

Re

habilítácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

OBSAH

- K. Pochopová*: Rehabilitace v kardiologii . . . 193—195
- PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE
- H. Tauchmannová*: Vhodnosť a možnosti rehabilitačnej a kúpeľnej starostlivosti u hemofilikov . . . 197—201
- R. Ružinák, I. Čelková*: Vplyv relaxačného tréningu na vysoký krvný tlak . . . 203—208
- F. Sýkora, E. Nevická, Š. Litomerický, L. Badalík*: Problémy rehabilitácie chirurgicky liečených detí s brochiectáziami . . . 209—217
- METODICKÉ PRÍSPEVKY
- J. Beran, F. Bílý, V. Kříž*: Poznámky k metodice LTV při postižení kyčelního kloubu . . . 219—227
- J. Pešl*: Rehabilitace „čelistní kontraktury“ po stomatologických výkonech . . . 229—233
- O. Vlach, J. Šlechta*: Přefukovací láhve — účinná pomůcka v dechové gymnastice . . . 235—236
- HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ
- J. Pfeiffer*: MUDr. F. Pokorný šedesátníkem . . . 237
- RECENZIE KNÍH . . . 196, 201, 202, 218, 228, 233, 234, 237—249
- SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ . . . 250—252
- SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE . . . 253—254
- OBSAH ROČNÍKA IX/1976 . . . 255—256

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.

Rehabilitácia

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



Vydáva Vydavateľstvo OBZOR, n. p., ul. Československej armády 35, 893 36 Bratislava



*Vedúci redaktor: MUDr. Miroslav Palát
Zástupca vedúceho redaktora: MUDr. Štefan Litomerický*



*Redakčná rada:
Marta Bartovicová, Bohumil Chrást, Vladimír Lánik, Štefan Litomerický, Miroslav Palát (predseda), Květa Pochopová, Jiřina Štefánková, Marie Večeřová*



Grafická úprava: M. Sirkovský



Adresa redakcie: Kramáre, Limbová ul. 8, 809 46 Bratislava



Tlačia: Nitrianske tlačiarne, n. p., 949 50 Nitra, ul. R. Jašíka 26



Vychádza štvrtročne, cena jednotlivého čísla Kčs 6,—



Rozširuje: Vydavateľstvo OBZOR, n. p., administrácia časopisov, ul. Čs. armády 35, 893 36 Bratislava



Toto číslo vyšlo v januári 1977.



*Indexné číslo: 46 190
Registračné číslo: SÚTI 10/9*

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK IX/1976

ČÍSLO 4

EDITORIAL ...

REHABILITACE V KARDIOLOGII

„Je mi jako bych se umyl“ — odpověděl více než před 25 léty na otázku, „Jak se cítíte?“, jeden z prvních nemocných po srdečním infarktu, u něhož jsme proti tehdy tradiční klidové léčbě prováděli léčebnou tělesnou výchovu.

I když o fyziologických, hemodynamických i metabolických pochodech na základě rozvoje znalostí fyziologie tělesných cvičení, pathofyziologie i etiologie srdečních onemocnění víme dnes podstatně více, přece tehdy pronesená slova byla výstižným subjektivním vyjádřením příznivých změn vyvolaných u nemocného tělesným cvičením. Pro nás byla pak tato odpověď stimulem pro pokračování v praktické i teoretické práci na poli rehabilitace v kardiologii.

Od té doby řada prací vyzvedla význam časně rehabilitace u srdečně chorých a upozornila na nepříznivé účinky prodloužované klidové léčby, především u nemocných po srdečním infarktu. Je totiž dobře známo, že několika týdenní pobyt na lůžku vyvolává u nemocného na stejné tělesné zatížení vyšší tepovou odpověď. Zmenšuje se také klidový minutový srdeční objem i celkové množství krve. Vzniklá hypovolémie spolu s odezníváním reflexu stání a s odezníváním vazokonstrikčních reakcí periferních cév se podílejí na ortostatické hypotenzi. Negativní dusíková a vápníková bilance vede ke ztrátě svalové kontraktility.

Úkolem časně rehabilitace je pak zmenšení uvedených nepříznivých vlivů dlouhodobého klidu na lůžku, včetně tromboembolických komplikací. V průběhu časně rehabilitace dochází totiž ke kladnému vlivu cvičení na zlepšení souhry transportních kyslíkových mechanismů plicních i oběhových. Cvičení rovněž vyvolává významné změny v kapacitním venózním systému, kdy působí jako periferní pumpa, usnadňující návrat venózní krve do pravého srdce, především z dolních končetin a malé pánve. Nelze také opomenout změny způsobené cvičením na buněčné úrovni pracujícího svalu, kosterního i srdečního.

Ve správně vedených cvičebných metodických postupech časné rehabilitace musí cvičební zatížení odpovídat energetickým požadavkům základních denních činností. Cvičební metodické postupy, které takovéto energetické požadavky respektují, musí dále postupovat od mírného tělesného zatížení k náročnějšímu za současného sledování dostupných základních ukazovatelů jako monitorování EKG u závažných stavů, sledování tepové frekvence, krevního tlaku i respektování subjektivních potíží i jejich klinických symptomů. Podmínkou je individuální přístup, který může zabránit škodlivým vlivům neúměrného zatěžování, které by se mohlo projevit na příklad selháváním levé srdeční komory nebo zvýšeným výskytem arytmií. Vzhledem k tomu, že do dneška chybí podrobnější údaje, které by vysvětlovaly spoluúčast rozličných faktorů na vzniku srdečního aneurysmatu případně i ruptury myokardu, je velmi nutné v údobí časné rehabilitace postupovat obezřetně a především pečlivě uvážit první den mobilizace nemocného po srdečním infarktu.

S časnou rehabilitací u ischemické srdeční choroby se v posledních létech setkáváme i na jiné úrovni — a to u nemocných po rekonstrukčních operacích na koronárních tepnách, nejčastěji ve formě aorto-koronárních bypasů. Při dobrém pooperačním průběhu mobilizuje tyto nemocné již v prvních pooperačních dnech.

S rozvojem kardiochirurgie se stále více zvětšuje skupina nemocných po operacích pro chlopněvé reumatické srdeční vady, a to jak po operacích na uzavřeném srdci, tak na otevřeném srdci pomocí mimotělního oběhu, kdy bývá nejčastější reumatickým procesem malformovaná a zničená chlopně nahrazena chlopní umělou. Časná léčebná rehabilitace se stala u těchto nemocných neopomenutelnou součástí v rámci časné komplexní pooperační léčby, kdy její zanedbání, zejména reedukace dýchání a uvolňování dýchacích cest, by mohlo mít pro nemocného, celkově po operaci oslabeného, i fatální následky. V příznivých případech tyto nemocné mobilizujeme v prvních dnech po operaci.

Četní autoři upozorňují také na význam časné rehabilitace srdečně nemocných z psychologického hlediska, což dokumentují rozličnými testy, podle nichž možno usuzovat na rychlejší odeznívání deprese a anxiety rehabilitovaných nemocných.

Závěrem k časné rehabilitaci kardiaků můžeme shrnout, že i přes přetrvávání rozličných názorů na zahájení mobilizace na intenzitu tělesného zatížení, především u nemocných po infarktu myokardu, stala se časná rehabilitace v našich zemích již samozřejmou součástí komplexní léčby srdečně chorých a na všech interních odděleních je jí věnována náležitá pozornost.

Na časnou rehabilitaci navazuje dlouhodobá rehabilitace, jejíž plné rozvíjení vyžaduje u nás mnohem větší pozornost, než ji byla věnována dosud, a to jak po stránce lékařské, tak po stránce organizační. Zatímco časná rehabilitace byla zaměřena hlavně proti nepříznivým účinkům prodlužovaného klidu na lůžku, rehabilitace dlouhodobá má za úkol v rámci sekundární prevence zvyšovat a udržovat trénovanost nemocného.

V tomto údobí, zejména v rekonvalescenci, dochází u nemocných po infarktu myokardu ke stabilizaci procesu, který je patrný zejména v EKG obraze. U nemocných po srdečních operacích probíhá dlouhodobá hemodynamická přestavba na nově vytvořené intrakardiální poměry, které jsou po zdařilém kardiochirurgickém zákroku předpokladem pro úspěšnou rehabilitaci. Nemocní však musí pokračovat v pravidelném provádění cvičení nejen v průběhu rekonvalescence, ale dlouhodobě, pokud lze cvičení indikovat, a to nej-

lépe v ambulantních podmínkách. V lázních nemocní přecházejí v tomto údobí nejčastěji do skupinově prováděné léčebné tělesné výchovy, která zahrnuje i rekreační sport a dozované vycházky.

Vzhledem k tomu, že energetické požadavky jednotlivých tělesných cvičení i sportů jsou známé a tytéž jak pro zdravé jedince tak pro kompenzované kardiaky, stávají se vodítkem pro sestavování dlouhodobých cvičebních programů v tréninku pro kardiaky rozličné výkonnosti. Proto určení výkonnosti kardiaků nejčastěji ergometrie je důležitou podmínkou pro stanovení úměrného tělesného zatížení v léčebné tělesné výchově. Umožňuje podle dosažené výkonnosti ve watech nebo na základě dosažených metabolických hodnot rozdělení kardiaků do funkčně homogenních skupin.

Jedním ze způsobů, jak zajistit úměrné tělesné zatížení ve cvičebních jednotkách, může být magnetofonová hudební nahrávka, která standardizuje cvičební zatížení i energický nárok tím, že zabezpečuje stálý rytmus, sled cviků, počet jejich opakování i přesné trvání cvičební jednotky při kterémkoliv jejím opakování.

Mnoho odborníků, lékařů i tělovýchovných pracovníků uvádí však rozličné cvičební postupy a rozličné druhy tréninků pro srdečně nemocné, na jejichž základě WHO doporučuje určité směrnice provádění i pozdní rehabilitace.

Léčebná rehabilitace u lidí v produktivním věku přechází v příznivých případech v pracovní rehabilitaci, která u srdečně chorých spočívá v zařazení do zaměstnání odpovídajícímu funkční klasifikaci kardiaka. Může to být původní zaměstnání nebo změněné zaměstnání nebo zaměstnání na zkrácený úvazek, ovšem, vždy s odpovídajícími metabolickými požadavky. Zařazením do zaměstnání nemá však pohybová léčba končit, ale nadále pokračovat.

Nelze opomenout ani rehabilitaci u dětských kardiaků. Tato připadá v úvahu u dětí po revmatické hořečce a provádí se převážně v rámci dlouhodobé komplexní lázeňské léčby. Vlivem prevence revmatizmu těchto dětí ubývá, zvětšuje se však skupina dětí po operacích vrozených srdečních vad. Dávkování, intenzita tělesných cvičení se musí řídit jako u dospělých závažností srdečního onemocnění a funkčním stavem dítěte; zcela jiná je však metodika tělesných cvičení, kterou je nutno přizpůsobit jednotlivým věkovým stupňům.

Z uvedeného vyplývá, že dlouhodobá rehabilitace je důležitou součástí komplexní léčby a sekundární prevence dospělých i dětských kardiaků. Při tom složitosti a nejasnosti v patogenéze a ischemické i revmatické srdeční choroby, stejně jako spoluúčast jiných léčebných faktorů, kterými jsou dieta, dodržování zásad životosprávy se zákazem kouření, otužování i boj proti obezitě, nedovolují dnes v rámci komplexní léčby vymezit vlastní účinek cvičení. Rovněž zůstává dosud nevysvětlený vliv tepenné nemoci nebo vliv na rekru-denci revmatické srdeční choroby. Stejně nelze dosud upřesnit podíl cvičení na případném prodloužení života nebo na příznivém ovlivnění celkové úmrtnosti u těchto onemocnění.

Možno uzavřít, že v rehabilitaci kardiaků řada fyziologických, medicínských i tělovýchovných problémů byla v průběhu uplynulých let vyřešena, četné problémy však ještě čekají na své řešitele.

Dr. Květa Pochopová, Brno

A. N. LEHNINGER:

BIOCHEMIE

[Biochémiä]

*Vydalo nakladateľstvo Chemie—Verlag, Weinheim, 1975.
736 str., 468 obr., 94 tab., cena brož. výtlačku DM 68,—.
ISBN 3-527-25639-3.*

Lehningerova Biochémiä, ktorá vychádza v roku 1975 vo weinheimskom nakladateľstve Chemie-Verlag je nemeckým prekladom anglickej pôvodiny „Biochemistry“, ktorá vyšla v roku 1970 vo Worth Publishers Inc. v New Yorku. Prof. Lehninger pracuje v ústave fyziologickej chémie John Hopkinsovej university v Baltimore a jeho dielo venované molekulárnym základom fyziologickej chémie sa stalo štandardnou učebnicou biochémiä amerických študentov.

Je veľkým činom, že práve táto učebnica sa dostáva nemeckým vydaním, ktorého preklad vyhotovili Karin Fischerová a Eberhard Reis do nemeckej jazykovej oblasti, čím sa toto dielo sprístupňuje predovšetkým aj európskym pracoviskám a univerzitám.

Lehningerova učebnica biochémiä je nekonvenčne zostavená. Má štyri hlavné oddiely a v týchto jednotlivých častiach venuje pozornosť aspektom biochemických dejov predovšetkým z hľadiska fyziologickej chémie bunky. Prvá časť sa zaoberá biomolekulami, druhá procesmi poskytujúcimi energiu, tretia procesmi potrebujúcimi energiu a konečne štvrtá, záverečná časť venuje pozornosť prenosu genetickej informácie.

Každá jednotlivá časť sa ďalej delí na niekoľko kapitol, v ktorých sú rozobrané detailne základné otázky príslušného tematického okruhu. V prvej časti sú to otázky biogénnych zlúčenín, — proteínov, enzýmov, lipidov, glycidov nukleotidov a polynukleotidov. V druhej časti sú to otázky bioenergetických princípov a ATP cyklu, otázky prenosu elektrónov, glykolýzy, cyklu trikarbonových kyselín, oxidatívneho štiepenia mastných kyselín a aminokyselín a otázky fosforylácie. Tretia časť v jednotlivých kapitolách hovorí o biosyntéze a využití „fosfátovej“ energie, jednotlivé kapitoly sa zaoberajú biosyntézou glycidov, lipi-

dov, proteínov a mononukleotidov, ďalšie venujú pozornosť kontraktílnym systémom a aktívnym prenosom cez biologické membrány. Posledná časť obsahuje niekoľko kapitol, venovaných replikácii, transkripcii a translácii genetickej informácie, pričom sa riešia otázky DNK a štruktúry chromozómov, otázky ribozómov a syntézy bielkovín, otázka genetickeho kódu a regulácie proteosyntézy. Záverečné kapitoly tejto časti sa zaoberajú molekulárnymi základmi morfogenézy a vznikom života. V dodatku je niekoľko prehľadných tabuliek, veľkého informačného obsahu a register.

Prednosťou tejto dnes už svetovej učebnice biochémiä je jej štruktúrne delenie z hľadiska obsahu, jej ilustračná časť prinášajúca dobrú dokumentáciu v podobe pekných schém, viacfarebných obrázkov a mikrofotografií, ale predovšetkým krátke závery jednotlivých kapitol, za ktorými nasledujú „Úlohy“, ktoré čitateľ, alebo ten, kto túto učebnicu študuje, môže sám riešiť, a tým aktívne si osvetliť a upevniť informácie príslušnej kapitoly. Každá kapitola na záver prináša aj ďalšiu literatúru tak knižnú, ako aj časopiseckú.

Lehningerova učebnica biochémiä je rozsiahlym dielom, ktoré rieši z hľadiska súčasných názorov niektoré aktuálne otázky fyziologickej chémie. Fyziologická chémia a biochémiä predstavujú v súčasnosti jednu z oblastí, ktorých znalosť je potrebná v mnohých oblastiach medicíny a prírodných vied. Pre lekárstvo je znalosť fyziologickej chémie nevyhnutná. Lehningerova kniha splňuje požiadavky na modernú učebnicu — prehľadná, aktuálna, moderná a cielená. Nie je príručkou, je učebnicou v pravom slova zmysle, pretože vyžaduje aktívnu spoluprácu čitateľa.

Dr. E. Mikulová, Bratislava.

**PŮVODNÉ VEDECKÉ
A ODBORNÉ PRÁCE****VHODNOSŤ A MOŽNOSTI REHABILITAČNEJ
A KÚPELNEJ STAROSTLIVOSTI
U HEMOFILIKOV****H. TAUCHMANNOVÁ***Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany,
riaditeľ prof. MUDr. Štefan Šitaj, DrSc.*

Súhrn: Závažným problémom pri hemofilikoch je postihnutie pohybového aparátu. V liečebnom pláne dôležitú úlohu hrá liečebná rehabilitácia.

V práci sa podáva prehľad rehabilitačných postupov pri liečení týchto chorých a zdôrazňuje sa odklon od tradičných metód imobilizácie po zakrvácaní kĺbu. Komplexná rehabilitačná liečba v kúpeľoch by bola vhodná za predpokladu zabezpečenia odbornej hematologickej starostlivosti v miestach kúpeľného zariadenia a vyčlenenia prevádzkových kapacít.

Heslo: Hemofilická artropatia — pohybová liečba — prevencia deformít — podporné pomôcky.

Hemofilická artropatia podobne ako i iné postihnutia muskuloskeletálneho systému znamená stálu hrozbu pre funkčnú telesnú zdatnosť chorého. V dôsledku liečby účinnými koncentrátmi frakcií krvnej plazmy, ktorými možno úspešne zvládnuť život ohrozujúce krvácanie, pribúda stále väčší počet prežívajúcich hemofilikov aj vo vyšších vekových skupinách. Do popredia sa tak dostáva problematika dlhodobého ošetrovania kĺbov i mäkkých štruktúr postihnutých jednorazovým, ale častejšie opakovaným krvácaním, ktoré vedie k ich trvalému poškodeniu, k vývinu deformít a nie zriedka aj k ťažkým ankylózam kĺbov. Podľa Huskinssona a Harta 90 % chorých na hemofiliu má arterické prejavy, a preto je zrejmé, že kompletná starostlivosť o tých chorých

H. TAUCHMANNOVÁ / VHODNOSŤ A MOŽNOSTI REHABILITÁCIE U HEMOFILIKOV

si vyžaduje v súčasnosti multidisciplinárnu pozornosť. Okrem trvalého dozoru hematológa posúva sa starostlivosť o postihnutý kĺbovo-svalový systém hemofilika do oblasti chirurgie, ortopédie a fyziatrie. Ale i napriek najstarostlivejšie zostavenému plánu substitučnej liečby a rehabilitačnej starostlivosti môže choroba vyústiť v čiastočnú alebo úplnú disabilitu. Najčastejším prejavom akútneho zakrvácania je hemartróz, zriedkavejšie je krvácanie do svalu.

Hemoragická epizóda mení kĺb na „locus minoris resistentiae“ a predisponuje ho na ďalšie zakrvácanie. Čím častejšie nastane hemorágia v kĺbe, tým častejšie vznikajú v kĺbe trvalé zmeny (Sálavec, 1970; Procházka a spoluprac. 1975) a v svaloch atrofia s následnou fibrózou svalu. Zavedenie pohybovej liečby do liečebného programu hemofilikov prinieslo zásadný odklon od tradičných metód imobilizácie kĺbu postihnutého zakrvácaním, ktoré sa odporúčali ešte v nedávnej minulosti.

Rehabilitačné postupy aplikované pri jednotlivých štádiách sa od seba značne líšia. V zásade však môžeme povedať, že pozostávajú z týchto hlavných zložiek: pohybovej liečby, prevencie deformít, z používania podporných pomôcok, liečby prácou a eventuálne komplexnej rehabilitačnej liečby v kúpeľoch.

Pohybová liečba je najvýznamnejšou zložkou rehabilitačných postupov a treba jej venovať mimoriadnu pozornosť. Pri zostavovaní rehabilitačného plánu musíme sa riadiť zásadami, že pohybová liečba nesmie byť traumatizujúca a unavujúca, pričom na druhej strane musí byť progresívna a dlhodobá a chorý ju musí vykonávať aj v domácom prostredí.

V akútnom štádiu prvé dva dni je potrebné zabezpečiť imobilizáciu postihnutého kĺbu kľudovými dlahami pri adekvátnej substitučnej a analgetickej liečbe. Po odoznení najakútnejších prejavov sú namieste pasívne pohyby na udržanie rozsahu pohybu a izometrické svalové kontrakcie na udržanie svalovej sily. Pohybová liečba v tomto období vyžaduje mimoriadnu jemnosť a citlivosť zo strany rehabilitačného pracovníka. Prítom treba zdôrazniť, že ani izometrika nie je pre chorého bez istého rizika, lebo silná kontrakcia svalu môže viesť k drobnému krvácaniu vyúsťujúcemu napokon vo fibrotizáciu svalu. Preto najmä pri hemofilii ťažkého stupňa treba voliť prísne individuálnu záťaž. V období odznievania akútnych prejavov sú namieste pohyby v odľahčení a stupňovanie posilňovania svalového aparátu príslušného kĺbu, čo zaisťuje jeho stabilitu a znižuje možnosť banálnej traumatizácie.

Pohybová liečba hemofilikov sa v zásade neodlišuje v ničom od pohybovej liečby nehemofilických chorých s kĺbovo-svalovými prejavmi, ale vyžaduje bdelú pozornosť rehabilitačného pracovníka i pacienta, aby sa včas upozornilo na prípadné obnovenia krvácania (Boone, 1974).

Neodmysliteľnou súčasťou pohybovej liečby je pravidelná evaluácia funkčnej spôsobilosti chorého, ktorá sa zvyčajne stáva zdrojom kladnej motivácie chorého pre pohybovú liečbu. Hemofilik sa musí naučiť považovať pravidelné cvičenie za súčasť životosprávy, ak si chce udržať dobrú telesnú kondíciu.

Druhou nemenej dôležitou zložkou je prevencia deformít. V dôsledku krvácania vzniká opuch a zateplenie kĺbu, ktoré môže niekedy dlhobode pretrvávajú a je prejavom chronickej hypertrofickej synovitídy. Z mechanických faktorov je to najmä distenzia kĺbu, ktorá sa pripája k nociceptívnemu dráždeniu vyčádzajúcemu z postihnutého kĺbu, vyvolávajúc reflexnú atrofiu v exten-

H. TAUCHMANNOVÁ / VHODNOSŤ A MOŽNOSTI REHABILITÁCIE U HEMOFILIKOV

rových svalových skupinách a hypertonus vo flexoroch. Najvýraznejšie sú tieto zmeny v oblasti kolenného kĺbu, kde reflexné zmeny v kvadricepse nastávajú už v prvých dňoch, ako na to poukázali viacerí autori (Ali, 1965; De Andrade, 1965; Boone, 1975; Duthie, 1972). Štatistiky z rôznych centier pre hemofilikov ukázali, že opakované krvácanie sa skoro najčastejšie vyskytuje v kolennom kĺbe a že prevencii deformít v tejto oblasti treba venovať mimoriadnu pozornosť.

V akútnom štádiu zabezpečíme imobilizáciu kĺbu kľudovými dlahami v 5 až 10-stupňovej flexii. Pri vyvinutých kontraktúrach je potrebné prikladať sériu korekčných dláh niekoľkokrát v priebehu dňa s neustále sa zvyšujúcim tupým uhlom až do 180 stupňov. Adekvátna prevencia a korekcia deformít znižujú vývin dexaxácií a subluxácií, ktoré predisponujú chorého na operatívny zárok. Tradičné podporné pomôcky, napr. barly sú pre hemofilikov málo vhodné. Naša protetika však vyrába veľmi málo ľahkých, na denné používanie vhodných podporných pomôcok. Na tomto poli ostávame chorým na hemofiliu veľa dlžní.

Akútnou sa stáva pre hemofilikov otázka liečby v kúpeľoch, ktorá je dnes jednou z viacerých možností komplexnej rehabilitačnej starostlivosti. No dodnes toto ochorenie, najmä jeho následné postihnutie pohybového aparátu, nie je v indikačnom zozname.

Do kúpeľného prostredia sústredená liečba detských i dospelých hemofilikov s vyvinutou artropatiou, s následkami po úrazoch a ortopedických operáciách, by zaplnila určité vákuum perzistujúce v liečebnom pláne týchto chorých. Odborné a intenzívne vykonávanie pohybovej liečby v nadväznosti na hydroterapiu s využitím fyzikálnych vlastností vodného prostredia, vztlaku a hydrostatického tlaku, predstavuje reálnu možnosť urýchliť reparačné procesy a zlepšiť funkčnú kapacitu chorého. Kúpeľná liečba na druhej strane predstavuje zvýšenie rizikového faktoru, a preto ju možno indikovať len v obzvlášť naliehavých prípadoch, kde pôjde alebo o udržanie pracovnej schopnosti, alebo o udržanie nezávislosti chorého od druhej osoby.

Predpoklady na liečbu v kúpeľoch sú: presná diagnóza s určením stupňa hemofílie, vyslanie chorého na liečbu v najvhodnejšom čase, ktorý určí hematológ, najužšia spolupráca hematológa v mieste kúpeľného zariadenia s vylúčeným lekárom — fyziatrom a možnosť okamžitého poskytnutia substituenej liečby v prípade potreby.

Liečebné kúpeľné zariadenia však nebudú môcť zabezpečiť starostlivosť, ak sa nezabezpečí odborná erudícia lekára-fyziatra, povereného starostlivosťou o týchto chorých sústredených v jednej liečebni, a ak nebude k dispozícii poučený personál. Rovnako je potrebné zabezpečiť voľnú kapacitu v balneoterapii, lebo pri dnešnej prevádzke v kúpeľoch je nepredstaviteľné zabezpečiť pre hemofilikov šetrné prostredie s vylúčením možnosti banálnych úrazov.

Vieme, že hoci dnes už viacero hemofilikov úspešne absolvovalo kúpeľnú liečbu s dobrým i veľmi dobrým efektom, jednako zavedenie vysielania hemofilikov do rutínnej praxe si vyžiada starostlivú úvahu a nemenej starostlivú prípravu zo strany kúpeľných zariadení.

H. TAUCHMANNOVÁ / VHODNOSTĚ A MOŽNOSTI REHABILITACE U HEMOFILIKOV

LITERATÚRA

1. *Ali, A. M., Gandy, R. H., Britten, M. I., Dormandy, K. M.*: Joint haemorrhage in haemophilia; is full advantage taken of plasma therapy? *Britisch Medical Journal*, 828, 1965.
2. *Boone, D. C.*: Management of Musculoskeletal Problems of Hemophilia *Physical. Therapy*, 54, 2, 122—127, 1974.
3. *Boone, D. C.*: Physical therapy management.
4. *Brinkhous, K. M., Hemker, H. C.*: Handbook of Hemophilia, *Excerpta Medica*, Amsterdam, 751—764, 1975.
5. *De Andrade, J. R., Grant, C., Dixon, A. St. J.*: Joint distension and reflex muscles inhibition in the knee. *Journ. of Bone and Joint Surgery*, 47, A, 313, 1965.
6. *Duthie, R. B., Matthews, J. M., Rizza, C. R., Steel, W. M., Woods, C. G.*: The management of musculo-skeletal problems in the hemophilia. Blackwell Scientific Publications, Oxford London, Edinburgh, Melbourne, 1972.
7. *Huskinsson, E. C., Hart, F. D.*: Joint disease all arthropaties Wright Bristol, 1973.
8. *Procházka, J., Roček, V., Krč, C., Vysloužil, F., Proček, J.*: Poškození kloubů u hemofilie, klinicko-rentgenologická studie. *Vnitřní lékařství*, 21, 3, 240—248, 1975.
9. *Salavec, M.*: Kloubní projevy u hemofilie. *Vnitřní lékařství*, 16, 1, 21—27, 1970.

Adresa autora: MUDr. H. T., Výskumný ústav reumatických chorób, 921 01 Piešťany.

G. Таухманова:

Пригодность и возможности восстановительной и курортной заботливости о больных гемофилией

Резюме

Важную проблему в деле лечения больных гемофилией представляет поражение двигательного аппарата. В лечебном плане значительную роль играет курортное восстановление.

В работе дается обзор методов восстановления при лечении этих больных и подчеркивается отклонение от традиционных методов иммобилизации после окровавления сустава. Комплексное восстановительное лечение на курорте было бы пригодным при условии обеспечения специальной гематологической заботливости в месте курортного учреждения и выделения для этих целей производственных помещений.

H. Tauchmannová:

Possibilities and suitability of spa treatment in patients with hemophilia

Summary

The affection of the motor system is a serious problem in patients with hemophilia. The paper presents a review of rehabilitation procedures for the treatment of these patients and emphasizes deviation from the traditional method of immobilization after haemarthrosis in the joint. Complex rehabilitation treatment in spas can be suitable if haematological care is provided in spa facilities.

H. Tauchmannová:

Angemessenheit und Möglichkeiten der Rehabilitations- und Badekurbehandlung bei Hämophilikern

Zusammenfassung

Bei Hämophilikern ist die Erfassung des Bewegungsapparates ein ernstes Problem. Im Behandlungsplan spielt die Rehabilitationsbehandlung eine wichtige Rolle.

H. TAUCHMANNOVÁ / VHODNOST' A MOŽNOSTI REHABILITACIE U HEMOFILIKOV

In der Studie wird eine Übersicht der Rehabilitationsverfahren bei der Behandlung dieser Patienten gegeben und eine Abweichung von den traditionellen Immobilisierungsmethoden nach Blutungen in Gelenk dringend empfohlen. Eine komplexe Rehabilitationsbehandlung in Kurorten wäre unter der Voraussetzung geeignet, daß im Ort der Badeeinrichtung spezialisierte hämatologische Fürsorge und die notwendige Betriebskapazität gewährleistet wird.

H. Tauchmannová:

Convenabilité et possibilités de la kinésithérapie et des soins balnéaires chez les hémophiles

Résumé

Un problème très important chez les hémophiles est l'affection du système moteur. Dans le plan thérapeutique c'est la réadaptation qui joue un rôle très important.

L'article présente un aperçu des procédés de réadaptation dans le traitement de ces malades et accentue la déviation à partir des méthodes traditionnelles d'immobilisation après l'ensanglantement de l'articulation. La kinésithérapie complexe dans les stations balnéaires serait parfaitement convenable à condition de pouvoir assurer des soins hématologiques spéciaux dans l'établissement balnéaire même et de diviser les capacités de service.

RECENZIE KNÍH

10. TAGUNG DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR UNFALLCHIRURGIE

(10. kongres rakouské společnosti pro úrazovou chirurgii)

Heft zur Unfallheilkunde, Heft 124

Vydal J. Rehn a L. Schweiberer

Springer Verlag Berlin, Heidelberg — New York, 330 stran, 110 obrázků, cena 98 DM.

Na kongresu sa zabývalo 108 chirurgů, ortopedů, úrologů, neurologů a patologů zlomeninami pánve. Pro praktickou potřebu bylo rozděleno zvolené téma do dvou skupin.

V prvé skupině byly na programu fraktury acetabula, které vznikají nárazem hlavice femoru na kloubní jamku. Přednášky se týkaly nejčastějších forem těchto zlomenin, diagnostiky, léčení a poúrazových následků. Při diagnostice je nutno myslet na možnost poškození hlavice, které nemusí být patrné na rtg snímku. Projeví se však při venografii, která také informuje o postupu regenerace hlavice. Konzervativní léčba se provádí tahem v ose končetiny a bočním tahem. Nezdary jsou zaviněny pozdní repozicí, nedostatečnou nebo krátkodobou

extenzí, zanedbáním postranního tahu. K osteosyntéze se indikují zlomeniny, které nelze reponovat konzervativně, které jsou po repozici nestabilní, u kterých je poškození sedací nerv nebo nastala relaxace. Optimální operační výsledky jsou při zákroku do jednoho týdne po zranění. U pacientů nad 60 let je však vhodnější konzervativní léčba. Také při poškození n. ischiadici jsou výsledky tím horší, čím později bylo operováno. Infekce po operacích jsou v 4–7 procentech a jsou závažnější než při konzervativní léčbě. Kde je podezření na poranění hlavice, prodlužuje se extenze, a to i u operovaných pacientů. K následkům patří paraartikulární osifikace, které jsou patrné za 6 měsíců a mohou za 1 rok vést až k invaliditě. Příčinou artróz je

porušená chrupavka úrazem, nedokonalou repozícií nebo nedostatečným prokrvením pro pozdní repozíciu. Nekróza hlavice býva z úrazového poškodení alebo ze špatného prokrvení u pozdně reponovaných, je možná alespoň čiastočná regenerácia pri extenzi prodloužené na 12—14 týdnů s následným čiastočným zatěžováním končetiny po 6 měsících. U nekroz hlavice, při značných bolestech a omezené funkci se doporučuje u mladších pacientů artrodéza, kterou může později nahradit totální protéza. U starých, při oboustranném postižení a u vybraných případů je vhodnější totální protéza.

V bohatě diskusi se řešila otázka poškození hlavice femoru a vhodnost operativního léčení u jednotlivých forem poranění.

Druhá skupina přednášek se věnovala zlomeninám pánevního prstence, které vznikají nepřímo tahem svalů a vazů nebo přímo nárazem na pánev. Provází je šok, cévní a urologické komplikace. Smrteľné je roztržení a. nebo v. iliacae communis, častěji jde však o postižení a. iliacae internae a jejich větví. Urologické komplikace provází poranění spojené s roztržením symfýzy. Ide o trauma ledvin, močového měchýře a močovodů. Při naplněném stěvě se vyskytuje jeho ruptura, při prázdňém stěvě jen pohmoždění. Může být roztržena slezina, bránice, játra i plíce. Mohou být poraněny nervové kořeny v oblasti foramina intervertebralia nebo lumbosakralní plexus, který je nechráněn před sakroiliackou krajinou. Tahem při úrazu nebo tlakem

úloмку případně krevního výronu může se poškodit kauda. Ze združených poranění se vyskytují fraktury končetin, žebra, páteře a nitrolební poranění. Urgentním léčebným úkolem je zvládnout šok, doplnit krevní řečiště, zastavit krváčení a zajistit dostatečnou plicní ventilaci. Rada přednášek se věnovala diagnostice, ošetření, komplikacím a následkům poranění močového aparátu. Operativní léčba při zlomeninách pánevního prstence se především zaměřuje na rupturu symfýzy. Z následků bývají nejčastější bolesti sakroiliackých kloubů pro uvolnění vazů. Překážky pro porod je nutno hodnotit individuálně za spolupráce gynecologa.

Diskuse ve druhé skupině sa zaměřila na smrteľné poranění, na urologické komplikace a na pórúrazové následky.

Význam kongresu je především v tom, že se věnoval poranění, kterého přibývá se vzrůstající dopravou a které má vysokou úmrtnost a závažné následky. Při tom problematiku zlomenin pánye řešila řada známých odborníků v celé šíři, na podkladě nejnovějších poznatků a moderních lékařských metod. Je dále nutné ocenit, že přednášející kriticky přistupovali i k otázkám, kde dosud nejsou možné jednoznačné závěry. Kongres také přihlédl k možnostem a podmínkám ošetřování v terénu. Při jeho jednání však chybě! hlubší funkční rozbor, a to jak při časném, tak i pozdním léčení a hodnocení vzhledem k významu pánye a kýčelového kloubu pro statiku a kinetiku lidského těla.

MUDr. V. Mastný, Brno

J. KRÖSCHLOVÁ: NAUKA O POHYBU

Vydalo Státní pedagogické nakladatelství Praha, 1975. Str. 144, obr. 96. Cena Kčs 23,—.

V Štátnom pedagogickom vydavateľstve v Prahe vychádza roku 1975 zaujímavá publikácia Nauka o pohybu, ktorá je určená jednak pedagógom, jednak choreografom. Pre rehabilitáciu má ten význam, že niektoré kapitoly sú dôležité aj z hľadiska pohybu pre liečebnú telesnú výchovu predovšetkým z hľadiska estetiky pohybu. Kniha má 4 základné kapitoly a úvod. V prvej kapitole sa hovorí o správnom tanečne vzornom držaní tela. V druhej kapitole, ktorá je venovaná analýze pohybu, sú uvedené základné anatomické, funkčné anatomické a biomechanické aspekty pohybu.

Táto kapitola je najzaujímavejšia a dôležitá aj pre oblasť rehabilitačných programov. Tretia kapitola venuje pozornosť syntéze pohybu. Kniha je ukončená niekoľkými metodickými pokynmi pre jednotlivé polohy pri cvičení.

Publikácia Kröschlovej je rozhodne zaujímavým pokusom súborne zhodnotiť problematiku pohybu a začleniť jednotlivé aspekty do určitého systému. Knihu treba odporúčať predovšetkým rehabilitačným pracovníkom, ktorí pripravujú rehabilitačné programy, pretože tu nájdú veľa podnetov pre svoju prácu.

Dr. M. Palát, Bratislava

VPLYV RELAXAČNÉHO TRÉNINGU NA VYSOKÝ KRVNÝ TLAK

R. RUŽINÁK, I. ČELKOVÁ

Čs. štátne kúpele Sliač,
riaditeľ MUDr. Ján Novák.

Súhrn: Uskutočnili sme relaxačný tréning s 90 pacientmi s m. hypertonicus, pričom sme sledovali subjektívne ukazovatele (bolesti hlavy, závraty, stenokardie, poruchy spánku, subjektívny pocit nervozity) a objektívne ukazovatele — pokles TK za obdobie štyroch týždňov liečby v kúpeľoch Sliač, ako aj pokles TK po jednom relaxačnom tréningu. Porovnaním s rovnocennou kontrolnou skupinou sme zistili signifikantné zlepšenie v jednom subjektívnom ukazovateli (ústup neurastenických ťažkostí) a v objektívnom ukazovateli — väčší pokles krvného tlaku.

Odporúčame vykonávať relaxačný tréning u pacientov s m. hypertonicus ako ľahko uskutočniteľnú a nenákladnú liečebnú metódu.

Heslo: Hypertenzívna choroba — relaxačný tréning.

Rozvoj civilizácie, najmä v posledných desaťročiach, pozmenil prostredie a spôsob života. Civilizácia priniesla so sebou nielen kladné, ale aj záporné vplyvy. Moderný človek je zbavený ticha, pokoja, oddychu, čerstvého vzduchu aj fyzickej práce. Stav trvalého vysokého nervovosvalového napätia podnecujú faktory, akými sú hluk, tranzistory, filmy, televízia, dramatické športové podujatia, rýchle životné tempo atď. Keďže vývoj zastaviť nemožno, treba hľadať prostriedok na kompenzovanie negatívnych vplyvov civilizácie, ktorý by prispel k zlepšeniu zdravia a obnove duševnej rovnováhy. Jedným z takýchto prostriedkov je relaxačný tréning.

Úplná relaxácia tela a mysle, aj keď trvá len 10 minút, môže človeka osviežiť viac ako celé hodiny nepokojného spánku. V relaxačnom tréningu sa vypracováva sústredené uvoľňovanie v šiestich oblastiach: svalstvo, cievy, srdce, telesné orgány, hlava, dýchanie. Neprecvičuje sa celý organizmus naraz, lebo je obťažné sústreďovať sa na veľkú oblasť. Cvičí sa v pohodlnej polohe, polžičky alebo posediačky. Pri polohe v ľahu (ktorú sme používali) treba ležať na chrbte, prsty nôh smerujú von, paže sú uvoľnené, dlane obrátené dole.

Pri polohe v sede treba sedieť v pohodlnom kresle s vysokým operadlom, hlavu a chrbát pohodlne oprieť. Boky sú uvoľnené, chodidlá na podlahe blízko seba. Kolená smerujú mierne von. Paže sú pokrčené a lakty pohodlne opreté.

Metodika

Cvičenie sme robili v skupinách 4 až 6 pacientov, cvičiaci pacienti ležali na žinenkách, pod hlavou mali vankúš. Teplota cvičebnej miestnosti bola približne izbovej teploty a bola odizolovaná od bežného prevádzkového ruchu. Pacient leží voľne, pohodlne, čo poskytuje dobré podmienky na relaxáciu. Dôležitý je výber pacientov na tento druh cvičenia, pretože cvičenie je náročné na pochopenie a spoluprácu pacienta, Takisto je náročné na výkon rehabilitačnej sestry, ktorá musí konať veľmi presvedčivo a psychicky úplne ovládať všetkých pacientov. Dôležité je, aby rehabilitačná sestra pri oboznamovaní pacientov s cvičebným programom dôkladne im vysvetlila princíp cvičenia a získala si ich dôveru pre spoluprácu.

Počas cvičenia sa pacienti nesmú rozprávať, treba zachovať absolútny pokoj. Pacienti ležia a sústreďujú sa na rozprávanie cvičiteľa. Začína sa postupným uvoľňovaním svalstva najskôr pravej HK (u ľaváka opačne) potom DK. Pri uvoľňovaní dbáme na to, aby pacienti vedeli rozlíšiť pocit napnutého a uvoľneného svalu. Dosiahneme to tak, že ich necháme niekoľkokrát za sebou napnúť a uvoľniť svalstvo na príslušnej končatine, pričom ich vyzveme, aby vnímali rozdiel, aký pociľujú pri napnutom a uvoľnenom svalstve. Aj keď pri prvom sedení pacient nevie hneď dokonale uvoľniť svalstvo, pri opakovaných sedeniach sa to naučí a možno povedať, že koncom prvého týždňa a v druhom týždni už vie uvoľňovať svalstvo celkom dobre. Po uvoľnení svalstva končatín pokračujeme s postupným uvoľňovaním svalstva tváre — hlavne očí — pacienti opakovane zatvárajú a otvárajú oči a nakoniec až do ukončenia cvičenia nechávajú oči zatvorené. Obdobne sa uvoľní žuvacie svalstvo a tvár sa stáva nehybnou ako maska.

Medzi jednotlivými úkonmi opakovane posilňujeme vnemy dosiahnutých pocitov svalového uvoľnenia, vyzývame pacientov, aby ležali pokojne, nehybne, nemysleli na nič, dýchali voľne a celkom sa sústreďovali na reč cvičiteľky.

Po uvoľnení svalstva snažíme sa ovplyvniť dýchanie pacientov. Vyzývame ich, aby dýchali pomaly, voľne, zhlboka a snažíme sa dosiahnuť, aby vnímali pocit ľahkého dýchania. Keď dosiahnu tento pocit, sústredíme ich vnímanie na srdcovú činnosť. Pacienti musia postupne dosiahnuť pocit, že srdce im bije pomaly, pokojne, pritom dostatočne silné. Necháme pacientov nejaký čas vnímať tieto dosiahnuté pocity. Znovu im pripomenieme uvoľnené svalstvo a ľahké dýchanie. Keď toto všetko dosiahneme, sústredíme pozornosť pacientov na ľavú HK, aby vnímali príjemné teplo, ktoré sa rozlieva po celej HK. Tento pocit treba vnímať ako následok dobrého prekrvenia končatiny. Neskôr prenesieme vnímanie príjemného tepla vo všetkých končatinách. Nakoniec sugestívne pôsobíme na pacientov, aby vnímali pocit tepla v oblasti žalúdka a neskôr pocit chladného čela.

Medzi jednotlivými úkonmi musia byť primerané prestávky. Keď už dosiahneme všetky spomínané pocity, necháme pacientov 10 až 15 minút pokojne ležať. V tomto období sa stáva, že pacienti aj zaspia.

R. RUŽINÁK, I. ČELKOVÁ / VPLYV TRÉNINGU NA VYSOKÝ KRVNÝ TLAK

Cvičenie sa skončí otvorením očí, postupným rozcvičovaním končatín a ľahkým celkovým cvičením. Celý relaxačný tréning trvá $\frac{1}{2}$ až $\frac{3}{4}$ hodiny. U nás sme ho robili 5 ráz do týždňa počas štyroch týždňov.

Účinky relaxačného tréningu sme sledovali pri pacientoch s morbus hypertonicus. V súbore sme mali 90 pacientov [m. hypert. I. a II. (WHO) — 61, m. hypert. III. (WHO) — 29]. V kontrolnom súbore bolo 90 pacientov s m. hypert. [m. hypert. I. a II. (WHO) — 50, m. hypert. III. (WHO) — 30]), ktorí absolvovali skupinový liečebný telocvik odporúčaný pri liečbe vysokého krvného tlaku. V skupine, ktorá absolvovala relaxačný tréning, bolo 38 mužov a 42 žien. Priemerný vek bol 44 rokov. V kontrolnej skupine bolo 44 mužov a 46 žien, priemerný vek 48,5 rokov.

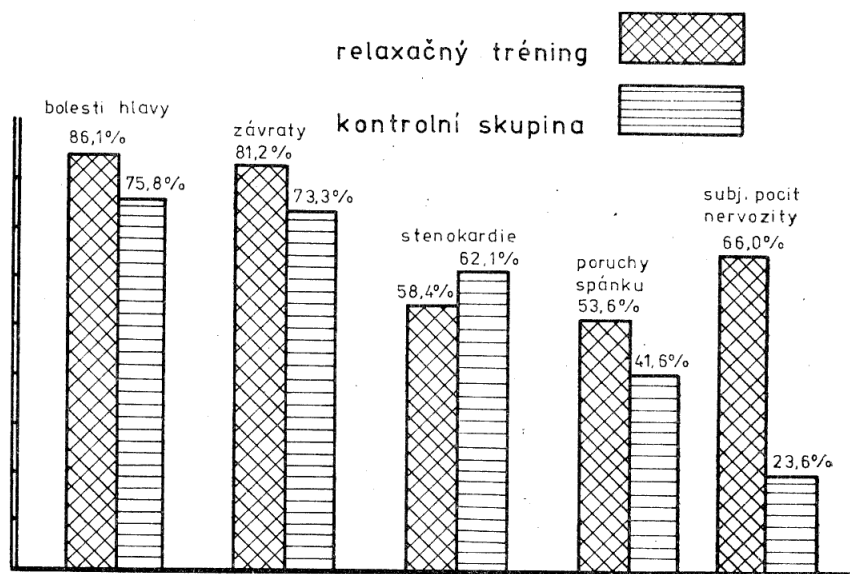
Súbory podľa vekového rozvrstvenia, ako aj podľa pohlavia sú rovnocenné, a preto ich možno porovnávať. Pacienti v oboch súborech dostávali uhlíčitú kúpeľ (priemerne 19 kúpeľov za obdobie 4 týždňov, cvičili priemerne 18 ráz). Do súboru sa nepojali pacienti s podstatnou zmenou v medikamentózne liečbe.

U pacientov sme sledovali subjektívne ukazovatele: bolesti hlavy, závraty, výskyt stenokardií, subjektívny pocit nervozity (vnútorné napätie, depresia, plačlivosť a iné neurastenické ťažkosti). Z objektívnych ukazovateľov sme sledovali: pokles TK celkove (TK na začiatku liečby a na konci liečby, pričom sme brali do úvahy priemerný tlak z prvých troch a posledných troch dní) a pokles tlaku po jednom relaxačnom tréningu.

Výsledky a ich hodnotenie

Subjektívne ukazovatele:

Graf znázorňuje ústup ťažkostí na konci liečby.



Výsledok je signifikantný len pri ústupe subjektívneho pocitu nervozity (zlepšenie v relaxačnej skupine 66,0% a v kontrolnej skupine 23,6%).

R. RUŽINÁK, I. ČELKOVÁ / VPLYV TRÉNINGU NA VYSOKÝ KRVNÝ TLAK

Objektívny ukazovateľ:
Zmeny TK za celé obdobie liečby.

Relaxačný tréning

Kontrolná skupina

Systolický TK v torr	0	10	20	30	40	50	60	Systolický TK v torr	0	10	20	30	40	50	60	80
pokles	3	26	32	17	7	3	1	pokles	14	31	13	7	10	3	—	1
vzostup	—	1	—	—	—	—	—	vzostup	—	4	3	1	2	1	—	—
Diastolický TK v torr	0	10	20	30	40	50	60	Diastolický TK v torr	0	10	20	30	40	50	60	
pokles	28	36	20	4	1	—	—	vzostup	22	41	12	1	—	—	—	—
vzostup	—	1	—	—	—	—	—	pokles	—	13	1	—	—	—	—	—

Priemerný pokles syst. TK: 21 torr.
Priemerný pokles diast. TK: 10,1 torr.

Priemerný pokles syst. TK: 13,8 torr.
Priemerný pokles diast. TK: 5,8 torr.

Na tabuľke je znázornený pokles, ev. vzostup systolického a diastolického tlaku relaxačnej a kontrolnej skupiny. Hodnoty tlaku sú rozdelené do stĺpcov podľa toho, o koľko torrov nastala zmena TK. Keď urobíme priemer poklesov TK (čo dosiahneme spočítaním jednotlivých poklesov a odčítaním súčtu vzostupov) dostaneme priemerný pokles TK na jedného pacienta. (Tlaky sa merali pred cvičením).

Relaxačná skupina	Kontrolná skupina	
21,0 torr	13,8 torr	pokles TK systolického
10,1 torr	5,8 torr	pokles TK diastolického

Tabuľka ukazuje väčší pokles systolického a diastolického TK pacientov, ktorí absolvovali relaxačný tréning. Rozdiel je signifikantný.

Obdobným výpočtom ako pri určovaní priemerného poklesu TK zistíme priemerný pokles TK po jednom relaxačnom tréningu:

pokles systolického TK 9,0 torr
pokles diastolického TK 4,5 torr

R. RUŽINÁK, I. ČELKOVÁ / VPLYV TRÉNINGU NA VYSOKÝ KRVNÝ TLAK

Porovnanie s kontrolnou skupinou neuvádzame, pretože pri bežnom cvičení dosiahneme mierne zvýšenie TK, nie pokles.

Pacienti počas relaxačného tréningu často zaspali. Spolu zaspalo 58 pacientov, celkove 512-krát. Najviac ich zaspalo už koncom prvého týždňa. Vyjadrené v % zaspalo 64,4 % pacientov. Najvyšší počet dosiahol pacient, ktorý zaspal 15-krát.

Záver

Po zhodnotení sledovaných ukazovateľov konštatujeme, že relaxačný tréning je vhodný pri liečbe m. hypertonicus, o čom svedčí hlavne väčší pokles TK oproti kontrolnej skupine (výsledok signifikantný). Jednorazové zníženie TK po relaxácii sa dá využiť u pacientov s m. hypertonicus po stresových udalostiach, keď nastáva zvýšenie TK. Niekoľkominútovou relaxáciou možno tento tlak vzápätí znížiť.

Priaznivý vplyv na subjektívne ťažkosti: bolesti hlavy, závraty, poruchy spánku, nebol potvrdený signifikantnými číslami, ale je pravdepodobné, že pri väčšom súbore niektoré z týchto ukazovateľov by boli signifikantné. Treba brať do úvahy, že v porovnávacom súbore sa pacienti liečili uhličítymi kúpeľmi, a preto rozdiel v percente zlepšenia bol menší, keďže sám uhličitý kúpeľ priaznivo vplyva na sledované ukazovatele. Zlepšenie subjektívneho pocitu nervozity je signifikantné, preto využitie relaxačného tréningu odporúčame pri rôznych formách neurastenického syndrómu. Vplyv na stenokardie sa v našej skupine nedokázal signifikantne. Zhodnotenie sledovaných ukazovateľov potvrdzuje súčasne priaznivý vplyv uhličitých kúpeľov na pokles TK, bolesti hlavy, závraty, stenokardie, poruchy spánku a v menšej miere (23,6 %) na subjektívne pocity nervozity. Všetky zlepšenia sú signifikantné.

Relaxačný tréning vo forme skupinového cvičenia, ako sme ho realizovali na Sliachi, odporúčame ako ľahko uskutočniteľnú, úspešnú a nenákladnú liečebnú metódu. Dôležité je, aby sa pacienti naučili v kúpeľoch uskutočňovať relaxačný tréning, a hlavne, aby ho potom po ukončení liečenia používali doma v bežnom živote, ktorý je v dnešnej modernej dobe taký preplnený stresovými situáciami.

LITERATÚRA

1. Kratochvíl, S.: Psychoterapie, Avicenum, Praha 1970, s. 150—162.
2. Kogler, A.: Joga, telesné cvičenia, dýchanie, autogénny tréning, Bratislava, 1971, s. 105—117.

Adresa autora: MUDr. R. R., Čs. štátne kúpele, 962 32 Sliach.

Р. Ружинак, И. Челкова:
Влияние релаксационной тренировки на гипертоническую болезнь

Резюме

Мы провели релаксационную тренировку с 90 больными гипертонической болезнью, причем мы наблюдали так за субъективными показателями (головные боли, головокружения, стенокардии, расстройства сна, субъективное опущение нервности), как

R. RUŽINÁK, I. ČELKOVÁ / VPLYV TRÉNINGU NA VYSOKÝ KRVNÝ TLAK

и за объективными показателями — понижением кровяного давления в течение четырех недель лечения в курорте Слияч, равно как и понижением кровяного давления после одной релаксационной тренировки. По сравнению с одинаковой контрольной группой мы установили достоверное улучшение в одном субъективном показателе (исчезновение неврастенических затруднений) и в объективном показателе — большее понижение кровяного давления.

Мы рекомендуем проводить релаксационную тренировку у больных гипертонией как легко осуществимый и недорогостоящий метод.

R. Ružinák, I. Čelková:

The influence of relaxing training on high blood pressure

Summary

A relaxing training was carried out in 90 patients with m. hypertonicus; subjective factors (head aches, dizziness, stenocardia, sleep disturbances, subjective feeling of nervousness) and objective factors — decrease of blood pressure during a period of four week's spa treatment et Sliac, as well as a decrease of blood pressure after one relaxing training. The comparison with an equivalent control group showed significant improvement in one subjective factor (improvement of neurastenic complaints) and in the objective factor — greater decrease of blood pressure.

Relaxing training is being recommended for patients with m. hypertonicus as an easily executed and inexpensive therapeutic method.

R. Ružinák, I. Čelková:

Der Einfluß des Relaxationstrainings auf hohen Blutdruck

Zusammenfassung

90 Patienten mit m. hypertonicus wurden mit Relaxationstraining behandelt, wobei sowohl die subjektiven Merkmale (Kopfschmerz, Schwindelgefühle, Stenokardie, Schlafstörungen, subjektives Nervositätsgefühl) als auch die objektiven Merkmale — Verringerung des Blutdrucks während der vier Wochen Kuraufenthaltes in Bad Sliac und Verringerung des Blutdruckes nach je einem Relaxationstraining beobachtet wurden. Durch Vergleich mit einer gleichartigen Kontrollgruppe wurden signifikante Besserungen bei einem subjektiven Merkmal (Rückgang der neurasthenischen Beschwerden) und bei dem objektiven Merkmal — eine größere Verringerung des Blutdrucks — festgestellt.

Es wird empfohlen, das Relaxationstraining bei Patienten mit m. hypertonicus als eine leicht durchführbare und nicht aufwendige Heilmethode durchzuführen.

R. Ružinák, I. Čelková:

Influence de l'entraînement de relaxation sur l'hypertension

Résumé

On a effectué un entraînement de relaxation avec 90 patients affectés de m. hypertonicus en contrôlant les facteurs subjectifs (maux de têtes, vertiges, sténocardies, troubles du sommeil, sensation de nervosité subjective) ainsi que les facteurs objectifs — réduction de l'hypertension au cours d'une période de quatre semaines de traitement aux stations thermales de Sliac et une réduction de l'hypertension après un seul entraînement de relaxation.

Par la comparaison avec un groupe de contrôle équivalent, on a constaté une amélioration significative dans l'un des facteurs subjectifs (retraite des difficultés neurasthéniques) et une réduction plus grande de l'hypertension dans le facteur objectif — une baisse plus importante de l'hypertension.

Nous recommandons un entraînement de relaxation et une méthode thérapeutique peu honéreuse.

PROBLÉMY REHABILITÁCIE CHIRURGICKY LIEČENÝCH DETÍ S BRONCHIEKTÁZIAMI

F. SÝKORA, E. NEVICKÁ, Š. LITOMERICKÝ,
L. BADALÍK

*Ústav tuberkulózy a respiračných chorôb, Bratislava -
Podunajské Biskupice,*

riaditeľ doc. MUDr. K. Virsík, DrSc.

*Katedra tuberkulózy a respiračných chorôb Inštitútu
pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov,
Bratislava - Podunajské Biskupice,
vedúci doc. MUDr. K. Virsík, DrSc.*

Súhrn: Autori hodnotia súbor 28 detí s bronchiektáziami, v minulosti liečených chirurgicky. Vyšetrenia sa robili v časovom odstupe 3 až 7 rokov po chirurgickej liečbe. Katanestickým vyšetrením sa u $\frac{2}{3}$ detí zistili klinické príznaky ochorenia, najmä kašeľ s expektorizáciou. Polovica detí má vážne zmeny bronchologické, $\frac{2}{3}$ poruchy ventilačné a $\frac{1}{5}$ deformácie hrudníka. Zistené poruchy a zmeny a ich intenzita poukazujú na dôležitosť dispenzarizácie stavov po chirurgickej liečbe pre bronchiektázie pod dozorom odborného lekára pre pľúcne choroby. Pre prezentovaný súbor sa ukázala ako významná klinicko-rehabilitačná liečba, ktorou sa dosiahlo zlepšenie funkčných ukazovateľov dýchania. Autori túto liečbu pre jej efekt odporúčajú aplikovať opakovane. Vzhľadom na charakter pooperačných zmien je potrebná špeciálna starostlivosť a úzka spolupráca s rehabilitačným oddelením.

Heslo: Bronchiektázie — chirurgia — bronchiektázií — ventilačné hodnoty — rehabilitačný program.

Bronchiektázie sú chorobným stavom rôznej etiológie, ale s rovnakým klinickým a patologicko-anatomickým obrazom. Sú prevažne len sekundárnym ochorením. Klinické príznaky zisťujeme už v ranom detskom veku, a to hlavne vo forme dlhotrvajúceho kašľa s vykašľávaním. Patologicko-anatomicky sú rozšírené stredné a malé bronchy. Stena bronchov, ako aj okolité tkanivové štruktúry sú zápalovo zmenené. Jednou z hlavných príčin je stenóza alebo dislokácia bronchov. Dislokácia je prevažne endobronchiálna, môže ju však spôsobiť kompresia bronchov zvonku. Vchlípené rozšírenie bronchov javí sa po šiestich mesiacoch obvykle ako ireverzibilné [5].

F. SÝKORA, E. NEVICKÁ, Š. LITOMERICKÝ, I. BADALÍK / PROBLÉMY REHABILITÁCIE DETÍ S BRONCHIEKTÁZIAMI

Terapia bronchiektázií u detí prináša viacero vážnych problémov. Správne riešenie je niekedy veľmi ťažké. Treba úzkej spolupráce pediatra s chirurgom, aby sa volila terapia, ktorá dieťa nesmie prognosticky traumatizovať, ba dokonca invalidizovať. Snažili sme sa preto zhodnotiť výsledky terapie rehabilitácie detí hospitalizovaných na detskom oddelení ÚT a RCH v Bratislave-Podunajských Biskupiciach, pre bronchiektázie a liečených radikálne na rôznych pracoviskách.

Materiál a metodika

28 deťom po pľúcnych resekciách sme urobili ambulantne tieto vyšetrenia:

1. Podrobnú anamnézu.
2. Celkové interné vyšetrenie s podrobnejším hodnotením deformít hrudníka.
3. Negatívnu snímku pľúc vo dvoch projekciách.
4. Bronchografické vyšetrenie.
5. Snímku paranazálnych dutín.
6. Spirometrické vyšetrenie vo forme globálnej spirometrie na spirometri značky Lundia, prepočítavané na náležité hodnoty podľa Herdegena (1).
7. Bakteriologické vyšetrenie.
8. Stanovenie rehabilitačného plánu.

Väčšina našich detí bola operovaná medzi 7. a 15. rokom života, iba 4 deti boli mladšie ako 6 rokov. Vidieť miernu prevahu dievčat (Tab. č. 1.).

Tab. 1

**ROZDELENIE SLEDOVANÉHO SÚBORU
PODĽA VEKU A POHLAVIA**

(ÚT a RCH POD. BISKUPICE
28 DETÍ S BRONCHIEKTÁZIAMI).

VEKOVÉ SKUPINY	POČET DIEVČAT	POČET CHLAPC.	SPOLU
0 6	1	3	4
7 10	9	2	11
11 15	5	8	13
CELKOM	15	13	28

21 deťom sme urobili lobektómiu, z toho 20-krát dolnú, len šiestim sme urobili rozsiahlejší chirurgický zákrok, pneumektómiu a bilobektómiu.

Výsledky

Pri katamnestickom vyšetrení 3 až 7 rokov po operácii sme zistili, že polovica pacientov sa nezbavila kašľa, jedna tretina dokonca intenzívne vykašľávala, takmer polovica udávala dušnosť pri námahe a len 8 z 28 operovaných bolo bez ťažkostí (Tab. č. 2.).

Tab. 2

SUBJEKTÍVNE ŤAŽKOSTI ZISTENÉ
KATAMNESTICKY

(UTÄRCH POD. BISKUPICE
28 DETÍ S BRONCHIEKTÁZIAMI).

DRUH ŤAŽKOSTÍ	VÝSKYT ŤAŽKOSTÍ	
	abs.	%
KAŠEĽ	14	50,0
EXPEKTORÁCIA	8	28,6
ČASTÝ VÝTOK Z NOSA	1	3,6
DUŠNOSŤ PRI NÁMAHE	13	46,4
NECHUTENSTVO	2	7,1
TEPLOTY	1	3,6
BEZ ŤAŽKOSTÍ	8	28,6

Pri hodnotení postresekčných bronchologických zmien sme si zadelili pa-
cientov do troch skupín:

- I. Nález v medziach normy, bol u 6 prešetrovaných
- II. Nález s miernymi zmenami malo 10 detí
- III. Nález s rozsiahlymi zmenami bol u 12 pacientov.

Pri hodnotení deformít hrudníka vo vzťahu k rozsahu chirurgického výkonu sme zistili plochý hrudník u 18 pacientov, odstávajúce lopatky u 8 pacientov, 4 pacienti mali retrahovaný hrudník a u troch bola výrazná skolióza. Len 5 pacientov malo normálny tvar hrudníka (Tab. č. 3.).

Tab. 3

HODNOTENIE DEFORMÍT HRUDNÍKA VO VZŤAHU K ROZSAHU CHIRURGICKÉHO VÝKONU

(UTA RCH POD BISKUPICE, 28 DETÍ S BRONCHIEKTÁZIAMI)

ROZSAH CHIRURGICKÉHO VÝKONU	počet prevedených zákrokov	plochý hrudník	retrahovaný hrudník	odstávajúce lopatky	skoliosa	negatívny nález
LUBEKTÓMIA HORNÁ	1	-	1	-	-	-
LUBEKTÓMIA DOLNÁ	20	13	-	4	1	4
BILOBEKTÓMIA DOLNÁ	3	3	1	2	-	1
PNEUMEKTÓMIA	3	2	2	1	2	-
SEGMENTÁLNA RESEKCIA	1	-	-	1	-	-
CELKOM	28	18	4	8	3	5

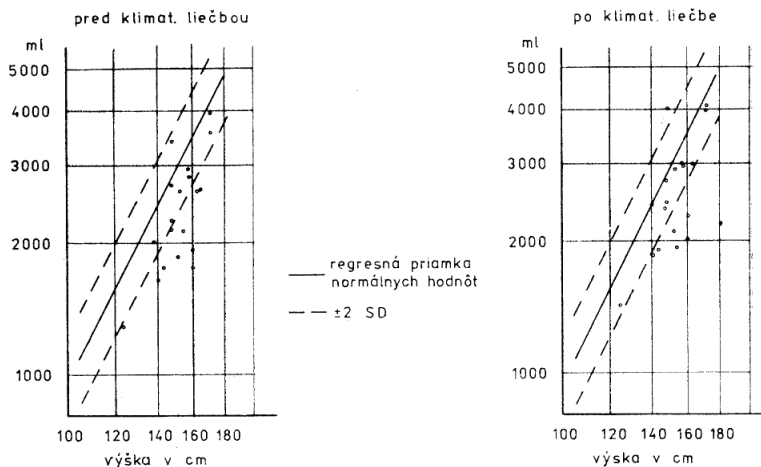
Normálne ventilačné hodnoty sme zistili len u dvoch pacientov, restriktívnu poruchu u piatich pacientov, ľahkú obštruktívnu poruchu u ôsmich pacientov, stredne ťažkú obštruktívnu poruchu u dvanástich pacientov, ťažkú obštruktívnu poruchu u jedného pacienta.

Osemnásť detí po vyšetrení dostalo jednomesačný letný klimaticko-rehabilitačný pobyt v liečebni pre nešpecifické respiračné ochorenia. Porovnali sme hodnoty vitálnej kapacity, hodnoty rozpísaného výdychu za 1 sekundu a hodnoty maximálneho dychového objemu pred započatím pobytu a po jeho ukončení.

Pri hodnotení vitálnej kapacity detí s bronchiektáziami pred klimatickou liečbou a po nej sme zistili, že po absolvovaní klimaticko-rehabilitačnej liečby sa hodnoty posunuli k normálnym hodnotám, respektíve k pásmu \pm dvoch smerodajných odýchlok (Tab. č. 4.).

Tab. 4

POROVNANIE HODNÔT VITÁLNEJ KAPACITY DETÍ S BRONCHIEKTÁZIAMI PRED A PO KLIMATICKEJ LIEČBE S NORMÁLNymi HODNOTAMI (NORMÁLNE HODNOTY PODĽA HERDEGENA, 1963, ZNÁZORNENIE)



Tab. 5

TESTOVANIE VÝZNAMNOSTI ROZDIELU V PRIEMERNÝCH HODNOTÁCH VC, V_{MAX} A FEV/sek U DETÍ S BRONCHIEKTÁZIAMI PRED A PO KLIMATICKEJ LIEČBE

(UT a RCH POD BISKUPICE, 18 DETÍ)

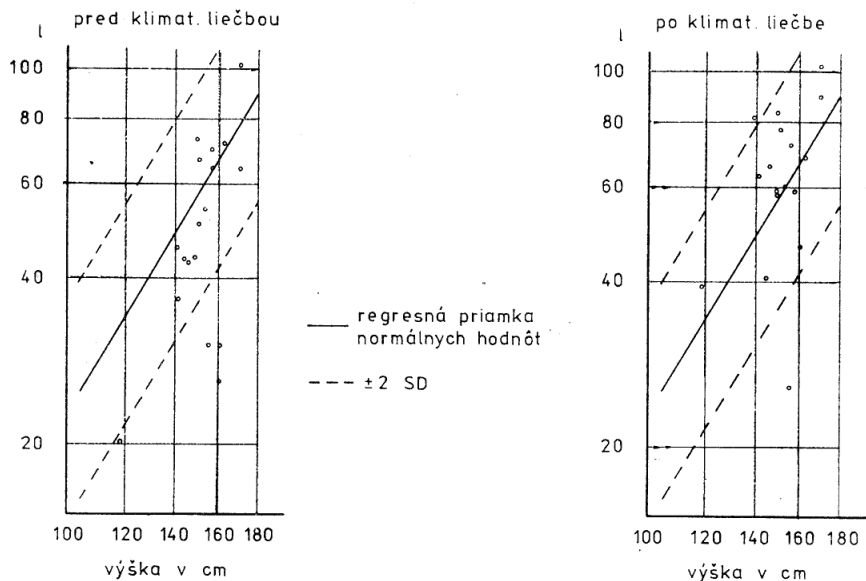
	Priemerná hodnota		Meradlo významnosti (t)	Pravdepodobnosť omylu (P)
	Pred	Po		
VC	2 316	2 553	5,065	P < 0,001
Vmax	52 516	63 267	3,010	P < 0,01
FEV/sek	1 646	1 812	1,662	P < 0,05

Porovnanie hodnôt maximálneho dychového objemu pred klimatickou liečbou a po nej vykazuje posun k normálnym hodnotám (Tab. č. 5.). Štatisticky sme testovali významnosť rozdielu v priemerných hodnotách vitálnej kapacity,

Tab. 6

POROVNANIE HODNÔT V_{MAX} DETÍ S BRONCHIEKTÁZIAMI PRED
A PO KLIMATICKEJ LIEČBE S NORMÁLNymi HODNOTAMI

(NORMÁLNE HODNOTY PODĽA HERDEGENA, 1963, LOG. ZNÁZORNENIE)



maximálneho dychového objemu a rozpísaného výdychu za sekundu. Z testovania významnosti rozdielu vyplýva, že zvýšenie hodnôt vitálnej kapacity bolo štatisticky vysoko signifikantné. Aj hodnoty maximálneho dychového objemu sa štatisticky signifikantne zvýšili. Naproti tomu hodnoty rozpísaného výdychu za 1 sekundu neboli štatisticky signifikantne zvýšené (Tab. č. 6.). Subjektívne ťažkosti sa u väčšiny detí zmiernili, zlepšil sa celkový stav detí s váhovým prírastkom. Zhoršenie nenastalo ani u jedného dieťaťa.

Diskusia

Resekcia pľúc je jednou z používaných metód v terapii bronchiektázií. Účelom operácie je nielen odstrániť chorú časť pľúc a zbaviť chorého ťažkostí, ale aj umožniť mu návrat do normálneho života. Pokroky a úspechy pľúcnej chirurgie nie sú len výsledkom dokonalej operačnej techniky. Je to komplexný spôsob liečenia, ktorý zahŕňa okrem dobrej a vyspelej anestézy, zvládnutia infekcie, aj cieľavedomú predoperačnú prípravu a pooperačné doliečenie. Neoddeliteľnou časťou správnej predprípravy a doliečenia je rehabilitácia (6).

Pri pacientoch po pľúcnych resekciiach pre bronchiektázie je voľba správnej rehabilitačnej metódy s individuálnym zameraním veľmi dôležitá. Mnoho porušených funkcií po chirurgickej liečbe sa upraví postupom času samo, niektoré sa však upravujú pomaly, pričom často zostávajú druhotné zmeny. Podkladom pre správne vedenú pooperačnú rehabilitáciu je znalosť pohybu hrudníka pri dýchaní a pôsobenie dýchacích svalov na tieto pohyby. Ďalšou dôležitou zásadou rehabilitácie je kontrola neuromuskulárneho mechanizmu, ktorý ovláda dýchacie pohyby hrudníka a vzťah týchto pohybov k určitým oblastiam pľúc. Veľmi dôležitou úlohou rehabilitácie po pľúcnych resekciiach je zabrániť chybnému držaniu tela. Ak nie je rehabilitácia aplikovaná včas a dostatočne dlho, môžu vzniknúť fixované deformity, ktoré ovplyvňujú výkonnosť respirácie a ventiláciu pľúc (3, 4).

Preto rehabilitačné metódy, ako polohovanie podľa lokalizácie procesu, dýchová gymnastika, masáž hrudníka, ktoré sa uplatňujú najmä v nižších vekových skupinách detí a majú zabrániť stagnáciu sekrétu a podporovať jeho mobilizáciu, patria vo väčšine k predoperačným rehabilitačným metódam (3, 4, 7). Tieto metódy sa majú v rámci komplexnej liečby aplikovať dostatočne dlho, aby sa chirurgický zákrok nerobil pri ešte zapálených prieduškách s množstvom stagnujúceho sekrétu, lebo tak vzniká nebezpečenstvo včasných pooperačných komplikácií a sekundárnych bronchiektázií (2).

Pooperačná starostlivosť z hľadiska liečebnej telesnej výchovy a dýchacích cvičení má dva ciele: 1. vo včasnom období nácvikov dýchania uľahčiť chorému adaptáciu na nové podmienky vytvorené operačným výkonom a 2. zabezpečiť správnu ventiláciu. Používa sa bránicové a lokalizované dýchanie, cvičenia pletenca hornej končatiny, so zameraním na operovanú stranu, ďalej tiež polohovanie, masáž, relaxácia a neskôr i ostatné svalové cvičenia (3, 4, 7).

Okrem týchto najčastejšie používaných rehabilitačných metód veľký význam pre pacientov s bronchiektáziami, pre pacientov po pľúcnych resekciiach a hlavne pre deti s rastúcim a vyvíjajúcim sa organizmom majú práve formy rehabilitácie spojené s klimatickou liečbou, kde sa dosiahne výrazná tonizácia celého organizmu. Deformácie hrudníka, respiračné funkčné zmeny a celkový stav prešetrovaných pacientov ukazujú, že táto skupina pacientov má byť dlhodobe dispenzarizovaná odborníkmi pre pľúcne choroby. Títo odborníci majú byť oboznámení s rehabilitáciou, jej metódami, ktoré pomáhajú upravovať deformácie a z nich rezultujúce významné funkčné poruchy kardiorespiračného systému.

Záver

1. Z 28 pacientov s bronchiektáziami, liečených chirurgicky, má katamnesticke $\frac{2}{3}$ pacientov ďalej subjektívne ťažkosti, najmä kašeľ a expektoráciu. Polovica pacientov vykazuje vážnejšie zmeny bronchologické. U $\frac{2}{3}$ pacientov nachádzame ventilačné poruchy. U $\frac{4}{5}$ pacientov sú prítomné deformácie hrudníka, vyžadujúce dlhodobú rehabilitačnú liečbu pre ich reedukáciu.
2. Ukazuje sa dôležitosť dispenzarizácie pacientov po pľúcnych resekciiach pre bronchiektázie, vedenej odborným lekárom pre pľúcne choroby v úzkej spolupráci s rehabilitačným oddelením.

F. SÝKORA, E. NEVICKÁ, Š. LITOMERICKÝ, I. BADALÍK / PROBLÉMY REHABILITÁCIE DETÍ S BRONCHIEKTÁZIAMI

3. Významnou sa ukázala klinicko-rehabilitačná liečba, ktorá by mala byť aplikovaná opakovane po niekoľko rokov, čím by sa dosiahlo zlepšenie funkčného stavu respiračného systému a tonizácie celého organizmu.

LITERATÚRA

1. Herdegen, L.: Bronchiektasie v detském věku, SZN, Praha, 1969, s. 179.
2. Mercik, W.: Zespol zatok boczných nosa i roztrzeni oskrzeli u dzieci, Ped. Pol., 43, 1968, 2:193—198.
3. Krutý, R.: Litomerický, Š.: Rehabilitácia pri tbc a respiračných chorobách, Osveta, Martin, 1971, s. 287.
4. Litomerická, M., Litomerický, Š.: Rehabilitácia chorých s bronchiektáziami, Rehabilitácia, 4, 1966, 3:128—132.
5. Smolinský, E., Huth, H. J.: Ergebnisse operativer Behandlung Kindlicher Bronchiektasien, Kinderärztl. Praxis, 35, 1967, 2:67—74.
6. Sálek, J., Rehák, F.: Rehabilitace a pracovní schopnost po plicních resekciích pro bronchiektasie, Prakt. lék., 39, 1959, 11:439—536.
7. Palát, M.: Dýchacia gymnastika, Osveta, Martin, 1970, s. 235.

Adresa autora: MUDr. F. Sýkora CSc., ÚT a RCH Bratislava-Podunajské Biskupice, detské oddelenie.

Ф. Сыкора, Е. Невицка, Ш. Литомерицкий, Л. Бадалик:
Проблемы восстановления у детей с бронхоэктазией, лечимых хирургическим путем

Резюме

Авторы обсуждают состав 28 детей с бронхоэктазиями, лечимых в прошлом хирургическим путем. Обследование проводилось через 3 — 7 лет после хирургического вмешательства. Катамнестическим обследованием у 2/3 детей установлены клинические признаки заболевания, главным образом кашель с экспекторизацией. У половины детей встречаются значительные бронхологические изменения, у 2/3 расстройства вентиляции и у 4/5 деформации грудной клетки. Обнаруженные расстройства и изменения и их интенсивность указывают на необходимость диспансеризации состояний после хирургического лечения бронхоэктазий под надзором специалиста по легочным заболеваниям. Для представляемого состава оказалось важным клинико-восстановительное лечение, при помощи которого наступило улучшение функциональных показателей дыхания. Авторы рекомендуют это лечение из-за его эффективности применять повторно. Ввиду характера послеоперационных изменений необходима специальная заботливость и тесное сотрудничество с отделением восстановления.

F. Sýkora, E. Nevická, Š. Litomerický, L. Badalík:
Problems of rehabilitation in surgically treated children with bronchiectasis

Summary

The authors evaluate a group of 28 children with bronchiectasis which had been treated surgically. Examinations were carried out after a time interval of 3 to 7 years after surgery. By Catamnestic examination clinical symptoms of the disease were found, i. e. cough with expectoration in two thirds of the children. Fifty per cent of the children have serious bronchological alterations, two thirds ventilatory disturbances and four fifth thoracal deformations. The investigated disturbances and

F. SÝKORA, E. NEVICKÁ, Š. LITOMERICKÝ, I. BADALÍK / PROBLÉMY REHABILITÁCIE DETÍ S BRONCHIEKTÁZIAMI

alterations and their intensity indicate the importance of dispensarisation of conditions after surgery for bronchiectasis under the supervision of a specialist for pulmonary diseases. In the presented group of patients the clinical rehabilitation treatment was significant and achieved improvement of functional respiratory indices. The authors recommend the application of the treatment to be repeated with regard to its good affect. Considering the character of postsurgical changes, special care is indicated in collaboration with the department for rehabilitation.

F. Sýkora, E. Nevická, Š. Litomerický, I. Badalík:
Rehabilitationsprobleme bei chirurgisch behandelten Kindern mit Bronchiektasien

Zusammenfassung

Die Autoren beobachten eine Gruppe von 28 Kindern mit Bronchiektasien, die früher chirurgisch behandelt wurden, und werten die Ergebnisse. Die Untersuchung wurde bei einem 3—7 jährigen Abstand nach der chirurgischen Behandlung durchgeführt. Mit Hilfe von katamnestischen Beobachtungen wurden bei zwei Dritteln der Kinder klinische Erkrankungsmerkmale festgestellt, besonders Husten mit Expektorierungen. Die Hälfte der Kinder weist ernste bronchologische Veränderungen auf, $\frac{2}{3}$ haben Ventilationsstörungen und $\frac{4}{5}$ Brustkorbdeformationen. Die festgestellten Störungen und Veränderungen sowie ihre Intensität weisen auf die Wichtigkeit der Dispensarisierung der Fälle nach chirurgischer Behandlung wegen Bronchiektasien unter Aufsicht von Fachärzten für Lungenerkrankungen hin. Für die präsentierte Patientengruppe erwies sich eine klinische Rehabilitationsbehandlung als bedeutsam, da sie zu einer Besserung der Atemfunktionsmerkmale führte. Aufgrund ihrer Heilwirkung empfehlen die Autoren die wiederholte Anwendung dieser Behandlung. In Anbetracht des Charakters der postoperativen Veränderungen zeigt sich eine spezielle Fürsorge und eine enge Zusammenarbeit mit der Rehabilitationsabteilung als erforderlich.

F. Sýkora, E. Nevická, Š. Litomerický, I. Badalík:
Les problèmes de la réadaptation des enfants affectés de bronchiectasie traités par voie chirurgicale

Résumé

Les auteurs apprécient un groupe de 28 enfants affectés de bronchiectasie, traités auparavant par voie chirurgicale. Les examens ont été effectués dans un écart de temps de 3 à 7 ans après un traitement chirurgical. Par examen catamnestique, on a constaté chez 2 ou 3 enfants des symptômes cliniques de maladies, notamment la toux avec expectoration. La moitié des enfants a des changements bronchologiques graves, $\frac{2}{3}$ des troubles ventilatoires et $\frac{4}{5}$ des déformations de poitrine. Les troubles et changements constatés et leur intensité démontrent l'importance de la dispensarisation des états après traitement chirurgical pour la bronchiectasie sous le contrôle du médecin-spécialiste dans les maladies pulmonaires. Pour le groupe présenté, la réadaptation clinique c'est montrée comme significative et a permis d'obtenir une amélioration des facteurs fonctionnels de respiration. Pour son effet, les auteurs de cette thérapie recommandent de répéter l'application. Vu le caractère des changements post-opératoires des soins spéciaux sont nécessaires ainsi qu'une collaboration étroite de la division de réadaptation.

4. REISENBURGER WERKSHOP ZUR KLINISCHEN UNFALLCHIRURGIE — KNORPELSCHADEN AM KNIE

(Poškození chrupavky kolena)

Heftje zur Unfallheilkunde, Heft 127.

Vydal J. Rehn a L. Schweiberer. Springer Verlag — Berlin — Heidelberg — New York, 1976. 228 stran, 127 obrázků, cena 48,— DM.

Referáty přednášejících byly rozděleny do čtyř částí. V úvodu byla probána morfologie, růst, výživa, funkce a hojení chrupavky. K trofickým poruchám chrupavky dochází při omezeném pohybu, ale také při sníženém prokrvení kloubního pouzdra pro poranění, záněty a pokročilejší věk. K degeneraci chrupavky přispívají uvolněné enzymy při krevních výronech, kloubních výpotcích a poranění chrupavky. Již fyziologické zatěžování může poškodit chrupavku kolenního kloubu, je-li méně hodnotná při chorobách látkové výměny, vlivem úrazu nebo při stáří. Pokusy na zvířatech prokázaly, že chrupavka degeneruje při imobilizaci kolenního kloubu při zatěžování i bez něj. Naproti tomu distrikce kloubu vede k překrvení kloubního pouzdra až synovitidě. K poškození chrupavky dochází pozdě a změny jsou do určité doby reverzibilní.

Při diagnostice je důležité rtg vyšetření v různých projekcích s náplní kloubu nebo bez ní. Při počáteční chondropatii pately má význam arthroskopie. Pomocí této metody lze také odstranit z kloubu drobné úlomky chrupavky. Arthroskopie se doporučuje až za několik týdnů po úrazu a jen tam, kde není diagnostika při jiných vyšetřeních jasná.

Druhá část programu se zaměřila na čerstvé poškození chrupavky. Přímým nebo nepřímým násilím dochází ke kontúzi, impresi až fraktuře chrupavky, popřípadě i s přilehlou kostí. Průvodným příznakem bývá výpotek a poškození měkkých tkání kloubu. Rtg diagnostika je průkazná tam, kde došlo k impresi nebo současněmu poškození kostí. Ke konzervativní léčbě náleží odlehčování, punkce a antiflogistika. Při úporných potížích je možná operativní terapie.

Náleží k ní abrase chrupavky, při subchondrálních rupturách návrtvy elevace impresi. Uvolněné fragmenty chrupavky se odstraní, při velkých defektech použije se transplantace. Malé osteochondrotické úlomky se rovněž vyjmou, větší

u mladých individuí se fixují dráty nebo šrouby. Extrakce kovového materiálu za 6—8 týdnů. Je nutná časná mobilizace kloubu do hranice bolestivosti, po odstranění chrupavky odlehčovat 6 týdnů, po transplantaci 12 týdnů.

Ve třetí části jednání byla na programu osteochondrosis dissecans. Byla probána etiologie, klinická, rtg a diferenciální diagnostika této choroby, v dalších přednáškách experimentální výsledky s auto- a homotransplantáty, klinické použití transplantátů, výsledky s různými operačními metodami. Pozornost byla věnována i funkčnímu léčení.

Poslední přednášky se zaměřily na retropatelární arthrosy. Důležitá je anamnéza, klinické a rtg vyšetření. Konzervativní terapie se musí zaměřit na zlepšení statiky, fyzikální a medikamentózní léčbu. Operační postupy se snaží normalizovat skluznou dráhu pately při habituálních luxacích a při vysoké patele. Jiné zákroky se zaměřují na zlepšení plochy pately abrasí, návrtvy, interpozicí tkání. Andihno operace, patektomie a protězy slouží k redukci retropatelárního tlaku.

Byly probány principy, techniky a výsledky jednotlivých operačních metod z různých pracovišť.

Jednotné téma umožnilo přednášejícím probrat závažné a časté poškození chrupavky kolenního kloubu velmi podrobně a sdělit mnoho nových poznatků jak v experimentální, tak i klinické části.

Přednášející i diskutující správně poukázali, že nelze hodnotit a postupovat léčebně jen podle stavu chrupavky, ale je nutno přihlédnout k situaci celého kloubu a jiným faktorům. Operativní metody byly posuzovány kriticky i s jejich rizikem a neúspěchy. Velkým přínosem byla také skutečnost, že přednášející ocenili význam statiky a kinetiky kolenního kloubu na etiologii, diagnostiku, léčení a pooperační péči při poškození chrupavky.

**POZNÁMKY K METODICE LTV PŘI POSTIŽENÍ
KYČELNÍHO KLOUBU**

J. BERAN, F. BÍLÝ, V. KRÍŽ

*Státní ústav rehabilitační, Kladruby u Vlašimi,
ředitel: prim. MUDr. Vladimír Kríž*

Souhrn: Autoři ve své práci uvádějí zásady jejichž dodržování zaručuje dosažení dobrých výsledků rehabilitace.

Vlastní LTV se zaměřuje na:

1. Optimalizaci statických poměrů pánve i páteře,
2. zlepšování svalové síly,
3. zlepšování rozsahu pohybu,
4. nácvik koordinace základních (isolovaných) pohybů,
5. nácvik koordinace komplexních pohybů,
6. nácvik chůze.

Postižení jsou rozděleni do čtyř skupin:

- I. skupina: operativní zásahy intraartikulární, vč. totální endoprotézy;
- II. skupina: osteotomie femoru a pánve;
- III. skupina: operativní zásahy pouřazové;
- IV. skupina: koxartrózy.

Pro každou skupinu platí určité zásady při provádění LTV. Podrobně je rozebrán nácvik zlepšování svalové síly. Jsou stanoveny zvláštní zásady pro cvičení pacientů s totální endoprotézou.

Heslo: Poruchy kyčelního kloubu — cvičení — zásady rehabilitace.

Nejdůležitějším kloubem dolních končetin je kyčel, která ve vzpřímené poloze udržuje rovnováhu pánve i ostatních částí těla proti působení gravitace.

Pánevní vytváří oporu pro dolní končetiny a jako celek se pohybuje mezi klouby kyčelních a lumbálních páteří. Proto se při všech aktivních pohybech v kloubech kyčelních objevuje i činnost svalů zádoových — hlavně činnost

fixační (11, 22). Z orientačních bodů pánve je pro nás nejdůležitější spina ilica ventralis anterior superior, pomocí které kontrolujeme pohyb v kyčli (10). Pro naši potřebu jsme si zásahy na kyčelním kloubu rozdělili do tří velkých skupin. Bližší vysvětlení uvádíme ve speciální části.

Obecná část

Pro každého pacienta je nutno individuálně sestavit cvičební plán, který se pak stává závazným vodítkem naší práce. Zde se nám zdají nejvhodnější zásady, které uvádí H. A. Rusk ve své knize *Rehabilitation medicine* (17):
7 štvr. pol

Plán musí obsahovat:

1. indikace pro léčebná cvičení,
2. zhodnocení zbývajících schopností pacienta (svalový test, rozsah pohybů, funkční testy),
3. stanovení cíle — maximální samostatnosti a výkonnosti,
4. plánovaný a stupňující se program cvičení.

Dodržujeme deset zásad pro dobrou rehabilitaci:

1. hodnocení každého případu a plánovaný program, založený na stálé péči a specifických předpisech;
2. předcházet deformitám, pokud je to možné (uložení na lůžku, polohování, vyhýbat se zbytečné fixaci);
3. mobilizovat co nejdříve pacienta, každý pohyb zdržuje atrofii;
4. ulevit bolesti (vhodná poloha, neprovádět, bolestivé činnosti);
5. chránit ochablé části (nepřetěžovat pacienta);
6. zvláštní pozornost věnovat oslabeným, tj. hypotonickým, hypertonickým a zkráceným svalům (reedukace, relaxace, koordinace);
7. léčit klouby šetrně (vyhýbat se bolestivým pohybům, šetřit přetížené či iritované klouby, indikovaně provádět manipulaci kloubů, redresní a odporové pohyby);
8. začít co nejdříve zatěžovat (nejlépe pomocí francouzských berlí);
9. nenechat se oklamat léčivou silou přístrojů, hlavní důraz klást na aktivní cvičení;
10. každý případ někdy končí (správně zhodnotit léčebnou rehabilitaci neovlivnitelné trvalé změny, rehabilitaci provádět ekonomicky, zvláště při omezených kapacitních možnostech).

Nejdříve je tedy třeba zjistit si obraz postižení — provést kinesiologický rozbor (10). Změříme si svalovou sílu, rozsah pohybu, mobilitu pacienta, provedeme analýzu chůze, ověříme držení těla, postavení pánve a páteře, změříme i délku končetin (11). Teprve na základě těchto poznatků sestavujeme program cvičení při dodržování dříve uvedených zásad (19).

Vlastní LTV se zaměřuje na:

1. *Optimalizaci statických poměrů pánve a páteře* (vyrovnání zkratu DK, odstranění bloků).

2. *Zlepšování svalové síly.*

Izotonické kontrakce cvičíme v poloze, ve které je sval nejvíce protažen (16). Z této polohy je sval schopen vyvinout maximální sílu. Kombinujeme izotonické, isometrické, koncentrické a excentrické kontrakce, využíváme facilitačních technik. Pro zotavení svalů je nutno mezi jednotlivými cviky vkládat pauzy, ve kterých učíme pacienta správně relaxovat (1). Pro dosažení správné relaxace užíváme inhibičních technik, chvění a otrásání, využíváme i relaxační vliv výdechu. Návzik relaxace je stejně důležitý jako návzik svalové síly.

3. *Zlepšování rozsahu pohybu.*

Provádíme vytažování zkrácených struktur — eventuálně s podpůrnou medikamentózní léčbou (relaxantia, spasmolytika, lokální anestetika, hyáza apod.) po předchozí fyzikální léčbě (teplo, ultrazvuk, diadynamik). Zvětšení rozsahu pohybu dosahujeme manipulací, redresními pohyby silou cvičitele nebo vlastním úsilím pacienta dotahujeme pohyb rukou), polohováním (vahou závaží, vahou segmentu), eventuálně redresem v narkóze.

4. *Koordinaci základních (izolovaných) pohybů.*

Delší nečinností bývají tyto pohyby křečovité, při pokusu o pohyb zapíná pacient nadměrné množství svalů, protože nedovede dobře usměrnit vložené úsilí. Proto zpočátku usnadňujeme jejich provádění tím, že fixujeme proximální segment končetiny (v našem případě pánev). Pohyb provádíme jen v menším rozsahu (ne do krajních mezí), protože jinak bychom provokovali bolestivé podněty, což je nežádoucí.

5. *Koordinaci komplexních pohybů.*

Zde již jde o složitější pohyby celé končetiny, kterými cvičíme souhrn synergistů, antagonistů, fixátorů a posturálních svalů. Klademe důraz na plynulé a přesné provádění pohybů. Tato cvičení zařazujeme až po zlepšení svalové síly a při dobré koordinaci pohybů základních (19).

Při provádění všech druhů cvičení si palpací na spina ilica ventralis anterior superior kontrolujeme, zda pohyb není prováděn pomocí souhybu pánve. V takovém případě cvičení ihned přerušujeme a vysvětlujeme pacientovi, jak má pohyb správně provádět.

6. *Návzik chůze.*

Od samého začátku nacvičujeme správné provádění pohybů končetin (i bez zatížení musí končetina provádět kročné pohyby). Zjištěné chyby chůze okamžitě pacientovi ukážeme a zajistíme vše pro jejich odstranění (14).

Příčinami chybné chůze jsou:

- a) nestejná délka končetin a asymetrie pánve nebo obratlů,
- b) kontraktury a slabá síla svalová,

- c) statická nepevnost,
- d) neschopnost zatížení,
- e) poruchy dynamiky,
- f) bolest.

Tyto příčiny se při chůzi projevují jako nestejná délka kroku, arytmie, napadání, předozadní a boční výkyvy trupu, vychylování a natáčení pánve, cirkumdukce končetiny, postavení DK v zevní rotaci a v malé stabilitě i výkonnosti chůze.

Speciální část

Operativní zákroky v oblasti kyčelního kloubu jsme uspořádali tak, aby bylo možné do jedné velké skupiny shrnout ty operace, po kterých je postup LTV totožný.

I. skupinu představují zásahy intraartikulární, včetně totální plastiky kyčelního kloubu.

U pacientů této skupiny je hlavní pozornost věnována zlepšování svalové síly, nácviku relaxace a koordinace základních pohybů.

Začínáme s nácvikem izometrických kontrakcí (5), které mohou být:

- a) rytmické (opakované velmi krátce stahy),
- b) držené (stah trvá 2--5 vteřin).

V obou případech vždy nejdříve zkusíme provedení na zdravé končetině, a teprve potom na operované. Přísně dbáme na izolovanou kontrakci agonistů. Palpací si kontrolujeme, zda nedochází k masové kontrakci všech svalů kolem kloubu. Izometrická cvičení jsou nejšetrnější metodou, a proto budou zvlášť vhodná tam, kde je třeba jen naznačená bolestivost (9). Při svalové síle menší než „3“ podle svalového testu cvičíme zásadně v odlehčení, a to:

- a) na podložce (dodržíme polohy podle svalového testu);
- b) v závěsu — končetina je zavěšena pomocí objímek na dvou tažných pružinách. Závěsný háček musí být kolmo nad osou pohybu. Při cvičení v rovině sagitální (flexe-extenze) leží pacient na boku neoperované končetiny při cvičení v rovině frontální (abdukce—addukce) leží na zádech, při čemž má zavěšeny obě končetiny. Tím se vyloučí souhyby pánví a zároveň se cvičí i fixační a posturální svaly (8);
- c) ve vodě -- působení Archimedova zákona umožňuje provádět pohyby oslabenými svaly i v přirozené poloze (stoj).

S narůstáním svalové síly zvyšujeme při všech těchto cvičeních obtížnost provádění tím, že pohybu klademe odpor (rukou, závažím, odporem vody).

Dosáhne-li sval „3“ podle svalového testu, cvičíme aktivně proti váze končetiny. Někdy musíme začínat cvičení s dopomocí. Pacient provádí pohyb a cvičitel dopomáhá provedení až do krajní nebolestivé polohy. Zde je opět nutno věnovat zvýšenou pozornost správnému a přesnému provádění pohybu, aby nedocházelo k substituci (= pohyb je prováděn nenormálním

způsobem. Tu povolíme jen tam, kde jsme si předem jisti, že pacient nebude schopen provést pohyb správným způsobem. Vhodným dozováním vylučujeme vznik inkoordinace (= zapojení mnoha svalových skupin, vyšší aktivita antagonistů, pohyb je prováděn trhaně). Pro zvýšení obtížnosti cvičení může me pohyby provádět v různých polohách.

V dalším postupu se dostáváme k nejvyšší formě aktivního cvičení, tj. cvičení proti odporu (15). Odpor může představovat:

- a) Ruka cvičitele — tento způsob je nejvhodnější, protože umožňuje dozování odporu i v průběhu provádění pohybu. Odpor klademe v nejmenší míře na počátku a na konci pohybu, v největší míře ve $\frac{2}{3}$.

Odporová cvičení mohou být:

- koncentrická = cvičitel klade odpor, pacient provádí pohyb;
- excentrická = cvičitel provádí pohyb pacient klade odpor.

Tímto způsobem je možno cvičit svalovou sílu (= max. odpor, malý počet pohybů) nebo svalovou vytrvalost (= submaximální odpor, větší počet pohybů (9, 13)). Dbáme při tom De Lormova pravidla = se zvyšující se silou zvyšujeme odpor. Další formou cvičení proti odporu je rytmická stabilizace = kladení odporu střídavě v obou směrech proti pokusu o pohyb v jedné rovině.

Poslední formou je tzv. odpor proti držené kontrakci. Provádí se dvěma způsoby:

- aa) pacient drží končetinu a cvičitel tlačí proti fixaci;
- bb) cvičitel drží končetinu a pacient tlačí proti fixaci.

V obou případech je to cvičení bez pohybu končetiny.

- b) *Váha závaží* — většinou pomocí kladkového zařízení.

Nutno zdůraznit, že užíváme jen malých zátěží — do 3 kg.

- c) *Váha těla* (dřepy apod.)

Souběžně se zvětšováním svalové síly cvičíme i koordinaci základních pohybů. Jakmile dokáže pacient provést tyto pohyby plynule v daném rozsahu, začínáme s nácvikem pohybů komplexních. I zde musíme zpočátku klást velký důraz na přesné a plynulé provádění.

Při každodenním zaměstnání s pacientem musíme mít stále na zřeteli dosažení rovnováhy antagonistických skupin svalových (6). Znamená to, že věnujeme velkou pozornost abduktorům (addukci někdy vůbec necvičíme — Voss (7), endoprotézy apod.), extenzorům a vnitřním rotátorům (ty někdy cvičíme jen do 0 postavení — endoprotézy, stříšky apod. (4)).

Zvětšování rozsahu pohybu není u pacientů této skupiny tak naléhavé. V úvahu přichází ve formě polohování do extenze (i u endoprotéz), manuálně do flexe a velmi opatrně do abdukce (stříšky). Vzhledem k tomu, že totální endoprotézy představují nejradikálnější zákrok na kyčelním kloubu, platí zde pro cvičení některá zvláštní pravidla:

1. U většiny případů necvičíme zevní rotaci (21) a addukci (zvláště ne přes 0 postavení), vnitřní rotaci cvičíme jen do 0 postavení.
1. Necvičíme flexi kyčle s napjatou DK (příliš velká páka, která by mohla způsobit uvolnění dřívku endoprotézy nebo vznik bolesti).
3. Podle stavu pacienta se určí, zda bude na procedury docházet nebo dojíždět na vozíku.
4. Vytrvalost chůze řídit podle subjektivních pocitů pacienta.

5. Objeví-li se při provádění pohybu v kyčli bolestivost, cvičení okamžitě přerušujeme a zajistíme vše potřebné pro zjištění příčin vzniku bolesti.
6. Nevyžadovat provádění enormně dlouhých kroků neoperovanou DK (nebezpečí větší interní rotace operované DK — endoprotézy).
7. Necvičit chůzi po čáře (12), operované DK se dostává do addukce přes 0 postavení, což není indukováno.

I I. skupinu představují osteotomie femoru i pánve. Při těchto operacích dochází ve svalstvu kyčle ke značným kinesiologickým změnám (3). Rekonstrukční úpravou je u některých svalů vzdálenost mezi začátkem a úponem zkrácena (jsou ochablé), u některých naopak prodloužena (jsou přetažené) (13).

Důležitým činitelem při počátku cvičení je zde nácvik relaxace u přetažených svalů a stimulace u ochablých svalů. U pacientů této skupiny věnujeme stejnou pozornost jak zvětšování svalové síly, tak i rozsahu pohybu (! již od počátku dbát na vytváření rovnováhy mezi antagonistickými skupinami).

Každodenně věnujeme pozornost i nácviku koordinace základních pohybů. Je nutné si uvědomit, že zde se souhra svalových skupin teprve tvoří.

Komplexní pohyby cvičíme relativně později oproti skupině I. Pro zlepšování svalové síly platí vše jako u skupiny I. Pro zvětšování rozsahu pohybu užíváme všech prvků uvedených v obecné části.

I I I. skupinu představují všechny zásahy, provedené po úraze. Jde tedy o pacienty, u kterých lze většinou předpokládat návrat svalové síly i rozsahu pohybu k normálu. Proto také hned od začátku věnujeme hlavní pozornost zvětšování rozsahu pohybu a v těsné návaznosti i svalové síly všemi užívanými prostředky. Platí tedy vše, co bylo řečeno u první skupiny, pouze na kladkách užíváme větší zátěže.

Koordinace základních pohybů většinou nečiní potíže, a proto můžeme oproti druhým skupinám poměrně brzy začít s nácvikem koordinace pohybů komplexních, aby škody na hybných stereotypech byly co nejmenší, a tím co nejsnadněji odstranitelné. Na tomto místě považujeme za nutné upozornit, že zvláště u fraktur nedokonale srostlých musíme být velmi opatrní při cvičení proti odporu. Jeho dozování musí být velmi citlivé. U starších pacientů bývá někdy příčinou pomalejšího zlepšování bolestivost kyčelního kloubu. Zde je nutné si uvědomit, že bolest má za následek zvýšené napětí svalů, které se promítá zvýšeným tlakem do kloubů. Příčinou bolesti v těchto případech je tedy podnět z místa lomu. Nejčastěji to můžeme zjistit při frakturách krčku femoru (2).

I V. skupinu tvoří koxartrózy.

Tato skupina je pro nás důležitá proto, že k nám docházejí jednak pacienti na předoperační přípravu a jednak pacienti s oboustrannou koxartrózou, kde jedna končetina byla již operována. U těchto postižení se zaměřujeme jen na zvětšování svalové síly a nácvik relaxace. Záměrně nezvětšujeme rozsah pohybu, protože je zde nebezpečí, že bychom tím zvyšovali bolestivost (3). Proto někdy cvičíme jen izometrické kontrakce.

Bolestivost považujeme za základní kritérium pro posouzení vhodnosti rehabilitace. Při jejím výrazném zvýšení cvičení přerušujeme a omezíme se na aplikaci procedur fyzikální terapie nebo medikamentů.

Na závěr lze říci, že některá postižení v oblasti kyčelního kloubu jsou tak rozsáhlá a komplikovaná, že i při značném úsilí celého kolektivu lze dosáh-

nout jen dílčích úspěchů. V těchto případech by mělo být naším cílem dosažení plně samostatnosti pacienta.

LITERATŮRA

1. *Bride Mc, Ed.*: Disability Evaluation, J. B. Lippincott Co, Philadelphia 1963, 6. vydání, str. 573.
2. *Čech O., Stryhal F.*: Moderní osteosynthesa v traumatologii a ortopedii, Avicenum Praha 1972, str. 267.
3. *Frejka B.*: Základy ortopedické chirurgie, SZdN Praha 1964, str. 727.
4. *Graveling B. M.*: Physiotherapy for Replacement of Arthritic Hips by the McKee—Farrar Prosthesis, Physiotherapy 4/6, 1967, str. 416—419.
5. *Hettinger T.*: Isometrisches Muskeltraining, G. Thieme Verlag, Stuttgart 1968, 3. vydání, str. 159.
6. *Hník P.*: Svalové atrofie, Babákova sbírka č. 43, SZdN Praha 1966, str. 178.
7. *Eis E.*: Therapeutická hodnota Vossovy operace, Acta chir. ortop. traum., XXXIV., 1967, 3, str. 236.
8. *Hollis M.*: Suspension therapy in rehabilitation, Bailliere Tindall a. Co, London 1958, str. 213.
9. *Huddleston J. E.*: Therapeutic exercise, F. A. Davis Co, Philadelphia 1961, str. 212.
10. *Janda V.*: Vyšetřování hybnosti, Avicenum Praha 1972, str. 272.
11. *Janda V.*: Funkce hybného systému, SZdN Praha 1966, str. 276.
12. *Kaiser G.*: Angeborene Hüftluxation, VEB G. Fischer Verlag, Jena 1953, str. 312.
13. *Lánik V.*: Liečebná telesná výchova I. II. díl, Osveta, Bratislava 1969, str. 389, 392.
14. *Lindemann K.*: Lehrbuch der Krankengymnastik Bd. III., G. Thieme Verlag, Stuttgart 1963, str. 451.
15. *Popp F.*: Orthopädische Krankengymnastik, VEB G. Fischer Verlag, Jena 1961, 2. vydání, str. 668.
16. *Presber W.*: Bewegungstherapie, Beiträge z. Ort. u. Traum. 13, 1966, 4: 232—238.
17. *Rusk H. A.*: Rehabilitation medicine, T. V. Mosby Co, Saint Louis 1964, 2. vydání, str. 668.
18. *Strange E.*: Anatomie und Mechanik am Hüftgelenk, Beiträge z. Ort. u. Traum., 13, 1966, 4: 239—241.
19. *Štaud J., Masný V.*: Přehled metodiky LTV v rehabilitaci po úrazech a břiš. operacích, ÚDVSZP Brno 1960, str. 66.
20. *Typovský K.*: Traumatologie pohybového ústrojí II., Avicenum 1972, str. 504.
21. *Unger H.*: Die Aussenrotationskontrakturen im Hüftgelenk, Beiträge z. Ort. u. Traum., 16, 1969, 11: 692—693.
22. *Wells K. F.*: Kinesiology, W. B. Saunders Co, Philadelphia 1957, 4. vydání, str. 554.

Adresa autora :MUDr. J. B., Státní ústav rehabilitační, Kladruby u Vlašimi.

Й. Беран, Ф. Билый, В. Кржиж : К методике лечебной физкультуры при поражении бедренного сустава

Резюме

Авторы в своей работе приводят принципы, соблюдение которых гарантирует достижение хороших результатов восстановления. Сама лечебная физкультура ориентируется на:

1. оптимализацию статических отношений таза и позвоночника,
2. улучшение мышечной силы,
3. улучшение объема движений,
4. разучивание координации основных (изолированных) движений,
5. разучивание координации комплексных движений,
6. разучивание ходьбы.

Больные разделены в 4 группы:

I группа: внутриаартикулярные оперативные вмешательства, в том числе полный эндопротез

II группа: остеотомии бедра и таза

III группа: посттравматические оперативные вмешательства

IV группа: коксартрозы

Для каждой группы действительны при осуществлении лечебной физкультуры определенные принципы. Подробно разобраны упражнения для улучшения мышечной силы. Даны особые принципы для упражнения больных с общим эндопротезом.

J. Beran, F. Bílý, V. Kríž: About methods of physical exercise in hip joint affections

Summary

The authors present in their paper principles safeguarding good results for rehabilitation.

The target of exercise therapy is:

1. Optimisation of static conditions of hips and spine
2. Improvement of muscle strength
3. Improvement of the extent of movement
4. Training of coordination of basic (isolated) movements
5. Training of coordination of complex movements
6. Walking training.

Affections are classified into 4 groups:

- I. group: surgical intervention intraarticular, total endoprosthesis
- II. group: osteotomy of the femur and hip
- III. group: surgical posttraumatic intervention
- IV. group: coxarthroses

For each group certain principles in the practice of exercise therapy are valid. Detailly analysed is the training for the improvement of muscle strength. Special principles are determined for exercise therapy in patients with total endoprosthesis.

J. Beran, F. Bílý, V. Kríž: Remarques à la méthodologie de kinésithérapie dans les affections de l'articulation coxale

Résumé

Les auteurs mentionnent dans leur article des principes l'observation desquels assurent de bons résultats de réadaptation.

La kinésithérapie s'oriente sur:

1. l'optimum des rapports statiques du bassin et de la colonne vertébrale
2. l'amélioration de la force musculaire
3. l'amélioration de l'étendue de la mobilité
4. l'exercice de coordination des mouvements de base (isolés)
5. l'exercice d'une coordination des mouvements complexes
6. l'exercice de la marche

Les affectés sont répartis en quatre groupes:

1er groupe: interventions chirurgicales intraarticulaires, y compris l'endoprothèse totale

2e groupe: ostéotomie du fémur et du bassin

3e groupe: interventions chirurgicales postaccidentelles

4e groupe: coxarthrose

Pour chacun des groupes sont valables certains principes dans l'exécution de la kinésithérapie.

L'exercice ayant pour but l'amélioration de la force musculaire est traité très en détail.

Des principes spéciaux sont déterminés pour la réadaptation des patients avec endoprothèse totale.

J. Beran, F. Bílý, V. Kríž: Bemerkungen zur Heilgymnastik-Methodik bei Hüftgelenkschäden

Zusammenfassung

Die Autoren führen in ihrer Studie Prinzipien an, deren Einhaltung die Erzielung guter Rehabilitationsergebnisse gewährleistet.

Die eigentliche Heilgymnastik ist ausgerichtet auf:

1. Optimierung der statischen Verhältnisse des Beckens und des Rückgrats;
2. Steigerung der Muskelkraft;
3. Besserung der Beweglichkeit;
4. Einübung der Koordinierung der grundlegenden (isolierten) Bewegungen;
5. Einübung der Koordinierung komplexer Bewegungen;
6. Einübung des Gehens.

Die Patienten mit Hüftgelenkschäden werden in 4 Gruppen eingeteilt:

- I. Gruppe: Intraartikuläre operative Eingriffe, einschließlich totale Endoprothesen;
- II. Gruppe: Osteotomie des Femurs und des Beckens;
- III. Gruppe: Operative Eingriffe nach Unfällen;
- IV. Gruppe: Koxarthrosen.

Für jede Gruppe gelten bei der Anwendung der Heilgymnastik bestimmte Prinzipien. Eingehend ist die auf die Steigerung der Muskelkraft ausgerichtete Rehabilitation beschrieben. Es werden besondere Prinzipien für die Gymnastik bei Patienten mit totaler Endoprothese festgelegt.

I. WITT:

BIOCHEMIE DER BLUTGERINNUNG UND FIBRINOLYSE

(Biochémiá krvnej koagulácie a fibrinolýzy).

Vydal Chemie-Verlag, Weinheim, 1975, 152 strán, 30 obr., 14 tabuliek, cena DM 42,—.

ISBN 3-527-25569-9.

Vydavateľstvo Chemie-Verlag vo Weinheime, ktoré produkuje predovšetkým chemickú literatúru, vydalo v roku 1975 z pera autorky prof. Wittovej z detskej kliniky vo Freiburgu pozoruhodnú publikáciu zaoberajúcu sa problematikou koagulácie, fibrinolýzy a fibrinogenolýzy. Toto sú taktiež názvy dvoch častí tejto publikácie, z ktorých prvá hovorí o najrôznejších aspektoch krvného zrážania krvi a druhá o aspektoch krvnej fibrinolýzy a fibrinogenolýzy. Rozsiahly prehľad literatúry a vecný register ukončujú túto zaujímavú publikáciu venovanú problematike, ktorá predovšetkým z hľadiska klinických stavov kr-

vácania a trombózy hrá veľkú úlohu.

I keď publikácia má vyslovene biochemický charakter, a nezaobera sa klinickými pohľadmi na problematiku chorôb vznikajúcich z poruchy krvnej koagulácie a krvnej fibrinolýzy, prináša enormné množstvo informácií aj pre klinika, ktorý sa zaoberá uvedenými poruchami krvnej koagulácie, event. fibrinolýzy. Pracovník v hemokoagulačnom laboratóriu iste tu nájde viac potrebných informácií ako klinik, no i tak publikáciu treba odporúčať aj tým klinikom, ktorí sa v rámci internej medicíny stretávajú s uvedenými poruchami.

Dr. M. Palát, Bratislava.

J. G. MEYER - BERTENRATH:

BLUTGERINNUNG UND FIBRINOLYSE

(Krvná koagulácia a fibrinolýza).

Vydalo vydavateľstvo Deutscher Ärzte Verlag 1975, 3. rozšírené a doplnené vydanie, 116 str., cena DM 14,—

ISBN 3-7691-1015-4.

Problematike krvnej koagulácie a fibrinolýzy sa venuje v posledných 10 rokoch zvýšená pozornosť. Táto skutočnosť vedie k tomu, že na knižnom trhu sa objavujú malé i veľké publikácie zaoberajúce sa týmito otázkami. Takouto malou publikáciou je Meyer-Bertenrathova publikácia venovaná krvnej koagulácii a fibrinolýze, ktorá v roku 1975 vychádza už v 3. vydání. Prvé vydanie sa zjavilo v roku 1973, druhé v roku 1974. Kniha je rozdelená na niekoľko kapitol, prvá hovorí o teoretických základoch, druhá je venovaná laboratórnym metódam, tretia patofyziológii, štvrtá diagnostike a terapii a piata profylaxií trombóz. Krátke kapitoly uvádzajú

prehľad hodnôt, zoznam laboratórií, zoznam skratiek a vecný register.

Kniha prináša súčasný pohľad na problematiku zrážania krvi a fibrinolýzu z hľadiska klinika. Profesor Meyer-Bertenrath je prednostom centrálného laboratória mestskej nemocnice v Hanau a má ideálne možnosti spojiť teoretické a laboratórne poznatky s klinickými stavmi. Toto dobre vyjadruje vo svojej publikácii.

Kniha má vreckový formát a je vhodne doplnená grafmi a tabuľkami. Jej menší rozsah je skôr prednostou ako nedostatkom.

Dr. M. Palát, Bratislava

REHABILITACE „ČELISTNÍ KONTRAKTURY“ PO STOMATOLOGICKÝCH VÝKONECH

J. PEŠL

*Rehabilitační oddělení NsP Prachatice,
přednosta MUDr. J. Pešl*

Souhrn: Popsána aplikace některých inhibičních metodik při uvolňování obranného spasmu žvýkacího svalstva po stomatologických zákrocích. Uvedené metodiky jsou analogicky užívány při uvolňování kontraktur mimického, osového nebo končetinového svalstva ev. při snižování spasticity u centrálních pares. V principu použito ovlivnění systému FRA (flexor-reflex-afferents) kožní deaferentací podchlazením; dále pak isometrické kontrakce žvýkacích svalů proti maximálnímu odporu. Ve fázi následného snížení svalového napětí aktivní cvičení s jemným pasivním protažením. Běžně užívané pasivní vytahování čelistní kontraktury považováno za nefysiologické. Uvedena kasuistika.

Heslo: Čelistní svalstvo — reedukace — rehabilitační procedury.

Po některých stomatologických výkonech, zvláště po extrakcích dolních osmiček, jsou časté tzv. čelistní kontraktury. Jde v podstatě o obranný spasmus čelistního svalstva, který vzniká aktivací nociceptivních receptorů (hematom atd.). Tato bolestivá aferentace provokuje trvalou zvýšenou svalovou aktivitu s iradiací do celé funkční svalové skupiny okolo temporomandibulárního kloubu. Vytváří se obranný spasmus, nesprávně označovaný jako kontraktura, a pohyb v postiženém kloubu je prakticky znemožněn. Jde o obraz analogický paravertebrálním kontrakturám u radikulárních syndromů, či bolestivému rameni s omezením hybnosti, jak je uvidíme u esenciálních či pouřazových kapsulitid.

Dalších příčin vzniku čelistní kontraktury je celá řada a v podrobnostech odkazují na stomatologické učebnice ev. na přehlednou práci Rameše — Haladové v Rehabilitaci (1).

Dosavadní způsob rehabilitace obranného spasmu žvýkacích svalů je v porovnání s léčením např. „zmrzlého ramene“ stále velmi konzervativní. Stereotypně se provádí prohřívání soluxem a hlavně pasivní vytahování svalu ve spasmu, např. dilatátory. Takto koncipovaná rehabilitace je málo účinná a vyžaduje tolik času, že jde v podstatě o spontánní ústup po vymizení bolestivého podnětu.

Vysvětlení malého úspěchu pasivního vytahování vyplývá ze základních neurofysiologických poznatků: pasivním protažením svalu ve spasmu vyvoláváme mohutnou bolestivou aferentaci, která vede reflexně k dalšímu zvýšení svalového napětí.

Proto jsme při léčení obranných spasmů přistoupili k využití některých inhibičních mechanismů, používaných běžně při terapii kontraktur mimického, osového nebo končetinového svalstva.

Metodika

1. Princip kožní deaferentace podchlazením
Tuto metodu považujeme za „premedikaci“ před vlastním rehabilitačním zákrokem. Používáme lokální aplikace ledu na kůži nad svalem ve spasmu, tak jako se nám osvědčila při uvolňování kontraktur mimického svalstva po periferních paresách n. VII., paravertebrálních kontraktur, při uvolňování spastických svalů u centrálních pares atd.

Jde v principu o využití tzv. FRA systému (flexor—reflex—afferenta). (2, 3) Systém je zajišťován vlákny skupiny II. a III., tj. vlákny kožní a kloubní aferentace. Při podráždění kůže nad svalem dochází k facilitaci svalu bez ohledu na to, zda jde o flexor nebo extensor. Ve vzdálenější oblasti je facilitován flexor a inhibován extensor. Opačný jev pak pozorujeme při kožní deaferentaci: inhibici svalu pod místem deaferentace, ve vzdálenější oblasti pak inhibici flexorů a facilitaci extensorů.

Provedení je jednoduché: nad spastickým svalem potíráme kůži kostkou ledu asi po dobu 30 vteřin. Dochází k poklesu svalového napětí, které můžeme hodnotit palpací svalového bříska. Reflexní pokles tonusu je zde promptní, podstatně rychlejší než při prohřívání svalu soluxem.

Na tento zákrok pak napojujeme vlastní uvolnění obranného spasmu žvýkacího svalstva metodou:

2. Forsírované isometrické kontrakce.

Isometrickým stahem svalu proti odporu provokujeme velkou iradiaci aktivity do celé funkční svalové skupiny okolo čelistního kloubu. Po kontrakci následuje krátkodobá inhibice svalového tonusu. V této fázi provádí nemocný aktivní relaxaci a terapeut jemně pasivní vytažení žvýkacích svalů. Obr. 1 ilustruje provedení.

Pacienta usadíme na židli proti terapeutovi. Svazek několika dřevěných špachtlí („lékařských lopatek“), jeho tloušťka se řídí aktuálním rozsahem otevření úst, opřeme o zuby dolní čelisti a vyčnívající konce pevně uchopíme. U defektního chrupu obalíme špachtle mulem, aby nedošlo k poškození dásní. Nemocného vyzveme, aby se co nejsilněji zakousl a protitahem za



špachtle mu bráníme v pohybu dolní čelisti. Musíme se při tom vyvarovat postupného záklonu pacientovy hlavy. Maximální isometrickou kontrakci žvýkacích svalů ponecháme až po dobu 6—7 vteřin, pak vyzveme nemocného k úplné aktivní relaxaci, tj. k co největšímu otevření úst. Při tom provádíme jemné pasivní vytažení ve stejném směru.

Po asi deseti vteřinách proceduru opakujeme, a to až do mírné bolesti ve žvýkacích svalectech. Podle možnosti cvičíme denně. Většina nemocných pochopí princip cvičení velmi rychle a dobře a mohou si tuto „automobilisaci“ provádět sami několikrát denně. {Obr. 2.}

Popsanou metodiku lze úspěšně uplatnit i při prevenci čelistních kontraktur po stomatologických výkonech. Autor sám po extrakci retinované — 8 a extirpaci cysty preventivně cvičil hned od druhého dne po zákroku a nedošlo k žádnému výraznějšímu omezení otevírání úst.

Kasuistika

Pac. G. L., nar. 1925, technický úředník. Dne 29. VII. 1975 provedena extrakce 8— v mandibulární anestezii. Po extrakci během několika dnů extrémní spasmus žvýkacího svalstva s otevřením úst maximálně na 1 cm. Několikatýdenní dovolenou trávil jen při tekuté potravě a zhubl o 7 kg. V naší ambulanci vyšetřen až 25. VIII. 1975. Ústa otevíral na 15 mm (mě-

J. PEŠL / REHABILITACE „ČELISTNÍ KONTRAKTURY“

řena šterbina mezi řezáky). Téhož dne provedena popsáná mobilisace s uvolněním na 20 mm. Za další dva dny při denní docházce na rehabilitační oddělení otevírá ústa na 25 mm, za týden tj. 2. IX. již na 30 mm. Při kontrole 19. IX., tj. po třech týdnech od zahájení rehabilitace, je nález prakticky normální (39 mm).

Adresa autora: MUDr. J. P., Rehabilitační odd. NsP, 383 01 Prachatice.

Й. Пешл: Восстановление «челюстных контрактур» после стоматологических вмешательств

Резюме

Описано применение некоторых ингибирующих методик при расслаблении защитного спазма жевательных мышц после стоматологических вмешательств. Приведенные методики аналогично применяются при расслаблении контрактур мимической и осевой мускулатуры и мускулатуры конечностей, или же для понижения спастичности при центральных парезах. В принципе используется влияние на систему FRA (flexor-reflex-afferens) кожной деафферентацией переохлаждением и изометрические контракции жевательных мышц против максимального сопротивления. В фазе последующего понижения мышечного тонуса активные упражнения со слабым пассивным вытяжением. Обычно применяемое пассивное вытяжение челюстной контрактуры считается нефизиологическим. Приведена казуистика.

J. Pešl: Rehabilitation of mandible contractions after stomato-surgery

Summary

The paper describes the application of some inhibitory methods for relaxation of defence spasms of masticatory muscles after stomato-surgery. The mentioned methods are applied analogically for relaxation of contractions of mimic, axial or extremity muscles, or for the decrease of spasticity in central paresis. In the rule, the influence of the FRA (Flexor-reflex-afferents) is applied by cutaneous deafferentation of under-cooling and then by isometric contraction of masticary muscles againsts maximal resistance. In the phase of the following decrease of muscle tension active exercise with gentle passive stretching is to be applied. The current application of passive stretching of mandible contractions is considered to be unphysiological. Case histories are mentioned.

J. Pešl: La réadaptation „des contractions de la mâchoire“ après interventions stomatologiques

Résumé

L'application décrit de certaines méthodologies inhibitrices dans le relâchement du spasme protecteur des muscles masticateurs après des interventions stomatologiques. Les méthodes mentionnées sont analogiquement appliquées dans le relâchement des contractions des muscles mimique, axaux ou bien des extrémités, resp. dans la réduction du spasme chez les parésies centrales. En principe, l'influence du système FRA (flexor-reflex-afferents) appliquée de la deaferentation cutanée par sous-refroi-

dissement; ensuite aussi les contractions isométriques des muscles masticateurs contre le maximum de résistance. Dans la phase de réduction consécutive de la tension musculaire, des exercices actifs avec une extension douce passive. L'extension passive appliqués dans les contractions de la mâchoire considérée comme inophysiologique. Le résumé des observations cliniques mentionné.

J. Pešl: Rehabilitation von „Kiefer-Kontrakturen“ nach stomatologischen Eingriffen

Zusammenfassung

Im Artikel werden einige Inhibitionsmethodiken zwecks Lösung von Abwehrspasmen der Kaumuskulatur nach stomatologischen Eingriffen beschrieben. Diese Methodiken werden analog auch bei der Lösung von Kontrakturen der mimischen, axialen oder Gliedmaßenmuskulatur, bzw. bei der Verringerung der Spastizität bei zentralen Paresen angewandt. Im Prinzip geht es um die Beeinflussung des FRA-Systems (Flexor-Reflex-Afferenten) der Hautdeafferentation durch Unterkühlung; ferner auch um eine isometrische Kontraktion der Kaumuskeln gegen maximalen Widerstand. In der Phase der nachfolgenden Verringerung der Muskelspannung kommt aktives Üben mit sanfter passiver Distraction zur Anwendung. Die gemeinhin angewandte Methode der passiven Distraction von Kieferkontrakturen wird als unphysiologisch abgelehnt. Kasuistik ist ebenfalls angeführt.

RECENZIE KNÍH

M. EDER, P. GEDIGK:

LEHRBUCH DER ALLGEMEINEN PATHOLOGIE UND DER PATHOLOGISCHEN ANATOMIE

(Učebnica všeobecnej patológie a patologickej anatómie)
29. novoprepracované vydanie, vydal Springer Verlag,
Berlin — Heidelberg — New York, 1974, 808 strán, 776
obrázkov, cena DM 96,—
ISBN 3-540-06902-X

Hamperlova klasická učebnica všeobecnej patológie a patologickej anatómie je pre študentov medicíny základným pojmom. Bez tejto učebnice si nemožno predstaviť štúdium lekárstva na lekárskech fakultách. Aj v Československu svojho času Hamperlova učebnica bola učebnicou, z ktorej čerpalu niekoľko ročníkov medikov poučenie vo všeobecnej patológii a patologickej anatómii.

Pod vedením prof. Edera z Mníchova a Gedigka z Bonnu viacero popredných nemeckých patológov prepracovalo klasickú učebnicu prof. Hamperleho a pripravilo v 23. vydaní vo vydavateľstve Springer Verlag novú podobu tejto kla-

sickej učebnej pomôcky. Už tá skutočnosť, že učebnica sa udržala na trhu prakticky od začiatku storočia (prvé vydanie bolo publikované v roku 1901) svedčí o jej kvalitách. Je pochopiteľné, že jednotlivé vydania doznali mnohé úpravy, doplnky, prepracovania určitých kapitol a pod. Učebnica sa člení na všeobecnú patológiu, všeobecnú etiológiu a na špeciálnu patologickej anatómii. Prvá časť má 5 kapitol, všeobecná etiológia predstavuje samostatnú 6. kapitolu a špeciálna patologickej anatómie pokračuje potom kapitolou siedmou až deväťástou. Učebnicu dopĺňujú početné obrázky, schémy a 7 viacfarebných ilus-

trácií. Predhovor, zoznam spolupracovníkov, úvod a vecný register dopĺňujú túto pozoruhodnú, stále živú a aktuálnu pomôcku všeobecnej patológie a metodologickej anatómie.

Spomenutá učebnica je dnes už klasickým dielom, v ktorom nájdú potrebné informácie predovšetkým poslucháči lekárske fakúlt. Pritom je však dielom, ktoré oboznámi každého lekára so základnými patologickými dejmi a s patologickoanatomickými zmenami pri postihnutí rôznych orgánov chorobným procesom. I keď delenie tejto učebnice

je klasické, kniha v súčasnosti nestráca nič na aktuálnosti, podmienenej niektorými zmenami názorov na patologické deje. Kniha je iste učebnicou základnou. Patologický anatóm, ktorý sa chce oboznámiť s detailami určitej oblasti, musí iste siahnúť k špecializovaným monografiám.

Dobrá polygrafická úprava, vhodný výber ilustrácií a dopĺňujúce schémy tvoria moderný rámec tejto koncepcie už klasickej učebnice.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

J. LINHART:

ČINNOST A POZNÁVANÍ

Vydala Academia, Vydavateľstvo Čs. akadémie vied, 1976, str. 576, obr. 166. Cena Kčs 135,—.

Pražské vydavateľstvo Academia vydáva v roku 1976 rozsiahlu monografiu prof. Linharta, ktorá je venovaná problematike činnosti a poznávania. Skladá sa zo siedmich základných kapitol, rozdelených na ďalšie podkapitoly. Prvá kapitola hovorí o východiskách psychologického štúdia konania a poznávania, druhá kapitola venuje pozornosť senzomotorickej činnosti a vnímaniu, v tretej sa hovorí o pamäti, učení a zručnosti, štvrtá sa zaoberá analýzou, syntézou a zovšeobecňovaním, piata má za predmet symbolické funkcie a reč, v šiestej sa diskutuje o otázkach myslenia a riešenia problémov a siedma zakončuje celú monografiu pojednaním o kognitívnom vývoji. Záver, súhrn, prehľad literatúry, register menný a obsah v anglickom jazyku ukončujú túto pozoruhodnú široko založenú modernú a z hľadiska aktuálnosti potrebnú monografiu v tejto oblasti psychológie.

I keď je Linhartova monografia rozsiahla, prináša pre pracovníka v psychológii, práve tak ako pre ostatných odborníkov, kde psychológia hrá podstatnú úlo-

hu, veľa cenných informácií a podnetov. Problematika činnosti, správania, učenia a poznávania v súčasnosti zasahujú do oblasti medicíny všeobecnej a do oblasti rehabilitácie špeciálnej. Linhartova monografia prináša celý rad experimentálnych výsledkov získaných v priebehu mnohých rokov. Tieto výsledky sú však zovšeobecňované a toto zovšeobecnenie môže slúžiť ako podklad, ako východisková báza pre aplikáciu v ostatných vedných odboroch. Z hľadiska rehabilitácie sú dôležité predovšetkým kapitola o senzomotorickej činnosti, otázky symbolických funkcií a reči. V rehabilitácii je možné totiž stretnúť sa pri mnohých chorobách s poruchami týchto funkcií a znateľnej v tejto oblasti je dôležitá nielen z hľadiska základnej poruchy, ale predovšetkým pre stavbu rehabilitačných programov. Z tohto dôvodu recenzujeme aj túto publikáciu, ktorá vyšla z pracoviska Čs. akadémie vied, a ktorá i keď určená psychológom, prinesie veľa úžitku aj pre tých, kde psychológia znamená moderný trend.

Dr. M. Palát, Bratislava.

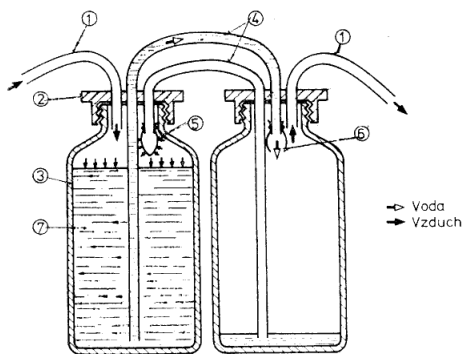
PŘEFUKOVACÍ LÁHVE — ÚČINNÁ POMŮCKA V DECHOVÉ GYMNASITICE

O. VLACH, J. ŠLECHTA

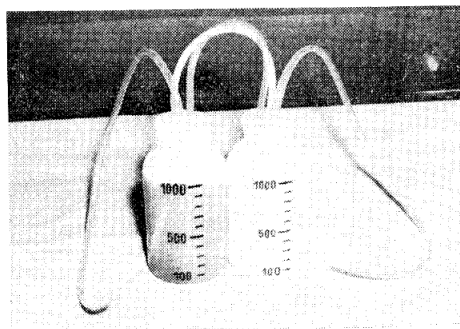
Z katedry ortopedie lékařské fakulty UJEB v Brně.
Zastupující přednosta Doc. MUDr. Zdeněk Bozděch, CSc.

Heslo: Dechová gymnastika — přefukovací láhev — vitální kapacita plic.

Dechové cviky jsou nedílnou součástí léčby řady onemocnění. To platí také o skoliozách, kde u těžších křivek v thorakálním úseku je deformita hrudníku spojena s narušením plicní funkce, což se projevuje především redukcí TC, VC, V max [lit.], zvýšením FRC na konto VC. Proto vedle derotačního dýchání, které napomáhá zmenšovat deformitu hrudníku, nacvičují naši pacienti též hluboká dýchání. Jako jeho vhodný doplněk jsme na našem pracovišti zavedli dechové cviky s přefukovacími láhvemi. Tato cvičební pomůcka se skládá ze dvou láhví propojených systémem trubic s ventily (obr. 1, 2).



Obr. 1: Schema přefukovacích lahví. 1 — trubice pro střídavý přívod a odvod vzduchu, 2 — šroubový uzávěr láhve s otvory pro trubice, 3 — láhev z umělé hmoty se šroubovým uzávěrem hrdla, objem jeden litr, 4 — trubice pro jednosměrný transport kapaliny, 5 — ventil



Obr. 2: Sestavené přefukovací láhve. (přivázaný gumový prst s nářezem na špičce) tlakem vzduchu zvnějšku kolabuje a uzavírá vstup do trubice, 6 — ventil otevřený tlakem kapaliny působící zvnitřku na jeho stěny, 7 — voda obarvená zdravím neškodným barvivem.

O. VLACH, J. ŠLECHTA / PŘEFUKOVACÍ LÁHVE

Smyslem cvičení je přefukovat zbarvenou tekutinu střídavě z jedné láhve do druhé. Nemocný se pomalu zhluboka nadechne a potom zvolna jedním výdechem do přívodné trubice se snaží přetlačit co největší objem vody (obr. 3). Zdatnějším jedincům se daří přesunout na jedno nadechnutí celý litr, ale často u větších deformit a mladších jedinců je transport kapaliny pouze částečný.



Obr. 3: Pacientka cvičící s přefukovacími láhvemi.

Pomůcka ve srovnání s jinými cviky napomáhá prohlubovat dýchání zvláště posílením expiria výdechem proti odporu vodního sloupce, umožňuje hluboké dýchání podle potřeby dávkovat a současně sledovat účinnost léčby.

Cvičení s přefukovacími láhvemi se nám osvědčilo a nahradilo nedostatky dříve užívaného nafukování gumových rukavic a balonů. Používáme je jednak v rámci předoperační přípravy, jednak v pooperačním období, kdy navíc, bezprostředně po zákroku, účinně napomáhá v prevenci atelektáz.

V připojené tabulce ukazujeme skupinu 10 nemocných se skoliózou ve fázi předoperační přípravy, kdy jsme přefukovací láhve uváděli do praxe.

Věk	Křivka vstoje	Přírůstek VC		Délka cvičení (dny)
		abs. v ml.	v %	
15	T1—66—T6—128—L1	350	29,2	52
15	T5—112—T12	200	14,9	54
15	T5—128—L1	350	43,7	44
13	T5—135—L1	400	57,1	56
12	C7—42—T5—58—T12	150	9,1	9
14	T6—95—L1	400	40,0	42
12	T1—77—T12	500	31,2	32
15	T1—50—T6—88—T12	300	11,1	16
15	T1—33—T5—81—T11—83—L4	400	22,2	26
17	T6—91—L1	400	25,0	20

V současné době se nám láhve osvědčují jako rehabilitační pomůcka i u jiných ortopedických a traumatologických onemocnění a domníváme se, že by se mohly uplatnit i v jiných oborech lékařství.

HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ

MUDr. F. POKORNÝ ŠEDESÁTNIKEM

MUDr. František Pokorný je jedným najprednejších predstaviteľů Československej rehabilitácie. S jeho menom je spojená naša svetová úroveň liečby detských obrny, vybudovaná MUDr. F. Pokorným v Jánskych lázních, ktorá je dodnes dávána na vzor v publikáciách WHO. I dyž detská obrna ztratila na své hrozivosti, pokračuje MUDr. F. Pokorný jako vedoucí rehabilitační lékař v OÚZ Praha 9 neúnavně dále v hledání nových cest a léčebných metod v oboru léčebné rehabilitace.

Již po řadu let se velmi vážně zabývá akupunkturou, je skvělý odborník v manipulační léčbě, ale především je skvělý jako člověk a učitel, který nezištně rozdává své poznatky a bohaté vědomosti. Na šedesát let nevypadá, je tělesně i duševně mlád a byl po zásluze dne 17. května 1976 poctěn nejvyšším stavovským lékařským vyznamenáním — Purkyňovou medailí, ke které mu všichni ze srdce blahopřejeme a těšíme se na další spolupráci s ním po mnoho let.

Dr. J. Pfeiffer, CSc.

RECENZIE KNÍH

P. L. REICHERTZ, H. G. HOLTHOFF:

METHODEN DER INFORMATIK IN DER MEDIZIN

(Metódy informatiky v lekárstve)

Springer Verlag, Berlin — Heidelberg — New York 1975, 234 str., 124 obr., cena brož. výtlačku DM 55,—. ISBN 3-540-07201-2.

Pomerne málo rozsiahla publikácia nakladateľstva Springer Verlag v Berlíne, Heidelbergu, New Yorku, ktorá sa objavila na knižnom trhu v roku 1975, je vlastne zborníkom príspevkov, ktoré odzneli na 3. hannoverskej konferencii o lekárskej informatike, ktorá sa konala v dňoch 28.—30. marca 1974.

Na tejto konferencii sa zúčastnil celý rad popredných nemeckých odborníkov v problematike informatiky predovšetkým v lekárstve, a niekoľko zahraničných hostí. Cieľom bola výmena skúseností na

tomto poli a vypracovanie základných a praktických konceptov na využitie komunikačných možností. Pracovná skupina pre lekársku informatiku, ktorá pracuje v rámci Nemeckej spoločnosti pre medicínsku dokumentáciu a štatistiku, predložila vlastne výsledky svojej činnosti. Rokovania konferencie boli rozdelené do piatich poldenných celkov; toto delenie vykazuje aj predložený zborník jednotlivých príspevkov.

Úvodná kapitola každého celku je vlastne zhrnutím rokovania v príslušnom

poldni. Prvá časť je venovaná niekoľkým príspevkom, charakterizujúcim postavenie informatiky v súčasnom zdravotníctve a použitie informačných systémov v nemocniciach. Reichertz, ktorý je jedným z redaktorov tejto publikácie, predkladá svoje skúsenosti s takýmto systémom v Hannoveri. Táto kapitola je doplnená nasledujúcou o trojročných skúsenostiach so spracovaním laboratórnych dát na hannoverskej vysokej škole.

Druhý polden programu a druhú časť publikácie predstavuje niekoľko príspevkov poukazujúcich na použitie rôznych prístrojových systémov pri spracovaní jednotlivých dát a ďalej príspevky o spracovaní laboratórnych informácií.

Snáď najvýznamnejšiu časť tejto publikácie, aspoň z hľadiska aktuálnych potrieb, predstavujú prednášky uverejnené v ďalšej časti, ktoré boli náplňou tretieho poldňa. Hovorili o zbere dát, ich prenose a registrácii s cieľom ďalšieho strojového spracovania — ide o takzvaný periférny zber jednotlivých dát, v prvom rade dát, ktoré informujú o biologických signáloch. Pozoruhodný v tejto časti bol príspevok Kaltschmidta o telemetrickom prenose informácií, pretože telemetria ja v súčasnosti jednou z veľmi rozšírených metód predovšetkým v oblasti elektrokardiologických a iných biologických signálov.

Štvrtá časť publikácie je venovaná možnostiam a použitiu štatistickej kontroly

kvality v klinických a biochemických laboratóriách. Jednotlivé príspevky, ktoré vychádzali z vlastnej skúsenosti autorov, jasne dokumentovali dôležitosť takejto kontroly pre prácu kliniky.

Posledná časť tohto zborníka prednášok venuje pozornosť problematike uchovania informácií — problematike tezurácie medicínskych dát. Hovorilo sa o rôznych systémoch konzervovania informácií a o skúsenostiach s týmito jednotlivými systémami v chirurgii, röntgenológii a pod. Vytváranie informačných konzerv má istotne veľký význam pre celú prácu kliniky už len z toho hľadiska, že pacient opakovane navštevuje príslušnú nemocnicu, oddelenie alebo kliniku. Reichertzova a Holthoffova publikácia, vydaná formou zborníka, predstavuje informáciu o súčasnom stave problematiky lekárskej informatiky v Nemeckej spolkovej republike. Je doplnená peknými ilustráciami, grafmi a tabuľkami, ktoré dokumentujú jednotlivé príspevky. Na záver každého príspevku je ďalší odkaz na literatúru, takže každý, kto sa zaoberá niektorým čiastkovým problémom lekárskej informatiky, tu nájde odkaz na ďalšie pramene.

V súčasnosti, keď sa aj u nás venuje veľká pozornosť informačným systémom v nemocnici, priniesie táto pozoruhodná publikácia celý rad dobrých informácií o problémoch lekárskej informatiky.

Dr. R. Palátová, Bratislava.

HAAS, E.:

PLASTISCHE CHIRURGIE IM GESICHTS-HALS-BEREICH EIN ÜBERBLICK.

(Plastická chirurgia v oblasti tváre a krku. Prehľad.)

G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1976, 118 str., 120 obr. Cena DM 49,80,—.

Pretože plastické chirurgické výkony nachádzajú v otolaryngológii stále väčšie uplatnenie, uverejnil prof. Haas v rokoch 1973 a 1974 v západonemeckom otolaryngologickom časopise „Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie“, sériu 12 publikácií o plastickej chirurgii v oblasti tváre a krku.

Tieto články prijali otolaryngológovia veľmi priaznivo a hodnotili ich kladne. Preto ich autor po patričnej úprave a doplnení vydal ako monografiu. Kniha pozostáva z 12 kapitol. Ak z nich uvedieme len kapitoly o korekčných výkonoch pri deformitách nosa a ušnice, o technike su-

túr a úprave jaziev, o rekonštrukčných výkonoch pri defektoch nosa, líca a pery, ako aj oblasti čela a krku — postačí, aby sme získali obraz o bohatej paletе tém, ktoré autor v knihe rozvádza.

Prof. Haas venoval monografiu predovšetkým lekárom, ktorí majú v plastickej chirurgii málo skúseností, so snahou oboznámiť ich so základmi plastickej chirurgie. Preto svoju monografiu úmyselne napísal stručne bez zbytočných podrobností. Treba však dodať, že aj prehľadne a didakticky. Zrozumiteľný text vhodne doplňujú dobré obrázky a nákresy.

MUDr. Z. Bargár, Bratislava

V. GRULICH, j. LUKŠ:

PEDAGOGIKA A JEJÍ METODOLOGICKÉ PROBLÉMY

Vydalo Státní pedagogické nakladatelství v Praze, 1975,
272 str., Kčs 26,—.

Autori publikácie pokúsili sa reagovať na niektoré páličivé teoretické a metodologické otázky pedagogickej vedy a pedagogického výskumu. Aktuálnosť filozofických, metodologických problémov vedy vyplýva z potrieb sociálneho a vedeckotechnického pokroku, z hlbokých zmien v charaktere a metódach súčasnej vedy i z požiadaviek orientovať dlhodobý poznávací výskum v pedagogike v širších svetonázorových súvislostiach.

Publikácia obsahuje päť hlavných kapitol. V štyroch základných kapitolách knihy snaží sa doc. dr. Grulich, CSc., odborník vo filozofii, výchove a pedagogike, riešiť mnohé pozoruhodné aspekty tejto zaujímavej problematiky. Spor o metodologický profil socialistickej pedagogiky je sporom o pedagogickú koncepciu človeka, lebo človek, jeho rozvoj, tvoria podstatu všetkých pedagogických procesov výchovy, vzdelania, vyučovania, atď. Tieto základné pedagogické procesy nemôžu sa nikdy abstrahovať od človeka, lebo človek je organicky zastúpený v predmete pedagogiky a prelína sa všetkými pedagogickými javmi. Spor o metodologický profil pedagogiky je teda sporom o samotnú povahu metodologického prístupu k pedagogickému obrazu človeka. Ide o podstate o to, či sa má pedagogika zaoberať len finálnymi štruktúrami, skúmaním teleologickej (účelovoslovej) stránky pedagogických procesov alebo vedou výlučne empiricky popisnou a explikujúcou pedagogickú skúsenosť. Autor objasňuje rozdzvojenie novodobej buržoáznej pedagogiky na prúd scientívny a nezscientívny.

Z výsledkov a skúseností sovietskych odborníkov čerpá dr. Grulich mnoho podnetov, ktoré sa zaoberajú otázkami vedy o vede, vedosloví a metavedy, a so sympatiami a veľkou pozornosťou obracia sa predovšetkým na tú špecifickú oblasť teoretického poznania v sovietskej filozofii, ktorá sa zameriava na dialektiku, logiku a metodológiu vedy, a svojou hĺbkou, pravdivosťou pohľadu i rozsahu prekonáva jednoduché i redukcionistické buržoázne koncepcie. Poukazuje na štruktúru vedeckých vysvetlení pedagogiky na základe dialektického a historického materializmu a materialistickej dialektiky a zároveň naznačuje, prečo všeobecnou metodológiou vedy je dialektická logika, ktorá umožňuje chápať komplexnejšie a v širšom spektre rôzne vysvetľovacie

postupy socialistickej pedagogiky.

V nových kontextoch sa autor prvých štyroch kapitol zamýšľa nad charakterom pedagogiky ako vedy. Obhajuje špecifičnosť predmetu a metódy pedagogiky a polemizuje s niektorými nesprávnymi názormi na postavenie pedagogiky v systéme vied. Špecifičnosť pedagogického myslenia spočíva v jeho dialektickom charaktere, v snahe poňmať výkon ako konkrétne štrukturovaný celok, v ktorom výchovná situácia, podmienky výchovy, jej prostriedky a ciele nepredstavujú izolované časti a procesy, ale systém, štrukturovaný komplex vzájomne si odpovedajúcich prvkov.

Štúdia dr. Grulicha a dr. Lukša o metodologických problémoch v pedagogike je jednou z prvých odborných publikácií, v ktorej sa objasňuje problematika vedeckého faktu v pedagogike, venuje sa pozornosť otázkam jeho poznateľnosti, úlone experimentu a systémového prístupu, ako i modelovania pedagogických iaktov. V poslednom čase sa aj u nás uplatňuje systémový prístup ku skúmaniu otázok komunistickej výchovy. Systémový prístup je v tejto štúdií zdôraznený ako podstatná súčasť metódy materialistickej dialektiky, ako jeden z metodologických princípov materialistickej dialektiky, oproti buržoáznym autorom, ktorí absolutizujú systémový prístup a stavajú ho proti iným metódam poznania a predovšetkým proti materialistickej dialektike. Aktuálne sú niektoré závery o tom, ako z hľadiska systémového poňatia realizovať v praxi princíp jednoty výchovného pôsobenia v škole i mimo školy. Jednota výchovného pôsobenia musí prešupovať celým obsahom výchovy i vzdelania.

Knihá vychádza nielen z teoretických, ale i praktickej činnosti, všima si spojenie teórie s praxou a zdôrazňuje význam tohto sporu. V závere je publikácia doplnená štúdiou dr. Lukša, CSc., ktorý sa zamýšľa nad metodologickými princípmi práce laboratória i nad dosiahnutými výsledkami pedagogického výskumu.

Knihá je určená nielen pracovníkom v oblasti pedagogickej teórie, ale i záujemcom z iných odborov, ktorí sa zaoberajú aktuálnymi otázkami teórie a metodologie vedy.

M. Bartovicová, Bratislava.

H. P. WOLF, T. R. WEIHRACH:

INTERNISTISCHE THERAPIE

(Internistická terapia)

Vydalo vydavateľstvo Urban und Schwarzenberg, München, 1975. 904 strán, 137 tabuliek, cena DM 45,—. ISBN 3-541-07261-X.

Vo vreckovom formáte vydalo mníchovské vydavateľstvo Urban a Schwarzenberg prehľadnú príručku, venovanú internistickej terapii. Kniha je vyslovene prakticky robená a predstavuje súhrn najčastejších terapeutických indikácií v oblasti vnútorného lekárstva. Rozdeľuje sa prakticky na dve odlišné časti, pričom v prvej sa hovorí o všeobecných terapeutických opatreniach, o akútnych prípadoch, o terapii glukokortikoidmi, diuretikami, chemoterapeutikami, cytostatikami, antikoagulantami, v ďalšej časti sa venuje pozornosť poruchám vodného a elektrolytového hospodárstva, poruchám acidobázickej rovnováhy a jednotlivým skupinám chorôb, ako sú alergické ochorenia, choroby srdca, choroby respirácie, choroby gastrointestinálneho traktu, pečene, pankreasu a žľových ciest, choroby obličiek a vývodových ciest, chorobám vysokého a nízkého tlaku, ochoreniam krvi a lymfatického systému, hemoragickým diatézam, chorobám ciev, reumatickým afekeciám,

poruchám výživy a metabolizmu, chorobám endokrinným, ako aj infekčným. Posledná kapitola prináša celý rad prehľadných tabuliek, potrebných pre prax lekára. Vecný register ukončuje túto pozoruhodnú príručku, určenú pre dennú potrebu lekára v ambulancii, na klinike pri liečení vnútorných chorôb.

Príručka je dielom celého radu autorov z rôznych interných kliník a Nemeckej kliniky pre diagnostiku. Je súhrnom súčasných poznatkov k uvedeným otázkam a predstavuje súčasne možnosti terapie pri uvedených ochoreniach. Pozoruhodné sú úvodné kapitoly, ktoré venujú pozornosť všeobecnej problematike vnútorných chorôb. Sú veľmi prehľadné, doplnené radom tabuliek a veľmi účelne delené podľa jednotlivých čiastkových otázok.

Kniha patrí na stôl každého lekára, ktorý sa venuje problematike interných chorôb a ich terapii.

Dr. M. Palát, Bratislava.

H. J. HOLTMEIER, W. SIEGENTHALER:

KORONARINSUFFIZIENZ

(Koronárna insuficiencia)

Vydalo vydavateľstvo Georg Thieme Verlag Stuttgart, 1975. 201 str., 86 obr., 11 tab. Cena DM 34,—. ISBN 3-135297-01-2.

Monografia prof. Holtmeiera a Siegenthalera je vlastne zbornikom prednášok, ktoré odzneli na 12. sympóziu Nemeckej spoločnosti pre pokroky v oblasti vnútorného lekárstva, ktoré sa konalo vo Freiburgu i. Br. v roku 1974. Program tohto sympózia bol venovaný problematike koronárnej insuficiencie, ktorá predstavuje v oblasti kardiológie najvýraznejšie ochorenie. Tejto problematike venovalo pozornosť mnoho kongresov, čo svedčí o záujme medicínskej verejnosti o toto ochorenie a čo rovnako svedčí o tom, aké nebezpečie predstavuje koronárna insuficiencia pre súčasnú populáciu vo vysoko vyvinutých krajinách. V publikácii sú uvedené po úvodnom

slove pozdravné adresy akademických i neakademických inštitúcií, zoznam členov Nemeckej spoločnosti pre pokroky v oblasti vnútorného lekárstva a konečne zoznam účastníkov sympózia. Celé sympóziu malo tri základné tematické okruhy. Prvá časť rokovala o základoch z hľadiska rizikových faktorov a z hľadiska významu sklerózy veľkých i malých koronárnych ciev pre koronárnu insuficienciu. Druhá časť bola venovaná experimentálnej hemodynamike a farmakológii; jednotlivé práce hovorili o rozdelení koronárneho prekrvenia pri normálnom a ischemickom myokarde, o farmakológii koronárneho prekrvenia, o účinku nitrolátok na dynamiku chorého a zdra-

vého srdca a o účinku betablokátorov na dynamiku zdravého a chorého srdca. Tretia časť, ktorá je najrozsiahlejšia, hovorí o koronárnej insuficiencii u človeka. V jednotlivých prácach sa hovorilo o klinike a diagnostike, hemodynamike a epidemiológii, o pokrokoch medikamentózneho terapie koronárnej insuficiencie, o indikáciách na koronárnu chirurgiu a biochemických zmenách myokardu ako príčine koronarogénnej a nekoronarogénnej štrukturálnej lézie. Každá práca publikovaná v tomto zborníku je doplnená celým radom tabuliek, schém, obrázkov, ktoré dokumentujú predovšetkým experimentálne pozorovania autorov, a zoznamom literatúry.

Vari najvýznamnejšou časťou tejto monografie je druhá časť knihy, kde je zachytená diskusia o jednotlivých prednáš-

kach a kde čitateľ, ktorý je oboznámený so základnou problematikou koronárnej insuficiencie, môže nájsť nielen veľa podnetov, ale predovšetkým veľa informácií, svedčiacich o snahe rozličných autorov a škôl a prístupe k otázkam koronárnej insuficiencie.

„Koronárna insuficiencia“ predstavuje súbor experimentálnych prác tematicky zameraných, bohato dokumentovaných a prinášajúcich súčasný pohľad na takú problematiku, ako je koronárna insuficiencia. Kniha je určená akiste predovšetkým kardiologickej verejnosti. Ale každý lekár, ktorý sa stretáva v praxi s problematikou koronárnej insuficiencie, nájde tu určite mnoho podnetov na zamyslenie.

Dr. M. Palát, Bratislava.

KARDIOLOGICKÝ BULLETIN — ACTA CARDIOLOGICA

(*Kardiologisches Bulletin — Acta cardiologica*)

Zožit č. 8/9, 1974, Heidelberg, Verlag für Medizin, dr. E. Fischer. 190 strán, 7 článkov, cena neuvedená.

Kardiologický bulletin — Acta cardiologica vychádza r. 1974 ako dvojčíslo (zožit 8/9) a v dodatku siedmich prác obsahuje referáty z literatúry a recenzie publikácií s kardiologickou a angiologickou problematikou.

V príspevku uvádzam charakteristiku publikovaných prác:

1. P. v. Smekal: Klinisch-experimentelle Untersuchungen zur Hämodynamik und deren Beinfassung durch Pharmaka bei Patienten mit totalem AV-Block unter Schrittmacherstimulation (Klinicko-experimentálne vyšetrenie hemodynamiky a jej ovplyvňovanie farmakami u chorých s úplným AV blokom pri stimulácii pacemakerom). Str. 5—109.

Autor vychádza z poznatku, že kompletný AV blok nastáva spolu s poškodením pracovného myokardu. Ide zvyčajne o starších jednotlivcov s ischemickou chorobou srdca, ktorí pri závažnejšom zrýchlení alebo spomalení pulzovej frekvencie reagujú poklesom srdcovej výkonnosti. Porucha vyžaduje intenzívne liečebné opatrenia. Autor vyšetřoval hemodynamiku chorých s kompletným AV blokom pri liečbe kardiostimulátorom pred zafatzením a po zafatzení zrýchlenou frekvenciou. Vyšetřenia vykonával pred podaním srdcových glykozidov a počas liečby, ďalej po podaní nitritov, antiarytmik, sympatikolytik a sympatikomimetik.

Implantácia elektrického kardiostimulátora je len symptomatickou liečbou komplikácie v priebehu koronárneho srdcového ochorenia. Medikamentózna liečba niektorými farmakami v takýchto situáciách vyžaduje osobitnú pozornosť. Autor opisuje výsledky pozorovaní na súbore 71 chorých, ktorých pre kompletný AV blok liečili elektrostimuláciou v r. 1966 až 1971.

Práca sa opiera o 201 kompletných odkazov na literatúru.

2. J. P. Grunert, V. Hünerberger, H. Stoboy: Kardiopulmonale Funktionsgrößen bei niedriger ergometrischer Leistung (Funkčné kardiopulmonálne veličiny pri malom ergometrickom zafatzení). Str. 111—118.

Autori vyšetrili 16 mužov (bez selekcie) vo veku 22 až 30 rokov na bicyklovom ergometri. Zistili, že pri zafatzení v rozsahu 10 až 50 W nestúpa srdcová frekvencia priamočiarno, ale podľa krivky, kým spotreba O₂ vykazuje najlepšiu linearitu so stúpajúcim zafatzením.

Práca uvádza 12 úplných odkazov na literatúru.

3. M. Kusagawa, I. Yada, K. Kubo: Long Perfusion by Extracorporeal Circulation With the Pulsatile Pump (Dlhodobá perfúzia pri extrakorporálnej cirkulácii s pulzáčnou pumpou).

Ide o poznatky z experimentálnej štúdie na dospelých psoch a o klinické skú-

senosti zo 140 „otvorených“ srdcových operácií. Pri extrakorporálnej cirkulácii použili pulzatilnú pumpu Kubo — Senko. Pri operácii 53 chorých perfúzný čas bol 60 až 180 min. Prednosti pumpy podľa Kubo a Senku vidia najmä v minimálnej hemolýze, v udržaní periférnej cirkulácie, v zmenšení krvných strát pri operácii a v iba malom zhoršení cirkulácie v obličkách.

Odkazujú na 27 kompletných citácií.

4. G. Baroldi: Pathologic Changes in Coronary Heart Disease (Patologické zmeny pri koronárnej srdcovej chorobe). Str. 133—143.

V úvode sa autor zapodieva definíciami koronárnej srdcovej choroby, čiže ischemickej choroby srdca, ako ich podáva Svetová zdravotnícka organizácia r. 1955, respektíve r. 1969. V ďalšom sa zapodieva patologicko-anatomicou charakteristikou nálezov pri uvedenom ochorení jednak na koronárnych tepnách, jednak na vlastnom myokarde.

Cituje iba svoje práce, niektoré so spolupracovníkmi (spolu 12 kompletných odkazov).

5. L. R. Erhardt: Coronary thrombosis and acute myocardial infarction (Koronárna trombóza a akútny srdcový infarkt). Str. 145—152.

Autor použil metódu — 125 I značkovany fibrinogén — na sledovanie časových vzťahov medzi nekrózou a trombózou u chorých so srdcovým infarktom. Chorým hospitalizovaným na koronárnej jednotke podávali približne 100 uCi fibrinogénu značkovaneho 125 I. Siedmich chorých, ktorí v dôsledku akútneho myokardiálneho infarktu exitovali a u ktorých sa dokázal koronárny trombus, vyšetrili na rádioaktivitu trombu. V práci sa analyzujú výsledky získaných údajov.

21 kompletných odkazov na literatúru.

6. H. Laborit: Physiopathologie et Pharmacologie de la Nécrose Myocardique (Patofyziológia a farmakológia myokardiálnej nekrózy). Str. 153—170.

V práci sa analyzuje najmä mechanizmus terapeutického účinku glukózy s inzulínom, solí draslíka a magnézium-aspartátu.

Práca sa opiera o 47 úplných citácií.

7. M. V. Ardenne, R. Tümmeler: Elektronen — Anlagerungs — Massenspektrographische Inaktivwerden des Herzglykosiden g-Strophanthin. Str. 171—172. Práca má charakter anotácie — v podrobnostiach sa odkazuje na časopis Arzneimittel-Forschung 24, 1974.

Dr. M. Pavlovič, Bratislava

H. MÖRL:

DER „STUMME“ MYOKARDINFARKT

(„Nemý“ srdcový infarkt).

Vydalo vydavateľstvo Springer Verlag Berlin — Heidelberg — New York, 1975, str. 113, 15 obr., 18 tab., cena DM 18,80.

ISBN 3-540-07318-3.

V edícii klinických vreckových príručiek, ktorú vydáva Springerovo vydavateľstvo, vychádza v roku 1975 pomerne malá, ale pozoruhodná práca prof. Mörla z Heidelbergu, ktorá je venovaná veľmi závažnej problematike tzv. „nemých“ infarktov. Je určená predovšetkým praktickým lekárom, ktorí v prvom kontakte sa stretávajú s chorými, postihnutými infarktom myokardu. Úvod do tejto drobnej publikácie napísal prof. Schettler, známy špičkový odborník artériosklerózy.

Príručka má vcelku 7 kapitol, úvodné slovo a vecný register. Prvá kapitola venuje pozornosť definícii o častosti „nemých“ infarktov, druhá rozoberá otázky epidemiológie a patogenézy všeobecnej artériosklerózy, koronarsklerózy a srdcového infarktu, v tretej kapitole je spracovaná elektrokardiografická diagnostika srdcového infarktu, piata a šiesta kapi-

tola venuje pozornosť subjektívnym a objektívnym príznakom a klinickému vyšetreniu, siedma — záverečná kapitola zhrňuje poznatky uvedené v tejto drobnej publikácii. Každá kapitola obsahuje pomerne rozsiahly zoznam ďalšej literatúry; tabuľky, ilustrácie dopĺňujú diskutovanú problematiku.

Ak vychádzame zo skutočnosti, že v práci môžeme stanoviť klinicky iba asi 50 percent srdcových infarktov, potom je zrejmé, akým spôsobom je Mörlova publikácia zameraná. V každom prípade je obohatením doterajšej literatúry o problematiku srdcového infarktu. Jej prednosťou je malý rozsah, názorné a zrozumiteľné podanie a vysvetľujúca interpretácia. Mörlova knižôčka určite sa stane sprievodcom každého lekára, predovšetkým lekárov prvého kontaktu.

Dr. M. Palát, Bratislava.

W. T. ULMER, G. REICHEL, D. NOLTE:

DIE LUNGENFUNKTION

(Pľúcna funkcia)

Vydalo vydavateľstvo Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1976. 2. prepracované a doplnené vydanie, 226 str., 122. obr., 21 tab. Cena DM 54,—. ISBN 3-13-448802-7.

Už v druhom vydaní vychádza v stuttgartskom vydavateľstve Georga Thiemeho monografia, ktorá venuje pozornosť pľúcnej funkcii z hľadiska fyziológie, patofyziológie a vyšetrovacích metód. Toto sú aj názvy jednotlivých častí tejto publikácie, ktorá je doplnená dodatkom tabuliek, grafov a iných dát, rozsiahlym prehľadom písomníctva a vecným registrom.

Jednotlivé časti knihy sa zaoberajú fyziologickými, patofyziologickými a metodickými informáciami v jednotlivých kapitolách doplnených početnými grafmi, tabuľkami a obrázkami diskutujú zo súčasného hľadiska o týchto aspektoch pľúcnej funkcie. Kniha je napísaná odborníkmi pre oblasť respirácie, predovšetkým z klinického hľadiska. Autori sú klinicky erudovaní a jednotlivé kapitoly vyjadrujú predovšetkým klinický postoj v oblasti respirácie. Kniha je určená lekárom, kto-

rí sa stretávajú s poruchami funkcie v klinike a pre ktorých funkčná diagnostika je veľmi významnou cestou v ich práci. V poslednom čase sa objavilo vo svetovom písomníctve prakticky neprehľadné množstvo jednotlivých prác, publikácií a monografií z oblasti pulmonológie. Je zásluhou autorov tejto monografie nie príliš rozsiahlej, ale z hľadiska jednotlivých dát obsiahlej, že kritickým spôsobom a s prihliadnutím na vlastné dlhodobé skúsenosti napísali knihu, ktorú uvíta každý, kto sa stretáva s otázkami fyziológie, patofyziológie a metodiky vyšetrovania predovšetkým respiračných chorôb. Uvedenú publikáciu považujem za jednu z najvýznamnejších, ktoré sa objavili v nemecky hovoriacej oblasti. Je prehľadná, informujúca, kriticky postavená a iste nájde široké uplatnenie.

Dr. M. Palát, Bratislava.

H. MARX:

DIFFERENTIALDIAGNOSTISCHE LEITPROGRAMME IN DER INNEREN MEDIZIN

(Diferenciálnodiagnostické základné programy vo vnútornom lekárstve).

Vydalo vydavateľstvo Springer Verlag, Berlin — Heidelberg — New York, 1976, 256 str., cena DM 19,80. ISBN 3-540-07644-1.

V edícii klinických príručiek vychádza v roku 1976 vo vydavateľstve Springer Verlag, Berlin, drobná publikácia, ktorú napísalo pod vedením prof. Marxa 6 ďalších popredných internistov. Publikácia je pozoruhodná tým, že heslovite prináša základné programy pre vyšetrenie a stanovenie diagnózy pri vnútorných chorobách, vychádzajúc z určitých klinických symptómov. Sú tu zostavené programy pre diagnostický a diferenciálnodiagnostický pochod vo vnútornom lekárstve. Jednotlivé postupy zvyrazňujú anamnézu, objektívny nález a ďalšie technické možnosti vyšetrenia. Na základe tohto komplexu, ktorý pozostáva z uvedených častí, vytvára sa situácia

vedúca k záveru z hľadiska diagnostického i diferenciálnodiagnostického.

Marxova príručka je prakticky usporiadaná, základné delenie je podľa jednotlivých symptómov, i keď niektoré pasáže vychádzajú z určitej skupiny ochorenia. Je vhodná pre každého internistu jednak preto, aby sám kontroloval svoj logický postup pri diagnostike, jednak preto, aby nezabudol v rámci tohto logického postupu na niektoré možnosti overenia, event. doplnenia diagnózy. Príručka by mala patriť k nepostrádateľnej výbave každého lekára pri jeho diagnostickej práci s pacientom.

Dr. M. Palát, Bratislava.

F. HOFF:

VON KRANKHEIT UND HEILUNG UND VOM STERBEN

(O chorobe a liečení a o zomieraní)

Vydal F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart — New York,
1975. 326 str., Cena DM 27,—. ISBN 3-7945-0507-7.

Kniha prof. Hoffa, ktorá vyšla záverom minulého roku v stuttgartskom vydavateľstve F. K. Schattauer, nie je knihou spomienok, tak ako niektoré memoáre, čo sa z času na čas objavujú na knižnom trhu z pera veľkých lekárov a vedcov. Je to súbor článkov a prednášok, ktoré prof. Hoff v priebehu svojho života a svojej činnosti publikoval a prednášal pri najrôznejších príležitostiach a ktoré sú venované základným otázkam postoja, etiky a či morálky lekára voči pacientovi. V jednotlivých častiach zaujíma prof. Hoff stanovisko k základom lekárstva, k otázkam regulačných mechanizmov, k chorobe a liečbe, k základným úvahám o jednotlivých liečebných postupoch, o úlohách lekára dnes, a o smrti a umieraní. Záverečná časť je životopis a životná dráha prof. Hoffa, ktorý v priebehu 50 rokov činnosti ako lekár prežil revolučný vývoj medicíny, predovšetkým vnútorného lekárstva.

Všetky práce publikované v tejto knihe sa zaoberajú vybranými témami a pochádzajú z rôznych období života prof.

Hoffa. Okrem vyslovene medicínskych informácií, ktorými sú jednotlivé príspevky dokumentované, prináša kniha aj kritické názory napr. voči Selyovej teórii o strese a pod. Snáď najzaujímavejšou kapitolou tejto pozoruhodnej knižky je oblasť, v ktorej Hoff hovorí o problematike regulácie, porúch regulácie, o patogenéze, kortikoviscerálnych poruchách a pod. Touto problematikou sa zaoberal prakticky celý život a jeho pozorovania dokumentujú nielen vývoj v oblasti regulácií v medicíne, ale predovšetkým jeho logické úvahy pri lôžku chorého.

Hoffovu knihu by sme mohli nazvať spomienkami lekára na uplynulé obdobie vývoja medicíny formou vedeckej publikácie. Je zaujímavá, prináša celý rad podnetov pre každého, kto má určitý postoj k chorému, postoj lekára voči pacientovi. Je informujúca, pretože ilustruje na rade klinických prípadov a pozorovaní jednotlivé kroky vývoja modernej medicíny z pohľadu takého významného klinika a klinického fyziológa, ako je prof. Hoff.

Dr. M. Palát, Bratislava.

G. OTT, H. KUTTIG, P. DRINGS:

STANDARDISIERTE KREBSBEHANDLUNG

(Štandardizovaná liečba rakoviny)

Vydal Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York, 1974, 305 strán, 32 obrázkov, cena DM 38,—. ISBN 3-540-06893-7

Súčasná liečba nádorových ochorení je komplexná. Podieľajú sa na nej viaceré liečebné spôsoby: chirurgická liečba, rádioterapia, chemoterapia, hormonálna liečba. Je neobyčajne ťažké zosúladiť tieto liečebné postupy pre praktické používanie nielen pre ich rôznorodosť, ale aj pre ich neustály rozvoj. Pokus o štandardizovanie rutinnej liečby, aspoň rámcovo, je nevyhnutný už pre samu orientáciu vo výbere liečby, a to jej optimálnej taktiky pri jednotlivých druhoch nádorových ochorení a ich rozvojových štádií. Štandardizácia je žiadateľná aj pre možnosť objektívne zhodnocovať výsledky základnej liečby a porovnávať ich s

výsledkami výskumnej experimentálnej liečby.

V recenzovanej knihe sa o túto štandardizáciu úspešne pokúsil kolektív autorov. Odporúčané terapeutické postupy sú výsledkom skúseností a vyhodnotenia pozorovaní pracovníkov jednotlivých zúčastnených liečebných odborov, a teda interdisciplinárne prijatým kompromisom. Tieto postupy môžu byť smerodajné pre súčasnú klinickú prax, najmä ak sa považujú za základ pre ďalšie budovanie liečebnej taktiky.

V prvej časti knihy sa dávajú smernice na liečbu vo všeobecnosti, jej možnosti a obmedzenia, a to podľa jednotlivých

vých liečebných disciplín. Pri každej z nich je jednotiacim činiteľom požiadavka interdisciplinárnej kooperácie. V druhej časti sa hovorí o osobitných druhoch nádorových chorôb. Vždy sa stručne uvádza štatistický výskyt choroby, jej diagnostika, navrhovaný špecifický liečebný postup podľa štádia manifestácie choroby, spôsoby podpornej liečby a rehabilitácie. Informácie rozširuje pripojený zoznam literatúry, uvádzanej pre každú nádorovú lokalizáciu osobitne. V tretej časti knihy sú terapeutické postupy

podané v tabuľkovom prehľadnom usporiadaní.

Bezprostredným praktickým zameraním monografie je úmysel poskytnúť pracovníkom zaoberajúcim sa liečbou nádorových ochorení vodidlo pre prvú informáciu a orientáciu v problematike protinádorovej liečby. Kniha môže poskytnúť rýchlu informáciu aj nešpecializovaným pracovníkom a súčasne poslúžiť ako referenčná príručka pre pregraduálnu i postgraduálnu výchovu.

Dr. Vl. Cerný, Bratislava

R. M. SCHÜTZ:

BEURTEILUNG ARTERIELLER FUNKTIONSRESERVEN IN GLIEDMASSEN

(Posudzovanie arteriálnych funkčných rezerv v končatinách)

Vydalo vydavateľstvo Urban und Schwarzenberg, München — Berlín — Wien, 1975, 197 str., 63 obr., 30 tab. Cena DM 38,—. ISBN 3-541-06751-9.

V edícii „Manuskript“ mníchovského vydavateľstva Urban a Schwarzenberg vyšla monografia prof. Schütza z Angiologickej kliniky v Lübecku, venovaná angiologickým laboratórnym metódam. V niekoľkých kapitolách venuje autor pozornosť periférnemu arteriálnemu obehu, jeho regulácii, kľudovému prekrveniu a hyperémii po práci, kožnému prekrveniu a ostatným otázkam z hľadiska vyšetrovacích laboratórných metód. Postoj autora k jednotlivým vyšetrovacím metódam, či ide o okluzívnu pletizmografiu, oscilografiu, sfygmografiu a reografiu, alebo meranie ultrazvukovou metódou, je veľmi kritický, čo je podmiernené veľkými skúsenosťami autora pri vyšetrovaní jednotlivých parametrov stupňa periférneho prekrvenia.

Monografiu uzatvára prehľad literatúry a krátky vecný register. Je doplnená

početným obrázkami, grafmi a tabuľkami, ktoré dokumentujú vlastné skúsenosti autora s jednotlivými vyšetrovacími metódamí periférneho prekrvenia. Kniha je fundovaná aj teoreticky s dostatočne modernými informáciami. Prehľad literatúry prináša popri prácach starších aj práce novšie, takže každý, kto chce nájsť ďalšie potrebné informácie pri štúdiu jednotlivých otázok tejto zaujímavej problematiky, nájde potrebné pokazy v zozname literatúry.

Kniha je prehľadom súčasného stavu angiologickej funkčnej diagnostiky a poslúži každému, kto sa zaoberá touto problematikou celým radom cenných informácií. Kniha je vytlačená rotaprintom, čo urýchlilo prenos informácie od autora k čitateľovi.

Dr. E. Mikulová, Bratislava.

C. OVERZIER:

SYSTEMATIK DER INNEREN MEDIZIN

(Systematika vnútorného lekárstva)

5. novoprepracované a doplnené vydanie. Vydal: Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1975, 410 str., 96 obr. 35 tabuliek, 3 farebné tabuľky, DM 29,80.

ISBN 3-13-3842-05-6

Od roku 1966 do roku 1975 vyšla táto publikácia v piatich vydaniach. Už to samo svedčí o tom, aký ohlas má v širšej odbornej verejnosti. Okrem toho

v roku 1970 vyšlo jej španielske vydanie, v roku 1972 talianske a v roku 1975 holandské vydanie.

Kniha prof. Overziera z Kolína je pre-

hľadom dát, faktov a informácií z oblasti vnútorného lekárstva. V jednotlivých kapitolách autor venuje pozornosť krvi, slezine, endokrinnému systému, vodnému a elektrolytovému hospodárstvu, plazmatickým lipidom, vitamínom, gastrointestinálnemu traktu, srdcu a cievam, obličkám a vývodným močovým cestám, respiračnému traktu, kostnému systému, infekčným chorobám, neurológii a intoxikáciám. Záver publikácie tvorí prehľad laboratórnych hodnôt a ďalej je uvedený kľúč, ktorý dovoľuje rýchlu informáciu v tejto publikácii faktov. Vecný register ukončuje celú knihu vhodného formátu.

Kniha prof. Overziera nie je monografiou v klasickom slova zmysle, i keď prináša systematiku vnútorného lekárstva. Formou stručných prehľadných informácií — mnohé sú v podobe prehľadov, získava každý, kto potrebuje, rých-

lu, dobrú a aktuálnu informáciu predovšetkým pre svoju praktickú liečebnú činnosť. Publikácia, pravda vyžaduje iste základné a špeciálne znalosti v oblasti internej medicíny. Patrí teda predovšetkým na stôl internistov, ďalej lekárov, ktorých internistické vzdelanie predstavuje súčasť výcviku lekára, t. j. predovšetkým praktických lekárov. Kniha môže poslúžiť aj poslucháčom lekárskejších fakúlt, pretože uvedené prehľady v zostavení jednotlivých dát sú veľmi systematické, pomôže študentovi veľmi dobre sa orientovať v materiáli — táto didaktická prednosť iste nájde plné porozumenie práve u poslucháčov medicíny. I keď nemáme možnosť porovnať vývoj výberu informácií z minulých vydání, treba zdôrazniť, že jednotlivé informácie v piatom vydaní sú „Up to date“.

Dr. M. Palát, Bratislava

SIMON, H., KUNZE, K. D., VOSS, K., HERMAN, W. R.
AUTOMATISCHE BILDVERARBEITUNG (IN MEDIZIN
UND BIOLOGIE)

(Automatické spracovanie obrazov v medicíne a biológii)
Verlag Theodor Steinkopff, Dresden 1975, brož.,
strán 251, 15 tab., 10 fotografií, cena DM 25,80.

Monografický prehľad o súčasnom stave na poli automatizovaného spracovania a vyhodnocovania obrazov v medicíne a biológii. V autorskom kolektíve sú — podľa potreby komplexného interdisciplinárneho prístupu — zastúpení odborníci z fyziky (Meyer a Voss), z chémie (Arnold a Wagner), z techniky (Weber a Berner), z biológie (Kemmerová) a z medicíny (Hermann, Kunze, Schöbl, Simon). Ide o pracovnú skupinu vytvorenú pri Patologickom ústave na Medizinische Akademie Dresden. Okrem toho spolupracovala skupina s Vysokou školou technickou v Drážďanoch, s VEB Carl Zeiss v Jene a s VEB Robotron Dresden.

Úlohou tejto skupiny bolo v rámci výskumného plánu na tému Analyticko-diagnostický systém preskúmať konkrétne možnosti aplikácie automatického spracovania obrazového materiálu v medicíne. Širším cieľom tejto úlohy je nielen zlepšenie možnosti biomedicínskeho výskumu, ale skvalitnenie zdravotníckej starostlivosti a najmä prehlbenie preven-

cie masovými vyšetreniami obyvateľstva, ako to konštatuje v predslove knihy prof. dr. K. Spies, námestník ministra zdravotníctva NDR.

Samotná monografia podáva v prvej časti základné teoretické a matematicko-výpočtové predpoklady na zvládnutie problematiky: teória spracovania obrazov a jeho rôzne technologické metódy, získanie znakov na objektoch rôznymi počítačovými prístupmi, problémy kvantifikovania rôznych aspektov obrazu, ako je tvar, obrysy, optická hustota, štruktúra a iné. Veď základným predpokladom nasadenia automatov je objektivizácia toho, čo jednotlivec — diagnostik na „obraz“ (obyčajne je tým myslený histologický či cytologický preparát) vidí a interpretuje na základe veľmi komplexného uvažovania.

Druhá časť podáva prehľad o konkrétnych výsledkoch, dosiahnutých za použitia špičkovej optickej a výpočtovej techniky NDR. Ide tu o analýzu cervikálnych výterov, o rozbor krvného obrazu, najmä leukocytov, a o morfometriu na hepatál-

nych rezoch a na elektrónkomikroskopických obrazoch. Rad aplikácií sa ukončuje stereologickými problémami pri kvantitatívnom určovaní DNK v histologických preparátoch. Všade sa podávajú veľmi inštruktívne grafické schémy, ktoré ilustrujú princípy, a konkrétne programy pre počítače v jazyku PL/I. Dodatok tvorí 15 tabuliek reprodukcií mikrofotografií na kriedovom papieri a ich automatizovaného grafického hodnotenia.

Monografia plne dosahuje vytýčený cieľ: poukázať na možnosti použitia automatizácie pri vyhodnocovaní obrazov, a zmapovať hranice, ktoré sa na tomto

poli ukazujú. Je výsledkom komplexnej spolupráce a vysokej technickej vybavenosti. Dnes je málo pracovísk nielen na európskom kontinente, ale na celom svete, ktoré by sa konkrétne mohli podieľať na tomto výskume. Nevznikla náhodne práve v Drážďanoch. Predstavuje cenný informačný materiál pre každého, kto sa trebárs len teoreticky zaoberá otázkami kvantifikácie preparátov, rtg-obrazov a podobnými problémami. A ako autori sami konštatujú — prenos do základného výskumu a do zdravotnickej praxe má byť ďalším krokom.

Doc. R. Štukovský, CSc., Bratislava.

H. SARRE:
NIERENKRANKHEITEN
(*Obličkové choroby*)

Vydalo vydavateľstvo Georg Thieme Verlag Stuttgart, 1976. 4. prepracované a rozšírené vydanie 784 str., 273 obr., 113 tab., cena DM 160,—. ISBN 3-13392804-X.

Jeden zo svetových odborníkov v oblasti nefrológie, prof. Sarre vydáva v spolupráci s ďalšími poprednými odborníkmi už vo štvrtom vydaní vo vydavateľstve Georga Thiemeho v Stuttgarte dnes už klasickú monografiu o obličkových chorobách. Toto posledné vydanie, znovu prepracované a rozšírené, predstavuje súčasný pohľad na obličkové ochorenia. Jednotlivé kapitoly tejto monografie sa zaoberajú fyziológiou obličiek, vyšetrovacími metódami, patofyziológiou, glomerulárnymi ochoreniami, tubulárnymi ochoreniami, cievnyimi nefropatiámami. Posledné dve kapitoly sa zaoberajú sekundárnymi poruchami funkcie obličiek, urolitiázou, cystickou obličkou, posudzovaním chronických chorôb obličiek, ako aj všeobecnou terapiou a terapeutickou technikou. Rozsiahly zoznam literatúry usporiadaný podľa jednotlivých kapitol a podkapitol a vecný register dopĺňujú túto monografiu, ktorá je dnes už

klasickým dielom v oblasti nefrológie. Početné ilustrácie, tabuľky, grafy a obrázky vhodne dopĺňujú jednotlivé kapitoly a podkapitoly.

Knihou prof. Sarreho vzbudila pozornosť už pri prvom vydaní. Štvrté vydanie, ktoré je prepracované a doplnené, je v každom prípade vydaním predstavujúcim v súčasnom nemeckom odbornom písomníctve jeden z vrcholov v spracovaní problematiky obličkových chorôb.

Knihou je zaujímavá nielen pre nefrológa-odborníka, ale aj pre internistu, ktorý sa stretáva vo svojej práci s chorobami obličiek. V knihe sú uvedené aj najnovšie vyšetrovacie metódy, ako izotopová clearanse, diferencované určovanie bielkovín a pod. Najdôležitejšie však je, že sa tu všade zvyrazňuje hľadisko klinického fyziológa, čo robí zo štúdia tejto publikácie nielen zaujímavý, ale predovšetkým potrebný predmet.

Dr. M. Palát, Bratislava.

HANNS KAISER:
DER GESTÖRTE SCHLAF
(*Poruchy spánku*)

Deutscher Ärzte-Verlag. Fach Taschenbuch Nr. 15 1975. 214 str., cena DM 14,00.

Všetkých 15 autorov, ktorí napísali túto veľmi poučnú knihu, zameralo svoje príspevky proti formálnosti a rutinérstvu,

s ktorými sa v dennej praxi stretávame pri posudzovaní porúch spánku.

K poruche spánku sa totiž väčšina

staví ako k nozologickej jednotke, a nie ako k symptómu, ktorý sprevádza rôzne iné základné ochorenia. Podobne to potom vyzerá aj s terapiou — nerieši kauzálne ochorenie, ale len nedokonale nespavosť ako takú.

V poslednom čase sa v literatúre objavilo veľa kníh zaoberajúcich sa špecializovanými problémami na túto tému, sú však pre širokú lekársku verejnosť nedostupné — preto sa team autorov podujal napísať príručku: Poruchy spánku.

Na úvod je čitateľ oboznámený s najnovšími poznámkami fyziológie spánku. Je vyzdvihnutá úloha fázy REM, sprevádzaná rýchlym pohybom očí, ktorá je vonkajším prejavom sna.

Ďalej sú preberané ochorenia a skupiny ochorení spojené s nespavosťou. Veľkú skupinu tvoria neurologické choroby a symptómy, ako: bolesti hlavy, organické ochorenia mozgu, chronické intoxikácie, epilepsia a pod. Psychiatrické a interné choroby: kardiálne, ochorenia GIT, metabólické atď. Samostatné kapitoly sú venované chorobám v detskom veku a starobe. Na záver tejto časti dáva autor orientačné body pre získavanie anamnestických údajov a ich triedenie pri poruchách spánku. V terapii sú oproti medi-

kamentom vyzdvihnuté postupy používané fyziatriou: ako fyzikálna terapia (teplé, studené zábaly, sprchy, kúpeľné procedúry), uvoľňovacie cviky, masáže, hydro- a termoterapia. Ich účinnosť sa predovšetkým prejaví pri funkčných poruchách spánku spojených s napätím svalov. Dobrý efekt majú tieto procedúry pri nespavosti sprevádzajúcej artériosklerózu, hypertenziu, angínu pectoris, bronchiálnu astmu, emfyzém pľúc, ochorenia GIT, ochorenia chrčtice a pod.

Z radu farmák v príručke uvádzanej, stojí za povšimnutie príspevok o vazodilatanciách zameraných proti zníženému mozgovému prietoku. Doteraz predpisované teofilíny (Oxyphyllin, Syntophyllin) a skupina iných liekov, totiž nielenže nezvyšujú prietok mozgom, ale ho naopak znižujú. Signifikantne sa zvýši prietok iba pri hemodilúcii (napr. Dextranom), pri použití Encefabolu R., a Hyderginu R.

Záverom možno povedať, že príručka pomerne malého rozsahu sa zaoberá širokým spektrom otázok, ktoré by mal lekár poznať, aby mohol zaujať správne stanovisko k problému, ako je porucha spánku.

Dr. A. Gúth, Bratislava.

E. MARTIN, J.-P. JUNOD:

EIN KURZES LEHRBUCH DER GERIATRIE

(Krátka učebnica geriatric)

Vydalo vydavateľstvo Verlag Hans Huber, Bern — Stuttgart — Wien, 1975, str. 409, 16 tabuliek, Fr. 48,—.

ISBN 3-456-80027-4

Vydavateľstvo Hans Huber v Berne pripravilo Krátku učebnicu geriatric, ktorú pod vedením prof. Martina a prof. Junoda zostavil široký autorský kolektív popredných švajčiarskych odborníkov. Ako sme už v tomto časopise referovali, posledné obdobie je charakterizované produkciou veľkého množstva učebníc a monografií v oblasti gerontológie a geriatric. Jednotlivé učebnice práve tak ako monografie majú rôznu odbornú hodnotu a rôzne odborné zameranie. Učebnica geriatric švajčiarskych autorov má päť častí, z ktorých piata prináša prehľad literatúry a časopisov venovaných otázkam starnutia a chorôb staroby. V tejto učebnici sú šťastným spôsobom skĺbené aspekty jednotlivých klinických odborov na problematiku staroby a chorôb staroby. Prvá časť sa venuje všeobecným problémom, problémom

teoretickým, psychologickým a problémom sociálno-medicínskym. Druhá časť, venovaná veku a chorobám, prináša v jednotlivých kapitolách z pera popredných švajčiarskych klinikov choroby postihujúce jednotlivé systémy organizmu. Táto časť je rozsahom najväčšia. Tretia časť učebnice prináša špeciálne kapitoly, ktoré rozoberajú patologicko-anatomické problémy chorôb staroby, otázky karcinómu v starobe, otázku porúch kože v starobe, otázky stomatologické, otázky chirurgie starých ľudí, otázku anestézy u starých ľudí, problematiku dehydratačných stavov; jedna kapitola je venovaná postoju lekára k smrti a jeho úlohe voči starému človekovi. Štvrtá časť učebnice sa zaoberá terapeutickými problémami — princípom výživy a diéty, gerontofarmakológiou, terapeutickými zásadami a ošet-

rovaním a princípmi funkčnej rehabilitácie v staršom veku. Piaty diel je venovaný prehľadu literatúry, pričom treba zdôrazniť, že každá kapitola jednotlivých častí prináša na záver príslušnú bibliografiu. Vecný register ukončuje túto učebnicu, doplnenú 16 prehľadnými tabuľkami.

Krátka učebnica geriatrickej medicíny je učebnicou dobrou. Prehľadným spôsobom poukazuje na základné i detailné problémy, s ktorými sa stretáva každý lekár venujúci pozornosť dospelým ľuďom. Starších ľudí stále pribúda, objavujú sa te-

da aj nové medicínske problémy. Potreba komplexného spracovania tejto problematiky je nevyhnutná, nie vždy však sa objaví komplex, ktorý je aj účelný. Martinova a Junodova učebnica splňajú požiadavky, ktoré od takejto učebnice očakávame — stručnosť, prehľadnosť, informovanosť a aktuálnosť. Vydavateľstvu Hans Hubern v Berne patrí poďakovanie za vydavateľský čin, ktorý rieši nielen tematický okruh súčasnej medicíny, ale ktorý aj z technickej stránky reprezentuje švajčiarsku polygrafiu.

Dr. M. Palát, Bratislava

RENKER KARLHEINZ
GRUNDLAGEN DER REHABILITATION
IN DER DEUTSCHEN DEMOKRATISCHEN REPUBLIK
[Základy rehabilitácie v Nemeckej demokratickej republike]
3. přepracované vydání, VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1975, str. 379, obr. 75, tab. 20, cena 45.50 DM.

Po veľmi brzy rozebraných dvoch vydaniach (1963 a 1968) sa objavuje tretie vydanie tejto publikácie, doplnené o nové poznatky v obore rehabilitačnej starostlivosti, získané zvlášť na svetovom kongrese ISRD (Mezinárodní společnost pro rehabilitaci invalidů) v Sydney r. 1972. Prihliželo sa i k Deklarácii k desiatim rokům rehabilitace a legislatívnym úpravám v NDR — kniha dána do tisku v roku 1973. Na zpracovanie materiálu sa podieľalo celkom 26 autorů, odborníků různého zaměření, kteří látku probírají se vši důkladností. Kniha má 6 dílů a obsáhly seznam odborné literatury.

První díl je věnován problémům rehabilitace postižených dětí a mládeže. Zvláštní důraz je kladen na komplexnost a rozvíjení zvlášť lékařsko-pedagogické spolupráce.

Ve druhém díle je popsán stav léčebné rehabilitace v NDR. Zvlášť se zdůrazňuje význam dispenzární péče jako mimořádné organizační formy péče o chroniky. Tento díl pojednává o problémech rehabilitace nemocných srdečními a oběhovými chorobami, onemocněním pohybového aparátu, tuberkulózou, cukrovkou, revmatismem a kožními nemocemi. Z různých aspektů je probírána i otázka léčebné rehabilitace v geriatrickej medicíne. Za ob-

last s možnostmi perspektivního rozvoje se považuje rehabilitace v psychiatrii. Text je bohatě dokumentován grafy.

Třetí díl pojednává o léčbě prací (ergoterapii). Jsou uváděny jak legislativní podklady, tak i perspektivy této — u nás doposud ne dost doceňované a rozvíjené — formy rehabilitační péče.

Čtvrtý díl je věnován sociální rehabilitaci, její organizaci i zákonodárství. Pátý díl pojednává o problematice návratu postiženého do práce, a to i po stránce psychologických aspektů.

Šestý díl obsahuje vymezení pojmů (terminologii a definice), seznam platných právních norem vztahujících se k rehabilitační péči, včetně jejich plného znění. V sedmém díle se uvádí seznam zařízení pro pracovní rehabilitaci tělesně a smyslově postižených, předpisy upravující jejich působnost a podmínky pro přijetí i přehled učebních oborů v jednotlivých zařízeních.

Kniha dává dobrý přehled o opatřeních na úseku rehabilitační péče v NDR a o zájmu, který této péči společnost věnuje. Může sloužit i jako odborná učebnice a pomůcka všem, kteří v rehabilitační péči pracují.

Ing. J. Brázdil, Praha

REHABILITÁCIA CHORÝCH S INFARKTOM MYOKARDU V NDR

V dňoch 24. až 30. 5. 1976 bol som na študijnom pobyte v NDR. Cieľom cesty bolo oboznámiť sa jednak s organizáciou rehabilitácie chorých s infarktom myokardu, jednak s praktickým realizovaním rehabilitačných programov. Bol som hosťom Ministerstva zdravotníctva NDR. Program pripravil prof. Greissler z I. internej kliniky nemocnice Charité na Humboldtovej univerzite.

NDR sa tak ako ČSSR zúčastňuje na realizácii rehabilitačných programov pre chorých s infarktom myokardu v rámci dlhodobej štúdie Svetovej zdravotníckej organizácie. Pri tomto študijnom pobyte chcel som sa oboznámiť so stavom tejto dlhodobej štúdie v NDR a súčasne vymeniť si vlastné skúsenosti získané na našom pracovisku. Nemecká strana organizovala celý študijný pobyt tak, aby som mohol poznať všetky tri fázy rehabilitačného programu tak, ako ho odporúča Svetová zdravotnícka organizácia. Z tohto hľadiska som navštívil:

1. I. a II. internú kliniku nemocnice Charité na Humboldtovej univerzite.
2. Internú kliniku Krajskej nemocnice v Cottbuse,
3. Polikliniku pre fyzioterapiu v Berlíne.
4. Centrum pre aktívny odpočinok a zdravotnícky šport v Berlíne vo Friedrichshewe.
5. Niektoré ostatné pracoviská nemocnice Charité, ktoré sa zaoberajú funkčnou diagnostikou, angiokardiografiou, srdcovou katetrizáciou a ostatnými vyšetovacími metódami kardiovaskulárnych funkcií, ďalej pracoviská, ktoré sa zaoberajú ergospirometriou, biochémiou, event. otázkami metabolizmu pri zaťažení.

S prvou fázou rehabilitačného programu podľa odporúčania Svetovej zdravotníckej organizácie mal som možnosť oboznámiť sa jednak na interných klinikách nemocnice Charité, jednak v Krajskej nemocnici v Cottbuse. Tejto fázečasnej mobilizácie nevenuje sa tu

taká pozornosť ako napr. na našich pracoviskách.

Druhá fáza rehabilitácie podľa odporúčania WHO — fáza kúpeľnej, event. sanatórnej rehabilitácie, predstavuje v NDR najdôležitejšiu fázu v rámci komplexných rehabilitačných programov. Sú vyčlenené pracoviská, sanatóriá, väčšinou ide o bývalé tuberkulózne liečebne, ako je v Kolwitzi, kam pacientov posielajú priamo z nemocničných postelí príslušných okresných nemocníc a kde sa zúčastňujú na riadenom rehabilitačnom programe, ktorý spočíva v aplikácii telesných cvičení a v ergometrii. V Kolwitzi je napr. vyhradených 63 postelí na druhú fázu rehabilitačného programu pre chorých s infarktom myokardu pričom týchto 63 postelí slúži pre celý kraj Cottbus. Podobne je to aj v iných krajoch. Pacientov v druhej fáze medicínsky sledujú, vyšetrujú ich, robia im námahové testy popri iných potrebných vyšetreniach, ako ich odporúča protokol WHO.

Tretia fáza rehabilitácie sa začína prakticky po 12 týždňoch — do tohto času prebieha prvá, event. druhá fáza, ktorá podľa koncepcie NDR trvá do konca života. Tento názor sa líši od našich názorov, pretože u nás rozlišujeme tretiu fázu rehabilitácie, ktorá trvá asi 1—2 roky po infarkte myokardu; po tejto fáze pacienta s infarktom myokardu ošetrujeme, liečime a sledujeme z hľadiska sekundárnej prevencie. Tretia fáza rehabilitačného programu v NDR sa uskutočňuje v poliklinických zariadeniach obvyklým spôsobom, kde pacient niekoľkokrát do týždňa prichádza na rehabilitačný program, realizovaný pod vedením fyzioterapeuta.

Osobitnú pozornosť v NDR venujú problematike aktívneho zotavovania a problematike zdravotníckeho športu. Vypracovali model, ktorý realizujú v Berlíne vo Friedrichshewe a to tak, že pacienti sem prichádzajú v rámci svojho

voľného času neobmedzene dlhý čas, väčšinou rok až dva po infarkte myokardu, event. aj pacienti bez prekonaného infarktu, ktorí sú ohrození, a tu sa pod vedením odborníkov — telovýchovných pedagógov zúčastňujú na rôznych telocvičných podujatiach. V rámci tohto modelu sa vykonávajú lekárske prehliadky a kontrolné vyšetrenia, zamerané na zisťovanie funkčnej kapacity predovšetkým kardiovaskulárneho systému.

Tento model, ktorý má veľmi dobré výsledky, bude zdá sa predstavovať kvalitatívne veľmi významnú zložku v živote chronicky chorých, predovšetkým chorých s ischemickou chorobou srdca a infarktom myokardu. Prednosť je v tom, že okrem telesného zaťaženia, predstavovaného rôznymi formami pohybu a športu, kladie dôraz aj na emotívnu sféru chorých, event. ohrozených, a ďalej sa zameriava na využitie voľného času. Podobné modely u nás nie sú a bolo by želateľné, aby sme po presnom preštudovaní týchto modelov a predovšetkým výsledkov získaných pri ich dlhodobej realizácii pristúpili aj u nás k podobnej organizácii pre osoby chronicky choré alebo ohrozené.

I keď rehabilitačné programy v NDR,

predovšetkým v druhej fáze rehabilitácie podľa WHO sú odlišné tak štruktúrou, ako aj organizáciou od našich programov, treba konštatovať, že NDR venuje v súčasnosti oveľa väčšiu pozornosť problematike kardiovaskulárnych ochorení a problematike ischemickej choroby srdca a infarktu myokardu špeciálne, než je to u nás. Úspechy na tomto poli v NDR spočívajú vo vypracovaní jednotnej koncepcie pre rehabilitáciu chorých s chronickými kardiovaskulárnymi chorobami a vo vypracovaní zásad na vykonávanie pohybovej terapie určenej pre chorých s infarktom myokardu v druhej a tretej fáze. Tieto zásady, ktoré dnes v NDR prakticky realizujú sú výsledkom dobrej spolupráce Kardiologickej spoločnosti a Spoločnosti pre rehabilitáciu. I keď v určitých aspektoch tieto smernice sú odlišné od jednotlivých odporúčaní Svetovej zdravotníckej organizácie, sú veľmi účelné a špecifické pre oblasť zdravotníctva v NDR.

Študijný pobyt v NDR priniesol niektoré nové aspekty, predovšetkým v oblasti druhej fázy rehabilitačného programu, ako aj v oblasti zásad realizácie rehabilitačných programov v širokej praxi.

Dr. M. Palát, Bratislava.

O TERAPII, REHABILITACI A POSUZOVANÍ PRACOVNÍ SCHOPNOSTI U NEMOCNÝCH SE SRDEČNÍM INFARKTEM

Jihlavské kardiologické dny pořadane 24. a 25. 3. 1976 Českou kardiologickou společností, přinesly mnoho zajímavých podnětů z oblasti kardiologie. V tomto sdělení stručně uvedeme některé údaje zajímavější terénní lékaře. V nadpise uvedené tři okruhy problémů byly prezentovány především ve formě panelové rozpravy. První panel se týkal léčby ischemické choroby srdeční. (Fejfar, Bergmann, Černošský, Fabián, Klabusa, Lupínek, Pokorný, Šmíd, Trčka, Ulrich, Víšek). Pro praktického lékaře byly zajímavé údaje týkající se renesance léčby nitroglycerinem (na trhu se budou postupně objevovat preparáty s prodlouženým účinkem; z některých zahraničních pracovišť se objevují zprávy i o použití v akutní fázi infarktu myokardu). U srdeční anginy lze dosáhnout dobrých výsledků kombinací nitritů s betablokátory. Tato kombinace vede k většímu léčebnému efektu než použití látek rozšiřujících věnčitě cévy. Koronarodilatancia

by bylo nutno podávat vícekrát za den a v poměrně vysokých dávkách; ač je nyní na trhu hodně druhů preparátů tohoto typu, výsledky zatím nejsou vždy a u všech preparátů přesvědčivé. Beta-blokátory (z tuzemských např. Trimepranol Spofa) se jeví v mnoha případech výhodnější. Mimo jiné pravděpodobně ovlivňují také příznivě lipidovou látkovou přeměnu i shlukování krevních destiček. Zaujímavá byla i ta část rozpravy, týkající se antikoagulační léčby. Většina účastníků rozpravy soudila, že v dnešní době včasné rehabilitace srdečního infarktu již v akutní fázi na ižžku, klesl podstatně výskyt tromboembolických komplikací. Také dlouhodobá aplikace, zejména při nedostatečné laboratorní kontrole, nevykazuje přesvědčivých výsledků. Přesto však zejména otázka podávání heparinu, například u komplikovaného transmurálního infarktu u mladších osob má — podle některých autorů — své oprávnění, a proto tato otázka není dosud ani ve

světě definitivně vyřešena, nelze ji paušálně zavrhnout, ale v indikacích postupovat uvážlivě, případ od případu (Reiniš). Stále větší významu nabývá i chirurgická léčba ischemické choroby srdeční. Doporučuje se u osob produktivního věku, tam kde selhává medikamentózní léčba. Vždy předchází koronarografické vyšetření. Ve druhém panelu se diskutovalo o doléčování a rehabilitaci nemocných se srdečním infarktem (Hůla, Baudyš, Jeschke, Kučera, Paceltová, Poláčková, Pačourek, Ressi, Zdichynec). V rehabilitaci srdečního infarktu se rozlišují tři fáze: 1. časná (hospitalizační), 2. rekonvalescenční (od propuštění z nemocnice do nástupu do pracovního procesu), 3. pozdní (která zahrnuje vlastní sekundární prevenci). Diskutovalo se například, zda by měla být 2. fáze rehabilitace zajišťována v našich podmínkách ambulantně či ústavně. Upozorněno na řešení v NDR, kde reprofiliací části lůžek v některých neobložených protituberkulózních léčebnách získali několik speciálních kardiologických rehabilitačních středisek, která regionálně přijímají pacienti po proběhlém akutním infarktu myokardu k doléčení. Zkrátila se tím významně doba pracovní neschopnosti. Hodně se diskutovalo i o tom, jak lépe využít obdobným způsobem kapacity našich lázeňských zařízení. Zde je dosud hlavním problémem pozdní nástup na lázeňskou léčbu a také značná nejednotnost přístupů v rehabilitaci. Česká kardiologická společnost a hlavní internista ČSR doc. Klabusay doporučují včasnější nástup pacientů po akutním infarktu myokardu do lázní, alespoň 4. měsíc po propuštění z nemocnice. (Na poradě ÚSZL MZi v Praze již 15. 4. 1971 přednesli vypracovaný návrh včasné lázeňské rehabilitace infarktu myokardu Berymann, Reisz, Stolz, Zdichynec — publ. in.: Rehabilitační, 5, 1972, s. 73—78 — pozn. ref.). V Plzni získali dobré zkušenosti s organizováním letních tréninkových táborů pro pacienty po infarktu. V následné péči o pacienty po srdečním infarktu má velký význam i spoluúčast psychologa. Příznivě se jeví i podávání anxiolytik. I v akutní fázi infarktu je výhodný diazepam (Spofa), který mimo jiné má i příznivý účinek hemodynamický. Těžiště péče o kardiaky je v rukou obvodního lékaře, odborné vyšetřování komplikovaných případů provádí většinou ambulantní internista nebo kardiovaskulární poradna. Těžiště skupinové rozpravy ve třetím panelu bylo v posuzování pracovní schopnosti osob po srdečním infarktu (Dufek, Reiniš, Fabián, Pačourek, Kučera, Poláčková, Paceltová, Štejfaj). Kromě toho bylo na toto téma několik

samostatných sdělení například o sledování nemocných po infarktu po návratu do zaměstnání (Kučera a spol.), o významu ergometrického testu pro určení pracovní schopnosti (Dvořák a spol. a Štejfaj a spol.), o sociální a ekonomické problematice nemocných po infarktu srdce a podílu sociální pracovnice při určování pracovní schopnosti (Poláčková, Paceltová a spol.). Lze shrnout: ideální by bylo, kdyby pacienti po nekomplikovaném akutním infarktu myokardu nastupovali zpět do pracovního procesu okolo 4. měsíce, u těžšího infarktu v rozmezí 4—6 měsíců, při více komplikacích do 9—12 měsíců po propuštění z nemocnice. Nejde-li to po této době, pak teprve by se mělo uvažovat o invaliditě. Je třeba udržovat kontakty se závody již před zařazením do pracovního procesu (sociální pracovnice). Nestačí pouhé vyšetření na bicyklovém ergometru, je třeba také testovat profesionální zátěž podle charakteru zaměstnání (dobré zkušenosti v tom mají na LF UK v Plzni). Pokud se týče povolání řízení soukromého vozidla u osob po akutním infarktu, nemělo by to být dříve než za 3—4 měsíce. Povolání řízení veřejných dopravních prostředků by se mělo vždy individuálně zvážit; po čtyřicátém roce věku by měly být prováděny u všech těchto profesí (ČSD, ČSAD, ČSA) periodické screeningové prohlídky (Reiniš). U pacientů po infarktu v práceschopnosti neměly by být striktně omezovány výhazky. Z velkého množství diskusních příspěvků z pléna bylo zajímavé sdělení Melichara ze závodního střediska (autor zdůraznil jako překážku pro včasný návrat do zaměstnání ze subjektivních činitelů obavy nemocného z recidivy infarktu, z objektivních faktorů, pak zbytečné prodlužování pracovní neschopnosti dlouhým čekáním na nástup do lázní, obavy posudkového lékaře s prodlužováním doby přechodu do důchodu, problémy s výdělkem po přefázení na jinou práci; více pozornosti by se však mělo věnovat i psychologické přípravě pacientů na znovařazení do pracovního procesu ještě před odchodem z nemocnice). Zajímavá byla i osobní zkušenost terénního internisty z Prahy (Valach), který ze své praxe upozornil, že ambulantní internista nemůže zajistit specializovanou prohloubenou následnou péči o komplikované případy akutního infarktu myokardu u osob produktivního věku. Tuto úlohu by asi měla plnit specializovaná poradna (snad v rámci ordinariátu pro kardiovaskulární choroby — analogie diabetické poradny; pozn. ref.).

B. Záchytec, Počátky

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

V Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně proběhly v době od 12. 4. 1976 do 16. 4. 1976 zkoušky pomaturitního specializačního studia rehabilitačních pracovníků v úseku práce léčebná tělesná výchova.

K závěrečným zkouškám se přihlásilo celkem 34 rehabilitačních pracovníků. Ke zkoušce se dostavilo 25 rehabilitačních pracovníků. S vyznamenáním zkoušku vykonalo 8 kandidátů, 13 prospělo a 4 neprospěli. Celkem zkoušku ukončilo 21 kandidátů.

Milada Borská, OÚNZ Kolín
Zdeňka Burešová, MÚNZ Brno
Marie Dohnalová, OÚNZ Znojmo
Marta Doláková, OÚNZ Jindřichův Hradec
Marcela Erlebachová, OÚNZ Semily
Milan Fillo, Čs. státní lázně Karlovy Vary
Milena Holá, OÚNZ Rychnov nad Kněžnou
Eva Homolová, MÚNZ Brno
Jaroslava Karásková, MÚNZ Plzeň
Irena Langerová, OÚNZ Ústí nad Orlicí
Irena Macoszková, OÚNZ Frýdek-Místek
Jiřina Melicharová, Čs. st. lázně Karlovy Vary
Jarmila Pořízková, OÚNZ Cheb
Miloslava Schubertová, Čs. st. lázně Františkovy Lázně
Ludmila Slavatová, OÚNZ Brno
Jana Sosnovská, OÚNZ Cheb
Olga Suchánková, Ústav železničního zdravotnictví Severozáp. dráhy, Praha 2
Irena Šanovcová, Čs. st. lázně Teplice v Čechách
Jana Šperlínková, KÚNZ Brno
Zdeněk Vician, Čs. st. lázně Karlovy Vary
Věra Žofková, KÚNZ Ostrava

Plánované školící akce na školní rok 1976/77
Ústav pro další vzdělávání středních

zdravotnických pracovníků v Brně, katedra rehabilitačních pracovníků, uspořádá ve školním roce 1976/77 následující školící akce:

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

Určení: Pro rehabilitační pracovníky zařazené do dálkové formy studia, kteří úspěšně absolvovali 1. rok studia.

Místo konání: Brno

Doba trvání: 2 týdny

Termín: 6. 12.—17. 12. 1976

Náplň: Obtížnější úseky náplně pomaturitního specializačního studia.

Kurs pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčba prací,

1. rok studia, celostátní

Určení: Po rehabilitační pracovníky zařazené do dálkové formy pomaturitního specializačního studia k 1. 9. 1976 a pro učitele léčby prací na SZŠ

Místo konání: Brno

Doba trvání: 2 týdny

Termín: 3. 5.—10. 6. 1977

Náplň: Obtížnější úseky náplně pomaturitního specializačního studia. Sjednocení výuky léčby prací.

Tematický kurs v reflexní masáži, celostátní.

Určení: Pro rehabilitační pracovníky, instruktory reflexní masáže.

Místo konání: Brno

Doba trvání: 1 týden

Termín: 17. 1.—21. 1. 1977

Náplň: Sjednocení a prohloubení došud získaných vědomostí a dovedností pro výuku reflexní masáže.

Školící místo v léčbě prací, celostátní.

Určení: Pro rehabilitační pracovníky pracující v úseku léčba prací, přednostně pro účastníky pomaturitního specializačního studia.

Místo konání: pracoviště: Kladruby u Vlašimí, Státní ústav rehabilitační
Doba trvání: 2 týdny

Termín: V průběhu školního roku
Náplň: Teoretické a praktické zvládnutí složitějších technik léčby prací.

Školící místo v metodických postupech při rehabilitaci ruky.

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

Místo konání: pracoviště: Brno

KÚNZ, klinika plastické chirurgie

Doba trvání: 2 týdny

Termín: V průběhu školního roku

Náplň: Prohloubení znalostí metodik léčebné tělesné výchovy při rehabilitaci ruky po poraněních, popáleninách, plastických operacích atd.

Školící místo v náviku denních činností v rámci léčebné rehabilitace.

Určení: Pro rehabilitační pracovníky z rehabilitačních oddělení zdravotnických zařízení.

Místo konání: pracoviště: Kladruby u Vlašimi, Státní ústav rehabilitační

Doba trvání: 2 týdny

Termín: V průběhu školního roku

Náplň: Praktický nácvik denních činností.

Školící místo v rehabilitaci po infarktu myokardu v období rekonvalescence a sekundární prevence:

Určení: Pro rehabilitační pracovníky zabývající se touto problematikou, přednostně pro učitele praktického výcviku léčebné tělesné výchovy na SZŠ

Místo konání: pracoviště: Plzeň — KÚNZ, rehabilitační oddělení

Doba trvání: 3 týdny

Termín: V průběhu školního roku

Náplň: Teoretické a praktické základy při provádění léčebné rehabilitace v období rekonvalescence a sekundární prevence.

B. Chlubnová, Brno

Ústav pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave, katedra rehabilitačných pracovníkov usporiada v druhom polroku šk. r. 1976/77 nasledovné 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. 1976.

Termín: 14. 3. — 25. 3. 1977

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 25

Náplň: náročnejšie úseky fyziológie, patofyziológie, kineziologických rozborov,

redukčných techník a špeciálnych metodík liečebnej telesnej výchovy z internej medicíny, neurológie a psychiatrie.

b) *Kurz v evaluácii a evaluačných metód v rehabilitácii úrazov a chorôb pohybového ústrojenstva*

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov NsP a ostatných zdravotníckych zariadení

Termín: 20. 6.—1. 7. 1977

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 24

Náplň: základné a nové evaluačné techniky a metodiky z hľadiska morfológického a funkčného pri jednotlivých afekciách pohybového ústrojenstva

Školiace miesta:

a) *Školiace miesto v metódach elektrostimulácie a elektrodiagnostiky*

Určenie: pre vybraných rehabilitačných pracovníkov z jednotlivých krajov

Termín: máj 1977

Čas trvania: 1 týždeň

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 12

Náplň: Elektrodiagnostické metódy a kombinácie s LTV. Elektrostimulácia impulzmi rôznych tvarov, dĺžok pri poruchách nervovosvalovej dráždivosti.

b) *Školiace miesto vo vyšetrovacích metódach pri vnútorných systémoch*

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí zabezpečujú výučbu v tomto predmete na stredných zdravotníckych školách, odbor rehabilitačný pracovník

Termín: apríl 1977 2 osoby

máj 1977 2 osoby

Čas trvania: 2 týždne

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 4

Náplň: metódy, ktoré slúžia na posúdenie funkcie vnútorných systémov a na evaluáciu výsledkov rehabilitačnej liečby. Metodické postupy námahových testov, základné metodiky určené na posúdenie kardiovaskulárneho a respiračného systému.

c) *Školiace miesto v mobilizačných technikách*

Určenie: pre absolventov kurzov o zásadách mobilizačnej terapie

Termín: apríl 1977 2 osoby

máj 1977 2 osoby

jún 1977 2 osoby

Čas trvania: 2 týždne

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 6

Náplň: prehĺbenie praktických zručností novšími technikami v oblasti mobilizačnej terapie.

M. Bartovicová, Bratislava.

OBSAH ROČNIKA IX/1976

EDITORIAL

B. <i>Chrást</i> : Současný pohled na mozkové cévní příhody z hlediska rehabilitačního pracovníka	129—132
P. <i>Krásník</i> : Zdravotníctvo medzi XIV. a XV. zjazdom KSČ a zjazdom KSS	1— 3
Š. <i>Litomerický</i> : Na aktuálnu tému Rehabilitácie	65— 66
K. <i>Pochopová</i> : Rehabilitace v kardiologii	193—195

PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

E. <i>Čajková, J. Lisy, M. Kamenistá, A. Bohacseková</i> : Svalový torticollis novorodencov	5— 13, 68— 79
J. <i>Hála, M. Kučera, J. Suchan</i> : Výskyt a význam poruch prokrvení dolních končetin v rehabilitační léčbě po srdečním infarktu	81— 87
V. <i>Masný, P. Masný</i> : K problému funkční obnovy v traumatologii	15— 24
J. <i>Miklánek, V. Kříž</i> : Akupunktúra a fantomové bolesti	143—151
B. <i>Müllerová, I. Müller</i> : Dlouhodobé zkušenosti operovaných endoprotézami v oblasti kyčle	89—101
R. <i>Ružínák, I. Čelková</i> : Vplyv relaxačného tréningu na vysoký krvný tlak	203—208
V. <i>Šuchmanová, J. Suchan, J. Jochimsthaler, J. Poláčková, M. Kučera, L. Paceltová, J. Jeschke</i> : Model pracovní činnosti jako příprava na zaměstnání a test pracovní činnosti u nemocných po infarktu myokardu	103—107
F. <i>Sýkora, E. Nevická, Š. Litomerický, L. Badalík</i> : Problémy rehabilitácie chirurgicky liečených detí s bronchiektáziami	209—217
H. <i>Tauchmannová</i> : Vhodnosť a možnosti rehabilitačnej a kúpeľnej starostlivosti u hemofilikov	197—201
B. <i>Ždichynec</i> : Zkušenosti s rehabilitací srdečního infarktu podle metody WHO u mužů produktivního věku ve venkovské oblasti	133—142

METODICKÉ PRÍSPEVKY

J. <i>Beran, F. Bílý, V. Kříž</i> : Poznámky k metodice LTV při postižení kyčelního kloubu	219—227
J. <i>Beran, V. Kořenská, E. Simková</i> : Arthrogyriposis multiplex congenita	25— 30
A. <i>Hlaváček</i> : Lasegueův manévr, subjektivní stav a neuroticismus podle Eysenckova dotazníku u nemocných s lumboischiadickým syndromem	109—115
Š. <i>Litomerický, E. Nociarová</i> : K psychologickým aspektom rehabilitácie v geriatricii	153—158
J. <i>Pešl</i> : Rehabilitace „čelistní kontraktury“ po stomatologických výkonech	229—233
J. <i>Poláčková, L. Paceltová, J. Suchan, M. Kučera, V. Suchmanová</i> : Někteří dosavadní zkušenosti získané sledováním psychického stavu nemocných po infarktu myokardu v rámci komplexní rehabilitační péče	117—124
Z. <i>Procházka, K. Caudt, M. Drahošová, J. Zverko, E. Rovenská</i> : Výsledky včasnej rehabilitačnej liečby chorých po kardiochirurgických zákrokoch na Sliachi	31— 40
I. <i>Šimáček</i> : Prenosný generátor impulzov s akustickým návěstím	159—160

<i>O. Vlach, J. Slechta</i> : Přefukovací láhve — účinná pomůcka v dechové gymnastice	235—236
---	---------

SÚBORNÉ REFERÁTY

<i>Š. Kišoň, M. Palát</i> : Súčasná problematika katecholamínov	161—169
<i>P. Krásnik</i> : Kinezioterapia v geriatrici	41— 45

HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ

<i>B. V. Černý</i> : Léčebná rehabilitace v polských lázních a jejich rozvoj	171—174
<i>J. Pfeiffer</i> : MUDr. F. Pokorný šedesátníkem	237
<i>M. Vidlák</i> : Některé rysy soustavy rehabilitační péče v Dánském království	47— 56

RECENZIE KNÍH

4, 14, 46, 57, 58—61, 79, 80, 88, 102, 107, 108, 142, 151, 152, 158, 170, 174—189, 196, 201, 202, 218, 228, 233, 234, 237—249	
---	--

SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ

61—64, 124—127, 191—192, 250—252

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁNIE SZP

64, 127—128, 192, 253—254
