však byla před druhým táborem mnohem nižší, než před prvním (220 ± 49 , $254,7 \pm 47,4$). Mnozí nemocní, kteří užívali dlouhodobě lipolytika, neměnili v průběhu roku 1972 a 1973 terapii. U zdravých jedinců je mnoha autorů dokazován vliv tréninku na pokles hladiny cholesterolu v soulase s poklesem tělesné váhy vůbec (4). Rozporné nálezy jsou zřejmě proto, že jsou srovnávány různé intenzity i délky tréninkových programů, i soubory s rozdílnou tělesnou připraveností (2).

Druhý TT nemocných po srdečním infarktu byl svým způsobem výběrový. Byli do něj pozváni jen ti, kteří bez obtíží absolvovali stupňovanou ergometrickou zátěž alespoň 100 W. K tomuto závěru jsme došli po zkušenostech z tábora prvního. Je možno souhlasit s Halhuberem, že nemocní s tolerancí nižší zátěže (do 50 W bez obtíží) jsou, byť třeba přechodně, vhodní pro „cvičení“, nikoliv pro „trénink“ (6).

Hlavní význam TT vidíme v tom, že dají individuální, bezpečný návod způsobu a intenzity tělesného tréninku v přirozených podmínkách a ověří laboratorní „cirkulační profil“ v praxi. Pro nemocné s ISCH je nejvhodnější vytrvalostní trénink kontinuálního typu. Intervalový typ, přizpůsobený tělesné zdatnosti kardiaka, má jen výhodu v snažší kontrolovatelnosti a je méně náročný na tréninkový prostor v přírodě.

Opět jsme si ověřili velký význam kolektivního kamarádství na psychiku nemocných.

Souhrn

V roce 1973 byl uspořádán druhý letní tréninkový tábor pro nemocné po srdečním infarktu s pestrou celodenní sportovní činností. Bylo konstatováno, že v období mezi prvním a druhým táborem (11 měsíců), došlo u těch nemocných, kteří tábor opakovali, k zhoršení v pracovních hodnotách diastolického TK, zatímco TF a systolický TK se udržel na stejné úrovni.

Fyzicky nejzdatnější trénovali v roce 1973 na táboře část dne modifikovaným intervalovým způsobem, u ostatních převažoval kontinuální typ tréninku vytrvalosti. Srovnání výsledků při submaximálních zátěžích na bicyklovém ergometru před a po táboře ukázalo jen signifikantní pokles TF na úrovni 100 W u celého souboru.

Intervalový přizpůsobený trénink má výhodu v lepší kontrole nemocných, je náročnější na pohybový systém (běh) a vede k větší celkové únavě. V ovlivně-

ní základních cirkulačních parametrů nebylo mezi oběma způsoby žádného rozdílu.

Druhý tábor nezredukoval tělesnou váhu, aktivní tělesná hmota zůstala též stejná. Ani biochemické parametry se neměnily. Stalost všech výsledků přičítáme tomu, že rehabilitační program a individuální trénink v průběhu roku udržuje nemocné na dobrém stupni tělesné trénovanosti.

Na táboře nebylo zaznamenáno ani jedno přerušení tréninku pro výskyt koronární nedostatečnosti, jednou byla činnost přerušena pro arytmií. Tábor měl opět výborný vliv na psychickou stránku zúčastněných.

LITERATURA

- Allen, T. H., Peng, M. T., Chen, K. B., Huang, T. F., Chang, C., Fang, H. S.: Metabolism 1956, 5:346. In: Pařížková.
- Doležal, J.: The Effect of Two Types of Physical Strain During Summer and Winter on Cholesterolemia in Young People. In: Biochemistry of Exercise. S. Karger, Basel (Switzerland) New York, 1969, 148—151.
- Ford, A. B., Hellerstein, H. K.: Estimation of Energy Expenditure from Pulmonary Ventilation. In: Halhuber, M. J., Milz, H. P.: Praktische Präventiv-Kardiologie. Urban u. Schwarzenberg. München—Berlin—Wien 1972, str. 73.
- Fröberg, S. O.: Metabolism of Lipids in Blood and Tissues during Exercise. In: Biochemistry of Exercise. S. Karger, Basel (Switzerland) New York, 1969, 100—113.
- Gottheiner, V.: Long-Range Strenuous Sports Training for Cardiac Reconditioning and Rehabilitation. Am. J. Cardiol. 22, 1968, 3:426—435.
- Halhuber, M. J., Milz, H. P.: Praktische Präventiv-Kardiologie. Urban u. Schwarzenberg. München—Berlin—Wien 1972.
- Herzinfarkt, Verhütung, Rehabilitation, Böhringer Mannheim 1973.
- Horák J., Rathová E.: Naše zkušenosti s objektivním určovaním intenzity pohybového zatížení při rehabilitaci po infarktu myokardu. Předneseno na „Po-
děbradských lékařských dnech“, 1974.
- Hüllemann, K. D., Greulich, B., Köhler, C., List, M., Hüllemann, B.: Telemetrische Untersuchung an Herzpatienten beim Schwimmen. Basic Res. Cardiol. 68, 1973, 2:136—151.
- Jeschke J., Kučera, M., Suchan, J., Holeček, V.: Táborové soustředění nemocných s ischemickou srdeční chorobou. Rehabilitácia 6, 1973. 135—146.
- Kavanagh, T., Shephard, R. J.: Interval Versus Continuous Training of Post-coronary Patients. Abstracts of the Twentieth Annual Meeting of the American College of Sports Medicine. Medicine Sci. Sports 5, 1973, 1.
- Piša, Z., Hurých, J.: Zásady komplexní péče o osoby postižené akutním infarktem myokardu. Skupina programu kontroly srdečních chorob při MZ ČSR 1973.
- Pařížková, J.: Složení těla a lipidový metabolismus za různého pohybového režimu. Avicenum, Zdravotnické nakladatelství, Praha, 1973.
- Seliger, V., Příbylová, A.: Fyziologické problémy vytrvalosti. Teor. Praxe těl. vých. 21, 1973, 4:217—223.
- Smodlaka, V.: Interval training in Heart Disease. J. Sports. Med. 3, 1963: 93—100.
- Suchan, J., Kučera, M., Šuchmanová, V., Jeschke, J., Joachimsthaler, J.: Některé nové prvky v pohybové léčbě u nemocných po infarktu myokardu, Rehabilitácia 6, 1973: 221—227.

И. Ешко, М. Кучера, Й. Сухан, В. Голечек: Второй учебный лагерь больных ишемической болезнью сердца

Резюме

В 1973 году был устроен второй учебный летний лагерь для больных после инфаркта сердца с пестрой круглодневной спортивной деятельностью. Констатировалось, что в период между первым и вторым лагерем (11 месяцев) произошло у больных, которые побывали в лагере повторно, ухудшение рабочих значений диастолического давления крови, в то время как ТП и систолическое давление крови оставались на том же уровне.

Физически наиболее выносливые больные упражнялись в 1973 году в лагере часть дня модифицированным способом в промежутках, у остальных преобладал непрерывный способ тренировки. Сравнение результатов при субмаксимальных нагрузках на велосипедном эргометре перед и после пребывания в лагере показало лишь достоверное падение на уровне 100 у всей группы.

Приспособленная тренировка с промежутками обладает преимуществом в лучшем контроле больных, она требовательнее на двигательную систему (бег) и ведет к большому общему утомлению. Что касается влияния на основные параметры кровообращения, не наблюдалось между обоими способами существенного различия.

Второе пребывание в лагере не редуцировало веса тела, активная телесная масса также осталась одинаковой. Не изменились даже биохимические параметры. Постоянство всех результатов мы приписываем тому, что программа реабилитации и индивидуальная тренировка в течение года удерживает больных на хорошей ступени физической тренированности.

В лагере не было отмечено ни одного случая прекращения тренировки из-за наличия коронарной недостаточности, в одном случае была деятельность прекращена из-за аритмии. Лагерь оказал опять прекрасное влияние на психическую сторону участников.

*J. Jeschke, M. Kučera, J. Suchan, V. Holeček:
2nd training camp for patients with ischaemic heart disease.*

Summary

In 1973 the 2nd Training Camp for patients with ischaemic heart disease was organized which comprised a rich variety of all day sportive activity. It was observed that during the period between the first and the second training camp (11 months) that patients who repeated their stay in the training camp, showed a deterioration of working values of diastolic blood pressure while pulse rate and systolic pressure remained on the same level. Physically most efficient was the training in 1973 part of the day in a modified intermittent way, in others was the continual endurance training prevailing. Comparison of results in submaximal loads on the bicycle ergometer before and after the stay at the camp showed only a significant decrease of pulse rate on the level of 160 W in the whole group.

The adapted interval training has the advantage of a better control of the patients, is more demanding on the motor system (runs) and leads to greater general fatigue. In the influence of the basic circulatory parameters there was no difference between both kinds of training.

The second camp did not reduce body weight, active body mass remained the same. Nor were the biochemical parameters changed. The constancy of all results can be ascribed to the fact that the rehabilitation programme and the individual training in the course of the year is maintaining the favourable grade of physical trainability of the patient.

No interruption of training at the camp for coronary insufficiency was registered, only once was activity discontinued for arrhythmia. The stay at the camp had an excellent influence on the psychical condition of all participants.

*J. Jeschke, M. Kučera, J. Suchan, V. Holeček:
Second camp d'entraînement des malades atteints de la ma-
ladie ischémique du coeur.*

R é s u m é

En 1973, un second camp d'entraînement en plein air fut organisé pour les malades après une crise d'infarctus du myocarde avec une journée entière d'activité sportive variée. On a constaté que, dans la période écoulée entre l'organisation du premier et du second camp (11 mois), une empiration s'est manifestée dans les valeurs de travail du TK diastolique, tandis que le TF et le TK systolique se sont maintenus au même niveau chez les malades ayant redoublé le séjour au camp.

Ceux physiquement plus vigoureux ont fait en 1973 un entraînement au camp pendant une partie de la journée par procédé modifiant à intervalles, chez les autres on a appliqué, en particulier, le type d'entraînement d'endurance continu. La comparaison des résultats dans le maximum d'efforts physiques effectués sur une bicyclette ergométrique, avant et après le séjour au camp, a démontré une diminution significative du TF au niveau de 100 W chez tout l'ensemble.

L'entraînement adapté à intervalles, présente un avantage dans un meilleur contrôle des malades, il pose plus d'exigence au système du mouvement (course) et conduit à une fatigue générale plus importante. Aucune différence entre les deux procédés n'a été constatés dans l'influence des paramètres circulatoires fondamentaux.

Le second camp n'a pas réduit le poids physique, la matière active physique est également restée inchangée, ainsi que les paramètres biochimiques. La constance de tous les résultats résulte du fait que le programme de réadaptation ainsi que l'entraînement individuel au cours de l'année, maintient les malades à un bon niveau d'entraînement physique.

Aucune rupture d'entraînement n'a été enregistrée au camp pour faute d'insuffisance coronaire, une seule rupture d'activité pour cause d'arythmie. De nouveau, le camp a eu une influence favorable sur l'état psychique des assistants.

*J. Jeschke, M. Kučera, J. Suchan, V. Holeček:
Das zweite Trainingslager für Patienten mit ischämischen
Herzkrankungen.*

Z u s a m m e n f a s s u n g

Im Jahre 1973 wurde das zweite Sommer-Trainingslager für Patienten nach Herzinfarkt mit vielfältiger ganztätiger Sporttätigkeit veranstaltet. Es wurde festgestellt, daß in der Zeit zwischen dem ersten und dem zweiten Lager (11 Monate) bei den Patienten, die erneut ins Lager kamen, eine Verschlechterung in den Arbeitswerten des diastolischen Blutdrucks eintrat, während die physische Leistung und der systolische Blutdruck unverändert blieben.

Die in physischer Hinsicht Tüchtigsten trainierten 1973 im Lager einen Teil des Tages über nach einer modifizierten Intervall-Trainingsweise, bei den übrigen überwog der kontinuierliche Typ des Ausdauertrainings. Der Vergleich der Resultate bei submaximalen Belastungen auf dem Fahrradergometer vor und nach dem Lageraufenthalt erbrachte nur eine signifikante Senkung der physischen Leistung im Ausmaß von 100 W bei der gesamten Gruppe. (Testgruppe.)

Das modifizierte Intervall-Training hat den Vorzug, daß es eine bessere Kontrolle der Patienten ermöglicht, an das Lokomotionssystem größere Ansprüche stellt (Laufen) und zu einer größeren Gesamtermüdung führt. Was die Beeinflussung der grundlegenden Zirkulationsparameter anbelangt, war zwischen beiden Methoden kein Unterschied zu verzeichnen.

Durch den Aufenthalt im zweiten Lager wurde das Körpergewicht nicht verringert, auch die aktive Körpermasse blieb unverändert. Die biochemischen Parameter änderten sich ebenfalls nicht. Wir schreiben die Beständigkeit der Resultate dem Umstand zu, daß das Rehabilitationsprogramm sowie das individuelle Training im Laufe des ganzen Jahres die Patienten auf einer guten Stufe der physischen Trainiertheit erhalten.

Während des Aufenthaltes der Patienten im Lager wurde keine einzige Unterbrechung des Trainings infolge von koronarer Insuffizienz verzeichnet, einmal wurde die Tätigkeit infolge von Arrhythmie unterbrochen. Der Lageraufenthalt hatte auch diesmal ausgezeichneten Einfluß auf den psychischen Zustand der Teilnehmer.

LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA U TEPENNÝCH UZÁVĚRŮ DOLNÍCH KONČETIN

J. HROMÁDKOVÁ, A. BURKERTOVÁ

IV. interní klinika, KÚNZ FNÍ.

Přednosta: prof. MUDr. Mojmír Fučík

Nejčastější příčinou uzávěrů tepen dolních končetin je ateroskleróza — sklerotické postižení tepenné stěny. Jde většinou o nemocné starší čtyřiceti let. Desetkrát častěji onemocní muži, silní kuřáci. Další příčinou uzávěrů tepen dolních končetin, a to mladších jedinců, často již před dvacátým rokem je Buergerova-Winiwarterova nemoc. Jde o zvláštní druh zánětu.

Rozlišit obě onemocnění má význam pro lékaře, pro léčení medikamentózní. Léčebná tělesná výchova je však obdobná.

Podle příznaků rozeznáváme čtyři stadia:

I. stadium — jde o tepenné zúžení nebo uzávěry, které jsou dobře kompenzovány. Nemocný přichází k lékaři nejčastěji proto, že u něho vznikají bolesti ve svalstvu dolních končetin, a to po delší a velmi namáhavé chůzi.

II. stadium — označujeme také jako stadium intermitentních klaudikací (přerušované kulhání). Jde o zúžení nebo uzávěr tepny, kdy se po zatížení (chůzi) objeví křečovitě bolesti ve svalstvu dolních končetin. Po jejich vzniku se nemocný musí zastavit a ve chvíli kdy bolest povolí, může pokračovat v chůzi.

III. stadium — je uzávěr tepen, kdy již v klidu má nemocný svalové bolesti. V tomto stadiu se objevují trofické změny kůže, která je bledá.

IV. stadium — na prstech nohou, plosce či patě vznikají trofické defekty, tkáň může nekrotizovat a vytváří se sněť.

Postižena může být jen jedna dolní končetina nebo obě. V tomto případě nebývá postižení obou dolních končetin stejné.

Nestačí však znát jen stadium nemoci, musí být také určeno místo uzávěru tepny na dolních končetinách. Podle místa rozeznáváme tři typy uzávěrů:

1. stehenní
2. pánevní
3. periferní

Typ stehenní — uzavřena je arteria femoralis, která přivádí krev do lýt-

kových tepen a tak zásobuje lýtkové svalstvo. Při chůzi se dostávají bolesti ve stehnu a lýtku. Jejich častost a intenzita se řídí stadiem nemoci.

Typ pánevní — uzavřena je aorta abdominalis nebo jedna či obě arteria ilica. Tyto tepny zásobují pánevní orgány, hýžďové a stehenní svalstvo. Nemocný má bolesti v oblasti pánve, hýždí, stehna i lýtka.

Typ periferní — uzávěry jsou u lýtkových tepen nebo u drobnějších tepének, které zásobují prsty nohou. Příznakem je bolest v oblasti kloubů nártních, nebo plosky nohy. Někdy je pouze únavnost nohou.

V průběhu léčebné tělesné výchovy si musíme všimnout několika příznaků, které nás informují o stavu prokrvení tkáně a podle kterých můžeme také řídit dávku zátěže.

Je to údaj nemocného o bolesti, barva kůže postižené končetiny a rovněž teplota kůže.

Další specializovaná vyšetření, jako je oscilografie a arteriografie, provádějí odborná cévní oddělení.

Vlastní léčebnou tělesnou výchovu běžně provádíme u prvních dvou stadií. U třetího a čtvrtého stadia vyžaduje léčebná tělesná výchova velmi pečlivé určení individuálního cvičení odborníkem — angiologem a rehabilitační instruktorkou, aby cvičení nezhoršovalo stav zásobení končetiny krví. Nebude se většinou týkat postižených částí nohou.

Tato léčebná tělesná výchova se skládá ze dvou částí. V první části jde o kondiční cvičení. Je to sestava cviků, které se opakují 5—8x, což trvá asi 20 minut.

Začínáme cvičením v lehu vzadu, přes klek přecházíme do lehu vpředu. Další cvičení je ve vzporu klečmo a končíme ve stoji.

Na toto kondiční cvičení navazuje intenzivní trénink (cvičení posilovací). K tomuto tréninku musíme jednak znát místo uzávěry tepny, jednak si prověřit zdatnost nemocného testovací zkouškou. Před i po testovací zkoušce měříme puls. Rytmus testu stanovíme podle metronomu — 40x za minutu.

Při uzávěru na arteria femoralis dáme nemocnému vystupovat na špičky, buď oboustranně (obrázek č. 1 a 2) nebo jednostranně (obrázek č. 3 a 4).

Obr. č. 1



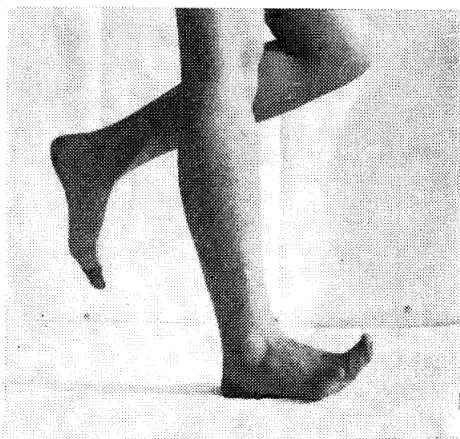
Obr. č. 2



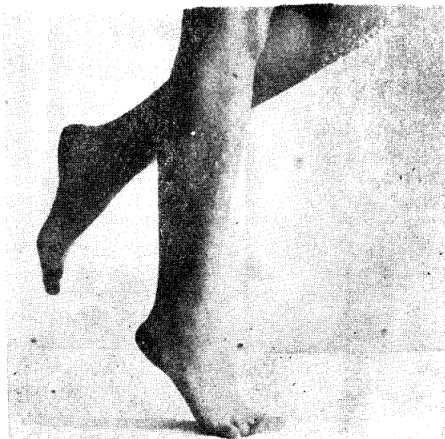
Při uzavěru na arteria illica nebo aorta abdominalis provádí nemocný dřepy na obou dolních končetinách (obrázek č. 5) nebo jedné dolní končetině (obrázek č. 6).

Při periferních uzavěrech nemocný napíná a přitahuje špičky nohou v lehu na zádech (obrázek č. 7 a 8).

Během testu počítáme výkony a v okamžiku, kdy se nemocnému objeví typické klaudikační bolesti buď v jedné nebo v obou dolních končetinách, test přerušíme. Pro intenzivní trénink vezmeme z napočítaného množství $\frac{2}{3}$ výkonů. Na příklad, po třiceti výstupech na špičky, nemocného začne bolet v lýtku. $\frac{2}{3}$ ze třiceti jsou dvacet.

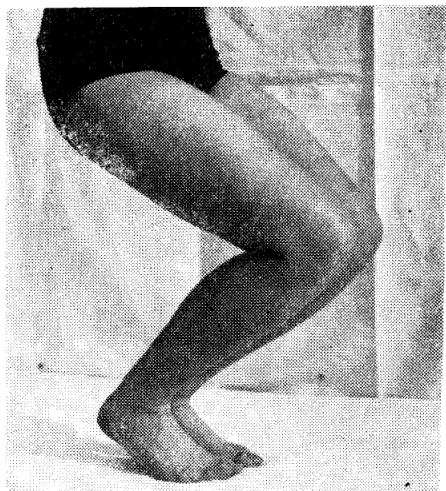


Obr. č. 3

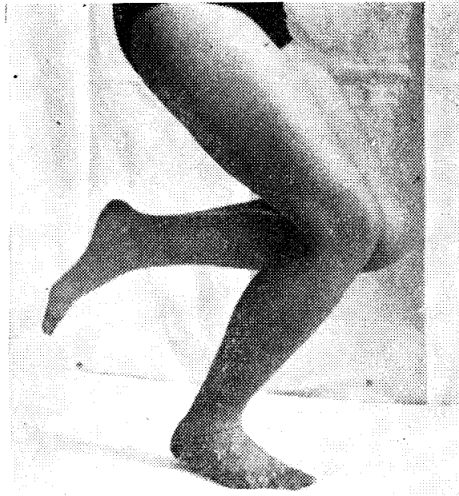


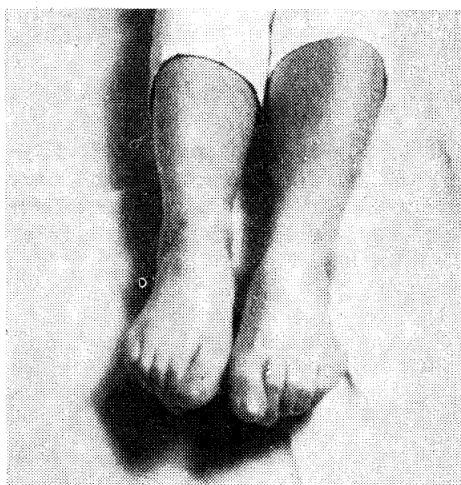
Obr. č. 4

Obr. č. 5



Obr. č. 6

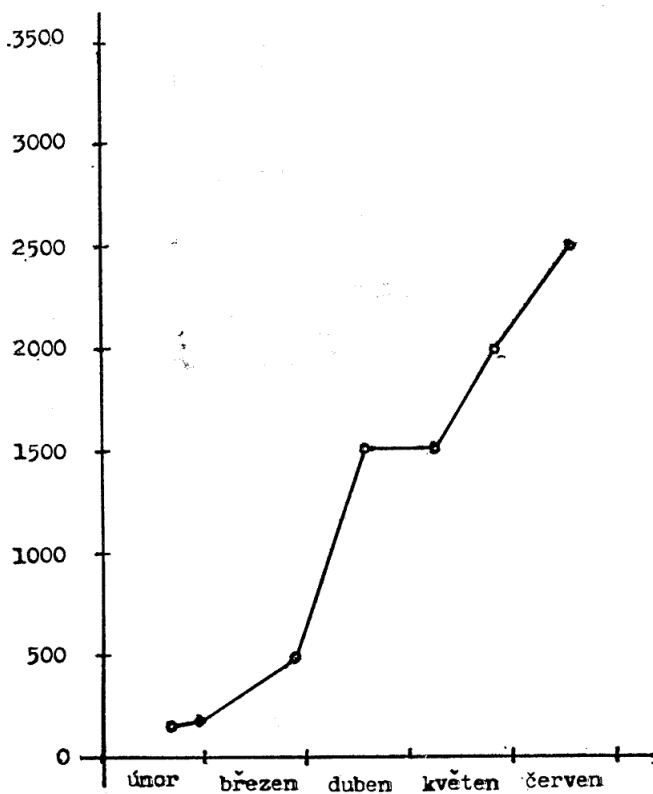




Obr. č. 7



Obr. č. 8



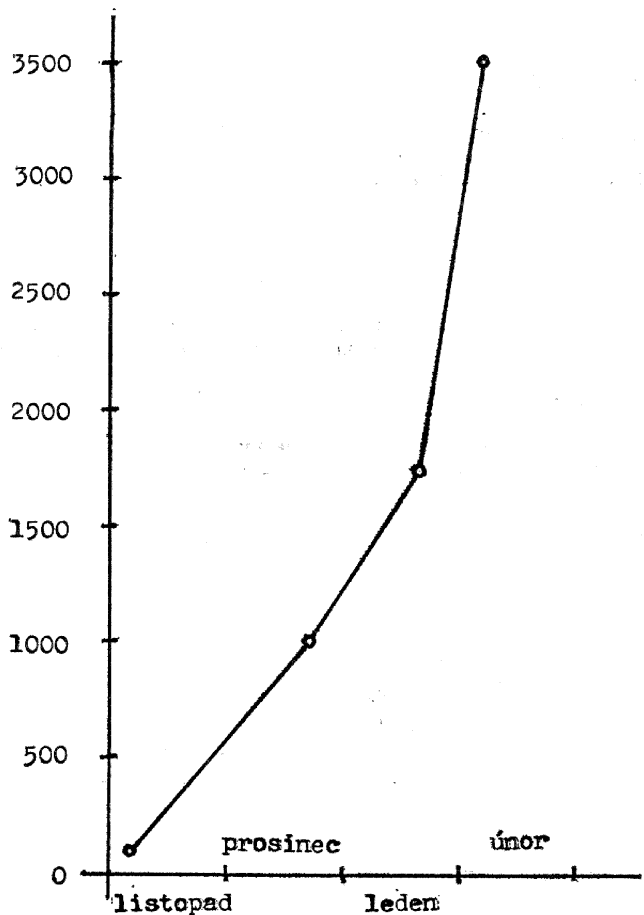
Graf č. 1

Nemocný bude tedy při tréninku vystupovat jednu minutu na špičky v rytmu 20x za minutu. Pak zůstane 1—2 minuty sedět s nataženými dolními končetinami, načež cvičení opakuje. Celý trénink trvá 10 minut. Nemocný jej musí provádět 2—3x denně.

Testovací zkoušku opakujeme pravidelně po 14 dnech. Mimo této zkoušky testujeme chůzi. Máme změřenu určitou trasu. Po této trase nemocný musí jít v tempu podle metronomu (120 kroků za minutu). Měříme také čas chůze. V okamžiku, kdy se objeví typické obtíže nemocného, test končíme. Změříme délku, kterou nemocný ušel bez obtíží. Test opakujeme 1x za měsíc.

Výsledky testu u dvou nemocných ukazuje graf č. 1 (nemocný J. H.) a graf č. 2 (nemocný J. B.).

Některé komplikace mohou být kontraindikací k provádění intenzivního tréninku. Jsou to horečnaté stavy, akutní záněty, které mohou postihnout nemocnou končetinu, progredující gangrény, trofické defekty, které narušují klouby a stavy komplikované osteomyelitidou.



Graf č. 2

Na závěr zdůrazňujeme: účelem cvičení je posilování svalstva dolních končetin pod uzávěrem a tvorba bočního oběhu, který nahradí uzávěr krevního řečiště. Posilování svalstva se projeví jeho zbytněním. Dalším úkolem cvičení je udržet nedostatečně prokrvené svalstvo v přiměřené kondici a předejít svalové atrofii. Neméně důležitým úkolem je také prevence kontraktur, zvláště u nemocných ve třetím a čtvrtém stádiu nemoci.

Souhrn

Jedná se o metodický postup při pohybové léčbě a o ukázkou zátěžových testů. Výsledky zátěžového testu u dvou nemocných ukazují graf č. 1 a č. 2.

Cílem této pohybové léčby je napomoci vytvoření bočního oběhu a tím zlepšení prokrvení dolních končetin ve spojitosti se zlepšením tělesné výkonnosti nemocného.

LITERATURA

1. *Lukl, P.*: Vnitřní lékařství, Praha 1971, str. 502—503.
2. *Schmidtke, I., Schröder, I.*: Krankengymnastik, No. 22, Jahrgang, Heft 7/1970, Seite 212—217.

Й. Громáдкова, А. Буркертова: Лечебная физкультура при запирательных артериях нижних конечностей

Резюме

Речь идет о методике при лечении движением и об образце тестов загрузки. Результаты тестов загрузки у двух больных показаны на графике № 1 и 2.

Целью этого лечения движением является способствовать созданию побочного кровообращения и тем самым улучшить пропитание кровью нижних конечностей в связи с улучшением физической способности больного.

J. Hromádková, A. Burkertová: Exercise therapy in arterial occlusion of the lower extremities.

Summary

Methodic approach in exercise therapy and samples of working tests are being discussed. The results of the exercise test in two patients are demonstrated in graph 1 and 2.

This exercise therapy is to support the formation of lateral circulation and thus the improvement of circulation in the lower extremities and general improvement of the patient's physical efficiency.

J. Hromádková, A. Burkertová: La culture physique médicale des obturations artérielles dans les extrémités inférieures.

Résumé

Il s'agit de procédé méthodique employé dans la kinésithérapie et de présentation de tests d'intensité. Les résultats de ceux-ci sont, chez deux patients, représentés sur les graphiques no 1 et 2.

Le but de cette kinésithérapie consiste à aider la formation d'une circulation latérale et améliorer ainsi la congestion des extrémités inférieures, en vue d'une amélioration de l'activité physique du malade.

J. Hromádková, A. Burkertová: Heilgymnastik bei Arterienverstopfungen der unteren Gliedmaßen.

Zusammenfassung

Es handelt sich um die Beschreibung der methodischen Vorgangsweise bei der Bewegungstherapie sowie um eine Probe von Belastungstest. Die Ergebnisse der Belastungstests bei zwei Patienten sind in den Diagrammen Nr. 1 und Nr. 2 dargestellt.

Zweck dieser Bewegungstherapie ist die Förderung der Herausbildung eines seitlichen Umlaufs und damit die verbesserte Durchblutung der unteren Gliedmaßen im Rahmen der Besserung der körperlichen Leistungsfähigkeit des Patienten.

R. F. SCHMIDT:

SINNESPHYSIOLOGIE PROGRAMMIERT

(Fyziologie smyslů — programovaná.)

Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1973, 306 stran,
110 obrázků, příloha, cena DM 28,—. ISBN 3-540-06330-7.

Na základě zkušeností posledních roků věnuje se velká pozornost tak zvanému programovanému vyučování. Cílem tohoto typu výuky je, aby student pokud možno jednoduchým způsobem při využití minimální kapacity zvládl maximální rozsah vědomostí. Mnoho metod dokumentuje celý vývoj tohoto pedagogického směru.

Springerovo nakladatelství v Berlíně-Heidelbergu a New Yorku vydává v roku 1973 jako doplněk podobné učebnice „Neurofyziologie — programovaná“ z roku 1971 učebnici nového typu, určenou studentům medicíny, psychologům, biologům, chemikům, farmaceutům a studentům tělesné výchovy a sportu, která spočívá na principech programované výuky. Sleduje dva cíle — podat nejen znalosti, které student uvedeného typu studia potřebuje, ale především definovat, jakým způsobem student tyto znalosti může získat.

Kniha je rozdělena do 7 kapitol. První věnuje pozornost všeobecné fyziologii smyslů, druhá somatoviscerální senzibilitě. V dalších kapitolách postupně jsou rozebrané otázky zrakového, sluchového, chufového a čichového analyzátoru, jedna kapitola je věnovaná fyziologii rovnováhy. 7 kapitol představuje vlastně 25 lekcí, ze kterých každá je věnovaná určitému okruhu otázek dílčího problému. Kniha je doplněná věcným rejstříkem. Na samostatné příloze je uvedeno celkem 110 obrázků, většinou dvojbarevných, které ilustrují látku jednotlivých lekcí a jednotlivých kapitol. Na jednotlivých kapitolách pracovali autoři H. Altner, J. Dudel, O. J. Grösser, R. Klinke pod vedením R. F. Schmidta, všichni profesori fyziologie na jednotlivých německých univerzitách.

Studium fyziologie smyslů předpokládá studium neurofyziologie, proto tato učeb-

nice navazuje stejnou formou na podobnou základní učebnici neurofyziologie. Základní princip stavby této vysokoškolské učebnice je lineární programování. Celý systém byl vyzkoušený na skupině 80 kielských vysokoškoláků, posluchačů medicíny a psychologie, a jak hlavní autor učebnice prof. Schmidt zdůrazňuje, je nutné další vyzkoušení na široké praxi. Je rovněž uvedený návod k použití této knihy.

Úlohou recenze není odborně zhodnotit knihu tohoto typu — úlohou recenzenta je poukázat na současné možnosti odezdání informací v rámci pedagogického procesu. Springerovo nakladatelství tím, že vydalo vlastně dvě programované učebnice z oblasti fyziologie nervového systému a fyziologie smyslů, pokusilo se o zavedení do praxe nového způsobu výuky. Mnohé vysoké školy přistoupily aspoň v dílčích otázkách k programované výuce, někde s velkým úspěchem, někde s rozpaky. Trend vývoje pedagogiky ukazuje, že této problematice bude potřebné věnovat velkou pozornost, možno, že pozornost základního významu — s narůstajícím počtem informací objevuje se problém jednak selekce nutných informací a jednak kvanta těchto nutných informací. Metoda programovaného vyučování se pokouší najít cestu, která je nutná pro každého, kde chce informace získat, a to jakým způsobem je nutno informace získat.

Jsmě rádi, že můžeme na tomto místě upozornit na tuto učebnici moderního typu a moderního pojetí, zpracovanou metodou programovaného vyučování. Je to pokus, a zdá se nám, že je to dobrý pokus, pokus snažící se najít v současném toku množství informací dobrou cestu pro jejich účelné osvojení.

Dr. M. Palát, Bratislava

PROFESOR

**MUDr. EMIL HURAJ, DrSc., Dr.h.c.,
PÄTDESIAŤROČNÝ**

16. novembra tohto roku sa dožil päťdesiatich rokov profesor MUDr. Emil Huraj, DrSc., Dr.h.c., nositeľ Radu práce, rektor Univerzity Komenského a vedúci Katedry rekonštrukčnej chirurgie Lekárskej fakulty.

Načrtnúť profil takej mnohostrannej, výraznej a významnej osobnosti presahuje možnosti jedného komentára, preto sa pokúsime vytrhnúť aspoň niekoľko pohľadov z hľadiska rehabilitačnej starostlivosti a mladého medicínskeho odboru fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, ktorý predstavuje pre túto starostlivosť ideovú, teoretickú a vedeckú bázu.

Profesor Huraj začal a rozvinul svoje pôsobenie ako ortopéd, teda v rámci medicínskej disciplíny, ktorej ústredným problémom sú pohybové ústroje, ich funkcia, ale aj pohyb, pohybová a teda aj pracovná činnosť človeka, a to vo všetkých fázach ontogenézy, čiže aj z hľadiska prípravy jedinca na spoločenské a pracovné zaradenie. Disciplíny, ktorá sleduje technický pokrok a využíva jeho výtvarnosť na umožnenie pohybu a pracovnej činnosti postihnutého a hľadá možnosti úpravy prostredia a pracovných podmienok podľa typu jeho postihnutia. Týmto svojimi črtami je ortopédia veľmi intímne spätá s problematikou spoločenskej a pracovnej rehabilitácie i rehabilitácie, preto je prirodze-



né, že už zakladatelia a priekopníci ortopédie ako Jedlička a Chlumský rozvíjali popri užšej medicínskej problematiky aj širšiu problematiku sociálne-ekonomického dosahu ľudí s postihnutím na pohybových ústrojoch.

V plnej miere a na novej, modernej úrovni koncipuje túto problematiku a zameriava na ňu prácu Ortopedickej kliniky jej prednosta, akademik Červeňanský, ktorý už na začiatku svojho pôsobenia nahrádza mechanické ponímanie pohybovej liečby funkčným ponímaním, začleňuje kineziterapiu do komplexnej liečebnej starostlivosti, zdôrazňuje potrebu jej ordinácie a dôzovania na podklade kineziologického rozboru a potrebu využívať na rehabilitáciu aj prostriedky fyzikálnej medicíny a balneológie. Svoje zásady a koncepcie prenáša do zariadení Štát-

nych kúpeľov, do Sociálnych ústavov pre telesne postihnutú mládež a pri prepuknutí prvých veľkých epidémií poliomyelitídy u nás ujíma sa zabezpečovania rehabilitácie pacientov aj v tejto oblasti.

Do tejto schémy problémov a do tohto plodného semenišťa nových myšlienok a snáh po optimálnej ich realizácii dostáva sa mladý lekár doktor Huraj, ktorý na Ortopedickú kliniku nastupuje ako jej asistent v roku 1950 hneď po skončení vysokoškolského štúdia na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave.

Odborne na svoju činnosť veľmi dobre pripravený, ideologický vzdelaný, politicky aktívny, pribojný, angažovaný i rozhľadný a rozhodnutý venovať všetky svoje sily hľadaniu a presadzovaniu nového, sociálstického štýlu kuratívnej, pedagogickej a vedecko-výskumnej práce — rýchle sa oboznamuje s problematikou a zameraním odboru a poznáva význam a spoločenskú dôležitosť rozvinutia rehabilitačnej starostlivosti.

Správne usudzuje, že na jej zabezpečenie treba v prvom rade vyškoliť dostatočný počet kvalifikovaných odborných stredných zdravotníckych pracovníkov. Preto koncipuje osnovu a vedie prvé kurzy, ktoré usporiadalo Povereníctvo zdravotníctva pre rehabilitačných pracovníkov a píše pre ich frekventantov skriptá z ortopédie a z traumatológie. Kurzy sa osvedčili a stali sa bázou pre terajšiu rehabilitačnú vetvu na stredných zdravotníckych školách.

Intímny vzťah k rehabilitačnej problematike si doktor Huraj zachováva aj neskôr, keď sa ujal riešenia radu ďalších problematik, keď získal v odbore ortopédie špecializáciu, docentúru a profesúru a vedecké hodnosti kandidáta, potom doktora vied. Nezabúda na ňu ani vtedy, keď získal vysoké akademické hodnosti dekana Lekárskej fakulty a prorektora, potom rektora Univerzity Komenského v Bratislave a keď preberá z rúk prezidenta republiky Rad práce.

Zastáva početné významné funkcie. Je hlavným odborníkom MZ SSR pre ortopédiu, členom Vedeckej rady MZ SSR, predsedom Slovenskej ortopedickej spoločnosti, podpredsedom Federálneho výboru Československej ortopedickej spoločnosti J. E. Purkyně, ktorá ho menovala svojím čestným členom. Ďalej je členom významných odborných a vedeckých ustanovizní, ako sú Komisia pre vedu Výboru pre štátne ceny Klementa Gottwalda, Slovenský výbor pre vysoké školy, Prezídium Slovenskej komisie pre vedecké hodnosti, celoštátna Komisia pre obhajoby kandidátskych dizertačných prác, redakčná rada Acta chirurgiae, orthopaediae at traumatologiae Českoslovaca.

Jeho odborná činnosť a činnosť na poli vysokého školstva je uznávaná aj za hranicami, o čom svedčí rad vyznamenaní a medailí univerzít Lomonosovovej, Leningradskej, Univerzity v Tbilisi a Jerevane, Univerzity Tarasa Ševčenku v Kyjeve, Jagelonskej univerzity v Krakove, Univerzity Martina Luthera v Halle-Wittenbergu, ktorá ho vyznamenala titulom doktora honoris causa a iných.

Za prácu v politickej oblasti dostáva Pamätnú medailu zaslúžilého člena strany, Pamätnú medailu k 25. výročiu Víťazného februára od ÚV KSČ, Pamätnú medailu vlády ČSSR z príležitosti 25. výročia SNP a rad ďalších.

Profesor Huraj je nositeľom Zlatého znaku mesta Perugia a členom Societé Internationale de Chirurgie Orthopedique et Traumatologie.

Bohatá je aj jeho odborná publikačná činnosť. Je autorom dvoch samostatných monografií, osemdesiatich vedeckých a popularizačných prác, početných prednášok, recenzií a vysokoškolských skript.

Vážený súdruh profesor, milý Emil, dovoľ nám, aby sme Ti pri príležitosti Tvojich päťdesiatin v mene odborných lekárov pre fyziatriu, balneológiu a liečebnú rehabilitáciu, v mene všetkých rehabilitačných pracovníkov ako aj v mene čitateľov a redaktorov

časopisu Rehabilitácia vyslovili úprimné želanie pevného zdravia, osobného šťastia a veľa síl a energie pre Tvoju ďalšiu plodnú činnosť.

Sme presvedčení, že všemožne podporíš aj v budúcnosti naše úsilie zabezpečiť podmienky pre rehabilitačnú starostlivosť a umožniš aj naďalej

prehlbovať vzájomné úzke vzťahy medzi ortopédiou a odborom, ktorý nedávno zrodený, tak úzko súvisí s Tvojou odbornou činnosťou.

Ad multos annos!

MUDr. V. Lánik
za redakčnú radu
časopisu Rehabilitácia

SPECHT, K. G., HEIER, D.: Rehabilitation, 13, 8—14, 1974.

Massnahmen und Erfolge der Rehabilitation Behinderter aus der Sicht empirischer Forschung (Teil 1).

Rozsah a úspech rehabilitácie postihnutých z výsledkov empirického prieskumu. I. časť.

Jedným z hlavných cieľov sociálnej politiky je rehabilitácia postihnutých. Na prvom mieste sú motívy etickohumánne, ktorých cieľom je postihnutú osobu začleniť do spoločenskej aktivity s maximálnym zachovaním zvyšného pracovného potenciálu. Rehabilitačný program teda obsahuje tak sociálne ako aj ekonomické komponenty.

Splnenie rehabilitačných úloh prostredníctvom sociálnej politiky vyžaduje vysoké sociálne investície. Ich uvoľnenie závisí od stupňa významnosti v politických kruhoch rehabilitácii priznávaných. K narastaniu významu rehabilitácie značne prispievajú výsledky dosiahnuté vo výskume.

Tak ako každá politická činnosť aj rehabilitácia postihnutých závisí od dostatočného množstva potrebných pomôcok,

rátajúc do toho aj zdôvodnenie na vykonávanie rehabilitácie.

Cieľom výskumných pracovísk je nájsť odpoveď na tri základné faktory rehabilitácie: zdôvodnenie, kontrolovanie a zlepšenie stavu. Dôsledné plnenie týchto troch základných funkcií ovplyvní stupeň politickej mienky na významnosť rehabilitačného procesu.

Uplatnenie rehabilitačných prostriedkov v rehabilitačnom programe telesne postihnutých je odôvodnené nielen z hľadiska efektívnosti na poli sociálneho uplatnenia, ale tiež, a to ešte vo väčšej miere, od možnosti stať sa ekonomicky nezávislým.

Všeobecný úspech individuálneho rehabilitačného programu sa len vtedy dosiahne, ak sa tento konzekventne uskutočňuje.

Dr. E. Kubánová, Bratislava

KOLEKTÍV AUTOROV:
VEDA A ĽUDSTVO 1973

Vydal: Obzor, Bratislava, 1973, str. 240, Kčs 15,—.

V Malej modernej encyklopédii vychádza v roku 1973 zásluhou vydavateľstva Obzor v Bratislave veľmi zaujímavá publikácia — Medzinárodná ročenka Veda a Ľudstvo 1973.

V tejto ročenke sú zoradené jednotlivé príspevky z pera vynikajúcich sovietskych a iných autorov, ktoré sú venované problematike vedy, jej rozvoju, jej objavom a jej výsledkom. Jednotlivé kapitoly hovoria o stratégii vedy a technickom pokroku [Millionsčikov], o prognostike [Gvišiani, Lisičkin], o fyzike 20. storočia [Weisskopf], o výpočtovej technike a problémoch automatizácie riadenia [Gluškov], o energii, ich potrebách a zdrojoch

[Gibrat], o človeku a prírode [Michajľov], o probléme vody [Colas], o pulzaroch [Šklovskij], o väzbách kozmonauta so zemou [Sevastjanov], o troch systémoch meteorologických družíc [Bugajev], o modelovaní pamäti [Brajnes], o perspektívach gerontológie [Čebotarev], o poslaní vedca [Alexandrov].

Kniha je napísaná pre širokú verejnosť a prináša veľmi zaujímavé poznatky z rôznych oblastí vedy a techniky. Knihu odporúčame pre jej zaujímavosť a veľké množstvo informácií, práve tak ako pre jej zameranie na aktuálne problémy súčasnej vedy a techniky.

Dr. M. Palát, Bratislava

JIROUT J., LEWIT K., KVÍČALA V., BRET J.:

NEURORÁDIOLOGIE PATEŘE A PATEŘNÍHO KANÁLU

Vydalo Avicenum, zdravotnícké nakladatelství, Praha.

Mnohé röntgenové pracoviská ešte i dnes pri röntgenovom vyšetrení chrbtice berú do úvahy len aspekt morfológický a tak vyšetrujú chrbticu len jednoduchými snímkami metodikou zavedenou zo začiatku nášho storočia.

Zvýšené nároky kladené predovšetkým neurológmi na radiologickú diagnostiku chrbtice, ale i po zavedení a rozšírení manuálnej reflexnej liečby, priniesli i v tejto oblasti diagnostiky množstvo nových poznatkov.

Monografia obsahuje tri tematické časti. V prvej časti venujú autori veľkú pozornosť röntgenovej natívnej diagnostike chrbtice. Na základe vlastných poznatkov vypracovali zásady funkčnej röntgenovej diagnostiky chrbtice, röntgenovú techniku vyšetrenia chrbtice a hodnotenie snímok.

Druhá časť je venovaná vyšetreniam v chrbticovom kanáli. Témou tejto kapitoly nie je diagnostika chorobných zmien chrbticového kanála, ale oboznámenie s výsledkami a metodikou novších kontrastných metód, ktoré v súčasnej dobe majú veľký význam pri riešení otázok kontrastnej diagnostiky chrbticového kanála. K týmto kontrastným vyšetreniam patrí: Peridurografia, Spinálna angiografia, Spinálna flebografia, Pneumoperimyelografia.

V tretej časti nás autori oboznamujú s metódou izotopovej myelografie, ktorá síce sama o sebe nepodá objasnenie príčiny miechovej poruchy, je doposiaľ iba podpornou metódou, nemôžeme ju však zatlačať do pozadia a po jej prepracovaní a zdokonalení sa stane určite metódou budúcnosti.

Dr. R. Papierníková, Bratislava

K DESAŤROČNICI VÝCVIKOVÉHO STREDISKA V BRATISLAVE

A. PUČEK

*Výcvikové stredisko pre občanov so zmenenou
pracovnou schopnosťou v Bratislave
Vedúci lekár MUDr. Andrej Puček*

Rehabilitácia zaznamenala v poslednom desaťročí značný rozvoj. Modernizácia výroby, zavádzanie nových, pokrokových metód práce, novej technológie, znižujú podiel namáhavej fyzickej práce, čím sa vytvárajú ďalšie možnosti aj pre začlenenie telesne postihnutých občanov do pracovného procesu. Tradičné riešenie životného problému občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou priznávaním dôchodkov je riešenie neuspokojivé, z hľadiska celospoločenského neekonomické a z hľadiska postihnutého nedostatočné. Jediným skutočným riešením, a to predovšetkým v socialistickej spoločnosti, je maximálne využívanie komplexnej rehabilitácie, ako postupu, ktorý umožňuje postihnutému realizáciu všetkého toho, čo je samozrejme pre zdravého jedinca.

Náš socialistický štát ako nositeľ najpokrokovejších ideí zakotvil v Ústave a zákonoch právo na prácu a vzdelanie pre každého občana, podľa jeho schopností a so zreteľom na potreby národného hospodárstva. Zvýšená starostlivosť sa venuje občanom so zmenenou pracovnou schopnosťou tým, že sa vytvárajú konkrétne podmienky na vykonávanie komplexnej rehabilitácie, vrátane rehabilitácie pracovnej zvlášť pre veľmi ťažko postihnutých a budujú sa výcvikové strediská. Jedno z nich je Výcvikové stredisko pre občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou v Bratislave, ktoré v tomto roku oslavuje 10 rokov svojej činnosti.

Výcvikové stredisko pre občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou poskytuje telesne postihnutým jedincom možnosť prípravy na povolanie, pokiaľ povaha a rozsah poškodenia ich zdravia vyžaduje osobitnú starostlivosť. Účastníkom prípravy umožňuje získať potrebné teoretické vedomosti a praktickú zručnosť v rôznych učebných odboroch. Príprava sa poskytuje formou internátnej a ambulantnou, je bezplatná, vykonáva sa v úzkej spolupráci s národnými výbormi, odbormi sociálnej starostlivosti, závodmi a internátnymi školami. Cieľom prípravy je vytvoriť pre jej účastníkov predpoklady, aby po jej absolvovaní mohli úspešne vykonávať vhodné, kvalifikované zamestnanie.

Výcvikové stredisko je riadené Národným výborom hl. mesta Slovenska Bratislavy. Poskytuje účastníkom prípravy odborné vzdelanie v rozsahu určenom učebnými plánmi a osnovami, vytvára pre účastníkov podmienky pre všestranný rozvoj ich osobnosti, vedie ich k socialistickému vzťahu k práci a k súdružskej spolupráci, poskytuje im liečebnú starostlivosť, liečebnú rehabilitáciu a psychologickú starostlivosť, dbá o mimopracovnú výchovu a poskytuje možnosti celkového fyzického a psychického rozvoja metodickou pomocou pri využívaní voľného času.

Výcvikové stredisko prijíma občanov, ktorým posudková komisia sociálneho zabezpečenia priznala charakter zmenenej pracovnej schopnosti na základe zdravotného poškodenia, a to vo veku od 18 do 45 rokov. Má kapacitu 250 miest, z toho cca $\frac{1}{4}$ pre ženy a dievčatá.

Základným predpokladom sú dostačujúce rozumové schopnosti, umožňujúce absolvovanie prípravy na povolanie.

Záujemca o prijatie do Výcvikového strediska podáva žiadosť na odbore sociálneho zabezpečenia okresného národného výboru, príslušného podľa bydliska. Výcvikové stredisko odporúčaných uchádzačov povoláva do strediska, kde sa overujú skupinou odborníkov — poradenským teamom základné predpoklady uchádzača o prípravu. Vykonáva sa potrebné lekárske, psychologické vyšetrenie, preverí sa úroveň vedomostí, zručnosť a prípadné pracovné návyky z predchádzajúceho povolania a navrhne sa vhodný učebný odbor. Pritom sa berie zreteľ ako na predpoklady uchádzača a jeho želanie, tak aj na možnosti ďalšieho uplatnenia po absolvovaní výuky.

Výcvikové stredisko pripravuje občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou na výkon povolania v desiatich učebných odboroch: strojný zámočník, mechanik organizačných a výpočtových zariadení, elektromechanik, mechanik elektronických zariadení, knihár, krajčírka, zvárač, stolár, zlatník-strieborník a hodinár. Za 10 rokov činnosti Strediska prešlo hodnotením poradenského teamu vyše 1200 uchádzačov o prijatie, vyše 700 už s úspechom absolvovalo prípravu na povolanie.

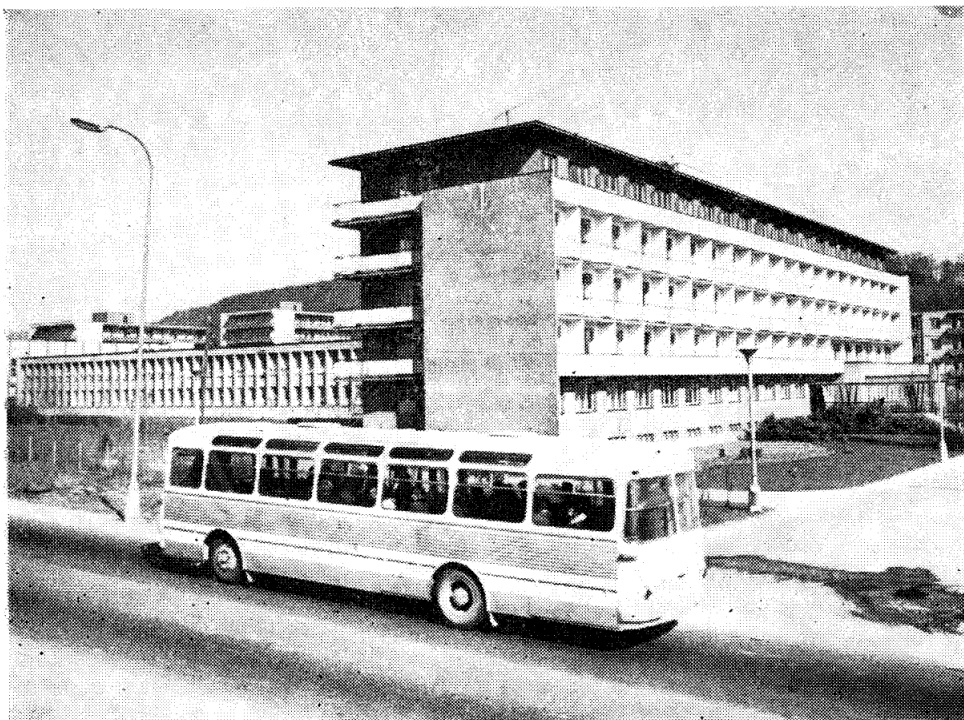
Príprava na povolanie v stredisku prebieha v rozsahu 10 mesiacov až tri roky. U starších občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou sa príprava na povolanie príbuzné pôvodnému môžu skrátiť na 3—12 mesiacov.

Hmotné zabezpečenie počas prípravy poskytuje účastníkovi hospodársku istotu a tým umožňuje plnú koncentráciu účastníka na teoretické štúdium i odbornú prax, potrebnú pre získanie kvalifikácie. Ubytovanie a stravovanie, učebné pomôcky a školské potreby sú bezplatné.

Účastníci prípravy sú ubytovaní v internáte v 1—4-posteľových izbách s moderným vybavením. V stredisku sú optimálne podmienky pre kultúrno-spoločenskú činnosť, možnosť športového vyžitia v modernom športovom areáli.

Zdravotná starostlivosť a dozor sa zameriava na zvládnutie bežných ochorení a ich prevenciu, na dozor nad vplyvom prípravy na povolanie na základné telesné postihnutie. Liečebná rehabilitácia je zameraná na zvládnutie následkov po ochoreniach a na úspešné zvládnutie prípravy. V rámci zdravotnej starostlivosti sa riešia aj otázky spojené s protetickým vybavením účastníkom prípravy.

Psychologická starostlivosť prispieva k snahe o zachovanie duševného zdravia a k mentálnej hygiene účastníkov prípravy.



Pohľad na budovu Výcvikového strediska pre občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou v Bratislave

Výcvikové stredisko pripravilo počas svojej 10-ročnej činnosti viac ako 700 kvalifikovaných robotníkov v rozličných učebných odboroch, ktorí našli svoje uplatnenie v rôznych odvetviach nášho národného hospodárstva. Prevažná väčšina absolventov pracuje v odbore, v ktorom získali kvalifikáciu v stredisku, so svojou prácou sú spokojní, zárobkom sa vyrovnajú zdravým pracovníkom. Vďaka vlastnej húževnatosti a úsiliu celého kolektívu pracovníkov Strediska mohol sa celý rad občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou zapojiť do pracovného procesu a stali sa tak plnoprávnymi a plnohodnotnými občanmi našej socialistickej vlasti.

CONROY R. T. W. L., MILLS J. N.:

HUMAN CIRCADIAN RHYTHMS

(Denné rytmy u človeka.)

Vydal J. and A. Churchill, London, 1970, str. 236, obr. 43, cena neudaná.

Niekoľko posledných rokov venuje sa veľká pozornosť problematike biorytmov u človeka nielen z hľadiska fyziologických procesov, ale i z hľadiska klinických sledovaní. Stále väčšie množstvo publikácií, roztrúsených po najrôznejších časopisoch prináša nové poznatky o rytmicky prebiehajúcich dejoch v ľudskom organizme v zdraví a chorobe.

Londýnske nakladateľstvo J. and A. Churchill vydalo v roku 1970 malú monografiu, venovanú denným rytmom človeka od dvoch popredných anglických fyziológov — prof. Conroya a pr. Millsa. Po krátkom úvode, ktorý vyjadruje cieľ predloženej publikácie, nasleduje krátka kapitola, venovaná definíciám — sú tu vysvetlené základné termíny, ako rytmicita a periódicita, cyklus, perióda, amplitúda, akrofáza, vrchol, venuje sa pozornosť termínom ako napr. diurnálny alebo v poslednej dobe používaný cirkadianný rytmus. Štúdium tejto kapitoly je podstatné pre porozumenie ostatných kapitol tejto drobnej publikácie.

V jedenástich za sebou nasledujúcich kapitolách autori rozoberajú biorytmy u človeka z hľadiska jednotlivých funkčných systémov, či jednotlivých funkcií. Pozornosť je venovaná telesnej teplote, endokrinným rytmom, biorytmom v oblasti funkcie obličiek, rytmu kardiovaskulárneho, hemoptoetického a respiračného systému a konečne rôznym rytmickým dejom v organizme, ako sú metabolické rytmy, otázka elektrolytov a bunčné rytmy. V ďalších kapitolách sa venuje pozornosť funkciám centrálnemu nervovému systému z hľadiska pozornosti, bdlosti, časového zmyslu a podobne, otázkam vývoja cirkadianných rytmov a ich synchronizácií, disociácií rytmov a modelom časového konceptu. V posledných kapitolách tejto veľmi zaují-

mavej monografii sa rozoberajú aspekty pre aplikáciu týchto poznatkov na prácu v smenách a na klinické oblasti modernej medicíny.

Rozsiahle písomníctvo, celkom 945 citácií, predovšetkým z anglosaskej literatúry, ale i z literatúry nemeckej a francúzskej jazykovej oblasti dopĺňa ďalšie možnosti podrobnejšieho štúdia tejto zaujímavej problematiky. Index ukončuje túto rozsiahom nie veľkú, obsahom však veľmi bohatú a zaujímavú knižku, štandardne dobre nakladateľsky vybavenú.

Znalosť biorytmov alebo ako hovoríme modernou terminológiou znalosť cirkadianných rytmov v súčasnej fyziológii je jeden z moderných trendov vývoja znalostí o človeku v jeho vnútornom i vonkajšom prostredí. Cirkadianné rytmy, prebiehajúce periodicky v ľudskom organizme majú veľký význam pre niektoré jeho funkcie. Zdá sa, že ich poznanie a podrobné znalosti o nich budú hrať určitú úlohu i v oblasti terapie predovšetkým pri dlhotrvajúcich chronických chorobách, postihujúcich moderného človeka. Otázka kompenzácie a otázky adaptácie, ktorá dnes v modernom fyziologickom myslení určuje nové pohľady predovšetkým na chronicky prebiehajúce patologické procesy, sú prostriedky súčasnej rehabilitácie. Zdá sa, že znalosť cirkadianných rytmov, predovšetkým znalosť určitých cirkadianných rytmov v budúcnosti, bude predstavovať i teoretický základ rehabilitácie.

„Denné rytmy u človeka“ z pera fyziológov Conroya a Millsa predstavujú veľmi dobrý základ pre štúdium tejto problematiky. Prinášajú komplex súčasných poznatkov a upozorňujú na dôležitosť biorytmov pre súčasnú fyziológiu a medicínu.

Dr. M. Palát, Bratislava

SOUSTAVA REHABILITAČNÍ PÉČE VE VELKÉ BRITANII

M. VIDLÁK

Čs. výzkumný ústav práce a soc. věcí, Praha

Soustava

O rehabilitační péči ve Velké Británii pojednává řada článků i větších publikací, které se však zabývají zpravidla jen řešením určitých odborných problémů nebo pracovní náplní a organizací jednotlivých institucí rehabilitační péče. Ve Velké Británii tvoří však rehabilitační péče jednotnou soustavu, do níž vstupují rehabilitanti, kteří potřebují pomoci při pracovním uplatnění pro obtíže zdravotní nebo při své sociální readaptaci — a kterou opouštějí většinou jako občané schopni zařazení do práce na volném pracovním trhu, mnohdy za běžných pracovních podmínek. V této stati chtěli bychom proto ukázat, co vlastně přispívá k tomu, že jde skutečně o soustavu a nikoliv jenom o jednotlivé prvky soustavy rehabilitační péče, jak tomu mnohdy jinde ve skutečnosti je; současně popíšeme cestu rehabilitantovu v takové soustavě, která je pak zpravidla plynulá, na rozdíl od stavu v jiných zemích, kde tomu leckdy tak není. Při tom bychom ovšem chtěli postupovat kriticky a uvážit i rozdíly, které vyplývají z toho, že soustava rehabilitační péče je začleněna do zcela jiného sociálněpolitického kontextu, než například u nás.

Grafy

Pro názornost a při omezeném rozsahu stati bude snad nejlepší, jestliže vyložíme shora uvedenou problematiku na dále popsaných grafech, které zachycují nejen jednotlivé instituce rehabilitační péče, ale i organizační vztahy mezi nimi. Budou to tyto grafy:

Graf A vyjadřující základní rysy jednotné soustavy poradenství pro volbu povolání a rehabilitační péče ve Velké Británii v celostátním měřítku,

Graf A/1 popisující jak je taková soustava rehabilitační péče v celostátním měřítku proorganizována do jednotlivých menších právních oblastí,

Graf A/2 zachycující organizační vztahy IRU (Industrial Rehabilitation Unit, kterou ještě dále popíšeme), která představuje důležitý a svérázný článek v britské soustavě rehabilitační péče.

V závěrech plynoucích z grafů nebudeme ovšem opakovat věci běžně známé, ale omezíme se právě na ty typické skutečnosti, které tvoří charakteristické řešení problematiky rehabilitační péče ve Velké Británii. Při tom budeme používat původních názvů s tím, že připojíme volný jejich český překlad, vystihující také rozdíly v pracovní náplni a poslání uvedených institucí, aby snad nedocházelo k záměně pojmů a nakonec nebylo jasné, v čem právě spočívá ucelenost soustavy rehabilitační péče a jak je zajišťována plynulost cesty rehabilitantovy v takové soustavě ve Velké Británii.

Poslání a pracovní náplň rehabilitační péče

Rehabilitační péče, do níž zahrnují i poradenství pro volbu povolání, je ve Velké Británii chápána jako činnost směřující k tomu, aby invalida nebo občan s obtížemi v sociální adaptaci, se mohl, pokud možno co nejdříve, zařadit do práce na volném pracovním trhu za běžných pracovních podmínek. Invalida je pak osoba pracující nebo bez práce, která pro vrozenou vadu, úraz nebo chorobu má podstatně omezenou možnost udržet si nebo získat zaměstnání nebo vykonávat činnost na vlastní účet. Občan s obtížemi v sociální adaptaci je občan společensky nepřizpůsobený, například s nedůvěrou ve své pracovní schopnosti vzniklou dlouhým pobytem v ústavní léčebné péči nebo občan postižený změnou pracovní náplně nebo ztrátou dosavadního zaměstnání vyvolanou rychlým technickohospodářským pokrokem.

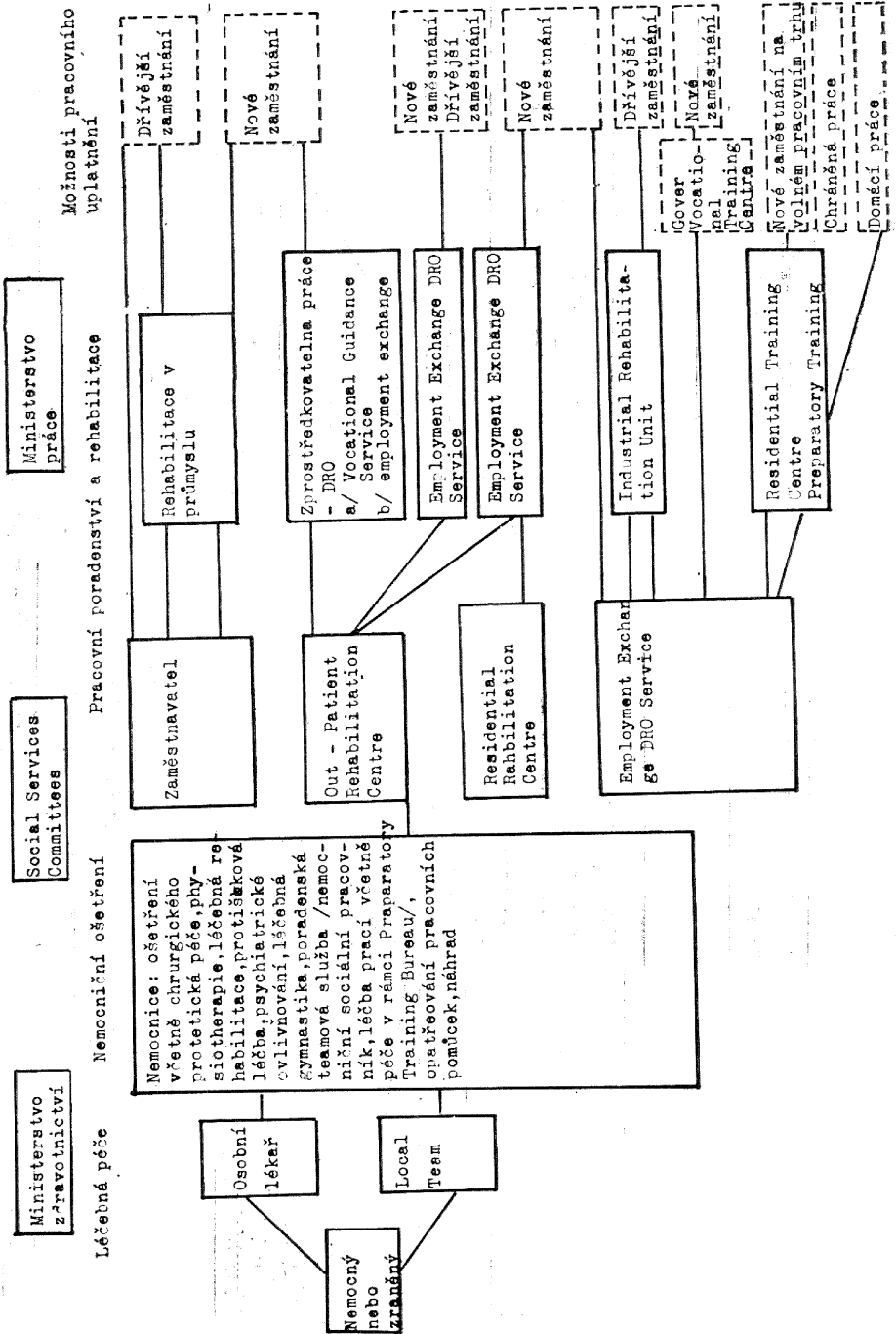
Instituce rehabilitační péče a jejich organizační vztahy, spoluvytvářející cestu rehabilitantovu v soustavě rehabilitační péče

Při odvozování závěrů v právě uvedené problematice z grafů postupujeme tak, že nejdříve se zabýváme levou stranou těchto grafů a přecházíme ke straně pravé, přičemž zřetelně zjišťujeme tyto skutečnosti:

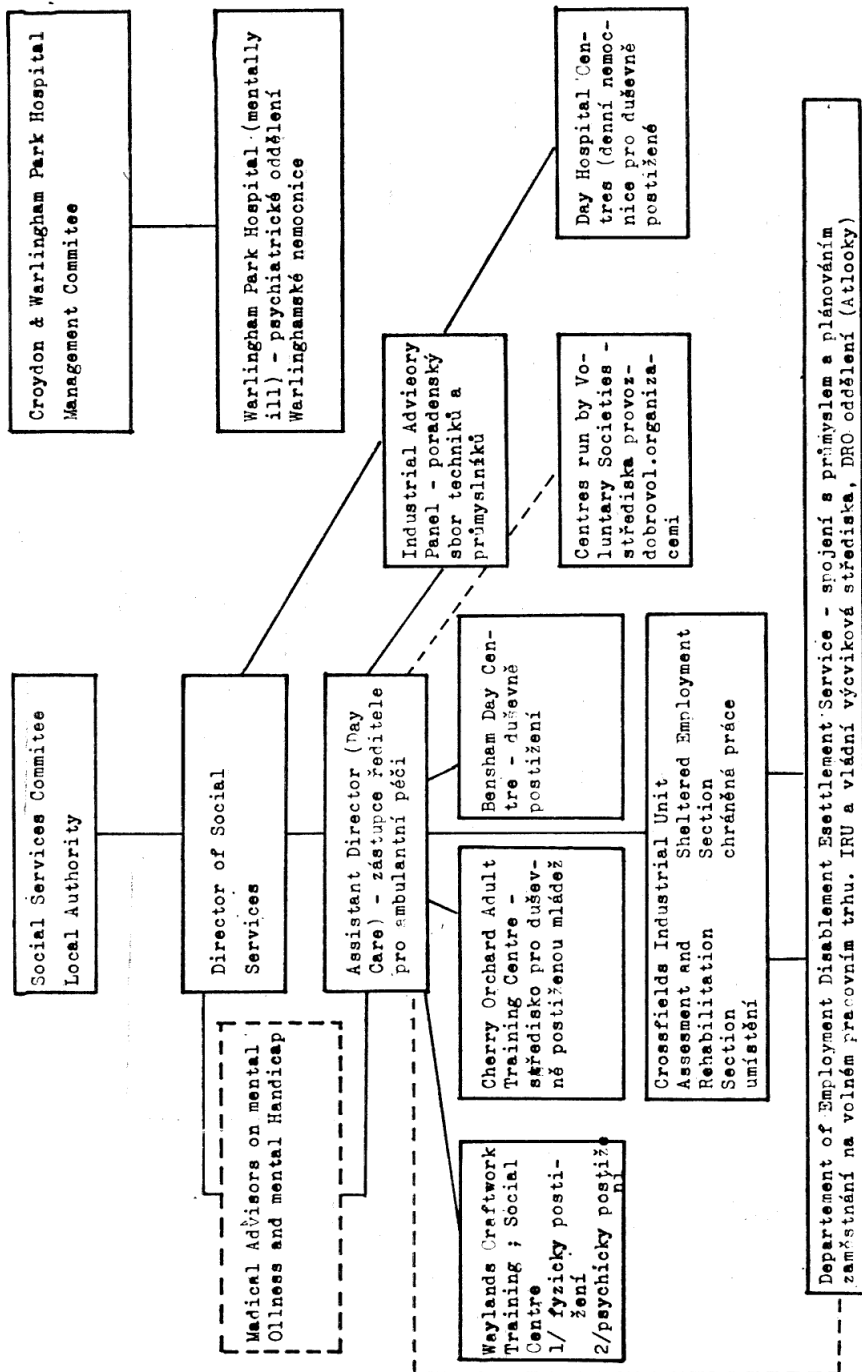
na počátku cesty rehabilitantovy, který je invalida, vystupují do popředí instituce rehabilitační péče, s pracovní náplní zaměřenou na medicínské aspekty jeho problematiky; později na střední části jeho cesty jsou to však již instituce, zaměřené na psychologické, technologické, technické aspekty a při vyústění jeho cesty jsou zase středem zájmu otázky ekonomické a sociální, které mají umožnit sociální readaptaci invalidovu také zaměstnáním, pokud možno na volném pracovním trhu, za běžných pracovních podmínek. U občanů s obtížemi jenom v sociální adaptaci nevystupují medicínské aspekty tolik do popředí, jsou však mnohdy skryty za sociálním pozadím rehabilitantovy problematiky; proto lze zejména na počátku rehabilitační péče těžko rozlišit problematiku medicínskou a socio-ekonomickou, a konečně ani není vhodné uvedené aspekty nějak násilně rozdělovat;

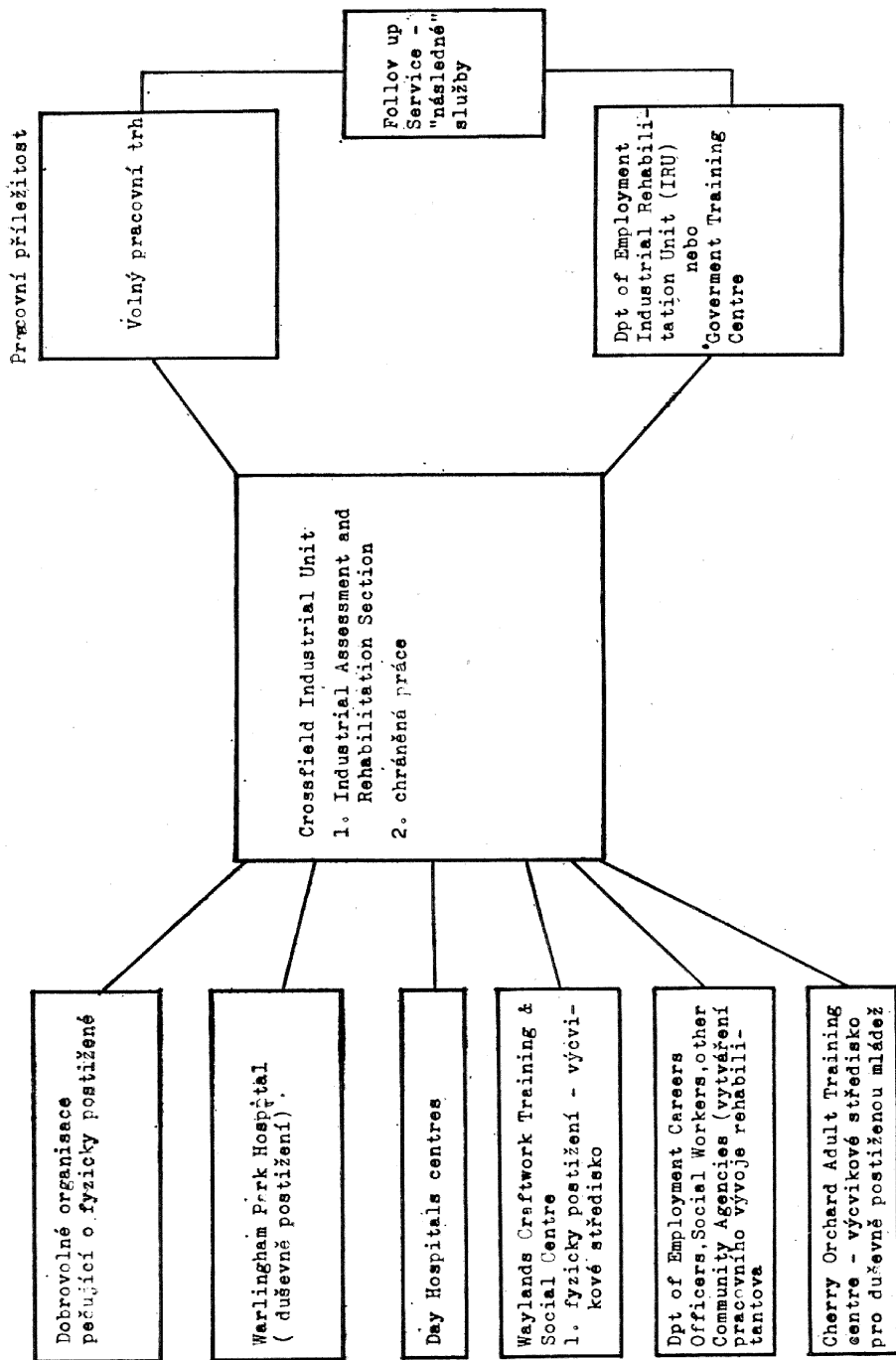
rehabilitant, může vstoupit do soustavy rehabilitační péče sice z podnětu kohokoliv, avšak jenom na doporučení Local Teamu, v němž pracují tito odborníci: lékař (přibližně internista I. stupně v našem pojetí), lékař specialista v rehabilitační péči, Welfare Officer (přibližně sociální pracovník na odboru sociálního zabezpečení), Public Health Nurse (přibližně pečovatelka s odborným středním zdravotnickým vzděláním), Disablement Resettlement

A. Soustava poradenství a rehabilitační péče ve Velké Británii



A/1. Detail základní soustavy (místní úřad sociální péče) ve Velké Británii





Office — DRO [přibližně sociální pracovník s vysokou odbornou kvalifikací, většinou absolvent sociální fakulty některé university a zpravidla současně i absolvent School of Occupational Therapy (školy pro léčbu prací také s příslušnou zdravotnickou erudicí)]. Jeho rozsáhlé sociální a zdravotnické vzdělání je přiměřené jeho funkci řídicího orgánu rehabilitační péče; této jeho funkci odpovídají i jeho platové požitky na úrovni lékaře nebo advokáta v britských platových a mzdových poměrech;

uvedení odborníci, případně ještě za účasti dalších specialistů, vypracují výchozí, třebaš rámcové, avšak konkrétní rozhodnutí o zaměření rehabilitační péče na určitou profesi nebo funkci (někdy jen na jejich okruh), vyhovující ovšem i rehabilitantovi. Rehabilitant nemůže takto do rehabilitačního procesu na přání kohokoliv „zapadnout“, avšak nemůže z něho ani „vypadnout“, aniž by bylo v průběhu rehabilitační péče zjištěno a provozně ověřeno, zda a do jaké míry je schopen pracovního uplatnění za společensky přijatelných podmínek nebo — v předdůchodové poradně bylo připraveno jeho důchodové zabezpečení, jestliže rehabilitace nemá naději na úspěch;

uzavřenost a komplexnost rehabilitačního procesu je podporována také proto, aby v jeho rámci mohly být vyřešeny pokud možno všechny komplikované případy. Těžší případy představují zpravidla komplikované defekty, somatické i psychické povahy, kdy nakonec je postižena celá osobnost invalidova nebo občana s obtížemi v sociální adaptaci. Specializace provedená do té míry, že jednotlivá odvětví rehabilitační péče se věnují výhradně určitým defektům nebo jejich skupinám, má jistě své výhody, avšak systém rehabilitační péče musí pak být uzavírán různými zvláštními opatřeními; například v Dánském království se musí rehabilitant po skončení rehabilitační péče nebo některé její části vždy znovu vracet na rehabilitační úřad, aby bylo možno rozhodnout o jeho pracovním uplatnění nebo nástupu do další fáze rehabilitační péče; jinde, jako tomu je v Německé spolkové republice, plní podobnou funkci tzv. „vyplňovač mezer“ (Lückenfüller), jestliže není jasné, které odvětví rehabilitační péče je v daném případě příslušné. Otázka vztahu mezi žádoucí mírou specializace a uzavřeností a komplexností soustavy rehabilitační péče tvoří typický nevyřešený problém organizačních otázek rehabilitační péče i ve Velké Británii, stejně, jako tomu je i jinde;

z grafů je také zřejmé, že další charakteristický rys britské soustavy rehabilitační péče představuje řetěz institucí s odstupňovanou psychofyzickou zátěží, kdy v těchto institucích postupně je psychofyzická zátěž rehabilitantova zvětšována až na úroveň pracovní činnosti za běžných provozních podmínek, v nichž má rehabilitant nakonec pracovat. Proto na počátku cesty rehabilitantovy vidíme ústavní zařízení nebo zařízení s ubytovacími možnostmi po dobu provádění léčebné a rehabilitační péče; nemocnice, Residential Rehabilitation Centre, Residential Training Centre, ve střední části a na konci cesty rehabilitantovy jsou to pak instituce stále více se blížící podmínkám běžného provozu, Out Patient Rehabilitation Centre, Industrial Rehabilitation Unit, Government Vocational Training Centre, Sheltered Employment. Pracovní náplň a poslání těchto institucí popíšeme ihned podrobněji v dalších úvahách; jinak se však snad můžeme spolehnout na to, že pracovní náplň a po-

slání dalších institucí uvedených na grafech je zřejmé z jejich názvů a z grafického vyjádření jejich vzájemných organizačních vztahů. Svůj popis začneme institucí uvedenou na levé straně grafu A:

Residential Rehabilitation Centre: rehabilitační středisko s ubytováním, které slouží rehabilitační péči o osoby vyžadující pro dopravní potíže vyvolané těžkým poškozením pohybového a nosného aparátu, plné ubytování nebo ubytování alespoň po dobu pracovního týdne. V čele této rehabilitační instituce je lékařský ředitel, který vede i tým odborných lékařů, vedoucí léčebné rehabilitace vede zase tým pracovníků léčebné rehabilitace, vedoucí fyzioterapie zodpovídá za oddělení fyzioterapeutické. Vedoucí oddělení léčby práce řídí práci pracovníků specializovaných v léčbě prací, vedoucí oddělení léčebného tělocviku zodpovídá za práci svých podřízených, dalšími členy týmu jsou: logopedi, sociální pracovníci, muž se vzděláním středního zdravotního pracovníka a konečně pracovníci obstarávající transport pacientů,

Out Patient Rehabilitation Centre: léčebná rehabilitace je v této instituci prováděna velmi intenzivně jako celodenní procedura s přestávkami na odpočinek a jídlo, které je podáváno v tomto zařízení léčebné rehabilitace, jejíž důležitou součástí je léčba prací; tu provádí Occupational Therapist (pracovník léčby prací) s náročnou kvalifikací, kterou získal na jedné School of Occupational Therapy, například v Derby a jinde. Tuto instituci navštěvují zejména pacienti, kteří nechtějí navštěvovat rehabilitační oddělení nemocnic; jejich přání je zpravidla vyhověno s tím, aby pacient opustil co nejdříve nemocniční prostředí a rehabilitace probíhala v soustavném styku s jeho obvyklým sociálním okolím;

Residential Training Centre: rehabilitační výcvikové středisko pro výuku (nikoliv jen zaučení) rehabilitantů, kteří nemohou dojíždět do dále popsaného vládního výcvikového střediska;

Government Training Centre: složení pracovních týmů v těchto střediscích není ustáleno právě tak jako složení jejich klientů. Musí však jít o osoby starší 18 let, které ztratily zaměstnání nebo se musí přizpůsobit změně podmínek ve své profesi nebo funkci vyvolaným vědeckotechnickým pokrokem. Výuka může pak být prováděna ve zcela novém oboru nebo v původní profesi a funkci s tím, aby rehabilitant nabyl nové poznatky k zvládnutí změn vyvolaných technickým pokrokem v jeho profesi (například soustružník a práce na soustružích s programováním);

Industrial Rehabilitation Unit (IRU): invalida nebo občan s obtížemi v sociální adaptaci se má v této instituci připravit na návrat do pracovního procesu s běžnou psychofyzickou zátěží. Některé z těchto jednotek rehabilitační péče jsou internátní. Rehabilitanti si v nich mohou osvojit zacházení s různými prostředky protetické péče (například pracovními násadci) a přizpůsobit se různým úpravám pracovního procesu a prostředí, které bylo třeba provést a vyzkoušet vzhledem k povaze jejich defektu. Na IRU jsou však zejména v poslední době převážně posílány osoby s obtížemi vyvolanými ztíženou sociální adaptací a zejména občané s psychickými defekty. Pracovní tým IRU

bývá složen takto: Rehabilitation Officer, jako lékařský vedoucí IRU působí v týmu Unit Medical Officer (vedoucí lékař s týmem spolupracovníků), Remedial Gymnast (vedoucí týmu léčebného tělocviku), Occupational Psychologist (psycholog práce zaměřený na physiologickou psychologii a psychodiagnostické testování), Chief Occupational Supervisor (přibližně vedoucí cechu pracovišť), Workshop Supervisor (vedoucí provozu) s mistry majícími rovněž technické a zdravotní vzdělání a konečně tento tým doplněný sociálními pracovníky tvoří neustálený stav odborných sil této svérázné instituce rehabilitační péče ve Velké Británii.

Další poznatky o soustavě rehabilitační péče plynoucí z grafů můžeme opět vyjádřit stručně takto:

rehabilitační péče je důsledně oddělena po stránce personální i organizační od vytváření pracovních příležitostí. Proto na počátku celého rehabilitačního procesu, kdy se rozhoduje o tom, zda má být s rehabilitační péčí započato a s jakým zaměřením, má důležitou funkci právě, plánovací oddělení zprostředkovatelný práce; to má naplánovat pracovní příležitost v profesi nebo funkci, na niž je rehabilitační péče zaměřena. Možnosti rehabilitantovy se přitom ověřují pomocí funkčního testování, psychodiagnostických pomůcek a outlooků, které má plánovací oddělení zprostředkovatelný práce k dispozici. Na konci rehabilitačního procesu se uplatňuje zase druhé, rehabilitanty do práce uvádějící oddělení zprostředkovatelný práce. Toto oddělení má k dispozici profesiogramy a spolupracuje s technickými a sociálními pracovníky podniků, úřadů a společenských organizací, v nichž se mají rehabilitanti pracovním uplatnit. Orgány rehabilitační péče a zprostředkovatelný práce mohou takto výsledky své činnosti vzájemně konfrontovat a kontrolovat. Oddělení pro vytváření pracovních příležitostí a uvádění do práce nepřímou cestou kontrolují činnost orgánů rehabilitační péče tak, že nepřijmou k dalšími řízení takového občana, dokud nejsou přesvědčeny, že je skutečně rehabilitován a schopen pracovních uplatnění a sociální readaptace v rozsahu uvedeném v individuálním plánu jeho rehabilitační péče; orgány rehabilitační péče poukazují zase na ztrátu nebo na možné zhoršení výsledků rehabilitační péče, není-li plánovaná pracovní příležitost pro rehabilitanta zajištěna a není-li rehabilitant včas začleněn do pracovního procesu;

nedílnou součástí rehabilitační péče invalidů a občanů s obtížemi v sociální adaptaci jsou tzv. „dodatečné služby“, které pomáhají řešit celkovou situaci občanů, kteří po delší době začínají pracovat a situace musí být zvládnuta plně i z hlediska pracovní-právního, doplňkové péče; všechny právní úpravy sociálního zabezpečení invalidů a občanů se ztíženou sociální adaptací jsou pro přehlednost obsaženy v jednom „rehabilitačním zákonu“, takže je zabráněno obtížím plynoucím z roztržitosti předpisů o rehabilitační péči;

zvláštností soustavy rehabilitační péče, která se vyvinula v poslední době, je její forma, orientovaná na osoby, které pro potíže s defekty vyžadujícími dlouhodobou péčí, pobývají případně řadu měsíců i několik roků v nemocnicích a sanatoriích. Preparatory Training Bureau pořádá v takových ústavech řadu kursů: řečí, účetnictví, radiomechaniky, fotografické techniky, hodinářství a různé druhy středoškolského a vysokoškolského studia, prováděné

zpravidla písemně — korespondencí. Tyto kursy slouží jako příprava rehabilitačního procesu, aby připravily pacienty na přechod do rehabilitačního procesu ještě v době, kdy je třeba počítat s dlouhodobými, nečekanými mezerami v tomto procesu, vyvolanými nutným léčebným režimem při plné pracovní neschopnosti;

Remploy LTD je zvláštní společností, sdružující chráněné dílny a pracoviště, provozovanou britským ministerstvem práce. Ředitelský sbor této společnosti ustavuje ministr a skládá se z vedoucích funkcionářů odborových organizací, zájmových organizací zaměstnavatelů a invalidů, zástupců orgánů sociální péče a dalších osob, které v sobě spojují znalosti výrobní a obchodní se zájmem o problematiku a péči o invalidy a občany sociálně nepřízpůsobené. V letech 1965—66 tvořil například objem výroby této společnosti obrát 8 milionů liber, státní příspěvek na provozní náklady činil v témže období 3 400 000 liber a na moderní investiční vybavení bylo v témže období proinvestováno ze státních prostředků 318 000 liber. Stát kryl rovněž očekávanou ztrátu chráněných dílen, poskytujících „náhradní práci“, když jejich počet a prostorové rozložení se řídí politikou pracovního uplatnění invalidů a občanů sociálně nepřízpůsobených, a nikoliv jen hledisky ekonomickými. Remploy LTD prodává své výrobky ve vlastní obchodní síti nikoliv s odvoláním na sentiment odběratelův, ale opírá se i o kvalitu práce svých pracovníků. Cenová kalkulace je rovněž právě tak prováděna podle běžných kalkulačních zásad a státní dotace jsou vypláceny se zřetelem na počet zaměstnávaných invalidů s určitým limitem očekávané ztráty, vyvolané „náhradní prací“ takových občanů. Ekonomické a finanční otázky rehabilitační péče a zejména zaměstnávání invalidů s těžkým poškozením zdraví a sociálně nepřízpůsobených občanů tvoří také ve Velké Británii jeden z nejsložitějších problémů ekonomické teorie a praxe, jehož řešení je zejména v poslední době věnována největší péče a na jeho zvládnutí je vynakládáno nemalé úsilí.

DISKUSIA

**DISKUSE K ČLÁNKU MUDr. D. VIZÁRA
LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA PRI SUDECKOVEJ
ALGODYSTROFII (Rehabilitácia VI/1973)**

E. SZAROWSKI, rehabilitační odd. NaP Trinec

S veľkým zájmom a potěšením jsem prostudoval záslušnou práci o léčebné rehabilitaci při Sudeckově algodystrofii.

Jelikož se zabývám již také delší dobu sledováním tohoto stavu, cítím se oprávněn vysvětlit v diskusi své názory a diagnosticko-terapeutické zkušenosti ze sledování velké skupiny pacientů s tzv. Sudeckovou algodystrofií.

Bacilem bádání nad „Sudecky“ mne nakazil můj první učitel, primář MUDr. Jiří Škrabal, přednosta ort. odd. v Trinci, který systematicky sleduje tyto stavy od roku 1963 a vypracoval již četné diagnosticko-terapeutické postupy.

Dovolují si vám předložit některé své názory:

1. Algodystrofii nepokládáme za komplikaci hojení úrazů, ale považujeme ji vlastně za zcestnou reakci v procesu hojení, a to jen u některých predisponovaných jedinců, nebo u jedinců, u nichž úraz a ošetření jsou doprovázeny silnými nociceptivními podněty, tedy blízký vztah k chorobným stavům z okruhu psychosomatických onemocnění. V důsledku této zcestné reakce vlivy neurohumorálními dochází k protrahování fáze katabolické v procesu hojení.

2. Skupinu predisponovaných jedinců tvoří, na základě našich zkušeností, nemocní s neurotickými rysy, s výraznou vegetativní labilitou a velmi často se silně vyjádřenou složkou anxiety (obava z výsledku operace na pohybovém aparátu, obava před následky úrazu nebo operace atd.). Tyto souvislosti byly také prokázány ústavním psychologem a psychiatrem. Ukázalo se, že u nemocných se Sudeckovou dystrofií je významně častěji přítomna složka neurotická. Na základě těchto závěrů jsme přistoupili k odhalování neurosy a vegetativní lability již orientačně u nemocných před operací nebo záhy po úraze a to nejčastěji pomocí modifikovaného Knoblochova testu. I v tomto případě se ukázala častější incidence pacientů s neurosou a Sudeckovou algodystrofií. Tím také lze vysvětlit názor, že trauma jen vyvolá nebo probudí skrytou neurosu, která pak je mimo jiné příčinné souvislosti se zcestnou reakcí.

Především neurosa objektivisována již před traumatem vyvolává cestou reflexní vcelku již známé lokální biochemicko-morfologické změny.

U neurotiků je známá skutečnost, že mají snížený prah pro bolest. Proto i malé nociceptivní podněty jsou vnímány jako silné. Cestou kortikosubkortikální a pak přes vegetativní centra dochází k vegetativním morfologicko-trofickým změnám na periférii a nejen na periférii postižené končetiny.

K vyjádření uvedeného vztahu a souvislosti je proto daleko výstižnější označení *algoneurodystrofie*.

3. Rozdělení *algoneurodystrofie* do 5 stádií pokládám za správné, avšak jen z hlediska léčebné rehabilitace. Z klinicko-diagnostické posice pozorujeme plynulé přechody mezi jednotlivými stádii, velmi často s netypicky vyjádřenou symptomatologií rentgenologickou a klinickou.

4. Jako první příznaky vyvíjející se *algoneurodystrofie* pozorujeme noční bolesti a protrahovanou bolest, a to velmi často u pacientů s více či méně vyjádřenou složkou anxiety nebo s výraznější vegetativní labilitou.

5. Pravidelným sledováním vylučování vápníku močí (standardisovaná dieta s nízkým obsahem Ca) u *algoneurodystrofie* pozorujeme již v předstihu před rtg změnami zvýšené vylučování vápníku. Zvýšení alkalických fosfatáz jsme nepozorovali tak často, stejně jako posun pH ke straně kyselé. Změny acidobasické s posunem ke kyselosti jsou více typické pro lokální proces.

6. Pro zajímavost uvedu některé laboratorní výsledky u pacientů, hospitalizovaných na ortopedickém oddělení, které jsou významné při sledování dynamiky *algoneurodystrofie*.

V sestavě 160 pacientů s prokázanou *algoneurodystrofií* jsme zjistili zvýšený odpad vápníku ve 45 %, při čemž u pacientů zachycených do 8 týdnů od postižení byl zvýšený odpad vápníku u 60 %.

Při individuálním sledování dynamiky odpadu vápníku přetrvává zvýšený odpad významně déle u pacientů s *algoneurodystrofií* oproti běžnému zvýšení u pooperačních nebo poúrazových stavů. Podobným způsobem — podle první zkušenosti — se snižuje hladina kostní frakce alkalických fosfatáz, přičemž celková hodnota alkalických fosfatáz může být zvýšena. Toto zvýšení však není statisticky významné v průběhu *algoneurodystrofie*.

Systematické sledování minerálů včetně Mg, kyseliny citronové a močové v krvi, dále kyseliny močové v moči nevykazuje významnější odchylky.

7. U pacientů s *algoneurodystrofií* s výrazným funkčním postižením periferních kloubů a to nejčastěji radiokarpálního a malých kloubů rukou (prsty do dlaně nesevře, ale při pasivní flexi prstů nepocituje intenzivní bolest) v období 3—4 měsíců od úrazu nebo operace, kdy rehabilitačně fyzikální léčba byla málo úspěšná, aplikujeme glukokortikoidy ve střední dávce krátkodobě per os. Po této léčbě pozorujeme zřetelný ústup lokálních změn, hlavně otoku, a také zlepšení funkce. V případě, že léčba glukokortikoidy nepřinese očekávaný efekt při léčbě po dobu 2—3 týdnů, opouštíme od dalšího podávání.

8. Vycházejí z názoru o častější incidenci neurosy a *algoneurodystrofie*, pokládáme v akutní fázi za prvořadý úkol ovlivnění neurotické tense. Anxiolytika, trankvilizéry jsou vhodným prostředkem a na druhé straně mají také významný relaxační účinek. Dále pokládáme za nutné medikamentosní ovlivnění zvýšeného tonu sympatiku sympatikolytiky, stejně jako blokádu sympatických pletení prokainem. Z terapie používáme anabolika, lokálně se snažíme zlepšit oxygenaci periférie 5—10 % peroxidovou masťou.

9. Soubor opatření komplexní rehabilitace je shodný s doporučením autora.

Závěrem nutno zdůraznit, že včasné rozpoznání a zejména klinické sledování a účelná terapie významně ovlivňují dobu léčení. Při záchytu do 8 týdnů od postižení jsme prokázali zkrácení doby pracovní neschopnosti o jednu třetinu.

BERT J. M., BESANCON F.:

THERAPEUTIQUE THERMALE ET CLIMATIQUE

268 obrazov a tabuliek, 499 strán. Vyd. Masson et Cie., Paris 1972.

V úvode autori zdôrazňujú, že táto monografia je určená nielen medikom, ale aj kandidátom z atestácie hydrologie a klimatológie, ktorí sa chcú tomuto odboru nielen naučiť, ale aj rozumieť tejto disciplíne (*qui ne veulent pas seulement apprendre, mais aussi comprendre*). V prvej kapitole — aktuality kúpeľníctva — Cuvelier definuje kúpeľníctvo ako prostriedok zdravotnícky tak aj ekonomicky dôležitý faktor. Z hľadiska sociálneho považuje balneoterapiu za liečenie preventívne a reedukačné. Trend pacientov vo francúzskych kúpeľoch má stúpajúcu tendenciu i keď po druhej svetovej vojne americko-anglická medicína so svojimi novými medikamentami priniesla spočiatku krízu a skepticizmus vo význame balneoterapie. Reputácia balneácie sa obnovila špecifikáciou indikácií podľa hydrogeologických výskumov, analýzy vôd, klinickým výskumom, novým technickým zariadením, ako aj komplexentárnym terapeutickým arzenálom: liečebnou výživou, kineziterapiou ako aj sanitárnou výchovou a reedukáciou.

Podľa autora kredit si môže balneácia upevniť jedine výskumom, a to ako hydrologickým, tak aj experimentálnym, klinickým, ktorý je však namáhavý a zdĺhavý. Pri tom však nemusia mať každé kúpele úplne základné vybavenie, ale sa musia usilovať objektivizovať svoje liečebné výsledky podľa daných možností v spolupráci s patričnými klinikami. V druhej kapitole autor podáva definíciu minerálnej vody, ktorá zodpovedá našmu termínu liečivej vody, t. j., že je to voda prírodná s liečivým účinkom spôsobeným fyzikálnymi vlastnosťami alebo minerálnymi látkami, ale aj bez prítomnosti minerálnych látok.

Vysvetľuje pojem kúpeľnej liečby — je to terapia komplexná a obsahuje nielen predpis minerálnej vody, ale zahrňuje aj diétu, liečebný telocvik, fyzikálnu terapiu, pokoj, obmedzenú medikamentóznou liečbu a psychoterapeutický komponent.

V ďalšej kapitole analyzuje vedecký vývoj dnešnej balneoterapie, ktorý je založený jednak na výskumoch hydrogeologických, na vývoji balneotechniky, využití externej balneácie pri krenokineziterapii a na význame hydroterapie.

V skratke analyzuje základné prvky krenoterapie pri jednotlivých nozologických jednotkách (choroby respiračné, renálne, žlčnikové, pečene a reumatické). Poukazuje na významné práce Lenochove pri objektivizácii komplexnej balneoterapie pri reumatických chorobách. Zdôrazňuje význam štúdia termálnych účinkov na enzymatické reakcie. Poukazuje na dôležité experimentálne práce prof. Besancona a účinku minerálnych vôd na jednotlivé orgány. Ďalšie stránky sú venované evaluácii efektov krenoterapie (plán výskumu, metodika a jeho organizácia).

V ďalšom sú uvedené podmienky špecializácie z odboru balneológie a tiež niekoľko stránok sa venuje vedeckej dokumentácii francúzskej a medzinárodnej balneológie a hydrologii. Citovaný je aj náš Fyziatrický a balneologický vestník, ako aj *Acta rheumatologica et balneologica Pistiana*.

Problémami sociálneho kúpeľníctva sa zaoberá Lamarche a poukazuje, že po roku 1945 skoro $\frac{2}{3}$ kúpeľov exploatujú ri nemocenské poisťovne. Indikácie pre kúpeľnú liečbu sú podobné ako u nás, lenže vo Francúzsku kúpele majú sezónnu prevádzku a doba liečenia trvá 21 dní. Vypukle zdôrazňuje význam zdrav. ekonomiky a dokazuje štatisticky, že kúpeľnou liečbou sa znížila práceneschopnosť o 30 percent a spotreba liekov po balneácii poklesla až o 30—40 percent. Zdôrazňuje medzinárodnú klientelu v kúpeľoch socialistických štátov, ako aj ich maximálne využitie v prospech vlastného obyvateľstva.

V úvode ku klinickej balneácii upozorňuje Cuvelier, že balneácia nie je univerzálny panaceum, pretože u mnohých pacientov nedostaví sa liečebný efekt a uvá-

dza všeobecnej indikácie a kontraindikácie. V klasifikácii termálnej techniky pri vnútornej balneácii neodporúča viac ako maximálne 2 l denne. Parenterálne aplikovať možno termálnu vodu len výnimočne.

Externú balneáciu diferencuje na hydroterapiu všeobecnú (termálne kúpele, sprchy a špeciálne sprchy, regionálne alebo lokálne veľmi teplé bez tlaku), ako aj masáž prúdom vody pod tlakom na celé telo ležiачky — Vichy, alebo sediačky — Aix. lex Baina, a tiež ďalšie metódy aplikované v laryngológii, gastroenterológii, gynecológii a urológii. Pri podávaní peloidu neudáva ani všeobecne hrúbku paleoidu a taktiež ani dobu.

K funkcionálnej readaptácii akcentuje dôležitosť kinebalneoterapie.

V ďalších kapitolách (XVI—XXXV) jednotliví autori podávajú výstižne a stručne metodiku balneácie pri jednotlivých chorobách (urologických, reumatických, neurologických atď.). V každej kapitole je uvedená krátka kasuistika, ako aj účinok biologicky a fyzikálno-chemický jednotlivých aplikácií.

Celé dielo je kolektívnou prácou významných francúzskych odborníkov. Písané je výstižne, prehľadne, stručne, obohatené je veľmi výraznými ilustráciami aj farebnými ako aj diagramami a plní úlohu moderného vademecum balneologicum.

Dr. P. Škodáček, Piešťany

RETTIG H., OEST O., EICHLER J.:

WIRBELSÄULEN — FIBEL

Georg Thieme Verlag Stuttgart 1974, 2. prepracované vydanie. Str. 173, obr. 108.

Publikácia sa zaoberá postihnutím chrbtice s rôznou etiopatogenezou vo forme „šlabikára“; preto popis jednotlivých klinických jednotiek je stručný.

Po anatomickej časti sa preberá postup vyšetrenia chrbtice. Pomerne podrobne uvádzajú autori vyšetrenie chrbtice pomocou jednoduchých prístrojov (elkameter, hydrogoniometer, kyphometer s viacmenej sumárnym hodnotením statiky a dynamiky chrbtice). V porovnaní s touto časťou je vyšetrenie vizuálne; palpačné uvedené iba orientačne. Chýba popis niektorých dôležitých vyšetrovacích postupov ako test hyperabdukcie dolných končatín — takzvaný „Patrick signe“, vyšetrenie rotácie krčnej chrbtice v troch postaveniach — predklone, neutrálnom postavení a záklo-
ne.

Kapitola röntgenového vyšetrenia sa v popise bazilárnej impresie obmedzuje iba na hodnotenie v predozadnej projekcii podľa bimastoidálnej a digastrickej línie. Rozpracovaná je technika snímky podľa Sandberga a meranie skoliózy.

Statické poruchy chrbtice — skoliózy sú rozpracované najobširnejšie. Autori upozorňujú na včasnú prevenciu skolióz už v dojčenskom období. Podľa štatistík amerických autorov je podstatne nižšie percento skolióz u detí pohovaných na brušku hneď v popôrodnom období. Dôraz pri vývoji jednotlivca treba klásť na sy-

metrický rozvoj svaloviny. Popisuje sa tu diagnostika s možnosťou prognostického určenia, terapeutický postup a niektoré diferenciálne diagnostické problémy.

Kapitoly o zápalovom postihnutí chrbtice, metabolických zmenách, tumoroch chrbtice a vrodenej poruchách vo formovaní skeletu majú bohatú obrázkovú prílohu s kvalitnými reprodukciami. Pokiaľ sa preberá otázka koreňových a pseudoradikulárnych syndrómov, uvádza sa znovu popis vyšetrenia, stručná klinika príslušných klinických jednotiek.

K niektorým podrobnostiam: Treba poznamenať, že léziu koreňa C6 je lepšie hodnotiť podľa oslabenia pronácie predlaktia a postihnúť radiopronačného reflexu, než ako sa uvádza v publikácii podľa bicipitového reflexu. Brachialgia parestetica nocturna, ktorú uvádzajú autori v spojitosti s osteochondrózou krčnej chrbtice, je rezervovaná skôr pre syndróm karpálneho tunelu. Pri vyšetrení ramenného zhybu sa neuvádza kapsulárny vzorec podľa Cyriaxa, ako by sa dalo očakávať v ortopedicky zameranej publikácii.

Publikáciu možno odporúčať ako prehľadnú pomôcku praktického lekára v diagnostike chorôb chrbtice. Pre dôkladnejšie oboznámenie sa s problematikou vertebropatií treba siahnuť po ďalšej literatúre.

Dr. J. Buran, Bratislava

E. G. J. OLSEN:

THE PATHOLOGY OF THE HEART

(Patologie srdce.)

Georg Thieme Verlag Stuttgart 1974, 224 stran, 140 ilustrací,
cena DM 79,—. ISBN 3 13 5101 01 0.

Londýnský patolog prof. Olsen vydává v roce 1974 ve stuttgartském nakladatelství Georga Thiemeho v anglickém jazyku svoji „Patologii srdce“, knihu obsahem velmi závažnou, rozsahem přiměřenou úspěchanosti současného lékaře. Na 224 stranách textu, doplněného 140 obrázky, fotografiemi, grafy i tabulkami jsou diskutovány otázky srdeční patologie. Základem knihy jsou semináře, které profesor Olsen vedl ve Spojených státech amerických a v Londýně pro odborníky, kteří se zabývali problematikou kardiovaskulárního systému.

Kniha — paperbook — skládá se ze čtyř částí, každá část má několik kapitol, celek je doplněný věcným rejstříkem. Celkem v dvaceti kapitolách autor věnuje pozornost jednotlivým oblastem patologie srdce, první kapitola je věnovaná normálnímu srdci. V dalších kapitolách autor hovoří o hypertrofii, hyperplastii a dilataci, o změnách endokardia, o degenerativních změnách, poruchách elektrolytů a vody. Druhá část knihy je představovaná kapitolami o infarktu myokardu, o reumatické srdeční chorobě, o infekční endokarditidě, o myokarditidě a konečně o perikarditidě a perikarditických efúzích. Třetí část knihy profesora Olsena se zabývá kongenitálními malformacemi; v jednotlivých kapitolách se hovoří o defektech síňového septa, o defektech komorového septa, o dextrokardii a transpozicích, o kongenitálních anomáliích srdečních chlopní, o otevřeném dužejí aortopulmonálním okénku, koarktaci aorty a disekujícím aneurysmatu aorty. Další kapitola je

věnovaná malformacím pulmonálních žil a konečně ostatním kongenitálním abnormalitám. Čtvrtá závěrečná část této významné monografie se zabývá v jednotlivých kapitolách problematikou kardiomyopatií, pulmonální hypertenzi, tumory srdce a perikardu a konečně srdeční transplantací.

Autor prof. Olsen v úvodě této knihy hovoří, že jeho „Patologie srdce“ má být překlenutím mezi rozsáhlými monografiemi o patologické anatomii srdce a nedostatečně zpracovanými kapitolami ve standardních učebnicích patologie. Velké zkušenosti, které autor má, jak z hlediska odborného, tak z hlediska pedagogického, vedly ho k tomu, že sestavil živou moderní monografii, jejíž jednotlivé kapitoly jsou doplněny poukazem na další literaturu příslušné oblasti, která bude sloužit nejen patologům, ale především lékařům, zabývajícím se problematikou moderní kardiologie.

Jednotlivé kapitoly jsou velmi přístupné, dokumentované četnými obrázky jak makroskopickými, tak i mikroskopickými, elektronmikroskopická dokumentace dokresluje jednotlivé patologické obrazy, mnohé tabulky a názorné grafy zpřístupňují projednávané otázky, poukazuje se na histochemické a ultrastrukturální hlediska. Každý klinik, který se zabývá touto oblastí medicíny, najde dostatek cenných informací a hlavně závažných podnětů. Kniha je cenná, je informující, je přístupná a je poučující. Je důležitá jak pro patologa tak pro klinika.

Dr. M. Palát, Bratislava

LEMON V.:

DECHOVÁ NEDOSTATEČNOST

Vydalo Avicenum, Zdravotnické nakladatelství Praha 1973,
obr. 3, stran 92, cena Kčs 8,—.

MORÁVEK M.:

VĚDOMÍ

Jako 3. svazek „Novinek v medicíně“ vychází v pražském nakladatelství Avicenum práce dr. Lemona o dechové nedostatečnosti a práce dr. Morávka o vědomí. Lemonova práce je práce anesteziologa, který na základě širokých zkušeností v oblasti nedostatečnosti dýchání napsal malou knížku, věnovanou této problematice. Hovoří o řízení dýchání, uvolnění a zpřístupnění dýchacích cest, o umělé plicní ventilaci, o přístrojích k umělé plicní ventilaci a o dechové nedostatečnosti. Umělá ventilace plic je v současnosti metoda se značným významem pro život ne-

mocného v určitých obdobích některých onemocnění.

Morávková práce je věnována moderní problematice vědomí, vigility a všem otázkám s tím souvisejícím, především z hlediska psychofyziologického a psychopatologického. Jde o stručný přehled o otázkách vědomí s přihlédnutím na současný stav poznání.

Obě práce, Lemonova i Morávková přinášejí souhrnné poznatky, které aktuálně informují zájemce — lékaře. Jsou dobrým přehledem uvedené tematiky a vhodné se zařazují mezi novinky v medicíně.

Dr. M. Palát, Bratislava

W. von BRUNN:

KURZE GESCHICHTE DER CHIRURGIE

(Krátká historie chirurgie.)

Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1973, 339 stran,
317 obr., cena DM 96,—. ISBN 3-540-05953-9.

V roku 1928 v nakladateľstve Julius Springer v Berlíne vyšla kniha rostockého profesora dejín lekárstva dr. W. von Brunn. Springerovo nakladateľstvo v Berlíne, Heidelbergu a Novém Yorku vydáva v roku 1973 reprint této knihy a prináša na knižný trh tak publikáciu veľmi významnou, ktorá ani po 45 letech neztratila na svoji ceně.

Prof. W. von Brunn, známý svými pracami z oblasti dejín lekárstva, venuje v této monografii pozornosť dejinám chirurgie. Kniha je rozdelená do 5 oddílů; význam literatury, jmenů a věcných rejstříků ukončují tuto zajímavou monografií. V první části hovoří autor o chirurgii v době předhistorické a časně historické — hovoří o medicíně starých Egyptanů, Židů, Číňanů, Japonců a o medicíně starých národů Ameriky a národů přírodních. Druhá část monografie je věnovaná chirurgii v začátcích vědecké medicíny. Rozebírá lekářství v Persii, Indii, Řecku, Alexandrii, v Římě, Byzanci a arabskou chirurgii. Třetí část se zabývá začátky chirurgie salernské školy, vlivy arabské medicíny v západních zemích a konečně vzestupem chirurgie v Itálii a ve Francii. Čtvrtá kapitola hovoří o chirurgii 16. století a konečně poslední pátá část knihy se zabývá chi-

rurgií a jejím vývojem v dalších stoletích až po století dvacáté, konče dobou po první světové válce.

Historie medicínských oborů je vždy zajímavou materiál i pro dnešního úspěšného čtenáře a moderního lékaře, majícího velmi málo času na literaturu jinou než vlastní odbornou. Kniha prof. W. von Brunn se vyznačuje jistou poutavostí jak ve zpracování látky, tak i v jejím podání. Ani „Krátká historie chirurgie“ není výjimkou z tohoto pravidla. Trpělivý čtenář — kniha má přes 300 stran — najde zde vedle mnoha zajímavostí aj dobrý pohled na vývoj chirurgie a jejích disciplín v průběhu roků a — dovolujeme si to zdůraznit — i mnohé podněty pro odbornou práci. Konfrontace názorů, i když patří některé názory historickým obdobím a nemají zdánlivě co říci současné chirurgii a jejímto explozivnímu vývoji, je vždy plodná pro každý vývoj, prináša určité podněty pro myšlení nebo činnost.

Brunnova kniha je živá, o čem svědčí její reedice téměř po půl století. Habent sua fata libelli. Brunnova kniha z hlediska historie chirurgie je stejně aktuální, jako při svém prvím vydání.

Dr. M. Palát, Bratislava

A. KRČÍLEK:

TROMBOSY A ZÁNĚTY ŽIL

Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p. Praha 1.
Vyšlo v roku 1973, strán 128, vyobrazení 25. Cena Kčs 9,—

Na základe svojich dlhoročných skúseností s liečením cievnych ochorení uverejňuje autor ucelenú a vyčerpávajúcu príručku pre chorých, v ktorej nájdú rozsiahly popis žilových končatinových ochorení, ich výskyt a liečbu.

Autor sám uvádza, že podnetom k napísaniu knihy mu boli dlhoročné skúsenosti a rozhovory s chorými, preto zdravým chce poradiť, ako žilovým ochoreniam predchádzať a chorým chce zmenšiť ťažkosti a trápenia spojené s ochorením.

V jednotlivých kapitolách vhodnou formou pre laika rozoberá otázky anatomickej, fyziologickej, patofyziologickej, preventívnej a liečebnej pri jednotlivých najčastejších druhoch žilových ochorení končatin. V liečebnej časti sa venuje konzervatívnemu liečeniu a výsledkom chirurgických zákrokov. Podrobne opisuje možnosti domácej fyzikálnej, pohybovej a polohovej terapie, liečebný telocvik — všetko

veci, ktoré si môže robiť pacient sám, pretože ide o ochorenie chronické, spravidla zájme veľakrát chorého po celý život. Odpovedá na celý rad otázok kladených postihnutými pri jednotlivých ochoreniach. Nevynecháva otázky výživy a končí jedennástimi radami pre chorých.

Jasnosť podania priblíži problematiku širším laickým kruhom, ktorým je kniha určená. Isteže načerpajú z autorových skúseností aj lekári, ktorí sa touto problematikou nezaoberajú, a vzhľadom na vlastnú prácu je im táto problematika vzdialená. Boj proti následkom žilových ochorení, ktoré sú veľmi rozšírené, preniesie sa z ambulancií a nemocníc do terénu, priamo do domácností, kde určitými opatreniami, navrhovanými a veľmi dobre opísanými v knihe sa v budúcnosti vyrieši veľa problémov spojených s ochorením už pred návštevou lekára v zdravotníckom zariadení.

Kniha pomôže aj rehabilitačným pracov-

níkom v ich každodennej práci tým, že podporí ich úsilie naučiť a presvedčiť pacienta o priaznivom vplyve liečebného te-locviku, pohybu a vykonávania určitých druhov športov, ako napr. pri ochoreniach

žil končatín — je plávanie, čím sa urýchli ich návrat do každodenného života a práce, získa sa určitá otužilosť a postihnúť sa zbavia strachu zo svojej choroby.

Dr. A. Krivosudský, Bratislava

VESELÝ L.:

CHOROBY OKA

2. vydanie, Martin 1973. Osveta, 228 str.

Druhé vydání této učebnice je doplně- ní novými poznatky v diagnostice a tera- pií očních chorob a některé stručné sta- tě jsou rozšířené.

Kapitoly jsou přehledné a vhodně čle- něné. Autor velmi názorně v úvodní čás- ti probírá vyšetření očního u nemocného, následující hlavní kapitolu věnuje pato- logii, klinice a terapii očních chorob a poranění. V knize jsou uvedeny nejno- vější poznatky z diagnostiky a terapie oč- ních chorob. Velmi pěkný je obrazový do- proved — černobílé fotografie a přehled- né schematické obrazy, které umožňují čtenářům fixovat si lépe v paměti diag-

nostické postupy. Závěr knihy tvoří ka- pitoly o hygienických a sociálních vztá- zích v oftalmologii. Text knihy je stručný a výstižný. Učebnici doplňuje stručný pře- hled vhodné doplňkové literatury a věc- ný rejstřík. Považujeme knihu svým roz- sahem, výpravou, didaktickým postupem i kvalitou tisku a papíru za velmi zdaří- lou.

Vřele ji doporučujeme posluchačům lé- kařských fakult, obvodním a závodním lé- kařům a jako atestační příručku lékařů v specializační přípravě z ostatních oborů.

Dr. M. Arenberger, Praha

A. ENGLHARDT, H. LOMMEL:

SERUMPROTEINE

(Sérové proteiny.)

Verlag Chemie GmbH, Weinheim 1974, 230 stran, 67 obr., 40 tab., cena DM 52,—. ISBN 3-527-25434-X.

Nakladatelství Chemie-Verlag ve Wein- heimu začalo vydávat v roce 1974 novou knižní řadu, věnovanou metodickým po- krokům v lékařském laboratoriu. Úvodní svazek této nové řady je monografie o „Sérových proteinech“ z pera popředních odborníků profesorky A. Enghardtové a dr. Lommela.

Sérovým proteinům se vždy věnovala velká pozornost v moderní medicíně, v sou- časnosti snad ještě větší, protože zave- dením moderních vyšetřovacích metod sé- rových bílkovin a jejich spektra se znač- ně zvýraznil jejich význam pro klinickou medicínu.

Monografie Enghardtové a Lommela je toho dokladem. Přináší soubor prací z pé- ra celé řady odborníků, lékařů, klinických biochemiků, laboratorních pracovníků, se- stavených logickým způsobem a zabývajících se jednotlivými kapitolami nauky o krevních bílkovinách. V jednotlivých ka- pitolách se věnuje pozornost albuminům a globulinům, speciálním bílkovinám plas- my, paraproteinům, lipoproteinům, enzy- mům a isoenzymům a konečně problema- tice protilátek.

Knihy je doplněna celou řadou názor- ných ilustrací a tabulek, které dokumen- tují diskutovanou problematiku.

Je metodicky laděná. Obsahuje výběr současných metod, použitelných a používa- ných v klinických laboratořích, vycházejíc z nejnovějšího stavu poznání. Zdálo by se, že podobné monografie jsou určené úzké- mu okruhu laboratorních pracovníků, resp. okruhu pracovníků ve výzkumu. Vývoj kli- nické medicíny však dokumentuje potřeb- nost podobných souborných publikací, ře- šících problémy „up to date“ a přinášejíc- cích objektivizaci nejrůznějších klinických poznatků. Explozivní vývoj klinické oblas- ti medicínských oborů vyžaduje nutně publikace podobného typu, jako je mono- grafie Enghardtové a Lommela — jsou in- formující, přináší výběr možných a výběr vhodných metodik a otevírají klinicky orientovanému lékaři možnosti použití la- boratorních metod a tím doplnit komplex- ní názor na klinický stav.

Je jen velkou zásluhou nakladatelství Chemie-Verlag, že se rozhodla uvést v ži- vot knižní řadu, věnující pozornost labo- ratorním, především chemickým a bioche- mickým metodikám. I když jsme toho ná- zoru, že laboratorní nález musí nutně být součástí klinického vyšetření a sám o so- bě má jen částečnou platnost, vítáme rádi publikace podobného typu. Doplní v kaž- dem případě znalosti klinika, poukáží na

nové možnosti nejen diagnostické, ale i možnosti srovnání při opakovaných vyšetřeních a dají kritický současný pohled.

Předností knihy je, že řeší velmi aktuální otázku sérových bílkovin. Této problematice se věnuje velká pozornost především proto, že mnohé děje v organismu nachází svůj odraz ve změnách sérových bílkovin, jde především o nejrůznější patologické děje, které na úrovni molekulár-

ně biologické, či na úrovni biochemických změn jsou reprezentované právě změnami bílkovinného spektra či změnami hladin jednotlivých bílkovinných komponentů.

Knihu doporučujeme. Je současným přehledem vhodných metod, použitelných na klinických pracovištích se zvláštním zřetelem k výběru metod, které se osvědčily v klinickém výzkumu i v klinické praxi.

Dr. M. Palát, Bratislava

H. P. GURTNER:

KORONARE HERZKRANKHEIT. FORTSCHRITTE IN DIAGNOSTIK, THERAPIE UND REHABILITATION.

(Koronární srdeční choroba. Pokroky v diagnostice, terapii a rehabilitaci.)

Schwabe und Co. Verlag, Basel-Stuttgart 1973, brožovaná, cena Fr. 18,—. ISBN 3 7965 0604 6.

Švýcarská kardiologická společnost uspořádala ve dnech 2.—3. března 1972 kardiologický pokračovací kurs pro švýcarské internisty a kardiology. Jednotlivé přednášky tohoto kursu byly publikovány postupně ve třech číslech Schweizerische Medizinische Wochenschrift koncem roku 1972 a začátkem roku 1973.

Basilejské nakladatelství Schwabe a spol., které je vydavatelem i Schweizerische Medizinische Wochenschrift, připravilo ještě v roce 1973 do tisku v podobě sborníku tyto přednášky — tento sborník je vlastně rozšířené zvláštní vydání uvedených čísel švýcarského lékařského časopisu.

Je nutno gratulovat nakladatelství, že v podobě zvláštního vydání dává do rukou čtenáře materiál, tak závažný obsahem. Současná kardiologie a současná rehabilitace věnují totiž velkou pozornost právě otázkám ischemické choroby srdce, její terapii a její rehabilitaci.

Sborník sestavil z pověření Švýcarské nadace pro kardiologii prof. Gurtner z Bernu a sborník se skládá po úvodním slově Gurtnerové a předmluvě presidenta Švýcarské nadace pro kardiologii J. L. Riviera ze tří samostatných částí. Prvá část pojednává o angině pectoris, druhá o infarktu myokardu a třetí poslední, o rehabilitaci nemocných po srdečním infarktu. V jednotlivých příspěvcích přední světové odborníci zabývají se otázkami diagnostiky, otázkami terapie a otázkami rehabilitace především srdečního infarktu — choroby, která ohrožuje současnou populaci.

Vývoj moderní kardiologie, charakterizovaný velkým množstvím diagnostických a terapeutických postupů, logicky vyúsťuje v posledním období do nové hladiny možnosti boje proti chronickým chorobám kardiovaskulárního systému, především proti ischemické chorobě srdce. Prakticky

nepřehledné množství kongresů, konferencí, vědeckých sezení a stejně nepřehledné množství prací, referátů a publikací, jsou dokladem zájmu o tuto žhavou tematiku. Každý stát ve své medicínské sféře věnuje v současnosti pozornost ischemické chorobě srdce a možnostem boje proti ní a jejím následkům — tato snaha je vyjádřena i oficiální účastí Světové zdravotnické organizace a vypracováním projektu rehabilitačního a preventivního programu u nemocných s infarktem myokardu. Je zásluhou našich československých pracovníků, především prof. Fejfar, že právě tomuto medicínskému poli je věnována i na mezinárodní úrovni taková pozornost. Fejfar také ve svém referátě publikovaném v tomto sborníku uvádí celou problematiku rehabilitace nemocných s infarktem myokardu.

Je značně nesnadné se zabývat jednotlivými příspěvky, uveřejněnými ve sborníku o Koronární srdeční chorobě. Jedno je však nutné zdůraznit — tento sborník, připravený i po stránce vydavatelské velmi pečlivě, přináší krátkou formou maximální a kritickou informaci z této oblasti. V tom vidím přínos tohoto sborníku v záplavě publikací věnujících pozornost problematice možnosti rehabilitace u chorob srdce a cév. Výběr jednotlivých referátů, právě tak jako dobře dokumentované a vlastní zkušenosti, předních odborníků, zaručí úspěch tohoto významného díla.

Je vždy výhodou každé publikace, přináší-li informace „up to date“. O uvedeném sborníku se to dá říci v plném rozsahu. Knihu doporučujeme nejen kardiologům a internistům, kteří se zabývají problematikou ischemické choroby srdce, ale knihu doporučujeme také všem odborníkům v rehabilitaci, protože je aktuální, informující, protože je jednoduše dobrá.

Dr. M. Palát, Bratislava

R. FERLINZ:

LUNGEN- UND BRONCHIALERKRANKUNGEN

(Choroby plic a bronchů.)

Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1974, 494 stran, 141 obrázků, 73 tabulek, cena DM 86,—. ISBN 3 13 4577 01 1.

V době po druhé světové válce dochází v oblasti pneumologie a tuberkulózy k několika významným jevům. Objevením antibiotik mizí prakticky tuberkulóza jako jedna z nejčastějších plicních chorob, naproti tomu se stále ve větší míře objevují nespecifické choroby plic a průdušek, reprezentované chronickou bronchitidou a plicním emfysemem. I tato skutečnost má svou příčinu — vzestup kouření, znečištění životního prostředí a přítomnost virových onemocnění.

Choroby plic a průdušek představují dnes po chorobách kardiovaskulárního aparátu, především ischemické choroby srdce, skupinu chorob s velkou morbiditou, dá se také říci, že i mortalita především na následky těchto onemocnění je značně vysoká. Je tedy naprosto potřebné dnes se s touto aktuální problematikou co nejvíce zabývat.

Ferlinzova monografie, věnovaná chorobám plic a průdušek, představuje takový moderní pohled na problematiku chorob dýchacího ústrojí. Vývoj, tak jak jsme na to upozornili, si vyžádal novou koncepci takové monografie a nakladatelství Georg Verlag v Stuttgartě takto koncipovanou monografii v roce 1974 vydalo.

Ferlinzova kniha po úvodě a předmluvě se dělí na dvě části — na část všeobecnou a na část speciální. Ve všeobecné části autor, bonnský profesor vnitřního lékařství, věnuje pozornost v jednotlivých kapitolách základům plicní struktury, nárysu fyziologie a patofyziologie dýchání, klinickým projevům plicních chorob, speciálním terapeutickým metodám v pneumologii a terapeutickým výkonům na plevě. Speciální část, představující větší část monografie, potom v jednotlivých kapitolách rozebírá onemocnění dýchacích cest, zápalová plicní onemocnění, plicního echinokokka, zastínění plic s krevní eosinofilii, profesionální plicní nemoci především pneumokoniosy, tumory plic, plicní onemocnění neznámé etiologie, plicní cisty, cystické plíce, onemocnění pleury a akutní pulmonálně podmíněné obrazy. V doplňku jsou uvedené potřebné tabulky, data a nomogramy. Literatura zaměřená na jednotlivé kapitoly a věcný rejstřík ukončují tuto monografii středně velkého rozsahu, dobře dokumentovanou a názorně ilustrovanou.

Není možné formou krátké recenze v časopise detailně rozepsat jednotlivé kapitoly všeobecné a speciální části této moder-

ně koncipované monografie, která jistě nalezne potřebný obdiv a uplatnění u všech, kde se zabývají problematikou chorob dýchacích. Je však potřebné u této monografie vyzvednout několik aspektů.

Ferlinzova monografie je především moderně pojatá kniha, která poslouží jistě také jako učebnice, i když ne učebnice na lékařských fakultách. Její zpracování je velmi názorné, informující, zaměřené především na klinické aspekty chorob dýchacího traktu. Klinika chorob plic a průdušek, tak jak je zpracovaná v díle Ferlinzově, svědčí o bohatých klinických zkušenostech autora nejen jako diagnostika ale i jako moderního terapeuta. Kniha je prakticky koncipovaná — poslouží tedy široké lékařské praxi, myslím si však, že i odborník teoreticky zaměřený na dýchání a nebo experimentálně pracující v této oblasti najde zde nejen doplňující informaci, ale jistě také určité podněty pro svou teoretickou anebo experimentální práci. Lékaře, který pracuje v oblasti rehabilitace chronických chorob dýchacích, jistě potěší kapitola o speciálních terapeutických metodách při plicních a bronchiálních onemocněních, kdy vede inhalační terapie je pojednané také o dechové gymnastice.

Kniha je dobře ilustrovaná a dokumentovaná vlastním materiálem autora.

Ferlinzova kniha o chorobách plic a průdušek vyplňuje mezeru v německém odborném písemnictví v této oblasti — je moderní, dobře psaná, cíleně zaměřená a informující. Je nejen dobrým autorským, ale i nakladatelským činem.

Dr. M. Palát, Bratislava

**WORKING GROUP ON THE EVALUATION OF STUDIES ON
COMPREHENSIVE REHABILITATIVE AND PREVENTIVE PROGRAMS
FOR PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION,
TURKU 27.—30. 5. 1974.**

V dňoch 27. až 30. mája 1974 konalo sa vo fínskom univerzitnom meste Turku ďalšie zasadanie pracovnej skupiny expertov pre rehabilitačný a preventívny program u chorých s infarktom myokardu, zriadené Európskym oddelením Svetovej zdravotníckej organizácie v Kodani.

Rokovanie sa začalo voľbou prezidenta a dvoch viceprezidentov tohto zasadania. Prezidentom bol zvolený prof. Veikko Kallio z Fínska, viceprezidentami sa stali prof. Denolin z Bruselu a doc. Widimský z Prahy. Predmetom rokovania bolo posúdenie stavu štúdie o rehabilitačnom a preventívnom programe pre chorých s prekonalým infarktom myokardu, na ktorej sa v súčasnosti zúčastňuje celkom 20 centier v Európe, medzi nimi dve centrá v Československu. Štúdiu otvorili koncom minulého roku. Niektoré centrá začali svoju prácu začiatkom tohto roku. Predmetom štúdie je na veľkom materiáli, na základe objektívnych kritérií posúdiť efekt rehabilitačného komplexného programu, štandardizovaného na minulých zasadaniach rovnakej pracovnej skupiny, u chorých s infarktom myokardu a získať tak objektívny pohľad na túto možnosť komplexnej liečby. Porovnanie výsledkov u skupiny chorých, u ktorých sa usku-točňuje sústavne po dlhšiu dobu tento komplexný rehabilitačný program — ide o tzv. intervenčnú skupinu — s výsledkami získanými u inej skupiny chorých s infarktom myokardu, u ktorých však žiadny rehabilitačný program v zmysle zvyšovania telesnej aktivity sa nevykonáva, ide o tzv. kontrolnú skupinu — očakáva sa odpoveď na otázku, či taký rehabilitačný a preventívny program má objektívne definovateľný efekt predovšetkým z hľadiska morbidity a mortality tejto choroby.

Zasadanie v Turku v prvej časti vyhodnotilo súčasný stav štúdie, ktorá prakticky beží asi pol roka a v ďalšom venovalo pozornosť niektorým špeciálnym otázkam, na ktoré sa narazilo pri otvorení štúdie a ktorých riešenie už v tejto fáze štúdie sa ukázalo ako nutné.

V prvom rade išlo o otázky sociálnej rehabilitácie, o otázky psychologickej rehabilitácie a ďalej o otázky štandardizá-

cie predovšetkým niektorých biochemických ukazovateľov, sledovaných v rámci tejto štúdie, t. j. predovšetkým cholesterolu a triglyceridov u chorých s infarktom myokardu.

Plenárne zasadanie pracovnej skupiny prerokovalo postupne správy jednotlivých subkomisíí, utvorených pri otvorení zasadania. Dr. Helander zo Stockholmu predložil výsledok jednania subkomisie, ktorá sa zaoberala problematikou psychosociálnej rehabilitácie, ktorá popri fyzickej rehabilitácii hrá rovnako dôležitú úlohu v komplexnom poňatí rehabilitačného programu. Z hľadiska objektívneho posúdenia psychosociálneho stavu chorého s infarktom myokardu je nutné zamerať pozornosť predovšetkým na:

1. „administratívne“ efekty, t. j. otázky návratu do pracovného prostredia buď pôvodného alebo zmeneného, na otázky vzťahu v rodine chorých, ktorí prekonal infarkt myokardu a na otázky invalidného dôchodku alebo penzie;

2. určenie niektorých symptómov u chorých, ako je stupeň anxiety, depresie, stupeň a charakter neurotických reakcií a podobne, jednak z hľadiska ošetrojúceho lekára, jednak z hľadiska samotného chorého;

3. vyhodnotenie psychológom event. psychiatrom, zoznámeným s problematikou dynamickkej psychiatrie.

Psychosociálna a pracovná rehabilitácia, obidve sú neoddeliteľnou súčasťou komplexného rehabilitačného programu pacientov s infarktom myokardu, musia byť zaistené vo všetkých fázach rehabilitačného procesu, počínajúc prvou fázou v nemocnici a to ako v koronárnej jednotke tak i mimo túto jednotku na lôžku na klinike, pokračuje fázou druhou v priebehu tzv. rekonvalescentnej periódy a končiac fázou treťou, t. j. v období postkonvalescentnom.

Záver, ktoré navrhla subkomisia, zaoberajúca sa v rámci mítingu touto problematikou a prediskutované na plenárnom zasadaní, boli zaradené do protokolu o rehabilitácii pacientov s infarktom myokardu s tým, že jednotlivé centrá, zúčastnené na týchto WHO programoch budú rie-

šif i tieto také závažné otázky komplexného rehabilitačného programu.

Podobne ako subkomisia zaoberajúca sa otázkami psychosociálnej rehabilitácie, druhá subkomisia vedená dr. Cayovou z Edinburgu sa zaoberala otázkami psychologického vyhodnocovania v rámci komplexného rehabilitačného programu u pacientov s infarktom myokardu. Rokovala o diagnostických metódach klinickej psychológie, o psychologických testoch vhodných pre pacientov s infarktom myokardu, o determinácii psychologických syndrómov. Závery prác psychologické subkomisie potom v plenárnom zasadnutí boli prijaté a zaradené ako niektoré zmeny v základnom protokole, používanom pre vyhodnotenie komplexných rehabilitačných programov u pacientov s infarktom myokardu.

Veľká pozornosť v tejto fáze rokovania sa venovala predovšetkým psychologickému vyhodnoteniu potrebnému pre posúdenie celkového stavu pacienta s infarktom myokardu. Boli odporúčané niektoré zásady, ktoré by mali nájsť vyjadrenie v realizácii komplexných rehabilitačných programov. Ďalšia otázka predstavovala určité kvantitatívne vyjadrenie stupňa anxiety a stupňa depresie u chorých s infarktom myokardu s prihliadnutím na kvalitu tohto symptómu. Plenárne zasadania k týmto otázkam ukázali, aký dôležitý je práve psychologický aspekt tejto problematiky a aký ťažký je spôsob eventuálneho objektívneho vyjadrenia posúdenia stavu chorého prípadne efektu rehabilitačného programu.

Táto problematika je tiež z hľadiska komplexného programu, ako sa zdá, prioritná, pretože psychologické aspekty

rehabilitácie chorých s infarktom myokardu stále a stále sa dostávajú do popredia pozornosti jednotlivých pracovníkov.

Ďalší komplex rokovania bol venovaný problematike štandardizácie biochemických parametrov sledovaných v rámci komplexného rehabilitačného programu u chorých s infarktom myokardu. V prvom rade išlo o určovanie cholesterolu a triglyceridov na základe štandardizácie metodík. Pražské referenčné centrum, vedené Ing. Grafnetterom vykonáva pre všetky centrá zúčastnené na tomto WHO programe štandardizačné vyhodnotenia používaných metodík. Nie všetky centrá sú však v súčasnosti napojené na toto referenčné laboratórium v Prahe. Ukázalo sa, že pre porovnanie hodnôt cholesterolu a triglyceridov je nutná štandardizácia a je preto potrebné tam, kde zatiaľ nebola uskutočnená, ju urýchlene urobiť v spolupráci s referenčným centrom v Prahe.

Medzinárodná štúdia, ktorej sa zúčastňuje v súčasnosti 20 centier v Európe, zatiaľ sa nezačala vo všetkých centrách. Len 12 centier predložilo prvé výsledky. Ukazuje sa, že pokračovanie a ukončenie tejto štúdie je veľmi potrebné, pretože výsledky, získané na základe tejto štúdie posúžia v ďalšom ako odporúčanie jednotlivým štátom, aby vykonávali komplexné rehabilitačné a preventívne programy u chorých s infarktom myokardu.

Výsledky tejto štúdie majú ukázať, že uskutočňovanie rehabilitačných programov, tak ako to odporúča prijatý protokol, je účelné predovšetkým v dlhodobom pozorovaní, a to v prvom rade z hľadiska morbidity a mortality u pacientov s infarktom myokardu. *Dr. M. Palát, Bratislava*

SYMPOSIUM WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION ON REHABILITATION IN RESPIRATORY DISEASES

Na Štrbskom Plese vo Vysokých Tatrách konalo sa v dňoch 24.—25. júna 1974 Sympózium s medzinárodnou účasťou o rehabilitácii pri respiračných chorobách. Na toto sympózium nadviazalo dňom 26. júna 1974 Satelitné sympózium o epidemiológii respiračných chorôb. Obidve sympóziá usporiadala z poverenia Československej rehabilitačnej spoločnosti a Československej pneumologicko-ftizeologickej spoločnosti Slovenská rehabilitačná spoločnosť a Slovenská pneumologicko-ftizeologická spoločnosť. Prezidentom sympózia bol doc. MUDr. K. Viršík, DrSc. a generálnym sekretárom MUDr. Š. Litomerický, CSC.

Sympózium sa konalo v krásnom prostredí Vysokých Tatier a v jednotlivých vedeckých zasadaniach venovalo pozornosť

problematike rehabilitácie u chronických chorôb dýchadiel. Jednotlivé práce domácich a zahraničných účastníkov osvetľovali rôzne aspekty tejto formy liečby s prihliadnutím na fyziologické, metodické, klinické a experimentálne poznatky. K jednotlivým referátom odznela bohatá dobre fundovaná diskusia, ktorá poukázala na skutočnosť, že problematika rehabilitácie chronických chorôb dýchadiel a jej jednotlivé aspekty sú problematikou veľmi závažnou, aktuálnou a vyžadujúcou komplexné riešenie.

Na Sympózium s medzinárodnou účasťou o rehabilitácii pri respiračných chorobách nadviazovalo krátke dobre zorganizované a tematicky závažné Satelitné sympózium o epidemiológii respiračných ochorení.

Bolo to prvé sympóziu tohto druhu v histórii Československa, ktoré sa cielene zameralo na moderné otázky epidemiológie chronických chorôb dýchadiel. Celý rad referátov dokumentoval a na vlastnom materiáli preveril závažnosť tejto problematiky a jej dôležitosť pre moderne koncipovanú zdravotnícku starostlivosť.

Problematika rehabilitácie chronických chorôb dýchacieho ústrojenstva dostáva v súčasnosti jasné obrysy a stáva sa oblasťou širokého medicínskeho a experimentálneho záujmu mnohých výskumných a klinických pracovísk. Nie je to iba preto, že súčasná kardiológia vymedzila vo svojej oblasti miesto pre modernú rehabilitáciu. Je to predovšetkým preto, že súčasná pneumológia hľadá nové adekvátne te-

rapeutické cesty. Problematika modernej rehabilitácie práve tak ako problematika sekundárnej prevencie ruka v ruku sledujú jeden cieľ, pomocou moderných redukčných metód a pomocou boja proti predovšetkým rizikovým faktorom znížiť mortalitu a morbiditu, u chronických chorôb dýchadiel.

Sympóziu s medzinárodnou účasťou o rehabilitácii a o respiračných chorobách bolo doplnené spoločenským programom, ktorý dal rámec k ďalšej výmene skúseností našich aj zahraničných účastníkov. Sympóziu bolo prínosom a snáď aj začiatkom novej cesty v ďalšom rozvoji rehabilitácie u chronických chorôb dýchacieho ústrojenstva.

Dr. M. Palát, Bratislava

III. CELOŠTÁTNY ZJAZD ČESKOSLOVENSKEJ REHABILITAČNEJ SPOLOČNOSTI

V dňoch 1.—3. júla 1974 sa konal v Českých Budějoviciach III. celoštátny zjazd Československej rehabilitačnej spoločnosti. Starostlivosťou MUDr. Štolbu, ktorý organizačne aj spoločensky pripravil všetky rokovania tohto významného podujatia, zjazd znamenal ďalšiu bilanciu vývoja rehabilitácie v našej republike.

Základnou tematikou zjazdu bola oblasť metodík. V úvodných referátoch Obrda — Lánik, ktorí hovorili o postavení liečebnej rehabilitácie v socialistickej spoločnosti, a Obrda — Pfeiffer, ktorí zhodnotili súčasný stav funkčného vyšetrenia v liečebnej rehabilitácii, poukázalo sa na vývoj, súčasnosť a perspektívy rehabilitácie predovšetkým z hľadiska funkčného vyšetrenia a funkčného posudzovania.

Rokovanie zjazdu bolo rozdelené do prednáškových blokov, ktorých jednotliví autori alebo kolektívy autorov zoznámili účastníkov zjazdu, bolo ich vyše 350 z celej Československej republiky, s prácami, ktoré v celku znamenali prehľad o súčasných možnostiach a činnosti v rámci jednotlivých rehabilitačných oddelení. Pozornosť zasluhujú predovšetkým práce doc. Jandu z Prahy, ktoré sa venujú problematike elektromyografického sledovania rôznych svalových skupín z hľadiska aplikácie pohybov v rámci rehabilitačných programov. Pozornosť vzbudili aj referáty zo štátneho rehabilitačného ústavu v Kladruchoch. Kolektív dr. Kříž a spolupracovníci venovali pozornosť hodnoteniu chorých na fyzické zaťaženie pri rehabilitácii.

Celý rad ďalších referátov a drobných prác priniesli pohľad na súčasné dianie v oblasti rehabilitácie. Tieto práce doku-

mentovali šírku problematiky, s ktorou sa stretávame na úseku rehabilitácie v Československu a ďalej aktuálnosť otázok, ktoré v súčasnosti predstavujú určité smery v rehabilitácii.

Vedecký program III. celoštátneho zjazdu Československej rehabilitačnej spoločnosti bol doplnený bohatým spoločenským programom, ktorý priniesol po vedeckom napätí určitú spoločenskú relaxáciu doplnenú zaujímavými odbornými diskusiami.

Celoštátne zjazdy Československej rehabilitačnej spoločnosti sa konajú každé tri roky. Sú a majú byť dokladom vývoja v oblasti rehabilitácie za uplynulé obdobie. Aj českobudějovický zjazd priniesol pohľad na uplynulé tri roky a je potrebné konštatovať, že v tomto období sa veľa pozornosti venovalo objektivizácii rehabilitačného procesu a možnostiam evaluácie rehabilitačných programov. V záverečnej rezolúcii III. celoštátneho zjazdu sa konštatuje, že v budúcom období treba venovať pozornosť predovšetkým štandardizácii metodík a štandardizácii objektívneho vyhodnotenia. Táto skutočnosť je vyjadrením práce v uplynulých rokoch v oblasti rehabilitácie a je ďalším logickým krokom v kvalitatívnej prestavbe tohto mladého medicínskeho odboru.

III. celoštátny zjazd Československej rehabilitačnej spoločnosti organizačne dobre pripravený, tematicky súčasným vývojom rehabilitácie determinovaný, a spoločensky dobre zarámovaný, sa účelne zaradil do radu celoštátnych zjazdov. Stal sa ďalšou zastávkou vo vývoji rehabilitácie v Československu.

Dr. M. Palát, Bratislava

RESOLUCE

III. CELOSTÁTNÍHO SJEZDU ČESKOSLOVENSKÉ REHABILITAČNÍ SPOLEČNOSTI,

uspořádaného Českou rehabilitační společností ve dnech 1.—3. července 1974 v Českých Budějovicích.

III. celostátní sjezd Čs. rehabilitační společnosti se schází v době, kdy se realizují závěry XIV. sjezdu KSČ. V hlavních úkolech MZd jsou tyto závěry konkrétně rozpracovány.

Sjezd se konal 1.—3. července 1974 v Českých Budějovicích za účasti 362 odborných pracovníků v rehabilitaci — rehabilit. instruktorů a lékařů, kteří se zabývali metodickými postupy v léčebné rehabilitaci, jak na úseku diagnostickém, tak terapeutickém.

Účastníci sjezdu shledali, že vydání koncepce oboru fyziatrie, balneologie a léčebná rehabilitace, jak v České socialistické republice, tak v Slovenské socialistické republice, je velkým přínosem pro jejich práci. Avšak uvedení této koncepce do praxe nezbytně vyžaduje podstatné prostorové rozšíření stávajících oddělení ve všech typech NsP a zajištění dostatečné lůžkové kapacity odd. NsP II. a III. typu. Neméně důležité je i vybavení těchto oddělení zejména na úseku diagnostickém a léčby prací personálního zajištění. Pro zajištění komplexní léčebné rehabilitace a její návaznosti na pracovní rehabilitaci bude zapotřebí i dostatečného množství odborných pracovníků všech kategorií, a to lékařů, vysokoškolsky vzdělaných rehabilitačních kádrů, rehabilitačních pracovníků, psychologů, pedagogů, logopedů a sociálních pracovníků. Stávající zařízení jsou maximálně využívány, pracovníci se průběžně doškolují a kvalita práce se neustále zlepšuje.

Z přednesených referátů vyplývá, že v

současné době se k funkčnímu hodnocení pacientů používá celé řady různých testů a metod, což ztěžuje srovnávání výsledků.

Doporučujeme proto:

1. Aby bylo zajištěno standardní vybavení odd. léčebné rehabilitace ve všech úsecích.

2. Provést standardisaci dosud používaných funkčních testů prostřednictvím referenčních pracovišť.

3. Zajistit podmínky pro koordinovaný výzkum v oboru léčebné rehabilitace.

4. Zřídit poradní sbor pro obor rehabilitace při národních ministerstvech MZd, skládající se ze zástupců různých lékařských oborů a ev. zřízení koordinačního sboru na úrovni celostátní, se zástupci ostatních složek, jako ministerstvo práce a soc. péče, ČsČK, ROH, Svaz invalidů atd.

5. Považujeme za důležité, aby se postupně realizovala uznesení konference ministrů socialistických států z r. 1967 v oblasti rehabilitace.

III. celostátní vědecký sjezd ukládá výborům národních rehabilitačních společností, aby tuto resoluci zaslaly oběma MZd, daly na vědomí Institutu lékařů a farmaceutů v Praze a Bratislavě, Ústavům pro další vzdělávání SZP v Brně a v Bratislavě, národnímu lékařskému společenstvem a presidiu Čs. lékařské společnosti J. E. Purkyně a aby zabezpečily tuto publicitu této resoluce ve zdravotnickém tisku [Zdravotnické noviny, Zdravotnická pracovnice, Rehabilitácia, Časopis lékařů českých, Praktický lékař].

OZNAM

„Československá lékařská společnost, Československá gerontologická společnost“ uspořádají v dnech 21.—23. V. 1975 Sympózium s mezinárodní účastí o preventivní geriatрии v Bratislavě.

Tematika sympózia:

— Preventívna geriatría,

a) klinické aspekty primárnej a sekundárnej prevencie v geriatрии,

b) zdravotné a sociálne problémy v geriatрии,

c) predčasné starnutie a základný výskum.

Rokovacie jazyky sú ruština, angličtina, nemčina, čeština, slovenčina.

Ubytovanie sa zabezpečí v hoteloch v Bratislave.

Predseda sympózia: Dr. E. Gressner, predseda Čs. gerontol. spoločnosti, 955 01 Topoľčany.

Gen. sekretár: Dr. Št. Litomerický, 834 31 Bratislava-Podunajské Biskupice, Geriatrická klinika ILF.

Ústav pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave, katedra rehabilitačných pracovníkov usporiada v druhom polroku šk. r. 1974/75 tieto školiace akcie:

Kurzy:

a) Kurz pomaturitného špecializačného štúdia v úseku práce liečebná telesná výchova, prvý rok štúdia.

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov zaradených do pomaturitného špecializačného štúdia k 1. 9. 1974.

Termín: 13. 1.—24. 1. 1975.

Miesto konania: Bratislava.

Počet účastníkov: 20.

Náplň: Náročnejšie úseky fyziológie, patofyziológie, kineziologické rozbory a špeciálne metodiky z traumatológie, ortopedie, pediatrie a psychiatrie.

b) Tematický kurz o nových poznatkoch v rehabilitácii.

Určenie: pre vedúcich rehabilitačných pracovníkov a pre rehabilitačných pracovníkov pre osobitne náročné práce NSP a ostatných zdravotníckych zariadení.

Termín: 1. 4.—11. 4. 1975.

Miesto konania: Bratislava.

Počet účastníkov: 20.

Náplň: Nové poznatky v jednotlivých klinických disciplínach z hľadiska rehabilitácie a rehabilitačných programov. Osobnosť vedúceho rehabilitačného pracovníka. Interpersonálne vzťahy. Novinky v organizácii práce.

c) Kurz o zásadách mobilizačnej terapie — celoštátny.

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov NSP a ostatných zdravotníckych zariadení.

Termín: 26. 5.—6. 6. 1975.

Miesto konania: Bratislava.

Počet účastníkov: 20 (ČSR 10).

Náplň: Teoretické a praktické základy mobilizačných techník na chrbtici a na periférii.

Tematický plán školiacich miest bol uverejnený v Rehabilitácii čís. 2/1974.

M. Bartovicová, Bratislava

V Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně probíhaly závěrečné zkoušky pomaturitního specializačního studia rehabilitačních pracovníků v úseku práce léčebná tělesná výchova ve dvou termínech.

První termín byl stanoven od 13. 5. do 16. 5. 1974, druhý od 20. 5. do 23. 5. 1974. K závěrečným zkouškám se přihlásilo celkem 41 rehabilitačních pracovníků. Z tohoto počtu se pro vážné důvody omluvilo 8. Ke zkoušce se dostavilo 33 kandidátů. V průběhu zkoušek 4 odstoupili, 8 kandidátů neprospělo.

Pomaturitní specializační studium v úseku práce LTV ukončilo úspěšně 21 kandidátů.

Marie Břečková, OÚNZ Hodonín
Radulka Faldynová, MÚNZ Ostrava
Soňa Hájková, KÚNZ Brno
Blanka Horčíčková, OÚNZ Teplice
Ludmila Juráková, OÚNZ Jihlava
Pavla Kopečková, Vojenská nemocnice Olomouc

Hana Lelíková, OÚNZ Vsetín
Alena Maxová, FN Vinohrady
Anna Němcová, FN Praha 2
Jitka Pecháčková, FN Brno
Miloslava Průšová, OÚNZ Brno
Vlasta Ryplová, OÚNZ Liberec
Marie Sýkorová, FN Praha 10
Květoslava Šafařová, OÚNZ Svitavy
Gertruda Šámalová, OÚNZ Jindřichův Hradec

Marie Šimová, OÚNZ Most
Anna Šťastná, OÚNZ Třebíč
Zdenka Újezská, FDN Brno
Marcela Veselá, Čs. státní lázně, Mariánské Lázně
Hana Záleská, OÚNZ Louny
Jitka Zichová, Čs. státní lázně Luhačovice
B. Chlubnová, Brno

Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně, katedra rehabilitačních pracovníků, uspořádá ve školním roce 1974/1975 následující školiací akce:

Kurzy:

Kurs pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova, 2. rok studia, 1. bñh.

Určení: pro rehabilitační pracovníky zařazené do pomaturitního specializačního studia pod přímým vedením Ústavu, kteří úspěšně absolvovali 1. rok studia.

Místo konání: Brno.

Termín: 2. 12.—13. 12. 1974.

Náplň: Obtížnější úseky náplně pomaturitního specializačního studia.

Kurs pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova, 2. rok studia, 2. běh.

Určení: pro rehabilitační pracovníky zařazené do pomaturitního specializačního studia pod přímým vedením Ústavu, kteří úspěšně absolvovali 1. rok studia.

Místo konání: Brno.

Termín: 17. 2.—28. 2. 1975.

Náplň: Obtížnější úseky náplně pomaturitního specializačního studia.

Kurs pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova, 1. rok studia.

Určení: pro rehabilitační pracovníky zařazené do pomaturitního specializačního studia k 1. 9. 1974 pod přímým vedením Ústavu.

Místo konání: Brno.

Termín: 21. 4.—25. 4. 1975.

Náplň: Obtížnější úseky náplně pomaturitního specializačního studia.

Kurs pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčba prací, 1. rok studia.

Určení: pro rehabilitační pracovníky zařazené do pomaturitního specializačního studia k 1. 9. 1974 pod přímým vedením Ústavu. Vyjmečně i pro ty, kteří na tomto úseku práce pracují dlouhou dobu.

Místo konání: Brno.

Termín: 13. 1. 1975—24. 1. 1975.

Náplň: Obtížnější úseky náplně pomaturitního specializačního studia.

Cyklický kurs pro vedoucích rehabilitačních pracovníků, II. cyklus, 1. běh.

Určení: pro vedoucí rehabilitačních pracovníků rehabilitačních oddělení KÚNZ, MÚNZ, rehabilitačních ústavů a lázní, kteří prošli školením.

Místo konání: Brno.

Termín: 16. 6. 1975—20. 6. 1975.

Náplň: Aktuální otázky řízení, organizace a racionalizace práce vedoucího pracovníka, získávání a odevzdávání informací, nové poznatky v léčebné rehabilitaci.

Tematický kurs v úseku práce ortopedická protetika, celostátní.

Určení: pro ortopedické techniky protetických oddělení nemocnic s poliklinikou III. typu.

Místo konání: Bratislava.

Termín: 7. 10. 1974—18. 10. 1974.

Náplň: Ortopedická obuv, ortopedické a korekční vložky.

Tematický kurs v úseku práce ortopedická protetika, celostátní.

Určení: pro ortopedické techniky protetických oddělení nemocnic s poliklinikou III. typu.

Místo konání: Praha.

Termín: 12. 5. 1975—23. 5. 1975.

Náplň: Léčebné, preventivní a ostatní drobné ortopedické pomůcky.

Školící místa.

Školící místo ve facilitačních technikách v neurologii dětského věku, celostátní.

Určení: pro rehabilitační pracovníky pracující v této problematice na dětských odděleních.

Místo konání — pracoviště: Praha 2, Karlovo nám. 32, Fakultní poliklinika.

Doba trvání: 4 týdny.

Termín: v průběhu školního roku.

Náplň: Teoretické a praktické zvládnutí facilitačních technik dle Vojty.

Školící místo v metodických postupech při rehabilitaci ruky.

Určení: pro rehabilitační pracovníky, kteří v uvedené problematice pracují.

Místo konání — pracoviště: Brno, KÚNZ, Fakultní nemocnice, klinika plastické chirurgie.

Doba trvání: 2 týdny.

Termín: v průběhu školního roku.

Náplň: Metodiky léčebné tělesné výchovy při rehabilitaci ruky po poraněních, popáleninách, plastických operacích a pod.

Školící místo v léčbě prací, celostátní.

Určení: pro rehabilitační pracovníky pracující v úseku léčby prací, přednostně pro rehabilitační pracovníky zařazené do pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčba prací k 1. 9. 1974 pod přímým vedením Ústavu.

Místo konání — pracoviště: Státní ústav rehabilitační, Kladruhy u Vlašimi.

Doba trvání: 2 týdny.

Termín: v průběhu školního roku.

Náplň: Uvedena v náplni pomaturitního specializačního studia.

Školící místo v rehabilitaci interních onemocnění dětského věku.

Určení: pro rehabilitační pracovníky pracující na dětských interních odděleních.

Místo konání — pracoviště: Praha, Fakultní dětská nemocnice Motol.

Doba trvání: 2 týdny.

Termín: v průběhu školního roku.

Náplň: Nové poznatky v rehabilitaci dětských interních onemocnění.

B. Chlubnová, Brno

EDITORIAL

<i>Palát M.</i> : Rehabilitácia a vedecký výskum	1—2
<i>Palát M.</i> : Sport a moderní rehabilitace	65—66
<i>Pleško V.</i> : Zo spomienok po tridsiatich rokoch	129—133
<i>Palát M.</i> : K otázke standardizace v rehabilitaci	193—194

PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

<i>Jeschke J., Kučera M., Suchan J., Holeček V.</i> : Druhý tréninkový tábor nemocných s ischematickou srdeční chorobou	203—214
<i>Kondáš O.</i> : Príspevok psychológie k teórii rehabilitácie	195—201
<i>Kučera M., Suchan J., Jeschke J., Holeček V.</i> : Izometrické kontrakce u nemocných po srdečním infarktu	143—152
<i>Mastný V.</i> : Rehabilitace u křečových žil dolních končetin	67—72
<i>Palát M., Vigaš J., Jurčovičová J., Németh Š.</i> : Sekrécia rastového hormónu počas kúpeľa v hypertermickej vode	135—141
<i>Rychlíková E.</i> : Uvolňovací — automobilizační — cviky hrudní páteře u kardiaků	73—78
<i>Straub J.</i> : Zásady účelné elektrostimulace	11—15
<i>Šimíček J., Káňa A.</i> : Zkušenosti s terénní rehabilitací nemocných koronární chorobou	3—10

METODICKÉ PRÍSPEVKY

<i>Hromádková J.</i> : Metodika LTV u vředové choroby žaludku a dvanáctníku při ústavním léčení	17—25
<i>Hromádková J., Burkertová A.</i> : Léčebná tělesná výchova u tepenných uzávěrů dolních končetin	215—221
<i>Kišoň Š., Palát M.</i> : Medikamentózná terapia pri rehabilitácii v geriatrici	79—89
<i>Pinkasová M., Petráčková E., Suchan J., Vichová M.</i> : LTV u pacientů s chronickým dialyzačním programem	153—158
<i>Štefanová J., Hrodek O., Ryšánková J.</i> : LTV u dětských hemofiliků	27—33

SÚBORNÉ REFERÁTY

<i>Kredba J.</i> : Diadynamické (Bernardovy) proudy	35—43
<i>Matulay K., Palčovič A.</i> : Chronická schizofrénia a možnosti jej rehabilitácie [I. časť]	91—105
<i>Matulay K., Palčovič A.</i> : Chronická schizofrénia a možnosti jej rehabilitácie [II. časť]	159—173

HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ

Profesor MUDr. Emil Huraj, DrSc., Dr.h.c. — päťdesiatročný	223—225
K päťdesiatinám MUDr. Alojza Kocingera	176—177
50 rokŭ prof. MUDr. Juraja Kolesára, DrSc.	175—176
<i>Láb J.:</i> Přehled systémŭ komplexní rehabilitační péče a poradenství pro volbu povolání invalidních občanŭ v Polské lidové republice	107—114
<i>Láb J.:</i> Přehled komplexní rehabilitační péče a poradenství pro volbu povolání invalidních občanŭ v SSSR	179—186
Doc. MUDr. Zbyněk Píša, CSc. — päťdesiatročný	45
<i>Puček A.:</i> K desiatročnici Výcvikového strediska v Bratislave	227—229
MUDr. Andrej Puček — päťdesiatročný	177—178
<i>Vidlák M.:</i> Soustava rehabilitační péče ve Velké Britanii	231—239

DISKUSIA

<i>E. Szarkowski:</i> Diskuse k článku MUDr. D. Vizára „Liečebná rehabilitácia pri Sudeckovej algodystrofií“	240—241
--	---------

SPRÁVY Z PÍSOMNÍCTVA

46

RECENZIE KNÍH	16, 26, 34, 44, 47—58, 90, 106, 115—127, 134, 142 186—189, 202, 222, 226, 230	242—248
---------------	--	---------

SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ	59—62, 127—128, 189—192	249—252
--------------------------------	-------------------------	---------

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP	63—64, 128, 192,	253—254
---	------------------	---------