

Rehabilitácia

CASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

SAH

- EDITORIAL
 - M. Palát: K otázke realizácie rehabilitačnej starostlivosti pri detskej mozgovej obrne 193
- PŮVODNÉ A VEDECKÉ PRÁCE
 - K. Berková, L. Slivka: Súčasný výskyt včasnej mozgovej obrny u detí v SSR 195
 - M. Galanda, S. Fodor, P. Nádvorník: Skúsenosť a perspektívy stimulačného liečenia detskej mozgovej obrny 201
 - P. Vajda: Zatriedenie detí s detskou mozgovou obrnou a voľba vhodného programu liečenia 205
 - J. Benko: Súčasný stav starostlivosti o chorých s detskou mozgovou obrnou z hľadiska neurológa 209
 - V. Nádvorníková, J. Dvončová, P. Nádvorník: Logopedické nálezy pri DMO a ich závislosť od stereotaktického liečenia 213
 - R. Štukovský, M. Palát, A. Sedláková: Štruktúra postojov k rehabilitácii po infarkte myokardu IV. Metodologické aspekty odpovedových skóre 217
- METODICKÉ PRÍSPEVKY
 - M. Blechová, A. Lukáčová: Muzikoterapia u detí s DMO 229
 - P. Elan: Naše skúsenosti s liečbou detskej mozgovej obrny v dennom rehabilitačnom sanatóriu pre deti v Bratislave 233
 - J. Milenovský, A. Končelík: Technické požiadavky na liečebnou stereotaktickou stimuláciou 239
 - Zb. Novotný, V. Huspeka: Možnosti organizácie a vzdelávania rodičov detí s detskou mozgovou obrnou 243
- RECENZIE KNÍH 216, 238, 242, 248—251
- SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ 252
- SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP 254

Táto publikácia sa vedie 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

Časopis 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, CSc.
Zástupca vedúceho redaktora: MUDr. Štefan Litomerický, CSc.

Redakčná rada:

Marta Bartovicová, Marta Fanová, Bohumil Chrást, Vladimír Kříž, Vladimír Lánik, Štefan Litomerický, Miroslav Palát (predseda), Marie Večeřová

Adresa redakcie: Kramáre, Limbová ul. 5, 809 46 Bratislava

Grafická úprava: Melánia Gajdošová

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

Indexné číslo: 49 561
Registračné číslo: SŤI 10/9

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK XIII/1980

ČÍSLO 4

EDITORIAL ...

K OTÁZKE REALIZÁCIE REHABILITAČNEJ STAROSTLIVOSTI PRI DETSKEJ MOZGOVEJ OBRNE

Jedným z najťažších, ale aj najzávažnejších problémov súčasnej rehabilitačnej starostlivosti je rehabilitácia detí s detskou mozgovou obrnou. Detská mozgová obrna netvorí jednotnú chorobnú jednotku, je skôr určitým defektným syndrómom charakterizovaným v prvom rade motorickou poruchou následkom neprogredujúceho cerebrálneho poškodenia v priebehu vývoja detského mozgu. Motorická porucha má pestrý obraz od spastickej obrny, cez atetózu, rigor, ataxiu, v začiatočných štádiách často atóniu, resp. hypotóniu.

Celá problematika komplexnej starostlivosti o deti s následkami mozgovej obrny všeobecne a rehabilitačná problematika o tieto deti špeciálne má niekoľko základných aspektov:

1. aspekt motorickej poruchy — základným opatrením sú tu iste prostriedky neurologické, neurochirurgické a rehabilitačné v ich optimálnej syntéze;
 2. aspekt psychologický, vyjadrený predovšetkým odlišným psychickým vývojom — základným opatrením iste bude posúdenie psychického stavu, predovšetkým v jeho ďalšom dynamickom vývoji s nasledovným použitím všetkých možných prostriedkov optimalizácie zvyškových psychologických funkcií;
 3. aspekt sociálny, vyjadrený predovšetkým neschopnosťou postihnutých sociálne sa reintegrovať do určitej spoločenskej jednotky — základným opatrením bude v takýchto prípadoch nájsť vhodnú formu sociálnej reintegrácie s využitím všetkých možností nastávajúceho sociálneho postoja k postihnutému dieťaťu;
 4. aspekt pracovný, vyjadrený predovšetkým schopnosťou postihnutého adaptovať sa na určitú prácu s príslušným rozsahom zodpovednosti k danej práci a s prihliadnutím na štruktúru pracovného výkonu, ktorá je iste podmienená motorickými a psychickými schopnosťami chorého dieťaťa s detskou mozgovou obrnou. Základným opatrením je tu motivácia pre danú prácu, voľba príslušného pracovného zadelenia a výcvik v danej práci.
- Ako vidieť, problematika komplexnej starostlivosti o postihnutých detskou mozgovou obrnou je veľmi zložitým problémom, ktorý nie je doriešený ani v základnej koncepcii, ale ani v základných hľadiskách — motorickej, psychologической, sociálnej a pracovnej rehabilitácii. Ďalšie problémy, ako sú problémy

reči, percepcie, správania, prijímania informácií a ich spracovania, sú iba ďalšími čiastkovými problémami spomínaného komplexu.

Špeciálny okruh rehabilitačnej problematiky u chorých s detskou mozgovou obrnou je daný dvoma líniami:

1. reedukačnými opatreniami zameranými na porušenie motoriku s prihliadnutím na optimálnu motodiagnostiku — túto líniu bude sledovať aj detský rehabilitačný ústav v rámci Bratislavy. Opatrenia tejto línie vyžadujú dobrú spoluprácu neurológa, neurochirurga, pediatra a rehabilitačného lekára a vyžadujú ďalej optimálne nasadenie prostredníctvom reedukačných prostriedkov s prihliadnutím na časový faktor. Abnormita svalového tonusu, persistencie a primítivných polohových reakcií, asociované reakcie, porucha recipročnej inerencie a spomalenie normálneho senzomotorického vývoja — to sú iba konkrétne zastavenia v programe reedukácie postihnutého dieťaťa;

2. rehabilitačnými opatreniami s vyznačenou složkou psychologickéj a pedagogickej rehabilitácie a s plánovanou složkou pracovnej a sociálnej reintegrácie — tieto opatrenia vyžadujú dobrú spoluprácu neurológa, rehabilitačného lekára, psychológa, pedagóga a sociálneho pracovníka. Túto líniu v súčasnosti nemôžu rehabilitačné oddelenia zdravotníckeho okruhu v Bratislave ani zabezpečiť ani realizovať. Integrácia snahy zvláštnych škôl, špeciálnych ústavov, špeciálnych pracovísk, eventuálne dielni, spolu s oblasťou sociálneho zabezpečenia by iste prispela ku komplexnému riešeniu daného problému.

Komplexná problematika rehabilitačnej starostlivosti o chorých s detskou mozgovou obrnou vyžaduje však účasť ostatných odborných činností. Neúspechy medikamentózne liečby detskej mozgovej obrny sú v určitom percente kompenzované prenatálnou a perinatálnou starostlivosťou. Stubné výsledky neurochirurgických zákrokov, predovšetkým využitím stereotaktických výkonov, sú najmä v kombinácii s rehabilitačnou starostlivosťou predoperačnou, ale najmä pooperačnou. Stereotaktické liečenie, najmä programovanou stimuláciou vybraných štruktúr mozgu vytvára podmienky pre ďalší, predovšetkým senzomotorický vývoj. V takejto umelo korigovanej situácii je logickým krokom cieľná reedukácia predovšetkým motorických funkcií. Nadväzná reedukácia doplnená ostatnými formami rehabilitácie, vrátane psychologických metód je podľa súčasného názoru jediným racionálnym opatrením v komplexnom rehabilitačnom pláne u chorých s detskou mozgovou obrnou.

Problematika detskej mozgovej obrny predstavuje v súčasnosti veľmi závažný nielen zdravotnícky problém, ale aj problém sociálny a pracovný. Moderná rehabilitačná starostlivosť pri riešení tohto problému hrá syntetizujúcu úlohu. Je priestorom, ktorý pre postihnutého s detskou mozgovou obrnou dáva perspektívu určitej motorickej, psychickej, pracovnej a sociálnej samostatnosti a určitého životného uplatnenia. Jej úspechy sú však podmienené základnými klinickými opatreniami, predovšetkým neurologickými a neurochirurgickými — táto skutočnosť vyžaduje nielen spoluprácu, ale predovšetkým racionálnu nadväznosť z hľadiska časového a terapeutického.

Dr. Miroslav Paľák
Bratislava

Do tohto čísla časopisu Rehabilitácia sme spolu s redakciou vybrali niekoľko príspevkov, ktoré odznali na zasadaní a záverečné uznesenia prijaté na prvom Celoslovenskom seminári o DMO.

POVODNÉ VEDECNÉ
A ODBORNE PRÁCE

SÚČASNÝ VÝSKYT VČASNEJ MOZGOVEJ OBRNY U DETÍ V SSR

K. BERKOVÁ, L. SLIVKA

MZ SSR, Bratislava

Súhrn: Na základe dotazníkovej akcie sa zistil výskyt včasnej mozgovej obrny u detí v jednotlivých krajoch a okresoch v Slovenskej socialistickej republike, dostupnosť odborných nadstavbových pediatických služieb, rehabilitačnej a kúpeľnej starostlivosti. Získal sa prehľad o návšteve uvedených detí v kolektívnych detských zariadeniach, o umiestnení do ústavov sociálneho zabezpečenia, ako aj o osude detí po skončení základnej školy. Poukázalo sa na nutnosť zriaďovať a rozširovať sieť denných sanatórií, rehabilitačných jasíel a rehabilitačných oddelení so zaškoleným pracovníkom, ako aj denné a týždenné pobyty pre mentálne poškodené deti.

Kľúčové slová: Detská mozgová obrna — komplexná starostlivosť — rehabilitácie detí s DMO

Výskyt včasnej mozgovej obrny v Slovenskej socialistickej republike je 3,5 ochorení na 1000 detí od 0 do ukončenia 14 rokov. V absolútnych číslach to predstavuje 4582 detí postihnutých DMO. V tabuľke 1 je uvedený výskyt detí s DMO podľa jednotlivých krajov a vekových skupín od 0 do 6, a od 7 do 14 rokov. Najvyšší výskyt detí s DMO je v Západoslovenskom kraji, kde pripadá v celokrajskom priemere 4,1 ochorení na 1000 detí. Z okresov najvyšší výskyt tohto ochorenia je v Žiari nad Hronom, t. j. 12,5 % (282 detí), v okrese Nitra 11,6 % (597), Veľký Krtíš 6,4 % (64), Lučenec 4,3 % (94), Dunajská Streda 4,5 %. Opačne zas najnižší výskyt je v Spišskej Novej Vsi 1,5 % (61), Prešove 1,6 % (86), Dolnom Kubíne 1,6 % (55). Tento nižší výskyt v spomínaných okresoch sa dá čiastočne vysvetliť tým, že okrem Prešova v ostatných okresoch nemajú pedoneurologické služby zabezpečené, alebo ak majú, tak len s veľmi malým úväzkom. Nezdá sa nám pravdepodobné, že sú také veľké rozdiely medzi okresmi.

V tabuľke sú rozdelené deti podľa predškolského a školského veku. Do 6 rokov má DMO 2307 detí, v školskom veku 2281 detí. Nižší výskyt vo vyšších ročníkoch čiastočne ovplyvňuje aj zvýšená úmrtnosť týchto detí, ktorá je sice 7-krát vyššia ako u normálnej populácie, ale i tak zo 7 detí s DMO prežije 6.

Z celkového počtu postihnutých detí s DMO sa zúčastnilo ústavnej kúpeľnej liečby 1004 detí a ambulantnej kúpeľnej starostlivosti 149 detí. V tab. 2 sú uve-

dené počty detí, ktoré absolvovali kúpeľnú starostlivosť, podľa krajov. Kúpeľná starostlivosť bola poskytnutá iba jednej štvrtine detí. Najviac využili túto starostlivosť deti zo Stredoslovenského kraja. Ambulantná starostlivosť sa ročne poskytuje 70 deťom. Pretože o ambulantnú kúpeľnú liečbu je zo strany rodičov stále stúpajúci záujem a zo strany niektorých zdravotníckych pracovníkov zase snaha, aby sa rehabilitácia poskytovala deťom v rámci rehabilitačných oddelení polikliník, sústredili sme pozornosť na získanie údajov o poskytovaní rehabilitačnej starostlivosti na území SSR. Zistili sme, že v SSR je zriadených 76 rehabilitačných oddelení, ich počet podľa jednotlivých krajov je v tab. 4. Tabuľka však nedáva dostatočný prehľad, preto je potrebný podrobnejší rozbor. Najlepšie vybavená rehabilitačnými oddeleniami je Bratislava a okres Bratislava-vidiek, kde majú 5 rehabilitačných oddelení. Ostatné okresy majú podľa veľkosti 3 alebo 4 rehabilitačné oddelenia. Ale v okrese Dunajská Streda, Komárno, Nové Zámky, Banská Bystrica, Čadca, Liptovský Mikuláš, Lučenec, Veľký Krtíš, Zvolen, Žiar nad Hronom, Žilina, Bardejov, Košice-vidiek, Michalovce, Poprad, Prešov, Rožňava, Stará Ľubovňa, Svidník, Trebišov a Vranov majú v okrese iba jedno rehabilitačné oddelenie. V týchto okresoch — ak dieťa nebýva v okres-

Tabuľka 1. Prehľad o počte detí s DMO v SSR, ich vekové rozvrstvenie

Kraj	Počet detí od 0 do 15 r.	Počet detí s DMO	Ich percent. podiel	Počet detí s DMO	
				od 0—6 r.	od 7—15 r.
Blava	96 960	233	0,24	122	111
ZsK	421 656	1746	0,41	938	808
SsK	392 703	1409	0,35	664	745
VsK	395 771	1194	0,30	577	617
SSR	1 307 090	4582	0,35	2307	2281

Tabuľka 2. Prehľad o kúpeľnej liečbe detí s DMO v SSR

Kraj	Kúpeľná liečba		% detí zúčastnených na kúpeľnej liečbe
	ústavná	ambulantná	
Blava	81	6	37,0
ZsK	261	25	16,4
SsK	345	73	29,0
VsK	317	45	30,3
SSR	1004	149	25,2

Tabuľka 3. Prehľad o počte detí vyšetrených v špeciálnych pediatrických ambulanciách

Kraj	Pedoneurologická ambulancia	% detí z celkového počtu	Pedopsychiatric. ambulancia	%	Psychol. vyšetř.	%	logop. star.	%
Blava	179	76,8	57	24,5	50	21,4	55	23,7
ZsK	1491	85,4	818	46,8	341	19,5	166	9,5
SsK	969	68,7	402	28,5	326	23,1	214	23,1
VsK	857	71,8	336	28,1	342	28,6	10	
SSR	3496	71,9	1593	34,8	1059	23,1	535	11,7

Tabuľka 4. Prehľad o zabezpečení rehabilitačnej starostlivosti pre deti s DMO

Kraj	Počet rehab. odd.	Počet detí rehabilitovaných na rehabilitačných oddel.		Rehabilitácia doma
		nepravidelne	pravidelne	
Blava	5	44	58	33
ZsK	30	674	137	1230
SsK	21	1190	274	345
VsK	21	322	143	525
SSR	76	2232	608	2464
%		48	13,2	53,0

nom meste — musí s ním matka dochádzať s dopravou, so stravovaním, únavou a so stratou času, čo je zvlášť významné, ak sa rodina skladá z viacerých členov. Podľa vybavenia rehabilitačných oddelení nie je zatiaľ záruka, že sa deťom poskytuje potrebná starostlivosť. Vyčlenenú rehabilitačnú pracovníčku pre deti majú iba v Bratislave, Dunajskej Strede, Nových Zámkoch, Lučenci, Martine, Žiline, Košiciach, Humennom a v Poprade. V ostatných rehabilitačných oddeleniach sa v rehabilitácii striedajú rehabilitačné sestry, ktoré pracujú pre dospelých a aj pre deti.

Je všeobecne známe, že úspech rehabilitácie detí s DMO je závislý od kvality a profesionálnej erudície rehabilitačných pracovníkov. Preto požiadavka, aby pre deti boli vyčlenené a zaškolené rehabilitačné sestry, je nanajvýš žiadúca. Ako prídu k tomu napríklad deti postihnuté DMO v Liptovskom Mikuláši alebo sa dieťa zoberie len raz s matkou na zácvičenie. Na základe týchto skutočností sme zistili, že až 53 % (2464) detí s DMO je rehabilitovaných doma po zácvičení matky. Ako je táto starostlivosť poskytnutá deťom, možno badať v ambulanciách, keď rehabilitačná sestra, ktorá nie je zaškolená pre prácu s DMO sa

neodváži rehabilitovať deti a matka po záchytku musí rehabilitáciu ovládať. Tie šťastnejšie deti, ktoré bývajú v okresnom meste, sú rehabilitované v rehabilitačných oddeleniach jedenkrát týždenne alebo jedenkrát mesačne. Takáto starostlivosť sa poskytuje 48 % deťom a z nich iba pre 13,2 %, t. j. 608 detí je zabezpečená pravidelná rehabilitácia. Dúfam, že spomínané údaje majú dost podnetov k diskusií a na riešenie.

K základnej chorobe včasnej detskej mozgovej obrny sa pridružujú ešte približne v 60 % ďalšie chyby intelektu, zmyslov a porúch reči. Preto na zabezpečenie komplexnej starostlivosti týmito deťom je potrebná tímová spolupráca viacerých odborníkov, lekárov, psychológov, pedopsychiatrov, pedoneurológov a sociálnych pracovníkov. Na základe dotazníkovej akcie sme zistili, že pedoneurológicky bolo vyšetrených 3496 detí (71,9 %), pedopsychiatricky 1593 detí (34,8 %), psychológom 1059 detí (23 %) a v logopedickej starostlivosti bolo 535 detí (11,7 %). Pritom pedopsychiatrom sú vo väčšine vyšetrené deti pred nástupom na kúpeľnú liečbu, teda toto vyšetrenie nepatrí k základným vyšetreniam. Vo všetkých okresoch na školách sa deťom neposkytuje cestou školského lekára a výchovného poradcu možnosť poučenia pre voľbu povolania vzhľadom na ich zdravotný stav, začínajúci už od 6. triedy. Pre rodičov je zabezpečená poradenská služba vo väčšine okresov cestou pedoneurológických ambulancií, okresnými pedagogicko-psychologickými poradňami alebo cestou Zväzu invalidov cieľom poučenia o stave liečby, rehabilitácie, o poskytovaní sociálnych vymožeností a profesionálneho uplatnenia.

Nakoľko u detí s DMO ide často o kombinované ochorenie, zaujímalo nás, koľko postihnutých detí navštevuje kolektívne zariadenia a koľko ich zostáva doma. Z celkového počtu detí je umiestnených v jasliach 68 (1,4 %), do materskej školy chodí 237 (5,2 %) detí, základnú školu navštevuje 660 detí (14,4 %), v osobitných školách sa učí 509 detí (11,1 %), v dennom pobyte je umiestnených 21 detí (0,4 %), v denných sanatóriách 30 detí, rehabilitačných jasliach 60 detí, v ústavoch sociálnej starostlivosti 360 (7,8 %) detí. Najviac postihnutých detí — 2264 (50 %) — zostáva doma v starostlivosti rodičov. Tie by potre-

Tabuľka 5. Prehľad o umiestnení detí s DMO do kolektívnych detských zariadení

Kraj	Doma	Jasle	MŠ	ZDŠ	OJ ZDŠ	Denný pobyt	Sanat.	ÚSS	Odb. učil.	Štúdia	Doma
Blava	79	15	24	21	41	7	32	14	—	—	—
ZsK	1083	15	70	208	176	3	1	91	57	40	176
SsK	664	19	91	172	159	—	—	133	55	12	101
VsK	551	19	52	259	133	11	30	130	80	11	35
SSR	2377	68	237	660	509	21	63	368	192	63	312
%	52,6	1,5	5,2	14,7	11,1	0,4	1,3	7,8	—	—	—

bovali umiestnenie v ústavoch sociálnej starostlivosti s denným alebo týždenným pobytom pre mentálne postihnutú mládež, event. zaradenie do pomocných škôl.

Zaujímali nás deti s DMO po ukončení školskej dochádzky resp. staršie ako 14-ročné, aký majú ďalší osud. Odpovede boli nejednotné, niektoré údaje sú iba za rok 1978, iné za posledné dva tri-roky. Pre informáciu sú však dostatočné. Do odborných učilíšť nastúpi 192 detí, na štúdium na stredných odborných školách bolo prijatých 63 žiakov a doma zostalo 312 žiakov. Tieto údaje sú súhlasné s údajmi do 15 rokov. Tiež asi polovica je zaradená do škôl a polovica zostáva doma, bez pracovného uplatnenia.

Z tohto prehľadu, ako aj zo zásad vyplývajúcich z evidencie defektných detí a mládeže vyplýva, že v budúcnosti bude potrebné na úseku zdravotníctva rozširovať sieť denných sanatórií a pri rehabilitačných oddeleniach ŤsP vyčleňovať hodiny pre deti zaškoleným rehabilitačným pracovníkom.

Na úseku školstva zabezpečovať týmito deťom výchovnú starostlivosť, rozširovať sieť pomocných a špeciálnych škôl. Na úseku sociálnej starostlivosti zriaďovať podľa metodického pokynu č. 1 z 31. januára 1979 ústavy sociálnej starostlivosti pre denný a týždenný pobyt pre mentálne postihnuté deti.

Adresa autorky: Dr. K. B., Ministerstvo zdravotníctva SSR, Bratislava

K. Беркова, Л. Сливка

СОВРЕМЕННАЯ ВСТРЕЧАЕМОСТЬ РАННЕГО ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ В ССР
Резюме

На основании вопросников была установлена встречаемость раннего церебрального паралича у детей в отдельных областях и районах ССР, доступность специальной надгосударственной педиатрической помощи, реабилитационного и курортного лечения. Предлагается анализ о посещении этих детей в коллективных детских учреждениях, о помещении последних в учреждениях социального обеспечения, равно как и судьба детей после окончания начальной школы. Подчеркивается необходимость учреждать и расширять сеть дневных санаториев и реабилитационных яслей и отделений со специально подготовленными работниками, равно как и дневные и недельные пребывания в них детей с ментальными нарушениями.

K. Berková, L. Slivka

OCCURENCE OF CEREBRAL PALSY IN CHILDREN IN THE SLOVAK SOCIALIST REPUBLIC

Summary

On the basis of questionnaires the occurrence of early cerebral palsy in children in the individual regions and districts of the Slovak Socialist Republic was determined, also accessibility of special paediatric services, rehabilitation and balneological care. The authors analyse a visit to these children at a collective children's institute, the admittance to the institutes of social welfare, as well as the fate of these children after leaving basic school. They emphasize the necessity to establish and extend the network of day sanatoria and rehabilitation nurseries, rehabilitation departments with trained rehabilitation workers, and also daily and weekly homes for handicapped children.

K. Berková, L. Slivka

DAS GEGENWÄRTIGE VORKOMMEN DER FRÜHEN ZEREBRALEN KINDERLÄHMUNG BEI KINDERN IN DER SLOWAKISCHEN SOZIALISTISCHEN REPUBLIK

Zusammenfassung

Im Zuge einer Umfrage wurde die Häufigkeit des Vorkommens der frühen zerebralen Kinderlähmung bei Kindern in den einzelnen Bezirken und Kreisen der Slowakischen Sozialistischen Republik, die Zugänglichkeit fachmännischer pädiatrischer Überbaudienstleistungen sowie der Rehabilitations- und Badekurbetreuung festgestellt. In diesem Bericht wird eine Analyse des Besuchs von kollektiven Kindereinrichtungen durch diese Kinder, der Unterbringung in Sozialfürsorgeanstalten sowie des Schicksals dieser Kinder nach Absolvierung der Grundschule vorgestellt. Es wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, ein Netz von Tagessanatorien, Rehabilitationskrippen sowie Rehabilitationsabteilungen für die Anlernung von Berufen einzurichten und zu erweitern und Tages- und Wochenaufenthalte für mental geschädigte Kinder zu organisieren.

K. Berková, L. Slivka

LA PRÉSENCE ACTUELLE DE L'ENCEPHALOPATHIE SPASTIQUE DE L'ENFANT OPPORTUNE DANS LA RÉPUBLIQUE SOCIALISTE SLOVAQUE

Résumé

Selon une action de questionnaire on a constaté la présence de la l'encephalopathie spastique de l'enfant opportune dans différentes régions et districts de la République Socialiste Slovaque l'accessibilité de services pédiatriques spécialisés superstructurels, la rééducation et les cures thermales. Une analyse est donnée sur la visite de ces enfants dans des établissements collectifs pour enfants, sur leur placement dans des établissements de sécurité sociale ainsi que le destin de ces enfants après l'enseignement primaire. Est démontrée aussi la nécessité de fonder et d'élargir le réseau des sanatoriums quotidiens et des crèches de rééducation et sections de réadaptation équipé de cadre à niveau professionnel élevé et des séjours quotidiens et hebdomadaires destinés aux enfants affectés de troubles mentaux.

P. GÖTZE

PSYCHOPATHOLOGIE DER HERZOPERIERTEN

Psychopatológia pacientov po srdcových operáciách

Vydal Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1980, 114 strán, 13 obrázkov, 32 tabuliek, cena DM 29,80.

ISBN 3-432-90781-8

Ako desiaty zväzok edície „Klinická psychológia a psychopatológia“ vydáva vydavateľstvo Ferdinand Enke v Stuttgarte drobnú publikáciu doc. Götzeho z Psychiatrickej kliniky hamburskej univerzity, ktorá sa zaoberá otázkami psychických a neurologických porúch u pacientov pred a po kardiochirurgickom zákroku. Štúdia spočíva vo vlastných skúsenostiach so 100 operovanými pacientmi vo veku 20 až 59

rokov, u ktorých uskutočnili kardiochirurgický výkon na Chirurgickej klinike v Hamburgu-Eppendorfe a u ktorých sledovali jednotlivé psychické alterácie a neurologické poruchy v období pred operáciou a po nej. Autor po úvodnej kapitole, kde venuje pozornosť predovšetkým údajom z literatúry, opisuje v ďalších ka-

pokračovanie na str. 208

SKÚSEŇ A PERSPEKTÍVY STIMULAČNÉHO LIEČENIA DETSKEJ MOZGOVEJ OBRNY

M. GALANDA, S. FODOR, P. NÁDVORNÍK

Výskumné laboratórium klinickej stereotaxie pri VÚHB v Bratislave, Elektrotechnická fakulta SVŠT, Bratislava

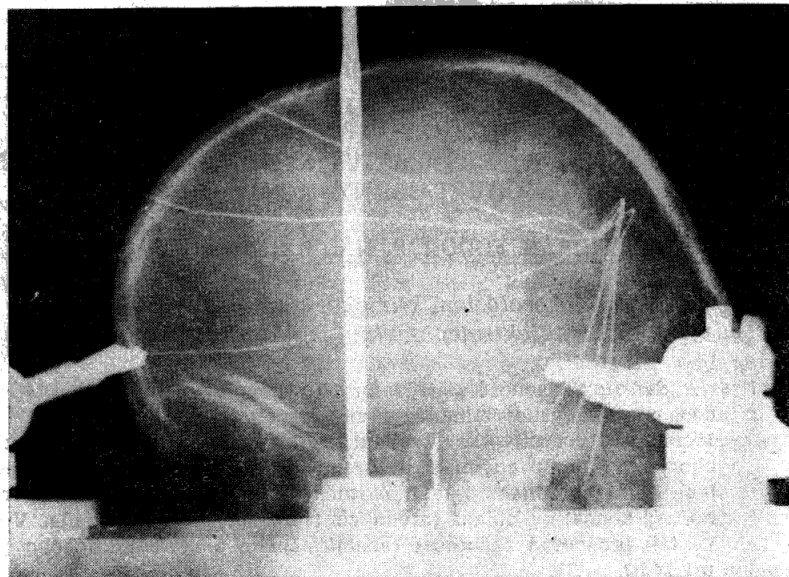
Súhrn: Skúsenosť s liečením 10 chorých postihnutých DMO pomocou programovanej stimulácie mozgových štruktúr ukazuje, že stimuláciou sa priaznivo ovplyvňuje svalový hypertonus a hyperkinézy chorých. Stimulovanými štruktúrami pri pôsobení na axiálne svalstvo bola oblasť predného laloka mozôčka a pri ovplyvňovaní hyperkinézy hornej končatiny oblasť farebných jadier mozgového kmeňa. Vytvorila sa tak prospešná súčinnosť rehabilitačného a stereotaktického postupu pri DMO.

Kľúčové slová: Detská mozgová obrna — stereotaktické liečenie — liečebná stimulácia

Deštruktívny spôsob stereotaktického liečenia funkčných ochorení mozgu vo všeobecnosti bol postupne podrobený kritike. Najmä pri detskej mozgovej obrne (DMO), kde sa predpokladá rozsiahle poškodenie mozgových štruktúr, ťažko sa zmierniť s predstavou, že mozog je ďalej poškodzovaný stereotaktickou operáciou. Ako adekvátna metóda stereotaktického liečenia DMO sa začína ukazovať stimulačná terapia (Davis a spoluprac. 1979). Pri nej sa na vybrané mozgové štruktúry prostredníctvom elektródy, ktorá je do nich implantovaná, pôsobí elektrickými impulzmi o vhodnej frekvencii a sile. Pritom zvolený program stimulačnej terapie odpovedá nielen úrovni mozgu, v ktorej sa vybraná štruktúra nachádza, ale aj individualite chorého.

Metóda a výsledky

Od roku 1977 sme liečebnú stimuláciu CNS uplatnili u 10 chorých s DMO. Spočiatku sme používali elektródy zavedené len do jednej mozgovej úrovne predného laloka mozôčka. Elektródy sa stereotakticky zaviedli transtentoriálnou cestou z prístupu pri lambdovom šve lebky a zapájali sa na vonkajší stimulátor. Vhodný stimulačný program sa vybral podľa odozvy, ktorú po zavedení elektród stimulácia vyvolala na postavenie a pohyb postihnutých končatín. Už prvé výsledky ukázali, že stimulačná liečba môže priaznivo ovplyvniť najmä súčinnosť dolných končatín a axiálneho svalstva. Svalové napätie v končatinách sa uvoľňuje a stabilizuje sa chrbové svalstvo. Chorý je schopný po niekoľkých týždňoch stimulácie udržať trup a hlavu vzpriamene, zlepšuje sa funkcia dolných končatín (Galanda a spoluprac. 1978).



Obr. 1. Kontrolna rtg. snímka elektród transtentoriálne zavedených do cerebela. Bočná projekcia.

Na ovplyvnenie horných končatín a najmä hyperkinézu, ktorá sa často na postihnutých končatinách objavuje, bolo treba hľadať inú úroveň mozgových štruktúr. Elektródy sme postupne začali zavádzať nielen do mozočka, ale aj do oblasti farebných jadier mozgového kmeňa. Pri vhodnom programe stimulácia tejto úrovne nervovej sústavy priaznivo ovplyvnila svalové napätie aj hyperkinézu hornej končatiny.

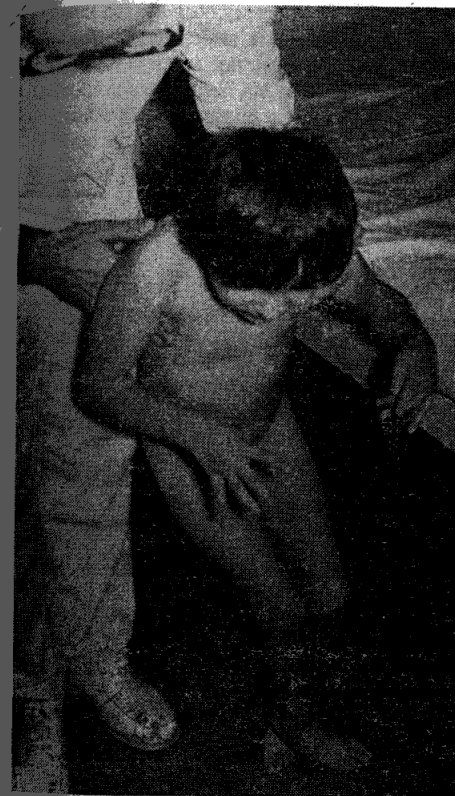
Doteraz sme nezaznamenali žiadnu komplikáciu, ktorá by súvisela so zavedením elektród a stimulovaním štruktúr.

Diskusia

Liečebná stimulácia pri DMO prináša nielen praktické klinické výsledky, ale zasahuje aj do doterajších predstáv o účasti a mechanizmoch mozgových štruktúr pri riadení pohybu, ktoré sú v pozadí DMO.

Z pracovného hľadiska sa javí vhodným chápať vzťahy mozgových štruktúr zo systémového hľadiska. Jednotlivé štruktúry mozgu sú tými článkami v regulačných sústavách, ktoré ovládajú pohyb na rozličných úrovniach mozgu. Zavedením elektród k niektorému z týchto článkov možno ovplyvňovať nielen funkciu tejto štruktúry, ale aj ďalších štruktúr a okruhov, s ktorými má táto štruktúra spojitost a je s nimi prepojená. Výsledok stimulačnej terapie, akým je napríklad rozvinutie funkcie chrbtového svalstva, možno chápať ako riadené dozrievanie činnosti stimulovaných sústav mozgu, do ktorého zasahujú aj páľňové schopnosti mozgu.

Liečebná stimulácia sa tak stáva osobitným faktorom v upevňovaní nových stereotypov, čo ich prirodzene spája s rehabilitačným úsilím.



Obr. 2. Úplná neschopnosť stáť pred stimuláciou.



Obr. 3. Výrazné zníženie spasticity, zvýšenie stability axiálneho svalstva 2 mesiace po začatí stimulácie predného laloka mozočka.

LITERATÚRA

1. GALANDA, M. — FODOR, S. — NÁDVORNÍK, P.: Paleocerebelárna stimulácia v liečbe detskej mozgovovej obrny. Bratisl. lek. listy 70, 99 — 105, 1978.
2. DAVIS, R. — BAROLAT-ROMANA, G. — ENGLE, H.: Chronic cerebellar stimulation for spastic serebral palsy — five year study. Fourth Meeting of the European Society for Stereostatic and Functional Neurosurgery, Paris, Book of Abstracts, 1979, S9.

Adresa autora: Dr. M. G., Neurochirurgická klinika LFUK, Bratislava — Kramáre,

М. Галанда, С. Фодор, П. Надворник
ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ СТИМУЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ
ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Резюме

Опыт в деле лечения 10 больных, пораженных ДЦП, при помощи запрограмми-

рованной стимуляции мозговых структур показывает, что стимуляцией можно вы-
звать благоприятное действие на мышечное перенапряжение и гиперкинез больных.
Стимулированными структурами при воздействии на аксиальную мускулатуру ока-
залась область передней доли мозжечка, а при воздействии на гиперкинез верхней
конечности — область цветных ядер мозгового ствола. Таким образом было вызвано
полезное взаимодействие реабилитационного и стереотактического процессов при
ДЦП

M. Galanda, S. Fodor, P. Nádvorník
EXPERIENCE AND PERSPECTIVES OF STIMULATION TREATMENT IN
CEREBRAL PALSY

Summary

Experience with the treatment of ten patients with cerebral palsy with the help
of programmed stimulation of brain structures shows that stimulation favourably
influences the muscle hypertonus and hyperkinesis of the patients. The frontal lobe
of the cerebellum were the stimulated structures in the action on the axial muscles,
and by influencing hyperkinesis of the upper extremity, the area of the coloured
nuclei of the brain stem was stimulated. Thus an advantageous cooperation of reha-
bilitation and stereotaxis in the treatment of cerebral palsy can be achieved.

M. Galanda, S. Fodor, P. Nádvorník
ERFAHRUNGEN UND PERSPEKTIVEN DER STIMULATIONSBEHAND-
LUNG BEI ZEREBRALER KINDERLÄHMUNG

Zusammenfassung

Die Erfahrungen mit der Behandlung von 10 Patienten mit zerebraler Kinderlähmung
mittels programmierter Stimulierung der Gehirnstrukturen haben gezeigt, daß durch
die Stimulierung der Hypertonus der Muskeln sowie die Hyperkinese der Patienten
günstig beeinflusst wird. Bei der Einwirkung auf die axiale Muskulatur war der
Bereich des vorderen Kleinhirnlappens, bei der Beeinflussung der Hyperkinese des
Armes der Bereich der farbigen Kerne des Hirnstammes stimuliert. Dadurch entstand
ein vorteilhaftes Zusammenwirken des Rehabilitations- und des stereotaktischen Prozes-
se bei der Behandlung der zerebralen Kinderlähmung.

M. Galanda, S. Fodor, P. Nádvorník
LES EXPÉRIENCES ET PERSPECTIVES DE THÉRAPIE STIMULATRICE
DE L'ENCEPHALOPATHIE SPASTIQUE DE L'ENFANT

Résumé

L'expérience avec la thérapie de 10 malades affectés de l'encephalopathie spastique
de l'enfant par la stimulation programmée des structures du cerveau démontre que la
stimulation influence favorablement l'hypertonie et l'hyperkinesthésie musculaires des
malades. Par l'effet sur les muscles exiaux, la structure stimulatrice fut la région du
lobe antérieur du cervelet et influence de l'hyperkinesthésie de l'extrémité supérieure,
ce fut la région des noyaux colorés du tronc cérébral. Ainsi fut créée une coopération
favorable du procédé stéréotactique de réadaptation dans la poliomyélite infantile.

ZATRIEDENIE DETÍ S DETSKOU MOZGOVOU OBRNOU A VOLBA VHODNÉHO PROGRAMU LIEČENIA

P. VAJDA

Neurologické oddelenie Detskej fakultnej nemocnice v Bratislave
Vedúci: dr. J. Benko

Súhrn: V práci autor rozoberá najčastejšie príčiny vzniku detskej
mozgovej obrny, jej rozdelenie na jednotlivé formy a tiež možnosti
liečby. Zdôrazňuje hlavne, že je potrebné čo najskôr určiť diagnózu
hybnej poruchy u detí a nasadiť patričnú podporu a rehabilitačnú lieč-
bu. V prevencii sa treba zamerať na gravidnú ženu. Zdôrazňuje aj
význam screeningového vyšetrenia u detí a zachytenie porúch hyb-
nosti. Je potrebné vyriešiť všetky sociálne problémy rodiny postihnu-
tých detí, hlavne v otázke školskej dochádzky a určenie profesie.

Kľúčové slová: Detská mozgová obrna — psychomotorický vývoj
dieťaťa — výchovná rehabilitácia — pracovná a sociálna rehabilitácia

DMO sa rozpadá na viacero foriem, ale medzi jednotlivými formami nie sú
výrazné medze, pretože sa vyskytuje viacero kombinácií. I napriek tomu je
možné zhruba rozdeliť DMO na formy spastické a nespastické.

Podľa sledovania u 75 % pacientov je forma spastická, pri ktorej je svalové
napätie neprimerane zvýšené pri pohybe, alebo pokuse o uskutočnenie pohybu.
Pri spastickom syndróme nejde len o poruchu tonusovú, ale aj koordinačnú.
Spastické formy DMO môžu byť:

1. Diparetická forma — charakterizovaná zvýšeným svalovým napätím hlavne
na dolných končatinách (ďalej DK), pričom na horných končatinách (ďalej
HK) je nález menej výrazný.
2. Hemiparetická forma charakterizovaná hybným postihnutím polovice tela
s typickým držaním HK na postihnutej strane.
3. Paraparetická forma, ktorá je typická pre prematuritu. Zvýšené svalové
napätie postihuje DK s ich typickým držaním.
4. Kvadruparetická forma, pri ktorej zvýšený svalový tonus postihuje všetky
končatiny a do popredia sa dostáva aj mentálny deficit.

V tejto skupine môže byť aj monoparéza alebo triparéza, avšak pri podrob-
nejšom neurologickom vyšetrení nachádzame zmeny aj na tzv. zdravej kon-
čatine.

Pri nespastických formách svalový tonus nie je zvýšený, alebo nie je domi-
nujúcim príznakom, keď je zvýšený.

V tejto skupine máme:

1. byskinetickú formu, ktorá sa vyznačuje nepotlačiteľnými pohybmi, ktoré
sa v priebehu vývoja menia. U dojčiat a malých detí sú pohyby pomalé — čer-

víkovité, vo veku šesť rokov sú pohyby briskejšie a drobnejšie — choreatické. U stredne ťažkých prípadov je to dystónia, pri ktorej dochádza ku stáčaniam trupu a končatín do strán, hlavne pri pokuse o chôdzu. Je to najťažšia hybná porucha, ktorá často postihnutého immobilizuje.

2. Hypotonická forma je charakterizovaná zníženým svalovým napätím. U časti prípadov je to vývojová forma, z ktorej sa niekedy vyvíja spastický alebo dyskinetický typ DMO. Ak svalová hypotónia pretrváva po troch rokoch života dieťaťa, treba myslieť skôr na to, že bude dieťa ťažšie mentálne postihnuté.

3. Mozočková forma je spojená so svalovou hypotóniou, neistou vrávoravou chôdzou a opozdením vertikalizácie. Pri týchto typoch ide o vrodenú hypogéniu mozočka

Pri diagnostike DMO je potrebné poznať normálny psychomotorický vývoj dieťaťa. U patologických neurologických nálezov v období perinatálnom a postnatálnom musíme vždy zachovať rezervované stanovisko, musíme opakovane vyšetrovať a nemáme hneď povedať, že ide o obrnu. DMO má svoj pôvod hlavne v neznalosti modernej rehabilitačnej liečby, v zlej spolupráci s rodičmi a hlavne v neskorej diagnostike. Najcennejším pre diagnostiku včasných porúch CNS sú polohové reflexy. Poškodené deti majú ku koncu prvého trimesonnu opozdený rozvoj vzpriamovacích mechanizmov. Je u nich zlá koordinácia, ktorá sa prejavuje zmenou svalového napätia a zmenou provokovaných hybných odpovedí. Mentálne a hybne poškodené deti nedokážu v druhom trimesone extendovať šiju a neatáčajú sa. Diagnostika hybných porúch centrálného typu vo včasnom veku sa zlepšila, i keď bližšia diferenciácia formy je ťažká, môže sa poznať až v druhej polovici prvého roku. Dokážeme zistiť vyšetrením hybnú poruchu centrálného typu v priemere okolo 8. mesiaca života. Musíme však ísť do nižších vekových skupín a vyhľadávať deti rizikové s patologickými hybnými prejavmi a nasadiť adekvátnu liečbu. Screeningová metóda umožňuje pediatrom odhaliť patologické hybné prejavy pred šiestym mesiacom a potom ich odoslať na špecializované pracovisko.

Je dokázané, že v tých prípadoch, kde bola diagnostikovaná porucha hybnosti skoro a nasadená adekvátna liečba, došlo k zlepšeniu až úprave defektu hybnosti. Patologické pohybové stereotypy sa v staršom veku ťažko odstraňujú.

Liečba detí s DMO je zložitým procesom, ktorý má veľa zložiek. Hlavná úloha pripadá rodičom, na ktorých je miera zodpovednosti najväčšia. Liečba musí byť komplexná, to znamená, že nielen rehabilitácia má byť zaistená, ale mnoho iných zložiek je potrebných pre správny rozvoj dieťaťa. Konečným dlhodobým cieľom liečby má byť zaradenie dieťaťa do spoločnosti, prípadne do zamestnania. Možnosti liečby u nás:

- a) kúpeľná rehabilitačná liečba alebo rehabilitačné ústavy,
- b) ambulantná rehabilitačná liečba,
- c) denné rehabilitačné sanatóriá,
- d) rehabilitačná liečba v rodinách.

Je vhodné kombinovať tieto možnosti. Všemocný liek na odstránenie hybného deficitu nemáme a neexistuje.

Komplexná liečba DMO pozostáva:

1. z fyzikálnej liečby,
2. z výchovnej rehabilitácie,

3. z medikamentózne liečby,
4. z pracovnej a sociálnej rehabilitácie,
5. z chirurgickej liečby — hlavne ortopedických a stereotaktických zákrokov,
6. z ortopedických a technických pomôcok.

Musíme si uvedomiť, že nijaká operácia neodstráni príčinu DMO — tá zostáva, ale zlepši sa poloha, rozsah pohybu a funkcia končatiny. Všeobecne by malo platiť, že po operačných zákrokoch či na šlachách alebo CNS by mala bezprostredne nasledovať kúpeľná rehabilitačná liečba.

V celom komplexe starostlivosti o deti s DMO zostáva v popredí prevencia, a to hlavne v dôkladnej dispenzarizácii tehotnej ženy a v sledovaní rizikových detí. Všetkých pacientov s DMO je treba považovať za osoby so zmenenou pracovnou schopnosťou a podľa toho riešiť všetky ich životné problémy.

LITERATÚRA

1. CASTAIGNE, P. — HELD, J. P.: Étude de l'effect du Liorésal dans la spasticité. *Revue Neurol.*, 128, 245 — 250, 1973
2. GRIFFITHS, M.: Cerebral Palsy in Multiple Pregnancy. *Develop. Med. Child. Neurol.* 9, 713 — 731, 1967.
3. LESNÝ, I. — MÜLLER, D.: Příspěvek k otázce terminologie dětské mozkové obrny. *Čs. Neurol.* LX, 96 — 98, 1964.
4. PERLSTEIN, M. A. — HOOD, P. N.: Seasonal Variation in Congenital Cerebral Palsy. *Develop. Med. Child. Neurol.* 9, 673 — 691, 1967.
5. VAJDA, P.: Kapitoly zo špeciálnej neurológie detského veku. Vysokoškolské skriptá, Univerzita Komenského, Bratislava 1979, 79 s.

Adresa autora: Dr. P. V., Neurologické oddelenie DFN, Bratislava — Cintorínska 20

П. Вайда

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ВЫБОР ПОДХОДЯЩЕЙ ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ

Резюме

Автор в работе рассматривает наиболее частые причины возникновения детского церебрального паралича, его разделение на отдельные формы и возможности лечения. Подчеркивается, главным образом, что необходимо как можно скорее поставить диагноз двигательного расстройства у детей и начать соответствующую стимуляционную восстановительную терапию. В области профилактики нужна целенаправленность на беременную женщину. Подчеркивается также значение всеобщего обследования детей и охвата расстройств подвижности. Необходимо решить все социальные проблемы семьи и пораженных детей, главным образом вопрос посещения школы и определения профессии.

P. Vajda

CLASSIFICATION OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY AND THE SELECTION OF A SUITABLE THERAPEUTICAL PROGRAMME

Summary

The author analyses in his paper the most frequent causes of the genesis of cerebral palsy, the classification of cerebral palsy into individual forms and also

therapeutical possibilities. Emphasized is the necessity for an early diagnosis of motor disturbances in children and the application of the necessary supporting and rehabilitation treatment. In prevention, attention should be paid to the pregnant women. The author also mentions the significance of screening and the detection of motor defects. All social problems of families with affected children, particularly school attendance and the choice of profession are to be considered.

P. Vajda
KLASSIFIZIERUNG VON KINDERN MIT ZEREBRALER KINDERLÄHMUNG
UND WAHL DES ENTSPRECHENDEN BEHANDLUNGSPROGRAMMS

Zusammenfassung

Der Autor analysiert die häufigsten Entstehungsursachen der zerebralen Kinderlähmung und gliedert sie nach ihren einzelnen Formen sowie nach den Behandlungsmöglichkeiten. Dabei wird die Notwendigkeit hervorgehoben, die Diagnose der Bewegungsstörung bei Kindern ehestens festzustellen und die entsprechende Stützungs- und Rehabilitationsbehandlung anzusetzen. In der Vorsorgemedizin ist es notwendig, und Schwangere Frauen zu beobachten. Betont wird auch die Bedeutung von Screeninguntersuchungen von Kindern sowie die Feststellung von Fällen auftretender Bewegungsstörungen. Ebenso notwendig ist die Regelung aller sozialen Probleme der Familie und bei den betroffenen Kindern vor allem der Frage des Schulbesuchs und der Berufswahl.

P. Vajda
LE CLASSEMENT DES ENFANTS AFFECTÉE DE L'ENCEPHALOPATHIE
SPASTIQUE D'ENFANT ET LE CHOIX DU PROGRAMME THÉRAPEUTIQUE
CONVENABLE

Résumé

Dans son travail l'auteur analyse les causes les plus fréquentes de l'origine de l'encephalopathie spastique d'enfant, son classement en formes différentes et aussi les possibilités de thérapie. Il souligne notamment la nécessité de déterminer au plutôt le diagnostic du trouble du système moteur et de mettre en marche la réadaptation et la femme gravide. On a déjà souligné aussi l'importance de l'exploration screening chez les enfants et le diagnostic des troubles de mouvement. Il convient de résoudre tous les problèmes sociaux des familles et enfants affectés, en particulier, le problème de la fréquentation scolaire et la détermination professionnelle.

pokračovanie zo str. 200

pitolách cieľ a realizáciu vyšetrenia u vlastných pacientov. V ďalšej, najrozsiahlejšej kapitole rozoberá výsledky získané vlastným pozorovaním a vyšetrením. V poslednej, štvrtej kapitole konfrontuje formou diskusie vlastné pozorovanie s inými výsledkami. V závere zhrňuje krátkou formou výsledky celej práce. Prehľad literatúry a vecný register ukončujú túto malú, ale závažnú publikáciu.

Problematika kardiochirurgie a kardiochirurgických zákrokov je problematikou vysoko aktuálnou a treba uvítať podobné publikácie, ako je Götzeho monografia. Poukazuje totiž na problémy, ktoré nesúvisia priamo s technickým výkonom kardiochirurga, ale ktoré sú veľmi závažné pre prípravu na operatívny výkon, ale aj pre celý priebeh pooperačnej fázy terapeutického procesu u týchto chorých.

Dr. V. Čermák, Bratislava

SÚČASNÝ STAV STAROSTLIVOSTI O CHORÝCH S DETSKOU MOZGOVOU OBRNOU Z HĽADISKA NEUROLOGA

J. BENKO,

Neurologické oddelenie DFN, Bratislava

Súhrn: Syndróm DMO je charakterizovaný mnohopočetnosťou porúch. Treba preto zahájiť liečbu v najútlejšom veku a treba postupovať prísne individuálne.

Najdôležitejšie je snažiť sa o rýchlu socializáciu a edukáciu. Tomuto musí predchádzať presné syndromologické zaradenie detí s centrálnymi poruchami psychomotoriky a cieľavedomá dispenzarizácia.

Kľúčové slová: Detská mozgová obrna — diagnostika — kontinuálna rehabilitačná starostlivosť

S rozvojom detskej neurológie úzko súvisí aj včasnosť zachytávania detí s poruchami, ktoré možno zaradiť do syndrómu detskej mozgovej obrny (DMO). Z tridsiatich okresov na Slovensku už v dvadsiatich sú ambulancie detskej neurológie. Prináša to svoje ovocie v čo najvčasnejšej záchytnosti a v poskytovaní nielen liečebnej starostlivosti, ale aj v riešení mnohých, hlavne výchovno-pedagogických a sociálnych otázok u detí s DMO.

Podľa analýz v našom materiáli za obdobie 1962 — 1978 treba počítať s tým, že v každom okrese sa nachádza okolo 200 detí so syndrómom DMO.

Najpálčivejšie problémy v súčasnom stave starostlivosti o deti s DMO sú:

1. Problém včasnej a presnej diagnostiky

Syndróm DMO sa definuje takto: abnormálna alternácia pohybov alebo motorickej funkcie vôbec, ktorá vznikla po defekte, poškodení alebo po chorobe centrálnej nervovej sústavy, uloženej v intrakavitárnom priestore. Porucha vznikla v období prudkého vývoja nervovej sústavy dieťaťa, teda v období od koncepcie až asi do troch rokov života. Podľa Crothersa (1951) je veľmi dôležité, aby dominovali poruchy motoriky. Vývojové hľadisko určuje, že okrem poruchy hybnosti, ktorá dominuje v rade porúch, sú poruchy inteligencie, osobnosti, emočnosti, percepcie, zraku, sluchu. Môžu byť epileptické záchvaty. Multidimenzionalita porúch je teda typická pre syndróm DMO.

Všetci však dobre vieme, ako ťažko sa dá posúdiť poradie významnosti u porúch, ktorých je niekoľko.

Najsprávnejšie je hľadisko medicínske spojené s hľadiskom sociálno-prognostickým.

Zastávame názor, že ak perspektívne predpokladáme, že v komplexe porúch bude to predovšetkým porucha motoriky, ktorá si vyžiada najviac starostlivosti, potom je správne, ak dieťa bude najviac sledované detským neurológom, rehabilitačným pracovníkom, ortopédom, somatopédom.

Keď však takéto dieťa má síce centrálnu poruchu hybnosti, ale defekt intelektu je taký, že bude brániť dieťaťu v zaškolení a perspektívne bude využitie všetkých duševných rezerv dôležitejšie ako pohybová rehabilitácia, potom by integrátorom liečby, výchovy a rudimentárnej vzdelávateľnosti mal byť psychiater, psychológ, psychopéd, sociálny pracovník.

Dieťa s prejavmi centrálnej lézie motoriky, ale ťažko slabozraké alebo slepé bude mať väčšiu šancu obstať v živote, ak bude riadiť starostlivosť oň oftalmológ, tyflopéd.

Tak isto riadiacimi v tíme u ťažko nahluchlého až hluchého budú otológ, foniater, logopéd, surdopéd.

V blízkej budúcnosti nemôžeme počítať s tým najlepším — so zariadeniami pre kombinované chyby.

Treba preto v určitých kritických etapách veku dieťaťa s DMO kriticky rozobrať vážnosť každej poruchy a zvážiť, akou cestou sa ďalej uberať.

2. Problém individuálneho prístupu ku každému dieťaťu s DMO

Spočíva v tom, že príčiny vzniku DMO sú veľmi rozmanité, často viaceré u jedného dieťaťa. Ich interakcia s geneticky určeným vývojom môže celkom zmeniť predurčený vývoj alebo vytvorí rôzne formy nerovnomerného chybného vývoja, hlavne v psychike. Môžu sa vytvorí psychopatické rysy, poruchy gnózie, praxie, lexie, grafie.

Malamud roku 1961 publikoval prácu, kde klinicky sledoval 68 detí a všetky tieto deti exitovali. Všetky boli sekčne vyšetrené. Našiel ako príčinu DMO malformácie v rôznych štruktúrach mozgu hlavne u detí, ktorých matky mali vysoký vek, kde sa zistilo z anamnézy vaginálne krvácanie, deti boli prenatálne, mali patologické zmeny na placentе. Cerebrálna lézia v zmysle deštruktívnej sa našla tam, kde boli poruchy tesne pred pôrodom, počas pôrodu, kde bola predĺžená druhá pôrodná doba a kde sa objavili po narodení kŕče.

Pokus o zovšeobecňovanie charakteristiky porúch psychických u detí s DMO je nebezpečný a vedie k paušalizovaniu zásahov vo výchovno-vzdelávacom procese.

Žiaľ, mnohí z nás sú ochotní rovnako hodnotiť deti s DMO ako deti po úrazoch kranio-cerebrálnych v neskoršom veku, alebo považovať ich za deti telesne postihnuté.

Skúsenosti sú také, že dieťa s DMO má najmenej o 1/3 menšie šance správne sa sociálne adjustovať, ako dieťa zdravé alebo postihnuté telesne bez spoločnosti mozgového poškodenia.

3. Problém adekvátnej komplexnej diagnózy

Máme bohaté skúsenosti z výsledkov skríningovej metódy vyhľadávania skrytých porúch psychomotorického vývoja. Každé dieťa musí byť takto vyšetrené v 6. a 12. mesiaci života podľa metódy Pasamanick-Knoblochovej. Najčastejšia diagnóza, s ktorou deti pediater posiela k detskému neurológovi, je hypotonický syndróm. Táto diagnóza ako vedúca sa objavuje aj v záznamoch detského neurológa hlavne pri vyšetrovaní a sledovaní detí s nízkou pôrodnou váhou.

Je potrebné, aby sa po prvom roku diagnóza spresnila. Vtedy sa už dajú okrem spastických syndrémov identifikovať aj hyperkinetické extrapyramídové syndrómy a hlavne ataktický syndróm DMO.

Komplexná diagnóza však musí najmä v treťom roku života dieťaťa, v šiestom roku a v desiatom roku obsahovať potrebné informácie o mentálnej úrovni, perцептно-motorickej úrovni, o funkcii zmyslových orgánov, o hovorenej, písanej a čítanej reči.

Perspektívne treba čo najskôr vypracovať metodiku aj na zachytávanie ľahkých foriem DMO vo veku do troch mesiacov života.

Táto požiadavka však úzko súvisí s podstatným rozšírením služieb v detskej rehabilitácii.

4. Problém, ako zabezpečiť kontinuálnu rehabilitáciu, výchovu a vzdelávanie pre deti s DMO

Neonatólog, pediater, neurológ a rehabilitačný lekár sú prví v tíme. Už po roku sa treba vyjadriť čo najpresnejšie o zraku a sluchu postihnutého. Po dvoch rokoch pristupuje do tímu aj foniater a logopéd.

Už z počtu odborníkov možno pochopiť náročnosť, a preto treba zriadiť v každom kraji aspoň dve centrá, kde by týchto odborníkov bolo a hlavne aby mohli použiť metodiky vyšetrovania a liečby, ktoré sú vhodné pre najmladšie vekové skupiny detí.

V šiestom roku je problém správneho zaškolenia najpálčivejší. Je známe, že len deti, ktoré absolvujú maximálne vzdelanie, skončia základné vzdelávanie, majú reálnu sociálnu šancu. Preto treba veľmi zodpovedne hodnotiť všetky schopnosti, potrebné pre vzdelávací proces. Treba kvantifikovať rozsah motorického defektu; nepodceňovať ho, ale ani nepreceňovať.

V desiatom roku sú potrebné prvé konzultácie, ktoré majú začať často náročný proces hodnotenia schopností pre budúce povolanie.

Iba veľmi skúsený profesiograficky vzdelaný psychológ v spolupráci s rodičmi, s učiteľom, s detským neurológom, psychiaterom a prípadne so somatopédom správne vystihne všetky rezervy, ktoré sa potom môžu od desiateho roku do skončenia povinnej školskej dochádzky vhodne využiť a rozvíjať.

Záverom možno konštatovať, že sme veľmi podlížny deťom s DMO v ich správnom zaradení v našej spoločnosti.

Treba, aby čo najviac ľudí pochopilo, že dieťa s DMO nepredstavuje len komplex deformít a nedostatkov, ale je to človek s mnohými schopnosťami.

LITERATŮRA

1. BENKO, J.: Problémy socializácie cerebrálne poškodených detí. Záverečná správa rezortného výskumu MZd SSR I—1—4/11, Bratislava 1976.
2. BENKO, J. — ČAČKOVÁ, M.: Problémy diagnostiky oligofrénie z hľadiska neurológa. Mentálna retardácia, I. celoslovenské sympóziu o mentálnej retardácii. Oddelenie zdravotnej výchovy OŮNZ Martin 1972.
3. BENKO, J. — SZABOVÁ, I. — ČAČKOVÁ, M.: Modern school and children with chronic nervous diseases. Civilisation Factors and Childneurology. Sborník prací lěk. fak. v Brně č. 45, 1974.
5. CARDWELL, E. V.: Cerebral Palsy. Advances in understanding and care. The North River Press, N. Y. 1956.
6. MALAMUD, N.: J. Pediatrics, 65, 1964, 270 — 293.
7. LESNÝ, I.: Raná mozgová obrna, SZN, Praha 1959.
8. LESNÝ, I.: Hypotonická forma perinatální encefalopatie. Čs. neurologie 23., 1, 49 — 60, 1959.

Adresa autora: Dr. J. B., Neurologické oddelenie DFN, Bratislava, Cintorínska 20

Й. Бенко

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НЕВРОЛОГА

Резюме

Синдром ДЦП характеризуется многочисленностью расстройств. Вследствие этого следует начать лечение с самого нежного возраста и поступать при нем индивидуально.

Важнее всего стремление к быстрой социализации и эдукации.

Этому должна предшествовать точная синдромологическая классификация детей с центральными расстройствами психомоторики и целенаправленная диспансеризация

J. Benko

TO-DATE STATE OF CARE FOR PATIENTS WITH CEREBRAL PALSY FROM THE POINT OF VIEW OF THE NEUROLOGIST

Summary

The syndrome of cerebral palsy is characterized by a variety of disorders. Therefore therapy should be commenced at the very tender age of the child and approach should be strictly individual. A quick socialization and education is of great importance. It must be preceded by exact syndromological classification of children with psychomotoric disorders and purposeful case control.

J. Benko

DER HEUTIGE STAND DER BETREUUNG VON PATIENTEN MIT ZEREBRALER KINDERLÄHMUNG AUS SICHT DES NEUROLOGEN

Zusammenfassung

Das Syndrom der zerebralen Kinderlähmung ist durch eine Vielfalt von Störungen gekennzeichnet. Daher muß die Behandlung schon im zartesten Kindesalter einsetzen und streng individuell durchgeführt werden.

Am wichtigsten ist es, eine möglichst schnelle Sozialisierung und Edukation sicherzustellen. Schon vorher muß eine genaue syndromologische Einstufung der Kinder mit zentralen Schädigungen der Psychomotorik sowie eine zielstrebige Festlegung der notwendigen Fürsorgemaßnahmen erfolgen.

J. Benko

L'ÉTAT ACTUEL DES SOINS VOUÉS AUX MALADES AFFECTÉS DE L'ENCEPHALOPATHIE SPASTIQUE DE L'ENFANT DU POINT DE VUE DU NEUROLOGUE

Résumé

La syndrome de l'encephalopathie spastique de l'enfant se caractérise par de nombreux troubles. Il est donc nécessaire de commencer la thérapie à l'âge tendre et procéder de façon individuelle.

Le plus important consiste à réaliser une socialisation et éducation rapides.

Ceci doit être devancé par un classement de syndrome précis des enfants affectés de troubles centraux psychomoteurs et d'une entrée consciente au dispensaire.

LOGOPEDICKÉ NÁLEZY PRI DMO A ICH ZÁVISLOSŤ OD STEREOTAKTICKÉHO LIEČENIA

V. NÁDVORNÍKOVÁ, J. DVONČOVÁ, P. NÁDVORNÍK

Logopedická poradňa NsP akad. L. Déreza, Bratislava
Kabinet fonetiky FFUK, Bratislava
Neurochirurgická klinika LFUK, Bratislava

Súhrn: Rozborom rozličných charakteristík reči osôb postihnutých DMO sa zistilo, že stereotaktické operácie na talame a mozočkových jadrách môžu niektoré parametre reči priaznivo i nepriaznivo meniť. Pozitívne zmeny, ktoré sa po mozočkových operáciách týkajú najmä dychovej koordinácie a artikulácie, treba využiť v pooperačnej logopedickej starostlivosti.

Kľúčové slová: Detská mozgová obrna — logopedické nálezy — rečový prejav — stereotaxy

Poruchy reči sú častým prejavom DMO. Objavuje sa celý rad porúch od ľahkých porúch artikulácie, dyslálií až po bezrečovosť — aláliu (reč sa vôbec nevyvinie). Poruchy bývajú v závislosti od rozličných foriem DMO. V prípade výskytu ateróz sa rečové poruchy vyskytujú takmer vždy, u spasticity a ataxie až v 65 % a najmenej sa zisťujú v prípade výskytu hemiparetickej a paraparetickej centrálnej obrny (Willie 1951).

Porucha reči pri DMO sa zvyčajne prejaví ako dyzartria a postihuje tie parametre formálnej zvukovej stránky reči, ktoré sa zúčastňujú na rečovom výkone (bežne sa označujú ako reč, príp. rečový výkon, angl. speech). Predpokladá sa, že ju zapríčiňuje poškodenie hĺbkových štruktúr mozgu. Porucha sa však môže týkať aj obsahovej stránky reči čiže jazykového systému, jazyka (angl. language, fr. langue). Takáto porucha prebieha na úrovni mozgovej kôry (Riklan a spol. 1969). Úprava narušeného vývinu reči pri DMO je predmetom logopedickej starostlivosti, kým liečením porúch hybnosti sa zaoberajú iné odbory.

Metodika a výsledky

Mali sme možnosť vyšetrovať 29 osôb postihnutých DMO, ktorých pre základné ochorenie liečili chirurgicky. Indikáciou na stereotaktickú operáciu neboli rečové poruchy, ale rozličné obrazy motorických porúch pri DMO. Reč sme vyšetrovali pred operáciou a po operácii, takže sme mohli porovnať, čo sa po stereotaktickom zákroku na reči zmenilo. Súčasne sme mohli hodnotiť, ako operácie ovplyvnili reč na rozličných štruktúrach mozgu. Zvyčajne sa operovalo na talame alebo mozočku deštruktívnou, prípadne stimulačnou metódou. Pretože stereotaktický výkon bol výkonom liečebným, usilovali sme sa zistiť,

či má priaznivý vplyv aj na reč. Úplnú predstavu o pôsobení stereotaktickej operácie na poruchu reči pri DMO sme získali u 6 chorých. Urobili sme u nich logopedické vyšetrenie, reč sme zaznamenali na magnetofónový pás a v spolupráci s fonetičkou sme robili závery na základe analýzy a porovnania získaných výsledkov. Do úvahy sme brali 12 rečových charakteristík, z ktorých na porovnanie sa nám javili ako najvhodnejšie koordinácie dychu, zvučnosť hlasu, melódia reči, tempo reči, artikulácia a zrozumiteľnosť reči.

V prípade hypertonických a súčasne hyperkinetických foriem DMO sme robili kombinované operácie na talianskych jadrách a na zubatom jadre mozočku, prípadne výkony len na jednej z týchto úrovní, a to metódou stimulačnou i deštruktívnou. Po operáciách na hĺbkových štruktúrach mozočku sa zlepšila dychová koordinácia, hlas sa stal menej tlačenejší a bol zvučnejší a artikulácia bola menej zotretá. Zrozumiteľnosť reči sa však tým podstatne nezmenila. Operácia na talame zvyčajne nepriaznivo ovplyvnila hlas, melódia reči sa stala monotonná, aj keď sa tým zrozumiteľnosť reči nezhoršila. Kombinované operácie ovplyvnili jednotlivé charakteristiky reči rozličným spôsobom, ale celkový vplyv na zrozumiteľnosť reči bol nepriaznivý. U ataktických foriem DMO stereotaktické operácie reči bol nepriaznivý. U spastických foriem DMO stereotaktický zásah priaznivo ovplyvnil náhle zmeny v polohe hlasu, pripomínajúce fistulový hlas.

Diskusia

Zmeny rečového prejavu po stereotaktických operáciách DMO sú vedľajším, jednako však veľmi závažným výsledkom. Môžu ovplyvniť reč v priaznivom i nepriaznivom smere. Operácie na talame zvyčajne ohrozujú reč, kým operácie na mozočkových štruktúrach ju môžu zlepšiť [Nádvorníková a spol., 1976]. Preto sa uvažovalo o protichodnom pôsobení týchto regulačných úrovní. Podrobné štúdium však ukazuje, že operácie na talamických i mozočkových štruktúrach môžu reč v istých charakteristikách zlepšiť, a v iných zase zhoršiť. Priaznivý vplyv dentotómie sa prejavuje na koordináciu dychu a artikulácie. Nepriaznivý vplyv talamotómie sa zase dotýka melódie reči, zvučnosti hlasu a fonačného popudu. Pravdepodobne mozočkové regulačné systémy zabezpečujú plynulosť rečového prejavu, talamické zas jeho zafarbenie. Keď sa však má zmena reči po stereotaktickej operácii využiť na úpravu postihnutej reči, možno to dosiahnuť iba cieľenou pooperačnou logopedickou starostlivosťou.

LITERATÚRA

1. NÁDVORNÍKOVÁ, V. — ŠRAMKA, M. — NÁDVORNÍK, P.: Vplyv dentotómie a talamotómie na reč. Logoped. zborník 4—5, 275 — 278, 1976.
2. RIKLAN, M. — LEVITA, E. — ZIMMERMANN, J. — COOPER, I. S.: Thalamic correlates of language and speech. J. Neurol. Sci. 8, 307 — 328, 1969.
3. WILLIE, W. G.: The Cerebral Palsies of Childhood. Butterworth, London 1951, 232.

Adresa autora: PhDr. V. N., Nezábudková 14, Bratislava

V. Надворникова, Я. Двонцова, П. Надворник
ДААННЫЕ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПРИ ДЦП
И ИХ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ СТЕРЕОТАКТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Резюме

На основании анализа различных характеристик речи лиц с ДЦП установлено, что стереотактические операции на бугре и ядрах мозжечка могут положительно или отрицательно изменить некоторые параметры речи. Положительные изменения, касающиеся при операциях мозжечка главным образом дыхательной координации и артикуляции, надо использовать в постоперационной логопедической терапии.

V. Nádvorníková, J. Dvončová, P. Nádvorník
LOGOPAEDIC FINDINGS IN CEREBRAL PALSY AND THEIR DEPENDENCE ON STEREOTACTIC TREATMENT

Summary

By the analysis of various characteristics of speech in persons affected by cerebral palsy it was found that by a stereotactic operation of the thalamus and the nuclei of the cerebellum some parameters of speech may be favourably, but also unfavourably changed. Positive changes which after operation on the cerebellum mostly concern breathing coordination and articulation should be utilized in postoperative logopaedic therapy.

V. Nádvorníková, J. Dvončová, P. Nádvorník
LOGOPÄDISCHE BEFUNDE BEI ZEREBRALER KINDERLÄHMUNG UND
IHRE ABHÄNGIGKEIT VON DER STEREOTAKTISCHEN BEHANDLUNG

Zusammenfassung

Aufgrund der Analyse verschiedener charakteristischer Merkmale der Sprache von Personen, die an zerebraler Kinderlähmung leiden, konnte festgestellt werden, daß stereotaktische Operationen, die am Thalamus und an den Kernen des Kleinhirns durchgeführt werden, einige Sprachparameter günstig oder ungünstig beeinflussen können. Die positiven Veränderungen, die nach Kleinhirnoperationen vor allem die Atmungskoordination und die Artikulierung betreffen, sollten im Rahmen der postoperativen logopädischen Betreuung genutzt werden.

V. Nádvorníková, J. Dvončová, P. Nádvorník
LES DIAGNOSTICS DE LOGOPÉDIE DANS L'ENCEPHALOPATHIE SPASTIQUE DE L'ENFANT ET LEUR DÉPENDANCE DE LA RÉADAPTATION STÉRÉOTACTIQUE

Résumé

L'analyse de différentes caractéristiques de la parole des personnes affectées de l'encephalopathie spastique de l'enfant a permis de constater que les interventions stéréotactiques pratiquées par le chirurgien sur le thalamus et les cellules du cervelet peuvent influencer de façon favorable ou défavorable certains paramètres de la parole. Les modifications positives obtenues après interventions chirurgicales du cervelet et concernant notamment la coordination respiratoire et l'articulation doivent s'exploiter dans la rééducation de la logopédie postopératoire.

Nové vydání rozsáhlé monografie prof. Bochera ze Ženevy a prof. Willerta z Göttingenu o diferenciální diagnostice onemocnění páteře je novým přepracováním a doplněním dnes už klasického díla, které vyšlo poprvé v roce 1953 pod názvem Tuberkuloza páteře a její diferenciální diagnostika. Od tohoto roku vyšlo dalších pět vydání včetně recenzovaného v němčině, jedno italské a jedno španělské.

Jde o široce založenou monografii, která se zabývá diferenciální diagnostikou onemocnění páteře a v celku v devatenácti kapitolách rozebírá jednotlivé otázky této problematiky. Onemocnění páteře představují v současnosti závažnou skupinu chorob charakteristických pro moderní společnost. Autoři přistupují v jednotlivých kapitolách k dílčím otázkám z velmi širokého pohledu. Úvodní kapitola hovoří o principech a problémech diagnostiky páteře, kde vedle fyzikálního vyšetření sa věnuje pozornost moderním vyšetřovacím metodikám jako je röntgenologie, scintigrafie a počítačová tomografie. V dalších kapitolách autoři postupně se zajímají o anomálie páteře, o změny na páteři při konstitučních systémových onemocněních, o Scheuermanovú chorobu. Další kapitoly přinásejí informace o tuberkulózní spondylitidě, o infekční netuberkulózní spondylitidě a o spondylartritidě anakylopoetica (morbus Bechterew). V dalším se hovoří o degeneratívnych postihoch páteře, o osteopenických osteopatiách, o osteopetrozách, tumorech páteřných štruktúr, o poraněných páteře a o patologických zmenách kosti křížové. Jedna z veľmi zaujímavých kapitol sa zaoberá páteří jako celkom. Diferenciální diagnosa klinických symptomů a diferenciální diagnosa röntgenologických symptomů uzavírají tuto rozsáhlou, bo-

hatě dokumentovanou, přehledně napsanou a dobře koncipovanou monografií, věnovanou diferenciální diagnostice chrobosového orgánu těla.

Bohatý přehled literatury uspořádaný podle základních kapitol a věcný rejstřík ukončují Brocherova a Willertova monografie, která je beze sporu špičkovou publikací v oblasti diferenciální diagnostiky onemocnění páteře. Šesté vydání je nově přepracované a doplněné. Je tu poukázáno na nové vyšetřovací metody, jako je scintigrafie, computerová tomografie a angiografie, takže po stránce moderních informací je uvedena „up to date“. Nové informace přinásejí i kapitoly o Scheuermanovú chorobu, o neutuberkulózní spondylitidě a o otázkách postihnutí disků. Prakticky jsou zaměřené obě poslední kapitoly a zde může každý, kdo se setkává s problematikou diferenciální diagnostiky onemocnění páteře, najít mnoho závažného pro svou práci.

I když tato monografie je velkým dílem, podstatnou část tvoří obrázková dokumentace. Výběr jednotlivých röntgenogramů svědčí o bohatých zkušenostech autorů a dále o jejich pedagogických záměrech.

Polygrafické vybavení je vzorné — křídlový papír, vynikající tisk především obrázků. Cena je trochu vysoká, je však podmíněná rozsahem díla a jeho vybavením.

Z Brocherovy a Willertovy monografie o diferenciální diagnostice onemocnění páteře budou mít radost nejen röntgenologové, ale i ortopedi a neurologové. Rehabilitační odborníci tu opět najdou vedle základních informací především diferenciálně diagnostická hlediska, která v mnohých případech jsou rozhodující pro stavbu rehabilitačních programů.

Dr. M. Palát, Bratislava

ŠTRUKTÚRA POSTOJOV K REHABILITÁCIÍ PO INFARKTE MYOKARDU IV. METODOLOGICKÉ ASPEKTY ODPOVEĎOVÝCH SKÓRE

R. ŠTUKOVSKÝ, M. PALÁT, A. SEDLÁKOVÁ

Katedra psychológie FFUK

Vedúci doc. PhDr. O. Konáš, DrSc.

Katedra rehab. prac. Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP v Bratislave

Vedúci MUDr. M. Palát, CSc.

Technická spolupráca: I. Hauptvoglová a L. Keřková.

Súhrn: Štúdium a rozbor sémantického obsahu pojmu „rehabilitácia po infarkte myokardu“ nás viedli k viacerým zaujímavým poznatkom, ktoré sme predložili v predchádzajúcich častiach tejto série. Išlo o zisťovanie a analyzovanie postojov 60 mladých, informovaných a zdravých žien, pričom ako hlavný inštrument sa použil sémantický diferenciál vlastnej konštrukcie. Keďže ide o časť širšieho výskumu nazývaného „CARDITUDO“ (= cardiac attitude) a výsledky majú tvoriť i podklad pre konkrétne opatrenia v oblasti rehabilitácie a zdravotnej výchovy, považovali sme za potrebné overiť si aj niektoré metodologické aspekty v odpovedových tendenciách respondentiek: existencia takýchto systematických tendencií by totiž mohla nepriaznivo ovplyvniť stupeň kvantitatívnej exaktnosti vyhodnocovania.

Konkrétne je teda predmetom tejto časti otázka, či sa aj v našom materiáli uplatňujú určité tendencie, ktoré si samotné respondentky ani nemusia uvedomovať, ktoré ale sú zo svetovej literatúry známe ako rušivé momenty, vnášajúce určitú nepresnosť do výsledkov výskumu postojov pomocou sémantického diferenciálu. Ide o problematiku, ktorá pod označením „response style“ analyzuje „odpovedový štýl“ respondentov a ktorej ťažisko spočíva v tom, že sa v odpovediach respondentov (obyčajne na 7-stupňovej škále) okrem vecných, obsahových prvkov uplatňujú aj určité tendencie či odpovedové návyky, ktoré nemajú nič spoločného so skúmaným pojmom, ale ktoré svojou zotrvačnosťou môžu ovplyvniť aj číselné hodnotenie výsledkov a znížiť informatívnosť podávaných odpovedí. Prítomnosť takého skreslenia údajov odpovedovými „štýlovými tendenciami“ sa prejavuje najčastejšie v laterálnej preferencii, v pozičnej preferencii, alebo v kombinácii oboch. Keďže sémantický diferenciál v klasickej forme, ktorý sa použil aj v našej štúdií (popis metodiky je v Štukovský et al 1980), nepoužíva pre získanie odpovedí priamo numerické hodnoty, ale iba sled políčok, netreba sa obávať ešte ďalšieho možného zdroja skreslenia, ktorým je tak v literatúre, ako aj v každodennom živote známe preferovanie určitých číslíc (viď napr. Štukovská 1972).

Laterálna preferencia v odpovediach

Jednou z najznámejších možností nepresného odpovedania, najmä ak respondenti majú sklon pracovať trochu povrchno, je tendencia preferovať určitú — obyčajne ľavú — polovicu stupnice. Holmes (1974) to nazval „within-page bias“ čiže skreslenie uplatňujúce sa v rámci jedného hárku, t. j. stránky s predloženými škálami, iní to nazývajú pozíčné alebo laterálne preferovanie. Spočíva v tom, že respondenti vykazujú tendenciu dávať prednosť alternatívam alebo pólom škál, ktoré ležia vľavo. To môže byť dôsledkom snahy o rýchle zodpovedanie a teda „odfajknutie“ tej odpovede, s ktorou sa pri čítaní zľava doprava skôr stretol, alebo dôsledkom prostého nekritického a rýchleho súhlasu s prvou predloženou alternatívou. Preto sa ako štandardný postup doporučuje v literatúre predkladanie škál tak, aby aspoň určitá časť bola laterálne vyvážená (Osgood et al 1957, a i.). Preto sme aj my upravili škály tak, aby polovica mala „hrozivejší“, teda menej akceptovateľný pól vpravo, a druhá polovica zase vľavo. Prvá úprava zodpovedá teda pólom škály zľava v obvyklej orientácii s nárastom doprava, kým druhou je pólom sprava doľava s „horším“ pólom predloženým na ľavej strane hárku. Pri numerickom kódovaní a spracovaní výsledkov sa na to samozrejme bral ohľad a vyššie číslo znamenalo vždy názor menej akceptovateľný zo strany postihnutého, teda „hrozivejší“.

Keby sa však u našich respondentiek uplatňovala takáto tendencia preferovať ľavú (alebo proste jednu) stránku hárku pred druhou, znamenalo by to, že adjektívové škály pólom zľava doprava by vykazovali prevahu vyznačených odpovedí v ľavej polovine a opačne. Ak takejto tendencie niet, obidva druhy škál by mali byť zhruba rovnako hodnotené, bez ohľadu na to, na ktorej strane leží ten-ktorý pól. Tab. 1 podáva prehľad o tom, či primerané skóre škály je nad alebo pod celkovým mediánom všetkých škál (ktorý pre pojem „rehabilitácia po I. M.“ bol prakticky totožný s neutrálnym bodom), ako aj o konkrétnom poradí škál podľa ich prímeru. Aby sme zachovali rovnaký spôsob predkladania ako v doterajších častiach, sú názvy škál uvedené jednotne, teda zľava doprava, a treba si uvedomiť, že v reálnej situácii respondentkám sa predložil sémantický diferenciál, v ktorom polovica škál bola pólom zrkadlovo opačne. Už pohľad na posledný dvojštípec tab. 1 ukazuje, že odpovede sú ozaj vyvážené. Keďže počet škál každého typu bol 11 a medián ich tiež rozdeľuje na dve sady po 11, dostaneme tieto kombinácie:

počet škál:	pod mediánom	nad mediánom	spolu:
zľava doprava	6	5	11
sprava doľava	5	6	11
spolu	11	11	22

Škály sú teda rozdelené tak vyvážené, ako je to pri nepárnom počte škál v jednej polovine (totiž 11) len možné. A výsledný chikvadrátový test to

Tabuľka 1. Overenie laterálnej preferencie v odpovediach 60 respondentiek na 22 škálach sémantického diferenciálu

Názov škály	poradie škály		pozícia vzhľadom na medián
	E—P	P—E	
škály pólom zľava doprava:			
vzácné sa vyskytuje — často sa vyskytuje	01		nad
nemení životosprávu — mení životosprávu	02		nad
ľahostajné — znepokojujúce	05		nad
jednoduché — komplikované	06		nad
neobmedzuje činnosť — obmedzuje činnosť	07		nad
bezrizikové — nebezpečné	12		pod
bez zármutku — spojené so zármutkom	14		pod
vzniká pomaly — vzniká naraz	16		pod
vyliciteľné — nevyliciteľné	17		pod
predvídateľné — nepredvídateľné	19		pod
preskúmané — záhadné	20		pod
škály pólom sprava doľava:			
nezávažné — závažné		03	nad
nevedie k únave — vedie k únave		04	nad
príjemné — nepríjemné		08	nad
nevývoláva starosti — vyvoláva starosti		09	nad
bez obáv — vzbudzuje obavy		10	nad
zabráňiteľné — nezabráňiteľné		11	nad
prechodné — trvalé		13	pod
bez bolesti — veľmi bolestivé		15	pod
prebieha pomaly — prebieha prudko		18	pod
má známe príčiny — má neznáme príčiny		21	pod
kontrolovateľné — nekontrolovateľné		22	pod
súčet poradí:	119	134	
príemerné poradie škál:	10,8	12,2	
signifikantnosť:	P = 68 % (n. s.)		

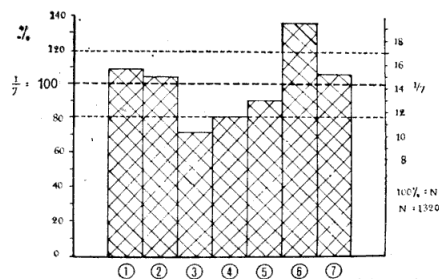
potvrďuje krajne nízkou hodnotou, ktorá tvorila $\chi_1^2 = 0,182$. Niet teda nijakého súvisu medzi smerom škál a priemernou intenzitou odpovedí, resp. pozíciou odpovedí.

Keďže delenie podľa mediánu je pomerne hrubým kritériom, na doplnenie preverky sa ešte uskutočnil Wilcoxon-Mann-Whitneyov test, poradí (Mittenec-ker 1968). Ako vidno z tab. 1, aj poradia sú dobre vyvážené: priemerné poradie škály L — P je 10,8 a priemerné poradie opačného typu L — P je 12,2 čiže iba nepatrne viac. Menší z oboch súčtov poradí je testovacie kritérium $T = 119$, čomu zodpovedá pravdepodobnosť náhodného vzniku $P = 68 \%$. inými slovami aj tento neparametrický test potvrdzuje, že orientovanosť škál nevykazuje nijaký súvis s priemerným skóre. To po stránke vecnej zase znamená, že naše respondenty pri vyznačovaní svojich postojov o rehabilitácii sa dali viesť iba meritórnym kritériom pólového adjektívu a nie pozíciou tohto objektíva. Uvažovali teda seriózne a pri vyznačovaní odpovedí sa nedali nijako ovplyvňovať tým, na ktorej strane sa príslušná vlastnosť nachádzala. Zrejme sa rozhodovali naozaj pre tú alternatívu, ktorá sa im zdala vecne primeranejšia, nepracovali povrchno. Môžeme teda konštatovať, že v našom materiáli sa neuplatňovala nijaká laterálna preferencia odpovedí.

Preferovanie konkrétnych skóre

I keď v našom sémantickom diferenciáli nešlo o numerické odpovede, ale respondenty mali vyznačovať iba určité políčko, teda určité skóre, mohlo by sa stať, že prevládala tendencia preferovať niektoré konkrétne hodnoty. Preto sa preskúšalo, či výskyt jednotlivých alternatív je zlučiteľný s predpokladom rekantgulárneho rozloženia alebo nie. Vie sa totiž, že pri úsudkoch o rôznych vlastnostiach, spôsoboch správania a pod. výsledný histogram vykazuje nie jeden, ale dva vrcholy (pre detailnejšiu diskusiu viď napr. prácu Mevrielde, 1977), a to aj vtedy, ak posudzované podnety nie sú respondentom podrobne známe. Považuje sa to za dôsledok okolnosti, že ide o „osobné úsudky“, čiže subjektívne hodnotenia, na rozdiel od matematických odhadov, ktoré bývajú jednovrcholové (Kahneman a Tvresky 1973).

Empirické frekvencie jednotlivých konkrétnych skóre prináša tab. 2 a pohľad na ich histogram graf. 1. Ako vidno z oboch, aj rozloženie 1320 odpovedových skóre, ktoré sme dostali je jednoznačne dvojvrcholové a signifikantne odlišné od rovnomerného výskytu každej hodnoty. Stredné pozície, t. j. „4“ a najmä



Graf 1. Histogram odpovedových skóre 1320 odpovedí na škálach sémantického diferenciálu. Stupnica vľavo udáva relatívnu frekvenciu v percentách. Stupnica vpravo udáva relatívny výskyt jednotlivých skóre vzhľadom na teoreticky očakávaný rovnaký výskyt vo výške jednej sedminy celého materiálu. Hrubá trhaná priamka = priemer. Tenké prerušované priamky = limity signifikantnosti pri $P = 0,01$.

Tabuľka 2. Frekvencie konkrétnych odpovedových hodnôt

Skóre (intenzita odpovede)	absol. počet n	rel. počet %	relat. výskyt vyjadrený vo vzťahu k očakávanej frekvencii (sedmina = 100)
„1“	205	15,53	108,71
„2“	197	14,92	104,47
„3“	136**	10,30	72,12
„4“	154*	11,67	81,67
„5“	171	12,95	90,68
„6“	256**	19,39	135,76
„7“	201	15,23	106,59
spolu:	1320	99,99	—

*: frekvencia je signifikantne odlišná od teoreticky očakávanej frekvencie jednej sedminy čiže 188,57 pri hladine P pod 0,05

** : signifikantne pri hladine P pod 0,01

„3“ sú signifikantne menej často zastúpené, než by to zodpovedalo náhodnému (rovnakému) užívaniu týchto hodnôt, čo vedie k vytvoreniu dvoch vrcholov na oboch koncoch škál. Signifikantne častý výskyt má zase najmä skóre „6“, kým na opačnom konci škál sú skóre „1“ a „2“ prakticky rovnako silne zastúpené. Môžeme teda jednoznačne predpokladať, že rozloženie skóre našich respondentiek je bimodálne, čo podľa názoru rôznych bádateľov svedčí práve o tom, že išlo o pravé „osobné hodnotenie“, ktoré tendujú k určitej polarizovanosti. Aj podľa tohto kritéria náš materiál spĺňa požiadavky, ktoré sa v rámci všeobecného modelu môžu naň klásť.

Preferovanie pozícií

Iným problémom len zdanlivo totožným s predchádzajúcou analýzou je uprednostňovanie určitých pozícií pri vyznačovaní odpovedí. Skóre „1“ a „7“ totiž majú spoločné to, že sú to extrémne políčka na sémantickom diferenciáli a že teda jednotlivci so silným presvedčením alebo so striktnými názormi tendujú preferovať práve také kategorické odpovede. Pritom nejde o otázku, či to sú jedničky alebo sedmičky, pretože to závisí jednak od pólovania, jednak od posudzovania podnetu (pri podnete „rakovina“ asi budú prevažovať krajne negatívne názory, pri podnete „zdravie“ zas pozitívne bez ohľadu na očísľovanie), ale o extrémnosť čiže krajné pozície ako také. V literatúre častejšie užívanie týchto pozícií sa obyčajne dáva do súvisu s nižším vzdelaním,

nižšou inteligenciou, alebo opačne, s vyššou citovou involvovanosťou respodentov. (Osgood et al 1957, Stagner a Osgood 1964, Stubbs a Hutton s. a.).

Podobne charakteristickou, pre odpovedový štýl respondentov typickou pozíciou je stredná či neutrálna pozícia so skóre „4“. Táto poloha sa môže chápať jednak ako „opak“ extrémnych pozícií, teda ozačstné „nerozhodno“, alebo aj ako mentálny komplement u ľudí, ktorí posudzujú podnety podľa princípu „všetko—alebo—nič“ a v opačnom prípade to vidia ako „ani jedno“ (z predložených alternatív).

Tretiu, s obidvoma doterajšími kontrastujúcu skupinu odpovedových pozícií tvoria intermediárne pozície, ktoré predstavujú vlastnú gradáciu názorov, a preto boli tiež nazvané „diskriminujúcimi pozíciami“. Ide o ostatné štyri skóre, teda „2“, „3“, „5“, a „6“. Tie vraj vyjadrujú reálne odstupňovanie názorov a neobmedzujú sa iba na kategorické polárne či presne neutrálne úsudky.

Podľa týchto úvah sme aj my rozdelili dosiahnuté skóre do troch tried, teda na extrémne odpovede („E“), na neutrálne odpovede („N“) a na ostatné, vyjadrujúce gradáciu („G“). Tabuľka 3 prezentuje relatívne frekvencie týchto tried, a to pre jednotlivé skupiny našich respondentiek podľa ich profesie a pre celý materiál. Vidíme, že medziskupinové rozdiely sú pomerne malé, a že zastúpenie jednotlivých tried ukazuje podzastúpenosť neutrálnych a nadzastúpenosť gradujujúcich či odstupňujúcich skóre (pre testy signifikantnosti viď predchádzajúcu tab. 2.). Na porovnanie uvádzame v tej istej tabuľke v dolnej časti údaje o frekvenciách tried, ktoré citujú Osgood a spol. (1957) podľa „nepublikovanej dizertácie“ J. S. Kerrickovej z r. 1954. Kerricková dala určité podnety posudzovať skupine žiakov americkej „high school“ a potom

Tabuľka 3. Relatívne frekvencie troch hlavných typov odpovedových skóre podľa pozície

Súbor a autor	Percentuálny výskyt skóre typu:		
	„E“ (1 a 7)	„N“ (4)	„G“ (2, 3, 5, a 6)
Štukovský a spol. 1980 (táto štúdia)			
pedagogičky	35,7	10,0	54,3
psychologičky	23,9	13,0	63,2
rehabil. prac.	32,7	12,0	55,2
celý materiál spolu:	30,7	11,7	57,6
Kerricková 1954			
s vysokým IQ	39	30	31
s nízkym IQ	48	26	26

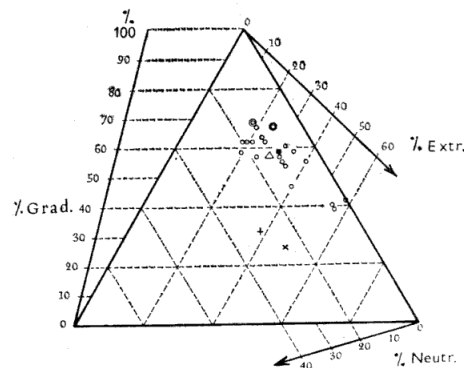
Poznámka: E = extrémne pozície
N = neutrálna pozícia
G = gradujuce či diskriminujúce skóre

ich rozdelia podľa inteligencie. Uvedené dáta sa týkajú horného a dolného kvartilu, teda najinteligentnejšej a najmenej inteligentnej štvrtiny respondentov. Nápadné sú nielen rozdiely medzi týmito kvartilmi, ktoré vraj boli vysoko signifikantné, ale aj masívny nadbytok polarizovaných a neutrálnych odpovedí v porovnaní s našimi výsledkami. Americkí respondenti s nízkym IQ použili skoro v polovici úsudkov extrémne kategórie a dokonca aj u nadpriemerne inteligentných jednotlivcov boli tri triedy užívané skoro s rovnakou frekvenciou. Zjednodušene by sme mohli povedať, že početnosti jednotlivých tried boli u vysoko inteligentných zhruba v pomere 1:1:1 a u nízko inteligentných zhruba v pomere 2:1:1. Naproti tomu bratislavské mladé ženy volili svoje odpovede zrejme viac rozmyslene a uvážlivo, čo sa odráža vo výrazne odlišných proporciách, ktoré sú oveľa bližšie pomeru vyplývajúceho z počtu odpovedových pozícií, teda 2:1:4. Dokonca akoby sa indiferentným odpovediam vyhýbali (ani v jednej podskupine nedosahuje podiel „N“ teoretickú sedminu, čiže 14,3%). Bez znalosti práce Kerrickovej však nemožno rozhodnúť, do akej miery sú pozorované rozdiely dôsledkom rozdielných podnetov na posudzovanie, ale i tak možno predpokladať, že jej údaje nie sú atypické pre americký „štýl“ odpovedí mladistvých, a to tým viac, že našimi respondentkami posudzovaný pojem „Rehabilitácia po I. M.“ nie je podnetom, ktorý by niesol vysoký emočný náboj, a že jeho priemerné posudzovanie bolo 4,1 čiže neutrálne.

Pre lepšie diskriminovanie možných zdrojov variabilít boli relatívne početnosti odpovedových tried vyjadrené graficky pre každú nami používanú stupnicu adjektív, čiže škálu. Štruktúru odpovedí podľa pozície vidíme na grafe 2, kde tri súradnice každého bodu zodpovedajú trom zložkám, totiž „E“, „N“, a „G“. Ich súčet je pre každú škálu pochopiteľne rovný 100%. Je na prvý pohľad zrejmé, že celková štruktúra materiálu (čierny štvorec) leží blízko teoretickej proporcionálnej štruktúry (trojuholník), a že prevažná väčšina jednotlivých škál sa len veľmi málo odchyľuje od celkových proporcií. Ďalej vidno, že všetky škály aj jednotlivé sa veľmi výrazne líšia od dát Kerrickovej z USA (krížiky).

Porovnanie jednotlivých škál nášho sémantického diferenciálu poukazuje predovšetkým na skupinu troch bodov, ktoré ležia na pravom okraji trojuholníka

E = extrémne skóre, t. j. 1 a 7
N = neutrálne skóre, t. j. 4
G = graduované čiže odstupňované odpovede, t. j. 2, 3, 5 a 6
Body zodpovedajú jednotlivým škálam sémantického diferenciálu na posudzovanie pojmu „Rehabilitácia po infarcte myokardu“; Čierny štvorec je celkový priemer; trojuholník je teoretický rovnaký výskyt všetkých 7 možných odpovedí.
Krížiky sú výsledky Kerrickovej (1954) z USA; pritom „+“ = výsledky jedincov s nadpriemernou inteligenciou, „X“ = výsledky jedincov s podpriemernou inteligenciou.



Graf 2. Triangulárny graf štruktúry odpovedí podľa pozícií.

ka a tvoria zrejme atypické zoskupenie. Sú to škály 22 (kontrolovateľné — nekontrolovateľné) so súradnicami 58,3 — 0,0 — 41,7, ďalej 21 (známe príčiny — neznáme príčiny) so súradnicami 56,7 — 5,0 — 36,7, a ešte 02 (nemení životosprávu — vedie k zmene životosprávy). Súčasne ide pri týchto škálach aj o maximálny výskyt E-odpovedí a o minimum G-odpovedí. U prvých dvoch sú to však skoro samé jedničky, ktoré sú zodpovedné za výrazne zvýšený podiel E, a aj za krajné poradie škál podľa priemeru; pri škále 02 však máme popri 28 sedmičkách aj 5 jedničiek, čo svedčí o značnej diferenciacii osobných názorov podľa tejto škály. Spoločné je týmto trom škálam okrem umiestnenia na okrajoch priemerného poradia i to, že ide o škály, ktoré do sémantického diferenciatu boli zaradené predovšetkým vzhľadom na posudzovanie ďalších medicínskych termínov a klinických diagnóz a ich logická aplikovateľnosť na proces „rehabilitácia po I. M.“, je do istej miery diskutabilná. A práve to sa odráža zrejme aj v atypickej štruktúre odpovedí na tieto dvojice adjektív. V tejto súvislosti stojí za zmienku, že škála č. 01 (vzácné — často sa vyskytuje) je už oveľa bližšie k ťažisku bodového roja a má súradnice 40,0 — 13,3 — 46,7. Položka E pozostáva len zo samých sedmičiek, ale aj „odstupňujúcejšia“ šestka je skoro rovnako často zastúpená, takže celková štruktúra odpovedí už zďaleka nie je taká atypická.

Najmenší podiel E-odpovedí, totiž po 18,3, majú škály 06 (jednoduché — komplikované), a 12 a 17. Škála 06 vykazuje aj druhý najvyšší podiel N-odpovedí (20 %), po škále 15 s 21,7 % N. Do určitej miery prekvapuje, že maximum pre N nemáme u škál blízkych mediánovému poradiu. To, že minimum pre N vykazuje atypická trojica škál, sme už konštatovali. Najväčšiu početnosť gradujujících odpovedí (a minimálne E) majú škály 12 a 17 (bezrizikové — nebezpečné; a vyliečiteľné — nevyliečiteľné) s totožnými súradnicami 18,3 — 13,3 — 68,3. Pri prvej prevažujú skóre „5—6“ a „2“, čo vysvetľuje mediánové poradie tejto škály, pri druhej skôr skóre „2—3“ a až potom „6“. Ide o škály kde jednoznačné odpovede sú ťažko predpokladateľné, a tým viac treba pozitívne hodnotiť respondentky, že sa neuchýlili k lacnému úniku cestou nadmerného vyznačovania skóre „4“ v zmysle „proste neviem“. Vidíme teda, že ešte aj tu mali naše respondentky snahu odpovedať vecne a primerane a že sa im to aj zrejme darilo.

Keď teda celkove hodnotíme odpovedové skóre nášho materiálu z hľadiska preferovania určitých typov odpovedí podľa pozície, vidíme, že ani tu nedochádza k takým extrémnym skórovým štruktúram, ako sa to uvádza inde. Naše respondentky zrejme k svojej úlohe pristupovali s primeranou vážnosťou a snažili sa svoje odpovede (ako odraz svojich postojov a názorov) vhodne odiferencovať, čo vo väčšine prípadov aj dosiahli. Ich odpovede sú vcelku vyvážené a nezatažené systematickou nepresnosťou.

A to isté sa dá povedať pri celkovom hodnotení metodologických kvalít nášho inštrumentu, sémantického diferenciatu a jeho škál. Zásluhou seriózneho prístupu respondentiek nedochádza k systematickým tendenciám ku skresľujúcim chybám, aké by predstavovali skúmané preferencie. Odpovedový štýl v našich dátach nevykazuje nijaké podstatné „špeciálnosti“ a distribúcia odpovedových skóre je vyvážená a vecne primeraná. Môžeme teda aj túto časť analýzy uzavrieť konštatovaním, že nami zvolený prístup na preskúmanie mentálnych implikácií pojmu „rehabilitácia po infarkte myokardu“ je nielen

večne informatívny a plodný, ale aj metodologický platný. Znamená to, že nami zistené a predložené postoje k rehabilitácii odrážajú reálnu situáciu v myšliach skúmanej populácie a že môžu slúžiť ako vhodný podklad pre ďalšie konkrétne kroky.

Súhrn

Séria štyroch prác má za cieľ analýzu sémantických implikácií pojmu „Rehabilitácia po infarkte myokardu“ a jeho miesta v mentálnom priestore zdravých mladých žien. Je súčasťou širšie koncipovanej štúdie postojov k rôznym odborným termínom z oblasti kardiológie a rehabilitácie („CARDITUDO“ = cardiac attitude). Išlo o tri skupiny respondentiek, študujúcich pedagogiku, psychológiu a odbor rehabilitácia (n = 3 × 20), ktoré vyjadrovali svoje názory o vlastnostiach pojmu „rehabilitácia po I. M.“ pomocou sémantického diferenciatu našej konštrukcie. Ten pozostával z 22 bipolárnych 7° škál.

Časť I. globálne definuje umiestnenie rehabilitácie v sémantickom poli respondentiek. Škály boli výrazne oddiferencované, čo odráža realistické a informované pohľady na rehabilitáciu. Reliabilita dát bola 0,80 a lepšie. Časť II. skúma interprofesijné rozdiely. Postojové profily boli v značnej miere zhodné a iba ojedinele sa prejavili špecifickosti rôzneho zamerania respondentiek. Aj škály sa zhodne delili na tri skupiny, ktoré vyjadrovali denotatívnu zložku pojmu, subjektívne reakcie u pacienta a konnotatívnu zložku postojov respektívne. Časť III. zisťuje základné dimenzie pojmu „rehabilitácia“ pomocou clustrovej analýzy interkorelačnej matice vlastností. Našli sa tri dimenzie: generálny faktor „vzťah pacient-proces“, denotatívny faktor familiárnosti a konnotatívny faktor „dôsledky pre pacienta“. Časť IV. overuje metodologické aspekty odpovedového štýlu („response style“) respondentiek. Zistilo sa, že v dátach sa neuplatňuje preferencia pozície ani v rámci dotazníka, ani v rámci škály a že odpovede nie sú skreslené neprimeranými návykmi, že sú vyvážené.

Vypracovaný sémantický diferenciat sa ukázal spoľahlivým inštrumentom na meranie postojov: je teda schopný a vhodný poskytnúť zaujímavé a cenné poznatky. Získané výsledky môžu slúžiť ako podklad pre konkrétne opatrenia na zlepšenie spolupráce lekára, pacienta a zdravotníckeho personálu.

LITERATÚRA

1. CATTEL, R. B.: Handbook of multivariate experimental psychology. Chicago, Rand McNally Co., 1966, 959 str.
2. HOLMES, C.: A statistical evaluation of rating scales. J. Market Res. Soc., 16, 1974, 4, s. 86—108.
3. KAHNEMAN, D. — TVERSKY, A.: On the psychology of prediction. Psychol. Rev., 80, 1973, s. 237—251.
4. KRECH, D. — CRUTCHFIELD, R. S. — BALLACHEY, E. L.: Človek v spoločnosti. Bratislava, Vyd. SAV, 1968, 630 str.
5. McQUITTY, L. L.: Elementary linkage analysis for isolating orthogonal and oblique types and typical relevancies. Educ. Psych. Measurement, 17, 1957, 2, s. 207—229.
6. MERVIELDE, I.: Ratings for likableness and subjective frequency of personality traits and interpersonal behaviors. Psychol. Belg., 17, 1977, 2, s. 143—156.
7. MITTENECKER, E.: Plánování a statistické hodnocení experimentů. Praha, SPN, 1968, 199 str.

8. NUNNALLY, J. C.: Popular conceptions of mental health: their development and change. New York, Holt, 1961, cit. podľa 9.
9. NUNNALLY, J. C.: Introduction to psychological measurement. Tokyo, Kogakusha Co. Ltd., 1970, 572 str.
10. OSGOOD, C. E. — SUCI, G. J. — TANNENBAUM, P. H.: The measurement of meaning. Urbana, Univ. Illinois Press, 1957, 342 str.
11. STAGNER, R. — OSGOOD, C. E.: Impact of war on a nationalistic frame of reference. I. Changes in general approval and qualitative patterning of certain stereotypes. J. soc. Psychol., 24, 1946, s. 187—216, cit. podľa 10.
12. STUBBS, R. J. — HUTTON, P. F.: Yea-saying: myth or reality in attitude response? nedat. separ., Market Opin. Res. Intern., London, s. a. (cca 1976), s. 447—474.
13. ŠTUKOVSKÝ, R. — PALÁT, M. — SEDLÁKOVÁ, A.: Štruktúra postojov k rehabilitácii po infarkte myokardu. I. Celkové miesto rehabilitácie po I. M. v sémantickom poli. Rehabilitácia, 13, 1980, 1, s. 21—28.
14. ŠTUKOVSKÁ, M.: Generation of random number sequences by psychologists. Studia psychol., 14, 1972, 3, s. 248—253.

Adresa autora: R. Š., Sasinkova 4/B, 801 00 Bratislava

Р. Штуковски, М. Палат, А. Седлакова
СТРУКТУРА ОТНОШЕНИЙ К РЕАБИЛИТАЦИИ
ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Резюме

Целью четырех сообщений является анализ семантических импликаций понятия «реабилитация после инфаркта миокарда» и его места в мышлении здоровых молодых женщин. Сообщения представляют часть широко задуманного исследования отношений к разным специальным терминам из области кардиологии и реабилитации (CARDITUDO = cardiac attitude). Опрос осуществлялся в трех группах опрашиваемых — студенток педагогики, психологии и специализации «реабилитация» ($n = 3 \times 20$), высказывающих свое мнение о свойствах понятия «реабилитация после инфаркта миокарда» при помощи семантического дифференциала нашей конструкции, состоящем из 22 биполярных семиступенчатых шкал.

В первой части глобально определяется место реабилитации в семантическом поле опрашиваемых. Шкалы были отчетливо дифференцированы, что выражает реалистические и осведомленные взгляды на реабилитацию. Достоверность данных была 0,80 и лучше. Во второй части изучаются межпрофессиональные различия. Профили отношений в значительной степени совпадали, а лишь в отдельных случаях проявилась специфика разной ориентировки опрашиваемых. Соответственно и шкалы разделились в три группы, выражающие денотативный компонент понятия, субъективные реакции и больного, и коннотативный компонент отношений. Третья часть выявляет основные величины понятия «реабилитация» при помощи кластерного анализа интеркорреляционной матрицы свойств. Были найдены три величины: генеральный фактор «отношение больной-процесс», денотативный фактор familiarity и коннотативный фактор «последствия для больного». В четвертой части проверяются методологические аспекты стиля ответов («response style») опрашиваемых. Было установлено, что в данных не применяется предпочтение позиции ни в рамках опросника, ни в рамках шкалы, а также что ответы не искажены несоответственными навыками: они уравновешены.

Разработанный семантический дифференциал оказался надежным инструментом измерения отношений: следовательно, он способен и пригоден для того, чтобы дать

интересные и ценные сведения. Полученные результаты могут служить основанием для конкретных мероприятий для улучшения сотрудничества врача, больного и медицинского персонала.

R. Štukovský, M. Palát, A. Sedláková
THE STRUCTURE OF ATTITUDES TO REHABILITATION AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

Summary

The aim of the series of four papers is the analysis of implications of the term „Rehabilitation after Myocardial Infarction“ and its place in the mental space of healthy young women. It is part of extensively laid out study of attitudes to various special terms from the field of cardiology and rehabilitation („CARDITUDO = cardiac attitude“). There were three groups of respondents studying pedagogics, psychology and the branch of rehabilitation ($n = 3 \times 20$) who were expressing their ideas on the features of the term „rehabilitation after MI with the help of a semantic differential of our construction consisting of 22 bipolar seven grade scales.

Part one defines globally the place of rehabilitation in the semantic field of respondents. The scales were distinctly differentiated reflecting realistic and informed views on rehabilitation. The reliability of dates was 0,80 and better. Part two investigates interprofessional differences. Profiles of attitudes were to a considerable extent concordant, and only sporadically specificity of the various specializations of respondents became evident. The scales too, were accordingly divided into three groups, expressing the denotative factor of the term, subjective reactions and the patient, and the connotative component of attitudes respectively. Part three determines basic dimensions of the term „rehabilitation“ with the help of cluster analysis of intercorrelation matrix of qualities. Three dimensions were found: the general factor „the patient — process relationship“, the denotative factor of familiarity and the connotative factor „consequences for the patient“. Part four verifies methodological aspects of the „consequences for the patient“. Part four verifies methodological preference of positions was asserted neither within the questionnaires, nor within the scales, and that responses were not distorted by inadequate habits: the are in balance.

The evaluated semantic differential proved to be a reliable instrument for measuring attitudes: it is therefore able and suitable to provide interesting and valuable knowledge. The gained results can serve as basis for concrete measures for improved collaboration of the physician, the patient and the other health personnel.

R. Štukovský, M. Palát, A. Sedláková
STRUKTUR DER EINSTELLUNGEN ZUR REHABILITATIONSBEHANDLUNG NACH EINEM MYOKARDINFARKT

Zusammenfassung

Die Serie von vier Berichten ist der Analyse von semantischen Implikationen des Begriffs „Rehabilitationsbehandlung nach einem Myokardinfarkt“ und seiner Stellung im Denkbereich gesunder junger Frauen gewidmet. Sie ist Teil einer breiter konzipierten Studie über Einstellungen zu verschiedenen Fachausdrücken aus dem Bereich der Kardiologie und der Rehabilitation („CARDITUDO“ = cardiac attitude). Befragt wurden drei Gruppen von Studentinnen, die Pädagogik, Psychologie bzw. Rehabilitation studieren ($n = 3 \times 20$) und ihre Ansichten bezüglich der Attribute des Begriffs „Rehabilitationsbehandlung nach einem Myokardinfarkt“ mit Hilfe eines von den Autoren konstruierten semantischen Differentials, bestehend aus 22 bipolaren siebenstufigen Skalen, zum Ausdruck brachten.

Der teil I. ergibt eine globale Definition der Einordnung der Rehabilitationsbehandlung im semantischen Feld der Befragten. Die Skalen waren markant differenziert, worin sich realistische und informierte Einschätzungen der Rehabilitationsbehandlung

widerspiegeln. Die Zuverlässigkeit (reliability) der Angaben betrug 0,80 und mehr. Im Teil II. wurden die interprofessionellen Unterschiede untersucht. Die Einstellungsprofile stimmten in bedeutendem Maße überein, bloß vereinzelt treten Besonderheiten der unterschiedlichen fachlichen Ausrichtungen der Befragten in Erscheinung. Auch die Skalen waren entsprechend in drei Gruppen geteilt, in denen das denotative Element des Begriffs, subjektive Reaktionen und von Patienten erhaltene Informationen, bzw. das konnotative Element der Einstellungen zum Ausdruck kamen. Im Teil III. wird die Basisdimension des Begriffs „Rehabilitationsbehandlung“ mit Hilfe der Clusterschen Analyse der Interkorrelationsmatrix seiner Attribute untersucht. Es wurden drei Dimensionen festgestellt: der Generalfaktor „Patient-Prozeßbeziehung“, der denotative Faktor der Vertrautheit sowie der konnotative Faktor „Folgen für den Patienten“. Der Teil IV. enthält die Prüfung der methodologischen Aspekte des Beantwortungsstils („response style“) der Befragten. Es wurde festgestellt, daß in den Angaben weder im Fragebogen noch innerhalb der Skalen irgendwelche Präferenzen der Positionen zum Ausdruck kamen und daß die Antworten nicht durch unangemessene Angewohnheiten verzerrt sind; sie sind ausgewogen.

Das von den Autoren erarbeitete semantische Differential erwies sich als ein zuverlässiges Instrument zur Messung von Einstellungen. Es ist somit brauchbar und geeignet, um interessante und wertvolle Erkenntnisse zu erlangen. Die gewonnenen Ergebnisse können als Basis für konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen dem Arzt, dem Patienten und dem Sanitätspersonal dienen.

R. Štukovský, M. Palát, A. Sedláková
LA STRUCTURE DES ATTITUDES DANS LA READAPTATION APRES
L'INFARCTUS DU MYOCARDE

Résumé

La série de quatre articles a pour but d'analyser les implications sémantiques de la notion „La réadaptation après l'infarctus du myocarde“ et ses positions dans l'espace mental des jeunes femmes jouissant de parfaite santé. Elle fait partie d'une étude approfondie plus concipée de termes divers spéciaux dans le domaine de la cardiologie et la réadaptation („CARDITUDO“ = cardiac attitude). Il s'agissait là de trois groupes de répondantes, étudiant la pédagogie, la psychologie et le domaine de réadaptation (n = 3 x 20) qui exprimaient leurs opinions sur les qualités de la notion „réadaptation après l'infarctus du myocarde“ à l'aide du différentiel sémantique de notre construction, se composant de 22 intervalles bipolaires à sept degrés.

La première partie définie de façon globale l'emplacement de la réadaptation sur le champ sémantique des répondantes. Les intervalles étaient différenciés de façon expressive, ce qui reflète les opinions réalistes et informées sur la réadaptation. La reliabilité des données était 0,80 et plus. La deuxième partie examine les différences interprofessionnelles. Les attitudes de profils étaient très conformes et parfois se manifestèrent seulement des spécificités de tendance différente des répondantes. Les intervalles se partageaient également en trois groupes qui exprimaient ainsi le facteur dénotatif de la notion les réactions subjectives du patient et le facteur de connotation des attitudes respectivement. Lastroisième partie constate les dimensions de fond de la notion „réadaptation“ par l'analyse de Clustre de l'écrou intercorrélatif des qualités. Trois dimension furent trouvées: le facteur général „relation patient-processus“, le facteur dénotatif de familiarité et le facteur connotatif „conséquences pour le patient“. La quatrième partie vérifie les aspects méthodologiques du style réponse („response style“) des répondantes. On a constaté que dans les données on n'applique pas les positions préférentielles ni dans le cadre du questionnaire ni dans celui de l'intervalle et que les réponses ne sont pas déformées par des habitudes non conformes: elles sont contre-balancées.

Le différentiel sémantique élaboré s'est montré comme un instrument sûr pour la mesure des attitudes. Il est donc capable de fournir des connaissances intéressantes de grande valeur. Les résultats obtenus peuvent servir de base pour les mesures concrètes d'amélioration de la collaboration du médecin, du patient et du personnel paramédical.

METODICKÉ PRÍSPEVKY

MUZIKOTERAPIA U DETÍ S DMO

M: BLECHOVÁ, A. LUKÁČOVÁ

Čs. štátne kúpele Kováčová
Vedúci lekár PKL: MUDr. A. Štrba
Neurologické oddelenie Čs. štátnych kúpeľov Kováčová
Vedúci lekár: MUDr. M. Blechová
ZDŠ pri Čs. štátnych kúpeľoch Kováčová
Riaditeľka: M. Kuzmová, prom. pedagóg

Súhrn: Muzikoterapia ako jedna z foriem psychoterapie, chápaná v intenciách Orffovho Schulwerku, je u detí s DMO účinnou terapeutickou metódou v širšom kontexte rehabilitačného programu a má pozitívne účinky na mnohé psychické procesy, napríklad aj na emocionálnu, odstraňuje nežiaduce neurotické prejavy a zlepšuje hybnú koordináciu. Zároveň je proces muzikoterapie dôležitým zdrojom poznania pacienta i z aspektu neurológa. Proces terapeutický a diagnostický sa tak do istej miery prekrývajú, takže sa dá hovoriť o diagnosticko-terapeutickom procese.

Kľúčové slová: Detská mozgová obrna — muzikoterapia — psychické procesy — emocionalita

U detskej mozgovej obrny (ďalej DMO) musíme predpokladať vzhľadom na charakter ochorenia narušenie vývoja CNS vo všetkých zložkách, i keď nie celkom rovnomerne. A tak sa v praxi rozpadá rehabilitačná starostlivosť o tieto deti na niekoľko odvetví, ako je špecifická hybná reedukácia, reedukácia reči a psychických funkcií a pedagogicko-výchovná rehabilitácia, na ktorej participujú prevažne pedagógovia.

Pri takto komplexnom prístupe k rehabilitácii centrálne postihnutého dieťaťa nájde si svoje uplatnenie v ústavnom zariadení i muzikoterapia ako jedna z metód psychoterapie, ktorá sa realizuje pomocou špecifických postupov a spôsobov výrazovými prostriedkami hudobného umenia [11]. Základné zložky tohto terapeuticko-výchovného programu možno definovať ako:

1. Aktívnu zložku, ktorá je výrazom aktívnej a priamej účasti psychosomaticky poškodeného jedinca na procese produkcie hudby pomocou špecifických hudobnopohybových a výtvarných činností.
2. Receptívnu zložku, ktorá sa realizuje percepciou hudby v situáciách fyziologického pokoja, pričom diferencujeme dva spôsoby receptívnej konzumácie hudby:

- a) spôsob receptívneho, psychicky vysoko aktivizujúceho vnímania hudby,
 b) spôsob tzv. psychofyzickej relaxácie zameraný na inaktiváciu v psychofyziológickom zmysle a hĺbkovú relaxáciu účastníkov terapeuticko-výchovného sedenia [6/9/11].

Pri aktívnej zložke terapeuticko-výchovného pôsobenia proces hudobnej produkcie umožňuje jedincovi zbaviť sa nežiadúcich emócií a iných patologických symptómov pri vynaložení minimálnej disciplinovanosti. Preto táto forma terapie je vhodná pre deti s DMO pohybove neobratné, s poruchami pohybovej koordinácie a narušenou jemnou diferencovanou motorikou rúk, s poruchami gnostickými a praktickými, chybami reči a sprievodnou drobnou psychickou symptomatológiou, ako je znížená sebakontrola, poruchy adaptácie, oscilácia pozornosti, bradypsichizmus, emočná labilita, impulzivita, ako aj u pasívnych typov DMO, ktoré je potrebné stimulovať. Muzikoterapia umožňuje poškodenému jedincovi cez začiatok napätého očakávania, radosti z aktívnej hudobnej produkcie poddať sa spontánne disciplinovanosti a zlepšiť si koncentráciu [11/13].

Preferujeme spôsoby, ktoré naliehavo vyvolávajú konkrétne, bezprostredné pohybové reakcie so špecifickým dopadom na psychiku centrálne postihnutého dieťaťa. Takto modifikovaná muzikoterapia má veľmi blízko k metódam dynamickej relaxácie a kinezioterapie.

Pri kompozícii metodického postupu vopred pripraveného programu vychádzame z vývojového veku dieťaťa, základných pohybových schopností (imobilné deti sme do skupinky nezaradili), hladiny intelektu na základe psychodiagnostických testov. Muzikoterapiu sme aplikovali posledný rok vždy na skupine dvanástich detí s dga DMO a poúrazové stavy mozgu vo veku od 5 do 10 rokov, prípadne i kalendárne starších detí, ktoré retardovaným mentálnym vývojom do tejto vekovej kategórie zapadli. Chceme zdôrazniť v súhlase s literatúrou [1], že pri takejto forme muzikoterapie je dôležité dodržať primerané vekové rozpätie, pričom rozdielna hladina intelektu v pásme debility nie je významná pre plynulý priebeh práce so skupinkou. Priemerne počas trojmesačného liečebného pobytu na našom oddelení zúčastní sa dieťa najmenej na desiatich stretnutiach s frekvenciou 1× týždenne po 60 minútach. Sedenie sa uskutočňuje v samostatnej miestnosti — útulnej telocvični.

Pri praktickej aplikácii aktívnej zložky muzikoterapie vychádzame z niektorých prvkov Orffovho Schulwerku [5/7]. Je to spôsob komplexnej výchovy, využívajúci elementárnu hudbu, tanečný pohyb a hovorené slovo. Používame riekanky, rozpočítadlá, hádanky, nápevy, pesničky: tleskanie, plieskanie, dupanie, lúskanie a iné jednoduché pohybové prvky, ktoré deti využívajú k rytmickým cvičeniam v rôznych obmenách. Základom celého systému je snaha o jednoduchosť, akási idea elementárneho umeleckého prejavu, ktorý dopraje deťom prežiť v čo najväčšej miere pocit radosti z aktívneho spájania hudby a pohybu. Látku čerpáme z prírody, z okruhu deťom blízkych vecí, hračiek, zvierat, rozprávkových postáv a pod.

Aktívnu zložku realizujeme teda vo forme hravých, rytmických, inštrumentálnych, rytmicko-rečových a pohybových aktivít s použitím batérie špeciálnych hrových rekvizít — lopty rôznej veľkosti a váhy, nástrojov z Orffovho kufrička. Jednotlivé postupy a spôsoby sú cielené na neurológické a psychické defekty detí. Pri prevahe pasívnych jedincov v skupinke dominujú prvky sti-



Ukážka niektorých prvkov muzikoterapie, používaných v DKL Marina v Kováčovej

muláčne, ktoré sú aktuálne prekladané prvkami receptívnej — oddychovej zložky.

Pri hodnotení výsledkov tejto formy terapie sme zaznamenali u detí ústup neurotických prejavov, zlepšenú adaptáciu na podmienky hospitalizácie, úbytok výchovných problémov na oddelení, lepšiu koncentráciu vo vyučovacom procese, zlepšenú komunikáciu, pozitívne ovplyvnenú emocionalitu v zmysle príjemnej nálady; deti sa na nové sedenie tešili a na otázku, ako často má byť hodina muzikoterapie, či denne, týždenne alebo raz mesačne, všetci spontánne odpovedajú: „Každý deň“.

Treba ešte pripomenúť v tejto súvislosti, že muzikoterapeutické sedenie je pre neurológa, pracujúceho s poškodeným dieťaťom, vhodnou príležitosťou k ďalšej a rýchlejšej diagnostickej orientácii. Môže tu sledovať bohatú škálu symptómov: pohybovú obratnosť a pohotovosť, orientáciu v priestore, psychomotorické tempo, vnútornú tenziu, únavnosť, koncentračnú schopnosť, osciláciu pozornosti, spontaneitu, temperamentálne založenie dieťaťa, schopnosť individuálneho uplatnenia, zmysel pre súhru jednotlivca v skupine. Proces muzikoterapie je teda dôležitým zdrojom poznania pacienta. Preto sa obidva procesy do istej miery prekrývajú, takže sa dá hovoriť o diagnosticko-terapeutickom procese [4].

М. Блехова, А. Лукачова
 МУЗЫКОТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ
 ПАРАЛИЧОМ

Резюме

Музикотерапія як одна из форм психотерапії, понимаемая в согласии с «шувлерком» Орфа, представляет у детей с ДЦП эффективный терапевтический метод в широких рамках реабилитационной программы. Она оказывает благоприятное

действие на многие психические процессы, напр. эмоциональность, устраняет нежелательные невротические проявления и улучшает двигательную координацию. Одновременно процесс музыкотерапии является важным источником познания больного со стороны невролога. Терапевтический и диагностический процессы таким образом перекрещиваются, так что можно говорить о диагностико-терапевтическом процессе.

M. Blechová, A. Lukáčová
MUSICOTHERAPY IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Summary

Musicotherapy as one of the methods of psychotherapy understood in the intentions of „Orff's Schulwerk“ represents in children with cerebral palsy an effective therapeutic method in the wider context of the rehabilitation programme, and has positive effects on many psychic processes, such as emotionality; it removes undesirable neurotic manifestations and improves motor coordination. The process of musicotherapy is at the same time an important means of getting to know the patient, and that also from the point of view of the neurologist. The therapeutic and diagnostic processes thus overlap to a certain extent, so that one can speak about a diagnostically therapeutical process.

M. Blechová, A. Lukáčová
MUSIKTHERAPIE BEI KINDERN MIT ZEREBRALER KINDERLÄHMUNG

Zusammenfassung

Die Musiktherapie als eine Form der Psychotherapie, wie sie im Sinne der Orffschen Schulwerks aufgefaßt wird, stellt bei Kindern mit zerebraler Kinderlähmung im weiteren Rahmen des Rehabilitationsprogramms eine wirksame therapeutische Methode dar und wirkt auf viele psychische Prozesse, wie die Emotionalität, in positiven Sinne ein, beseitigt unerwünschte neurotische Erscheinungen und bessert die Koordination der Bewegungen. Zugleich ist der Prozeß der Musiktherapie eine wichtige Erkenntnisquelle, durch die auch der Neurologe den Patienten besser kennenlernen. Der therapeutische und der diagnostische Prozeß überschneiden sich dabei in gewissem Maße, so daß man von einem diagnostisch-therapeutischen Prozeß sprechen kann.

M. Blechová, A. Lukáčová
LA MUSICOTHÉRAPIE CHEZ LES ENFANTS AFFECTÉS DE L'ENCEPHALOPATHIE SPASTIQUE DE L'ENFANT

Résumé

La musicothérapie comme l'une des formes de la psychothérapie comprise dans les intentions du Schulwerk d'Orff est chez les enfants affectés de l'encephalopathie spastique de l'enfant une méthode thérapeutique efficace dans un contexte plus vaste du programme de la réhabilitation avec des effets positifs sur plusieurs processus psychiques, comme l'émotivité, elle supprime les manifestations indésirables du système nerveux et améliore la coordination motrice. Le procédé de musicothérapie est en même temps une source importante de connaissance du patient du point de vue du neurologue. Les processus thérapeutique et diagnostique correspondent d'une certaine mesure et on peut ainsi parler d'un procédé de thérapie diagnostique.

NAŠE SKÚSENOSTI S LIEČBOU DETSKEJ MOZGOVEJ OBRNY V DENNOM REHABILITAČNOM SANATÓRIU PRE DETI V BRATISLAVE

P. ELAN

ŮNZ mesta Bratislavy, Denné rehabilitačné sanatórium, Bratislava

Súhrn: Zriaďovanie rehabilitačných sanatórií pre deti predstavuje jeden z najefektívnejších spôsobov vykonávania liečebnej rehabilitácie.

V súvislosti so zriaďovaním denných sanatórií sa citujú Vestníky Ministerstva zdravotníctva SSR, ktoré uvádzajú koncepciu pediatrie a FBRL.

Opisuje sa priestorové vybavenie zariadenia na ambulatnú a posteľovú časť, pracovná činnosť v oboch častiach, význam tímovej práce odborníkov.

Spomína sa rad problémov, s ktorými sa pracovníci zariadenia v každodennej práci stretávajú.

Kľúčové slová: Detská mozgová obrna — skúsenosti v dennom rehabilitačnom sanatóriu — funkcia sanatória

Vestník MZd SSR čiastka 14—15 z roku 1973 v koncepcii odboru FBRL v bode II. Zariadenia fyziatricko-rehabilitačnej starostlivosti pod bodom A uvádza, že denné rehabilitačné sanatóriá (DRS) sa môžu zriaďovať v rámci príslušného FRO NsP pre deti do 6 rokov života, ktorých zdravotný stav vyžaduje sústavný rehabilitačný režim spojený s rehabilitačne zameranou výchovnou činnosťou. Citovaný Vestník uvádza, že pomocou prostriedkov odboru FBRL sa môže okrem iného zabezpečiť:

- úprava, zlepšenie alebo obnovenie funkčnej kapacity a rezervy postihnutých častí tela, ako aj zvýšenie adaptability chorého,
- dlhodobé ovplyvňovanie vývoja detí pri vrodených a získaných afekciách v detstve za účelom zlepšenia funkčnej zdatnosti, pracovnej spôsobilosti a zaraditeľnosti.

Koncepcia odboru pediatrie (Vestník MZd SSR, čiastka 5—6 z roku 1974) v časti Detské denné sanatórium uvádza, že tieto sú určené pre chronicky choré deti, ktorých zdravotný stav nevyžaduje liečenie na nemocničnom oddelení, ale je taký závažný, že pre ďalšie zlepšenie zdravotného stavu je potrebná sústavná, dlhodobá a komplexná starostlivosť, najmä rehabilitačná a režimová, medikamentózna a výchovná.

Vestník MZd SSR v koncepcii pediatrie uvádza doslovne: „Aby mohli sanatóriá plniť úlohy dané organizačnými a prevádzkovými poriadkami, vybavujú sa detské sanatóriá primerane priestorovo, materiálne a kádrove.“

Cieľom Denného rehabilitačného sanatória v Bratislave je poskytovať zdra-

votnícke služby podľa Vestníka MZd SSR o koncepcii FBLR s prihliadnutím na špecifické problémy detského veku.

DRS pre deti vzniklo roku 1973 a do jesene roku 1978 bola jeho činnosť zameraná na dlhodobé sledovanie a konzervatívnu liečbu skolióz a deformít hrudníka. Od roku 1976 dochádzali do ambulantnej časti zariadenia pacienti s rôznymi formami DMO, ktorých odosielať príslušný detský neurológ.

Od roku 1969 boli v Bratislave v prevádzke tzv. rehabilitačné jasle, ktoré boli organizačne začlenené do jaslového úseku ÚNZM. V týchto jasliach pracovala vyškolená rehabilitačná pracovníčka a ďalší pracovníci podľa platných predpisov pre jasle. Ako konziliári prichádzali detský neurológ, psychológ a logopéd.

Po reprofilizácii DRS v roku 1978 presunuli sa deti z rehabilitačných jasiel do DRS. Kapacita zariadenia je 35 pacientov, čo znamená vzostup oproti rehabilitačným jasliam o pätnásť pacientov.

DRS má ambulantnú a posteľovú časť

Do ambulantnej časti prichádzajú pacienti odosielení do DRS odbornými lekármi. Formou spolupráce s rodičmi vykonávajú pracovníci Sanatória rehabilitáciu dieťaťa, neskôr usmerňujú a kontrolujú výkon rodiča.

Do posteľovej časti sa prijímajú pacienti s neurologickými ochoreniami, ktoré vyžadujú dlhodobú rehabilitačnú a výchovnú starostlivosť. Na prijatie ich odporúčajú detskí neurológovia, ktorí poskytujú detské neurologické služby na území mesta Bratislavy. Prijímajú sa pacienti s rôznymi formami DMO, periférnymi parézami a inými neurologickými ochoreniami s perspektívou zlepšenia zdravotného stavu. Prijímajú sa aj pacienti s kombinovanými ochoreniami, u ktorých však stupeň psychického poškodenia nebráni úspešnej rehabilitačnej a výchovnej činnosti.

Využívajú sa konziliárne služby odborníkov, ktorí dochádzajú do DRS podľa harmonogramu práce. Sú to detský ortopéd, neurológ, psychológ a logopéd. Spolu s vedúcim lekárom DRS usmerňujú prácu rehabilitačných pracovníkov a detských sestier.

V rámci rehabilitačného programu sa doposiaľ využívali tieto rehabilitačné prostriedky:

- a) evaluácia,
- b) pohybová liečba,
- c) liečba zamestnaním — hrou,
- d) z ostatných dopĺňujúcich prostriedkov medikamentózna liečba, poradenstvo pre rodičov atď.

Ďalším zlepšením poskytovania zdravotníckych služieb bude vybudovanie rehabilitačného bazéna v priestoroch DRS v budúcom roku.

Priestorové vybavenie

Ambulantná časť má k dispozícii čakáreň, ambulanciu, miestnosť pre fyzikálnu terapiu, dve veľké a jednu malú telocvičňu, pracovňu pre poskytovanie odborných konziliárnych služieb, hygienické a sociálne zariadenia.

Posteľová časť je v prevádzke od 6,30 do 18,00 hod. Má dva pavilóny, ktoré

sú priestorovo vcelku rovnako vybavené: filter, miestnosť pre individuálnu výchovu, hernia, spáľňa, malá telocvičňa, jedáleň detí, sociálne zariadenia pre deti a pracovníkov. V pavilóne pre menšie deti je zriadená mliečna kuchyňa.

Jeden pavilón je zariadený pre vodoliečebný úsek, ktorý budú využívať ambulantní a prijatí pacienti. V ňom je jedna veľká telocvičňa, šatňa pre ambulantných pacientov, odpočívareň po vodoliečebných procedúrach a hygienické zariadenia.

Ďalší pavilón slúži hospodársko-prevádzkovej agende, v ňom je umiestnená kuchyňa.

Posteľová časť je v prevádzke práve jeden rok, ktorý bol rokom hľadania tej najsprávnejšej cesty v metodickej a organizačnej práci. Rok je príliš krátky obdobie na to, aby sa mohla činnosť nového zariadenia zodpovedne hodnotiť. Rok existencie zariadenia je však dostatočne dlhým obdobím, aby sme vedeli vymenovať rad problémov, s ktorými sa v našej každodennej práci stretávame.

Z pohovorov s rodičmi našich pacientov sme nadobudli poznatok, že pediatri často váhajú odoslať dojča k detskému neurológovi včas a volia vyčkávaciu taktiku. To bráni včasnej záchytnosti ochorenia, a tým aj započatiu komplexnej zdravotníckej starostlivosti o pacienta s DMO, ktorej súčasťou je rehabilitačná starostlivosť.

Veľkým problémom je výber pacientov do posteľovej časti. Sociálno-ekonomické problémy rodín s postihnutým dieťaťom sú značné. Prijatie dieťaťa do denného zariadenia môže túto otázku v rodine riešiť. Toto hľadisko však nemôže byť jediným alebo hlavným dôvodom pre odoslanie dieťaťa do rehabilitačného sanatória. Stretávame sa s rodičmi, ktorí si vynucujú prijatie dieťaťa do zariadenia, hoci ide o ťažkú spastickú quadruparézu s mikrocefaliou a epi záchvatmi, pričom dieťa má 4 alebo 5 rokov.

Väčšina rodičov si dostatočne neuvedomuje, že prijatím dieťaťa do DRS nekončí ich starostlivosť. Rodičov prijatých pacientov opakovane predvolávame na pohovor o zdravotnom stave dieťaťa, pričom rehabilitačný pracovník instruuje rodiča o spôsobe LTV priamo na dieťaťi. Zdôrazňujeme potrebu denne opakovane cvičiť i v dňoch pracovného pokoja a rekonvalescencie počas neprítomnosti dieťaťa pre chorobu.

Boríme sa s nedostatkom vyškolených rehabilitačných pracovníkov vo facilitáčných metodikách, ktoré sa u nás používajú. Bolo by potrebné do plánov školiacich akcií pre rehabilitačných pracovníkov pravidelne zaraďovať tie, ktoré by umožnili väčšiemu počtu rehabilitačných pracovníkov dôkladne sa oboznámiť s najmodernejšími metodikami LTV.

Rodičia našich pacientov sa domáhajú kúpeľnej liečby pre deti. Kúpeľné zariadenia pre DMO sú plne vyťažené. Bolo by hľadám vhodné rezervovať preto kúpeľné zariadenia pre pacientov, ktorí nemajú v mieste svojho bydliska možnosť dochádzať na kvalitnú rehabilitačnú liečbu, alebo rodinné pomery pacienta nezaručujú starostlivosť o neho v domácom prostredí. Za krátky čas existencie DRS pre DMO absolvovali štyria pacienti kúpeľnú liečbu. Po ich návrate do nášho zariadenia vyskytli sa problémy so znouadaptáciou dieťaťa na naše prostredie a denný režim. Z pohovorov s rodičmi a z prepúšťacích správ z kúpeľných zariadení vysvitá, že rôzne pracoviská používajú vo svojej práci rôzne metodiky pohybovej liečby. Táto skutočnosť vedie k dezorientácii a nedôvere rodičov voči vlastnému zariadeniu alebo kúpeľom.

Stretávame sa s rodičmi, ktorí sa dožadujú ortopedických zákrokov na dieťa, pričom nerešpektujú názor rehabilitačného lekára a rehabilitačného pracovníka, že urýchlená vertikalizácia dieťaťa a nácvik chôdze s nesprávnym stereotypom nie sú jediným cieľom našej liečby. Takto bez nášho odporúčania, a tým aj bez našej predoperačnej prípravy boli odoperovaní dvaja pacienti.

Ďalším problémom je odsun pacienta z nášho zariadenia do iného. Do rehabilitačných jasíeľ boli prijatí pacienti, ktorých zdravotný stav nevyžadoval v prvom rade pohybovú liečbu. Títo pacienti boli zrušením rehabilitačných jasíeľ a zriadením DRS preradení k nám. Takto máme v počte prijatých detí dvoch pacientov s m. Down, pacienta s epi záchvatmi bez známok motorickej retardácie, deti s mnohopočetnými stigmatizáciami výrazne psychicky zaostané bez motorického poškodenia a ďalších podobných pacientov. Rodičom sa podarilo tieto deti umiestniť v rehabilitačných jasliach, pričom ide o deti ťažko zvládnuteľné, ktoré nespolupracujú pri činnostiach. Nie sú zaraditeľné ani do osobitných materských škôl, ktoré sa v Bratislave už zriadili. V týchto prípadoch teda riešime sociálno-ekonomické problémy rodiny.

V referáte som sa pokúsil v skratke predložiť zainteresovaným pracovníkom v problematike DMO činnosť DRS v Bratislave a zdôrazniť niektoré pracovno-organizačné problémy, s ktorými sa v praxi stretávame.

Adresa autora: P. E., Detský rehabilitačný ústav,
800 00 Bratislava

П. Элан
СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ С ЛЕЧЕНИЕМ ДЦП В ДНЕВНОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ САНАТОРИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ В БРАТИСЛАВЕ

Резюме

Учреждение реабилитационных санаториев для детей представляет один из самых эффективных способов восстановительного лечения.

В связи с учреждением дневных санаториев цитируются Вестники Министерства здравоохранения ССР, знакомящие с концепцией педиатрии и ФБЛР.

Описывается пространственное оснащение учреждения в амбулаторной и стационарной частях, значение работы специалистов в группах.

Приведен ряд проблем, с которыми встречаются работники учреждения в своей ежедневной работе.

P. Elan
EXPERIENCES WITH THE TREATMENT OF CEREBRAL PALSY IN THE DAY SANATORIUM FOR CHILDREN IN BRATISLAVA

Summary

The establishment of a rehabilitation sanatorium for children represents one of the most effective means of application of medical rehabilitation.

In connection with the establishment of day sanatoria bulletins of the Ministry of Health of the Slovak Socialist Republic determining the conception of paediatrics and physiotherapeutical and balneological rehabilitation are quoted.

Space and equipment of the in-and out-patient department are described, the work in both departments, as well as the significance of teamwork of specialists are

mentioned. Also described are a number of problems to be met in the daily work by the rehabilitation workers.

P. Elan
EIGENE ERFAHRUNGEN MIT DER BEHANDLUNG VON ZEREBRALER KINDERLÄHMUNG IM TAGES-REHABILITATIONS-SANATORIUM FÜR KINDER IN BRATISLAVA

Zusammenfassung

Die Einrichtung von Rehabilitationssanatorien für Kinder ist eine der wirksamsten Methoden der Ausübung der Rehabilitationsbehandlung.

In Zusammenhang mit der Wertung der Einrichtung von Tagessanatorien werden die einschlägigen Verordnungen des Ministeriums für Gesundheitswesen der Slowakischen Sozialistischen Republik zitiert, in denen die Konzeption der Struktur der Pädiatrie und der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen festgelegt ist.

Beschrieben werden die Räumlichkeiten der Einrichtung, sowohl für ambulante als auch für hospitalisierte Patienten, die Arbeitstätigkeit der Therapeuten in beiden Teilen, die Bedeutung des Teamwork der Fachleute.

Es wird auch eine Reihe von Problemen erwähnt, mit denen sich die Mitarbeiter der Einrichtung in ihrer Alltagsarbeit konfrontiert sehen.

P. Elan
LES EXPÉRIENCES PROPRES PAR LA THÉRAPIE L'ENCEPHALOPATHIE SPASTIQUE DE L'ENFANT DANS UN SANATORIUM DE RÉHABILITATION QUOTIDIENNE DES ENFANTS DE BRATISLAVA

Résumé

La fondation de sanatoriums de réhabilitation pour les enfants représente l'un des procédés les plus effectifs de thérapie rééducative.

En relation étroite avec la fondation de sanatorium de réadaptation quotidienne, on cite les Journeaux officiels du Ministère de la Santé Publique de la République Socialiste Slovaque qui mentionnent la conception de la pédiatrie.

On y décrit l'équipement de l'espace des installations d'ambulance et d'hôpital, l'activité dans les deux parties, l'importance de l'activité des équipes de spécialistes.

On y énumère toute une série de problèmes avec lesquels le personnel de l'établissement prend contact dans son activité quotidienne.

ANNUAL REVIEW OF PHYSIOLOGY

Roční přehled fyziologie

Sestavil I. S. Edelman a S. G. Schultz. Vol. 42, 1980, 710 stran. Vydal Annual Reviews Inc. Palo Alto, California. Cena Am. dol. 17,-.

ISBN 0-8243-0342-3

V ediční řadě přehledů vychází v březnu 1980 42. svazek Ročního přehledu fyziologie. Tento svazek sestavili a připravili do tisku I. S. Edelman z Columbijské university a S. G. Schultz z Texaské uni-

versity. I když úprava tohoto svazku je trochu odlišná od svazků minulých, má klasické dělení na jednotlivé oblasti fyziologických věd. Práce zařazené do tohoto svazku se zabývají otázkami endokri-

nologie a metabolismu, gastrointestinální fyziologii výživy, fyziologii dýchání, otázkami kardiovaskulární fyziologie s přihlédnutím na mikrocirkulaci a periferní cirkulaci; další kapitoly pojednávají o srovnávací s integrační fyziologií, o fyziologii ledvin a konečně poslední kapitola je věnována speciální tematice — otázkám receptorů v podrážděné buňce. Autorský a věcný rejstřík a kumulativní rejstříky minulých pěti svazků Ročního přehledu fyziologie ukončují tuto publikaci, která se důstojně zařazuje k ostatním svazkům této ediční řady. Podobně jako už v minulosti i tento svazek přináší práci o životní cestě prof. Ussinga z Ústavu biologické chemie v Kodani a poukazuje na základní objevy tohoto významného vědce.

Recenzovat jednotlivé práce tohoto svazku by nebylo příliš účelné pro jejich rozmanitost a jejich tematickou rozdílnost.

C. HALHUBER

REHABILITATION IN AMBULANTEN KORONARGRUPPEN

Rehabilitácia ambulantských koronárných skupín

Vydal Springer-Verlag Berlin — Heidelberg — New York 1980, 203 strán, 10 obrázkov, 13 tabuliek, cena DM 34,—. ISBN 3—540—09870—4

Ako 13. zväzok edície Rehabilitácia a prevencia vychádza v roku 1980 vo vydavateľstve Springer-Verlag v Berlíne publikácia dr. Halhuberovej, venovaná vysoko aktuálnej problematike rehabilitácie chorých s koronárnou chorobou. Otázkam rehabilitácie a ich jednotlivým formám sa venuje v posledných desiatich rokoch značná pozornosť — objavuje sa stále viac diel, zaoberajúcich sa jednotlivými aspektmi rehabilitácie týchto chorých. Motívom je nielen skutočnosť epidemického výskytu tejto choroby, ale predovšetkým celý rad medzinárodných i národných štúdií o týchto otázkach.

Halhuberova publikácia, ktorá vyšla v spolupráci s rehabilitačnou základňou v Heidelbergu, venuje pozornosť niektorým otázkam rehabilitácie, predovšetkým vo fáze ďalšej starostlivosti, a poukazuje najmä na praktickú realizáciu. Je rozdelená do piatich častí, šiestou je prehľad literatúry a siedmou, záverečnou vecný register. Po úvodnej kapitole sa v prvej časti hovorí o základoch — poukazuje sa na definície, jednotlivé aspekty rehabilitácie,

Je však treba obecně zdůraznit, že jednotlivé práce v tomto svazku jsou vybrány velmi cíleně se snahou poskytnout obraz současných vědeckých a výzkumných směrů v oblasti fyziologických věd. Pro recenzenta jsou pozoruhodné práce z oblasti respirační a kardiovaskulární fyziologie, stejnou pozornost zasluhují některé práce s tematikou fyziologie vylučování. Beze sporu pozoruhodné jsou práce uvedené v poslední kapitole, poukazující na buněčné receptory, především práce o receptorech pro aminokyseliny. 42. svazek Ročního přehledu fyziologie z roku 1980 je opět přehledem současných snah vědeckých pracovišť především amerických, a je dobrou informací nejen pro fyziology, ale i pro ostatní klinické pracovníky, kteří mají zájem o nové pokroky fyziologických věd.

Dr. M. Palát, Bratislava

tácie, na princípy štruktúry, t. j. integráciu, edukáciu a kooperáciu, na jednotlivé formy rehabilitácie, ako je pohybová terapia, tvorba jednotlivých skupín, otázky autogénneho tréningu, problematika skupinovej gymnastiky, otázky zdravotnej výchovy, otázky fyzikálnej terapie a problematika sexuality u chorých s infarktom myokardu. Celý rad ďalších problémov je rozvedený v tejto časti publikácie. Druhá časť je prakticky ladená — hovorí sa v nej o organizačných formách, kúpeľných zariadeniach, rehabilitačných centrách, problematike ambulantských koronárných skupín, otázkach účasti nemocenského poistenia na realizácii rehabilitačných programov a podobne. Tretia časť sa zaoberá úlohami a problémami výchovy a ďalšieho vzdelávania rehabilitačných pracovníkov, lekárov a otázkami základného vzdelania v oblasti športovo-medicínskej a preventívno-kardiologickej. Halhuberova publikácia je doplnená niekoľkými schémami, tabuľkami a grafmi.

Dr. M. Palát, Bratislava

TECHNICKÉ POŽADAVKY NA LÉČEBNOU STEREOTAKTICKOU STIMULACI

J. MILENOVSKÝ, A. KONČELÍK

TESLA, n. p., Valašské Meziříčí

Souhrn: V článku jsou uvedeny základní aspekty, které vedly k vývoji vzorku soupravy implantabilního stimulatora centrálního nervového systému. Přístroj se skládá z vysílače stimulačního signálu, vysílací cívky, přijímače s demodulátorem a elektrody. Jsou popsány technické parametry a vlastní provedení přístroje.

Klíčová slova: Stereotaktická stimulace — technické řešení přístroje — implantabilní stimulační systém

Stereotaktická léčebná metoda, rozpracována a využívána jak v základním neurofyziologickém výzkumu, tak ve specifických klinických podmínkách, nachází stále nové oblasti svého uplatnění. Dokonalá mechanika přístrojů pro stereotaxi umožňuje přesné zavedení elektrod, resp. speciálního chirurgického nástroje, do předem zvolených stereotaktických cílů.

Léčebná stereotaktická stimulace vychází z principů působení elektrických stimulačních impulsů v lokalizované oblasti centrální nervové soustavy, s cílem dosáhnout obnovení vlastní fyziologické funkce, nebo potlačit nežádoucí rušivé jevy (například epileptické záchvaty, chronické bolesti apod.). Přitom je nutno zabezpečit, aby excitační energie přiváděných stimulačních impulsů nepřesáhla hranici, při které dochází k porušení vlastní funkce nervových buněk. Při stanovení podmínek stimulace je nutno respektovat nejen hodnotu elektrické energie přiváděné na stimulační elektrody, ale také geometrický tvar a materiál stimulační elektrody, určující podmínky přechodu elektroda — biologické prostředí. Výstupní obvod elektronické části stimulatoru musí být navržen tak, aby zajišťoval omezení polarizačních jevů na kovových částech stimulačních elektrodů.

Technické řešení přístroje pro léčebnou stimulaci, navržené a rozpracované na pracovišti lékařské elektroniky Tesla n. p., Valašské Meziříčí, ve spolupráci s neurochirurgickou klinikou v Bratislavě pod vedením profesora Nádvorníka, je určeno ke stimulaci mozku a míchy. Klinické výsledky byly uvedeny v předchozích přednáškách, a proto se omezíme pouze na technická specifika, daná konkrétní aplikací.

Soubor přístrojů, potřebný pro stimulaci, je na obr. 1. Jednotlivé funkční části:

Vysílač stimulačního signálu — amplitudově modulovaného s nosnou frekvencí 1,9 MHz. Frekvenci nízkofrekvenčního modulačního signálu lze plynule nastavit od 7 Hz do 200 Hz. Na základě výsledků dosavadních klinických zkou-

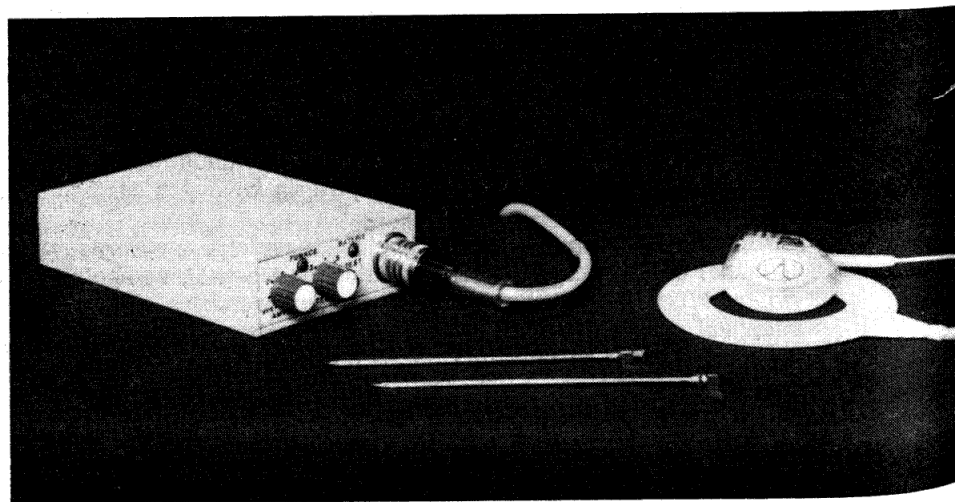
šek a pro zajištění možnosti širšího použití, bude u dalších vysílačů rozdělen laditelný rozsah modulačního signálu do dvou pásem 1 Hz až 10 Hz; 7 Hz až 200 Hz.

Optimální pásmo šířky přenášeného stimulačního impulsu bylo zvoleno 50 až 400 us. Požadovanou hodnotu lze regulačním prvkem plynule nastavit. Tyto základní parametry vysílače splňují podmínky pro zajištění účinné stimulace a zároveň zajišťují, že při nastavení mezních hodnot dosahuje excitační energie předávaná stimulační koncovkou elektrody max. 50 % z mezní přípustné hodnoty.

Modulátor s integrovaným obvodem a výstupní obvod v dvojčinném zapojení umožňují dosáhnout velmi dobré energetické bilance při provozu stimulatoru. Napájení je zajištěno niklokadmiovými akumulátory NiCd 225. Součástí souboru je také nabíječ akumulátorů typ TESLA LSJ 105, který vyrábí a dodává n. p. Tesla Valašské Meziříčí k neuromuskulárnímu stimulatoru LSN 105.

Vysílací cívka umožňující transkutánní přenos stimulační energie do implantovaného přijímače má plochý tvar (viz obr. 1). Pro zajištění dobré mechanické pevnosti a tvarového přizpůsobení povrchu těla nad implantovaným přijímačem je zalisována do silikonového kaučuku. Implantabilní část stimulačního systému — přijímač s demodulátorem vř signálu, je realizována z pasivních elektronických součástí zapouzdřených do zdravotně nezávadné epoxidové pryskyřice, určené pro implantáty. Vodivé propojení implantovaného přijímače se stimulačními koncovkami elektrod zajišťuje vodič, zhotovený ze speciálního nerezového drátu, navinutý do spirály, opatřený polyetylenovou nebo silikonovou izolací. Za účelem ověření účinnosti stimulace jak mozkových struktur, tak i míchy, byly zhotoveny bipolární i unipolární elektrody.

Stimulace excitabilních biologických struktur napětovými, resp. proudovými elektrickými pulsy z výstupu generátoru, přiváděnými do živé tkáně elektrodami s kovovými koncovkami, vyvolává na přechodu kov-tkání polarizační jevy.



Obr. 1.

Tyto jsou do značné míry závislé na elektrických vlastnostech a geometrickém tvaru stimulační koncovky. V souladu s výsledky teoretických i praktických poznatků v této oblasti jsme zhotovili stimulační koncovky ze slitiny platiny a iridia. Unipolární elektroda má tvar válce s účinnou stimulační plochou 9,4 m², bipolární tvoří dva sousedí prstence vzdálené 8 — 10 mm se stimulační plochou 3,1 mm².

Za významnou přednost implantabilního stimulačního systému je možno považovat i to, že je zhotoven technologií a z materiálů používaných u implantačních kardiostimulátorů.

Stereotaktická metoda zavedení stimulačních elektrod a značný rozsah volitelných parametrů elektrické stimulace nabízí možnost dosažení účinné terapie v případech, kdy klasické metody léčby nedosahují žádoucích výsledků.

Adresa autora: J. M., Tesla, n. p.
Valašské Meziříčí

Й. Миленовски, А. Кончелик

ТЕХНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К ЛЕЧЕБНОЙ СТЕРЕОТАКТИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ

Резюме

V статье приводятся основные аспекты, которые привели к производству модели состава имплантационного стимулятора центральной нервной системы. Аппаратура состоит из передатчика стимуляционного сигнала, передающей катушки, из приемника с демодулятором и электрода. Описаны технические параметры и само оформление аппарата.

J. Milenovský, A. Končelík

TECHNICAL REQUIREMENTS FOR THERAPETIC STEREOSTATIC STIMULATION

Summary

The paper presents the basic aspects connected with the development of a model of a set of implantable stimulator of the central nervous system. The device consists of a transmitter of stimulation signals, a transmitting coil, a receiver with a demodulator and an electrode. Technical parameters and the design of the instrument are described.

J. Milenovský, A. Končelík

TECHNISCHE ANFORDERUNGEN AN DIE MEDIZINISCHE STEREO-TAKTISCHE STIMULATION

Zusammenfassung

Im vorliegenden Artikel werden die wichtigsten Aspekte angeführt, die zur Entwicklung eines Prototyps eines implantierbaren Stimulators des zentralen Nervensystems geführt haben. Das Gerät besteht aus einem Sender von Stimulationsignalen, einer Sendespule, einem Empfänger mit Demodulator sowie aus einer Elektrode. Im Artikel werden die technischen Parameter und die eigentliche Ausführung des Gerätes beschrieben.

J. Milenovský, A. Končelík
LES EXIGENCES TECHNIQUES SUR LA STIMULATION STÉRÉOTAC-
TIQUE THÉRAPEUTIQUE

Résumé

L'article décrit les aspects de base qui ont conduit au développement de l'échantillon-type d'appareillage du stimulateur d'implantation du système central nerveux. L'appareil comporte un émetteur de signal stimulateur, des bobines émettrices, un récepteur à démodulateur et des électrodes. Sont mentionnés les paramètres techniques et la réalisation propre de l'appareil.

U. FEINE, K. ZUM WINKEL
NUKLEARMEDIZIN-SZINTIGRAPHISCHE DIAGNOSTIK
Nukleární medicína — Scintigrafická diagnostika
Vydal Georg Thieme-Verlag, Stuttgart 1980. 2. přepracované vydání,
552 stran, 433 obrázků, 100 tabulek. Cena DM 248,—.
ISBN 3-13-3384-02-1

V roce 1969 vyšlo prvé vydání Nukleární medicíny a od té doby se mnoho změnilo. Tato skutečnost vedla k tomu, že druhé vydání monografie profesora U. Feineho z University v Tübingenu a profesora K. zum Winkela z University v Heidelbergu je úplně nově přepracované a uvedené na současný stav poznatků v této oblasti. Na zpracování monografie se zúčastnili dále zemělý prof. Jahns z Hannoveru, dr. Lange z Heidelbergu, dr. Müller-Schauenburg z Tübingenu a prof. Wolf z Mohuče.

Kniha má celkem dvacet tři kapitoly, klasicky uspořádané se systematickým pořadím jednotlivých úseků. V úvodních kapitolách se hovoří o fyzikálních základech a technice, o elektronickém zpracování informací, a radiofarmakologii a radiofarmacii, o zatížení zářením při vyšetřování scintigrafickými metodami a o základních směrnících pro praxi. V dalších kapitolách jsou potom rozebrány speciální otázky nukleárního vyšetření podle jednotlivých systémů — centrálního nervového systému, slinných žláz, štítné žlázy, příštítných tělísek, kardiovaskulárního systému, plic, jater, sleziny, žaludku, pankreasu, ledvin, nadledvinek, lymfatického systému, placenty, kostí a kloubů, kostní dřeně a tělových dutin. Závěrečná

kapitola je věnována tumorům. Přehled literatury, věcný rejstřík a tabulka, přinášející dosimetrická data používaných radionuklidů ukončují tuto zajímavou učebnici nukleární medicíny. Početná vyobrazení s originálními fotografiemi a mnoho tabulek doplňují text jednotlivých kapitol a dokumentují předkládaná fakta. Mnohé obrázky jsou vícebarevné, čímž je zvýrazněna především jejich pedagogická hodnota.

Oddělení nukleární medicíny představují v současnosti velmi důležité součásti moderní trend především v použití nových vysoko významných diagnostických metod. S kreací nového medicínského oboru je potřebné vypracovat i nové učebnice a napsat nové monografie. Feineho a Winkelova publikace je současně monografií, protože přináší dobře koncipovaný pohled na novou oblast medicíny, je však současně i učebnicí, protože jednotlivá fakta tu uvedená představují vždy určitý pohled na dílčí problematiku nukleární medicíny. Vývoj, který právě v této oblasti představuje určitou explozi nových informací, je velmi dobře zachycený v recenzované publikaci německých autorů.

Dr. M. Kuba, Brno

MOŽNOSTI ORGANIZACE A VZDĚLÁVÁNÍ RODIČŮ DĚTÍ
S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU

Zb. NOVOTNÝ, V. HUSPEKA

Dětská léčebna chorob nervových, Nové lázně Teplice

Souhrn: Velký význam pro úspěšný rehabilitační proces má rodina dítěte postiženého DMO. Dětská léčebna a vedení ústavní školy v Teplicích vyřešili otázku spolupráce s rodiči formou Sdružení rodičů a přátel školy a léčebny. Toto sdružení má úkol pomáhat při akcích jako: školení rodičů, vydávání publikací pro rodiče i odbornou veřejnost, pořádání odborných konferencí a sjezdů bývalých žáků a pacientů. Neméně významná je i finanční pomoc při nákupu některých speciálních pomůcek. S pomocí Sdružení rodičů a přátel školy a léčebny byly uspořádány dva sjezdy bývalých pacientů, čtyři odborné pracovní konference o DMO, vydány tři zpravodaje s odbornou tematikou, šest týdenních internátních školení rodičů a ve spolupráci s Čs. televizí Brno vyroben film o komplexní rehabilitaci v léčebně. Rodiče vypomohli i při řešení řady provozních problémů. Práce SRPŠaL je významnou pomocí v práci léčebny a školy.

Klíčová slova: Dětská mozková obrna — organizace — vzdělávání rodičů

Při své denní práci s dětmi, trpícími dětskou mozkovou obrnou, se stále více přesvědčujeme, jak velký význam pro úspěšný rehabilitační proces má rodina postiženého dítěte. Naše spolupráce s ním se bohužel velmi často zužuje na strohé informace o vlastním onemocnění a jeho terapii. Rodina se často stává pasivním činitelem, jehož veškeré úsilí spočívá v zajištění ústavního či lázeňského pobytu, přičemž zapojení do komplexního rehabilitačního procesu je minimální. Je nutno si uvědomit, že rehabilitace není synonymem léčebné tělesné výchovy, ale zahrnuje celou řadu složek, jako hru, nácvik denních činností, léčbu prací, muzikoterapii, speciální výuku s péčí o rozvoj řeči a grafický projev, dále sport apod. Možnosti individuální instruktáže rodičů jsou v našich podmínkách omezené a umožňují jen základní informace o podstatě nemoci a léčbě, případně o možnostech školního vzdělávání, a to při přijímání a propouštění dětí. Hledali jsme proto stále cesty, jak umožnit za našich podmínek maximální aktivní účast rodičů ve složitém rehabilitačním procesu od útlého věku až po společenské začlenění dítěte. Jedinou schůdnou cestou se nám ukázala forma rodičovského sdružení, a tak v roce 1966 vzniklo z popudu vedoucích pracovníků Sdružení rodičů a přátel školy a léčebny Nové lázně v Teplicích.

Začátky nebyly nijak snadné. Zápolili jsme s pasivitou rodičů, jejich pohodlností, odporem k organizovanosti, organizační neschopností a často i hájením osobních zájmů. Cílevědomou, trpělivou a dlouhodobou prací se nám podařilo

vytvořit kolektiv rodičů, jehož někteří členové se postupně stali členy výboru SRPŠaL, které od roku 1970 plní svoji funkci v rámci vydaných směrnic, které se opírají o vyhlášku ministerstva školství ČSR a SRPŠ č. 89 z 25. července 1973 Sb. zák. ČSSR, částka 25 z 10. srpna 1973. I když členy SRPŠaL jsou rodiče z území celého státu včetně Slovenska, je patnáctiletý výbor složen z rodičů převážně Severočeského, Středočeského a Pražského kraje. Ve výboru je devět rodičů, dva zástupci bývalých pacientů a čtyři pracovníci léčebny. S hlasem poradním se schází výboru SRPŠaL zúčastňuje vedoucí lékař a ředitel ústavní školy. Toto složení usnadňuje operativnost činnosti, snižuje náklady a časové nároky při schůzích výboru pořádaných nejméně čtyřikrát ročně. SRPŠ hradí ze svých prostředků účast na schůzích výboru mimoteplických členům.

Při zakládání SRPŠaL jsme si byli vědomi určitých negativních možností a jejich působení, jako zasahování do léčebného procesu a provozu ústavu, hájení osobních zájmů, a proto jsme hned od počátku schválili ve výboru hlavní úkoly, které jsme specifikovali takto:

1. Pomáhat vedení léčebny a školy při realizaci jejich požadavků a potřeb spoluúčasti při různých jednáních, sledujících zlepšení organizace péče o děti s dětskou mozkovou obrnou.
2. Pomáhat osobně i materiálně při zajišťování potřeb léčebny i školy, a to jak vybavování ústavu, tak i při různých akcích, pořádaných léčebnou a majících za cíl zlepšení kvality léčebné péče.
3. Zlepšovat informovanost rodičů a docílit jejich aktivní zapojení do léčebného procesu formou seminárního školení a vydávání informačních brožur.

Podmínkou členství je složení základního členského příspěvku ve výši 20 Kčs složenkou na běžný účet u Státní spořitelny Teplice, která je zasílána spolu s přihláškou a informací o účelu rodičovského sdružení rodičům dítěte po nástupu léčby. Zaslání přihlášek zajišťují v rámci socialistického závazku příslušní učitelé jednotlivých tříd, u ambulancí pacientů příslušné rehabilitační pracovnice. Evidenci členů, výši příspěvků a hospodářství vede pokladník, členka výboru. Tímto způsobem je zajištěna členská základna v průměru asi 500 členů ročně s ročním příjmem asi 10 000 Kčs. Jednou ročně se koná výroční členská schůze, na kterou jsou pozváni všichni členové sdružení, a které se zúčastní v průměru asi 80 až 100 členů. Ostatním členům, zvláště ze vzdálenějších krajů, je dána možnost písemného vyjádření svých požadavků a písemného souhlasu s navrženou kandidátkou nového výboru i návrhu na činnost. Na výroční schůzi provede dosavadní výbor zhodnocení činnosti a hospodářství za uplynulé funkční období, jsou provedeny volby nového výboru a stanoveny úkoly na příští období.

Dokladem toho, že nejde jen o formální činnost, je výčet akcí, které rodičovské sdružení od roku 1970 v rámci své činnosti vykonalo.

1. V roce 1971 a 1976 uspořádalo I. a II. sjezd bývalých pacientů za účasti vždy asi 200 osob. Na sjezdu promluvili členové o svých zkušenostech při pracovním zařazování. Vedoucí lékař informoval o současném stavu péče o děti s mozkovými obrnami, pracovníci léčebny a členové výboru odpovídali na dotazy o zdravotní, školské i sociální problematice. Sjezd byl zakončen společenským večerem. Těm, kteří nejsou výdělečně činní, hradilo sdružení část nákladů, spojených s účastí na sjezdu. Pro velmi

kladnou odezvu jsme se zavázali pořádat podobná setkání vždy v pětiletých intervalech.

2. Výbor a členové sdružení pomohli aktivně při uspořádání až dosud čtyř pracovních konferencí o dětské mozkové obrně, konaných v Teplicích v roce 1970, 1973, 1976, 1979. Pomohli nejen organizačně, ale sdružení přispělo i finančně hrazením části nákladů jako cestovného přednášejícím, uhrazením části zájezdu a podobně.
3. Výbor i členové sdružení poskytli aktivní pomoc při řešení četných provozních problémů, jako zajištění stavební kapacity a materiálu při realizaci přístavby a rekonstrukce léčebny, zajistili textil pro výbavu léčebny, pomáhají při zajišťování materiálu pro léčbu prací i výrobu různých pomůcek.
4. Sdružení poskytuje i výdatnou pomoc finanční při zajišťování některých potřeb léčebny, zakoupilo například přenosný bazén, zajišťuje výrobu některých pomůcek, vybavuje léčebnu nedostatkovým zbožím a pomohlo při vybavování dopravního hřiště. Pomoc sdružení umožňuje každoročně účast dětí na Košumberských sportovních hrách v Luži-Košumberku, které pořádá Gottwaldova dětská léčebna.
5. Sdružení uspořádalo již šestkrát týdenní internátní školení rodičů za průměrné účasti kolem čtyřiceti členů. Na školení je vždy probrána celá problematika komplexní léčby mozkových obrn. Soustředili jsme se nejen na vlastní pohybovou léčbu, ale i na vysvětlení příčin vzniku onemocnění, problémy školní docházky a důležitosti celého širokého rehabilitačního procesu i pro těžce postižené děti. Výsledky se již dnes projevují ve zlepšené kooperaci mezi rodiči a pracovníky léčebny. Jistě k tomu přispívá i společenské zaměření školení, zakončené vždy společenským večerem, který velmi pozitivně psychologicky ovlivňuje přístup rodičů k dítěti a jejich začlenění do společnosti.
6. Sdružení vydalo Zpravodaj č. 1 jako brožuru o komplexní léčbě, pedagogicko-výchovné i sociální problematice mozkových obrn. Ve Zpravodaji č. 2 se dověděli rodiče o zásadách práce s hračkou, nácviku denních činností, využívání různých pomůcek a o muzikoterapii. Zpravodaj č. 3 se nazývá Péče o děti s dětskou mozkovou obrnou a pojednává slovem i obrazem o pohybové léčbě u dětí s mozkovou obrnou. Zpravodaj zasíláme nejen rodičům dětí, které se v naší léčebně léčí, ale i kmenovým školám nebo ústavům sociální péče, kde jsou děti v době mimo léčení umístěny.
7. Finančním přispěním SRPŠaL byl pořízen barevný film o komplexní léčbě pacientů s následky DMO v naší léčebně z materiálů, které zhotovila Čs. televize Brno pro pořad, který byl svého času dvakrát vysílán v televizních pořadech. Rovněž propaguje různé akce a činnost s dětmi s následky DMO v ostatních sdělovacích prostředcích, jmenovitě v tisku.
8. Organizuje spolupráci se Svazem mem-automotoklubem, Svazem invalidů a ostatními organizacemi Národní fronty např. branně výchovnou, orientační automobilovou mototuristickou soutěž Rallye — most do života a vlastivědné zájezdy na významná místa v teplíckom okrese a Severočeském kraji v době pobytu dětí na léčení.

Z uvedeného je patrné, že při správném usměrnění může být práce s rodiči formou Sdružení rodičů a přátel školy a léčebny velmi účinným pomocníkem pracovníkům léčebny v uskutečňování dlouhodobého rehabilitačního programu, který je podmínkou úspěšného zapojení postižených do společnosti.

Adresa autora: Dr. Zb. N., Dětská léčebna chorob nervových,
Nové Lázně, Teplice v Čechách

З. Новотны, В. Гуспека
ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОСВЕЩЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ
ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Резюме

Большое значение для успешного реабилитационного процесса имеет семья ребенка с детским церебральным параличом. Детская лечебница и руководство больницы школы в Теплицах решили вопрос о сотрудничестве с родителями формой комитета родителей и друзей школы и лечебницы. Задачей этого комитета является помогать при организации таких дел, как обучение родителей, издание публикаций для родителей и специалистов, организация специальных конференций и съездов бывших учеников и больных. Не менее важным является и денежное пособие при покупке некоторых специальных пособий. С помощью комитета были организованы два съезда бывших пациентов, четыре специальных рабочих конференции о ДЦП, изданы три вестника со специальной тематикой, шесть недельных курсов в школе-интернате для родителей; в сотрудничестве с чехословацким телевидением в Брно был снят фильм о комплексной реабилитации в лечебнице. Родители оказали помощь также при решении ряда рабочих проблем. Работа комитета родителей и друзей школы и лечебницы представляет значительную помощь в работе лечебницы и школы.

Zb. Novotný, V. Huspeka
POSSIBILITIES OF ORGANIZATION AND EDUCATION FOR PARENTS
OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Summary

The parents of children with cerebral palsy play a significant role in the success of rehabilitation. The medical institute for children and the management of the institute's school in Teplice have solved the problem of collaboration with the parents by the way of a parents' association. The task of this association is to help in such schemes as: education of parents, the issue of publications for parents and also for specialists in this field, the organization of conferences and congresses of former pupils and patients. Important is also the financial support for the acquisition of special aids. With the support of the parents association two congresses of former patients have been organized, four conferences on cerebral palsy, three bulletins with special topics have been issued, 6-weeks courses for parents were held, and in collaboration with the Czechoslovak Television Brno, a film was produced about complex rehabilitation in institutes. The parents have also helped with the solution of operational problems. The work of the parents' association represents a significant help for the work of the institute and the school.

Zb. Novotný, V. Huspeka
MÖGLICHKEITEN DER ORGANISIERUNG UND BILDUNG DER ELTERN
VON KINDERN MIT ZEREBRALER KINDERLÄHMUNG

Zusammenfassung

Für durch zerebrale Kinderlähmung geschädigte Kinder ist die Familie vom Gesichtspunkt der Rehabilitation ein sehr wichtiger Faktor. Die Kinderheilanstalt und die Leitung der Anstaltschule in Teplice haben das Problem der Zusammenarbeit mit den Eltern in Form einer Gemeinschaft der Eltern und Freunde der Schule und der Heilanstalt gelöst. Die Aufgabe dieser Gemeinschaft besteht in der Mitarbeit bei Aktionen wie Elternschulung, Herausgabe von Veröffentlichungen für Eltern fachlich interessierte Leser, Veranstaltung von Fachkonferenzen sowie von Begegnungen ehemaliger Schüler und Patienten. Nicht minder bedeutsam ist auch die finanzielle Hilfe beim Ankauf mancher spezieller Behelfsmittel. Unter Mitwirkung der Gemeinschaft der Eltern und Freunde der Schule und der Heilanstalt wurden zwei Begegnungen ehemaliger Patienten, vier fachbezogene Arbeitskonferenzen zu Fragen der zerebralen Kinderlähmung organisiert, drei Hefte der Reihe Zpravodaj mit fachlich ausgerichtetem Inhalt herausgegeben, sechs einwöchige Blockschulungskurse für Eltern veranstaltet und in Zusammenarbeit mit der Fernsehverwaltung in Brno wurde ein Film über die komplexe Rehabilitationsbehandlung in der Heilanstalt hergestellt. Die Eltern halfen auch bei der Lösung mehrerer Probleme des Krankenhaus- und Schulbetriebes. Die Tätigkeit der Gemeinschaft der Eltern und Freunde der Schule und der Heilanstalt stellt eine große Hilfe für die Heilanstalt und die Schule dar.

Zb. Novotný, V. Huspeka
LES POSSIBILITES D'ORGANISATION ET D'EDUCATION DES PARENTS
DES ENFANTS AFFECTES L'ENCEPHALOPATHIE SPASTIQUE DE L'ENFANT

Résumé

La famille de l'enfant affecté l'encephalopathie spastique de l'enfant joue un rôle très important dans le processus de rééducation couronné de succès. L'établissement de réadaptation et la direction de son école à Teplice ont résolu le problème de collaboration avec les parents par la forme de l'Association des parents et des Amis de l'École et de l'Etablissement. Cette association a pour but d'aider dans l'instruction des parents, d'édition des publications destinés aux parents et aux spécialistes, d'organiser des conférences spécialisées et des congrès d'anciens élèves et parents. Non moins importante est l'aide financière par l'achat de certains manuels spéciaux. Deux congrès furent organisés d'anciens patients avec l'aide de l'Association des Parents et des Amis de l'École et de l'Etablissement, 4 conférences spécialisées sur l'encephalopathie spastique de l'enfant 3 Bulletins d'information avec la thématique spécialisée, 6 formations d'internats hebdomadaires de parents et en collaboration avec la télévision tchécoslovaque de Brno la production d'un film sur la réadaptation complexe à l'Etablissement de problèmes de services. Le travail de l'Etablissement est une aide grande importance dans les activités de l'Etablissement et de l'École.

K. MUSSHOF, J. WEINREICH, H. WILLMANN
DIFFERENTIALDIAGNOSE SELTENER LUNGENERKRANKUNGEN IM RÖNTGENBILD

Diferenciálna diagnóza zriedkavých pľúcnych ochorení v röntgenovom obraze
 Verlag Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York, 1979, 3. prepracované a rozšírené vydanie, 324 strán, 164 obrázkov, 1 tabuľka.
 Cena DM 190,—. ISBN 3—540—09297—8

V treťom prepracovanom a rozšírenom vydaní vychádza vo vydavateľstve Springer-Verlag v Berlíne pozoruhodná monografia o diferenciálnej diagnostike zriedkavých pľúcnych ochorení v röntgenovom obraze. Ide vlastne o röntgenový atlas s krátkymi úvodnými kapitolami k danej problematike. Úvodná kapitola venuje pozornosť tak technike röntgenového zobrazenia pľúcnych štruktúr, ako aj posudzovaniu týchto röntgenových snímok. Literatúra, zoznam autorov jednotlivých röntgenogramov a prehľadný zoznam diagnóz dopĺňujú túto publikáciu.

Rozdelenie jednotlivých častí je dané röntgenovým nálezom na pľúcnom parenchýme. V prvej časti sa predkladajú plošné zatriedenia pľúc, v druhej mnohopočetné škrvňité štruktúry. Tretia časť sa zaoberá solitárnymi kruhovými tieňmi, štvrtá pásovitoretikulárnymi stemeniami. V piatom oddieli sa hovorí o mediastinálnych a hilových tieňoch a konečne v šiestej kapitole sú zvýraznené vyjasnenia v pľúcnom röntgenovom obraze.

K. E. SCHAEFER, U. STAVE, W. BLANKENBURG
INDIVIDUATION PROCESS AND BIOGRAPHICAL ASPECTS OF DISEASE

Proces individualizácie a biografické aspekty choroby
 Verlag Futura Publishing Comp., Mount Kisco, New York 1979, 236 strán, cena 15,95 am. dol. ISBN 0—87993—117—5

Proces individualizácie je podľa definície autorov charakterizovaný vývojom vlastnej funkcie a charakteru jedinca. Tomuto problému je venovaná publikácia vydaná trojicou autorov: prof. Schaeferom z Brownovej univerzity z Providence, prof. Staveom z Kliniky pediatrie mia-

Jadrom celej monografie je röntgenová dokumentácia. Autorom sa podarilo usporiadať skutočne celý rad vzácných röntgenových nálezov, ktoré dokumentujú zriedkavé nálezy súčasnej röntgenológie a kliniky. Zoznam vyšetrujúcich lekárov je uvedený osobitne na záver publikácie. Krátky text ku každému prípadu objasňuje niektoré anamnestické a klinické dáta.

Publikácia kolektívu autorov Musshoffa, Weinreicha a Willmanna nenahradí pochopiteľne nijakú učebnicu röntgenológie ani pneumológie, je však publikáciou, ktorá ilustratívne dokumentuje pneumologické stavy a stáva sa tak dobrým doplnkom každej učebnice.

Monografia má veľkú pedagogickú hodnotu pre svoju konkrétnosť, jasnosť a vynikajúcu orientáciu. Je zaujímavá nielen pre odborníkov v röntgenológii a pneumológii. Ale môže sa stať zdrojom informácií pre každého lekára, ktorý pristupuje k diagnostike a diferenciálnej diagnostike komplexným spôsobom.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

mijskej lekárskej fakulty a prof. Blankenburgom z Kliniky psychiatrie na univerzite v Brémech. Prof. Schaefer je odborníkom v oblasti fyziológie životného prostredia.

Publikácia je tretou v poradí edície „A New Image of Man in Medicine“ a je

súborom prác desiatich popredných amerických a nemeckých odborníkov z najrôznejších oblastí medicíny a pedagogiky. Kniha má tri oddiely; prvý je venovaný procesu individualizácie a v jednotlivých príspevkoch autori venujú pozornosť vývoju dieťaťa od najútlejšieho detstva až po dosiahnutie školského veku. Hovorí sa tu o fetálnej homeostáze a o postnatálnej homeostáze, diskutuje sa o otázkach výchovy dieťaťa z hľadiska jeho fyziologického vývoja.

Druhý oddiel venuje pozornosť jednotlivým fázam ľudského života — tento príspevok veľmi ilustratívne spracoval prof. Lievegoed z rotterdamskej univerzity. Tretia, záverečná časť publikácie sa zaoberá biografiou jedinca a chorobami. Osobitnú pozornosť si zasluhuje práca prof. Bahnsóna z Psychiatrického ústavu Jeffersonovej lekárskej fakulty vo Philadelphii, ktorá veľmi zaujímavým spôs-

B. BOBATH
DIE HEMIPLÉGIE ERWACHSENER

Hemiplégia dospelých
 Verlag Georg Thieme-Verlag, Stuttgart 1980, druhé novoprepracované vydanie, 208 strán, 111 obrázkov, cena DM 19,80.

ISBN 3—13—4969 02 9

V sérii vreckových príručiek vychádza vo vydavateľstve Georg Thieme-Verlag v Stuttgarte v nemeckom preklade anglická pôvodina autorky Berty Bobathovej, ktorá sa venuje otázkam rehabilitácie hemiplégikov.

Nemecký preklad vyhotovila Erika Stahle-Hiersemannová, žiačka prof. Bobathovej. Prvé anglické vydanie vyšlo v roku 1970, prvé nemecké v roku 1973. Publikácia je výslednicou bohatých skúseností prof. Bobathovej s chorými, postihnutými hemiplégiou, ako následkom poruchy centrálného nervového systému. Kniha má vyslovene praktický charakter a po úvodnej kapitole, ktorá sa zaoberá otázkami neurofyziologickými — problematika svalového tonusu a otázky koordinácie, otázky recipročnej inervácie a otázky senzoričných porúch, venuje v jednotlivých častiach autorka svalovej sily, problematike senzoričného deficitu a otázkam senzoričných testov.

bom poukazuje na niektoré aspekty života rodiny pri vývoji koronárnej choroby srdca a pri vývoji onkologických ochorení.

Záverečná kapitola od prof. Schaefera potom zhrňuje jednotlivé aspekty, o ktorých sa diskutuje v prácach zaradených do tejto publikácie a poukazuje na to, že prvýkrát došlo k syntéze poznatkov o individuálnom fyziologickom vývoji a ich vzťahu k výchove a o vzťahu a vývoji niektorých chorôb.

Aj keď sa publikácia nezaobereá výslovene medicínskou problematikou, zasahuje do oblasti, ktorá pre každého lekára je zaujímavou nielen z hľadiska teoretických poznatkov, ale aj z hľadiska novej praktickej aplikácie takto získaných poznatkov. Rozhodne je však publikáciou, ktorá môže byť inšpiračným zdrojom pre mnohé oblasti klinickej medicíny.

Dr. V. Čermák, Bratislava

Najväčšia časť publikácie je venovaná jednotlivým liečebným technikám, používaným v rehabilitačnom programe chorých s hemiplégiou. Cez jednotlivé štádiá (štádium chabých a spastických obrn) autorka prechádza k praktickým liečebným zásadám a metódam rehabilitácie týchto chorých.

Záverečná časť potom prináša praktické príklady. Prehľad literatúry a vecný register ukončujú túto malú, obsahovo veľmi závažnú a s vysokou pedagogickou náplňou koncipovanú monografiu prof. Bobathovej, ktorá spolu so svojím manželom dr. Bobathom je zakladateľkou modernej rehabilitačnej školy, predovšetkým pri poruchách postihnutia nervosvalového substrátu následkom rôznych porúch nervového systému.

Je to kniha dobrá a je určená predovšetkým metodológom rehabilitácie v oblasti neurologie.

Dr. M. Palát, Bratislava

H. OESER
KREBS. SCHICKSAL ODER VERSCHULDEN

Rakovina. Osud či zavinění.
Vydal Georg Thieme-Verlag 1979, 200 stran, 82 obrázků, 23 tabulek.
Cena DM 49,80. ISBN 3-13-5820-01-7

Oeserova kniha *Rakovina. Osud či zavinění?* je jakýmsi pendantem jeho publikace z roku 1974 *Boj proti rakovině. Naděje a realita*. Dlouholeté zkušenosti autora publikace, prof. Oesera, který před svým emiritováním byl profesorem radiologie v Berlíně, vedly ke koncipování obou závažných děl, kterými se chtěl autor vyjádřit k otázkám rakoviny — choroby, která je postrachem současné lidské populace. Rakovina není žádným farmakologickým problémem, právě tak jako není produktem karcinogenních tox, ale je biologickým fenomenem člověka. Tento názor prezentuje prof. Oeser ve své nové publikaci a v jednotlivých kapitolách se vyjadřuje k dílčím otázkám komplexu problematiky nádorového bujení. Vychází z mnohých dat, které jsou přístupná a která z různých aspektů se vyjadřují k problému rakoviny. Po úvodní kapitole, kde se zabývá především čtyřmi hypotézami vzniku karcinomu u člověka, rozebírá v druhé kapitole výskyt současných maligních tumorů — vychází při tom ze statistických údajů, všimá si předilekční-

A. MANNING
VERHALTENSFORSCHUNG

Výzkum chování
Vydal Springer-Verlag Berlin — Heidelberg — New York 1979, 320 stran, 97 obr., 5 tab., cena DM 39,80. ISBN 3-540-09643-4

Výzkum chování prof. Manninga je vlastně úvodem do etologie, vědní disciplíny, která studuje životní projevy a chování živočichů. Německý překlad této anglické původiny vyhotovily dr. Günther a Ingrid Ehretovi. Kniha vyšla v Anglii ve třech vydáních a byla přeložena do pěti jazyků, což samo o sobě je dostatečným doporučením o její kvalitě a významu.

Otázkám etologie věnuje se v posledních deseti letech velká pozornost — zájem o toto vědní odvětví byl vyjádřen také udělením Nobelovy ceny prof. Lorenzovy a prof. Tinbergenovi — protože

ho věku a predilekčního místa výskytu a incidence. Další kapitola věnuje pozornost zvýšení anebo konstatnímu výskytu ohrožení rakovinou. Čtvrtá kapitola zaujímá stanovisko k hledání karcinogenních látek a konečně poslední závěrečná pátá kapitola se zabývá klíčovou otázkou či rakovina je osud anebo zavinění u současného člověka. Závěr, seznam zkratk a seznam literatury a věcný rejstřík ukončují tuto rozsahem nevelkou, obsahem však velmi závažnou publikaci, která nepřináší jen řadu cenných dat a informací, ale i mnoho podnětů pro vlastní myšlení, protože problémem maligního tumoru neustále stoupá, či už je to následkem zlepšené diagnostiky, alebo je to výsledkem zvýšeného výskytu tumorózního bujení. Rakovina se stává v myšlení současného člověka osudovou komponentou, vedoucí k vývoji celé řady dalších problémů.

Oeserova kniha je podnětná, je dobře napsaná a provokuje k zamyšlení nad sebou samým.

Dr. M. Palát, Bratislava

na základě studia chování jednotlivých živočišných druhů získáváme velmi cenné informace jak pro oblast fyziologie, tak i pro oblast psychologie. I když není možno říci, že poznatky o chování jednotlivých živočišných druhů a v této souvislosti především vyšších opic, je možno aplikovat na člověka a jeho chování jako výraz fyziologicko-psychologického substrátu, je studium těchto otázek beze sporu zajímavé a účelné z hlediska obecných biologických základů.

Kniha A. Manninga, která je vlastně úvodem do etologie, má osm kapitol, které rozebírají jednotlivé otázky reflexů a

komplexního chování, vývoje chování, problematiku podnětů a komunikace, otázky motivace, problém konfliktu, evoluce, učení a organizaci sociálního chování. Malý slovníček latinsko-německo-anglický doplňuje jména živočichů; seznam literatury, obsahující 520 citací a věcný rejstřík ukončují tuto rozsahem nevelkou, obsahem však zajímavou publikaci, doplněnou celou řadou nákrešů, obrázků, grafů a několika tabulkami. Kniha je vytištěna na dobrém papíře, úroveň grafických doplňků je velmi dobrá.

I když etologie jako věda se pozvolna dostává mezi svoje starší sestry, věnuje se jí velká pozornost. Nedažno vyšla v

W. P. CREGER, C. H. COGGINS, E. W. HANCOCK
ANNUAL REVIEW OF MEDICINE

Roční přehled lékařství
Vol. 31, 1980, 569 stran, cena Am. dol. 17,—. Vydal Annual Reviews Inc.
Palo Alto, California. ISBN 0-8243-0531-0

V dubnu 1980 vychází 31. svazek Ročního přehledu lékařství, věnovaný vybraným tématům z oblasti klinických disciplín. Obsahuje 40 prací z nejružnějších oblastí klinické medicíny, jmenovitě z posledních pěti ročníků a přehled všech prací uveřejněných za posledních pět let. Jako je tomu zvykem u těchto přehledů, jednotlivé práce představují aktuální problematiku a dotýkají se závažných především klinických problémů. Pozornost zasluží především kardiologicky laděné práce — Mossova práce o předpovědi a prevenci náhlé srdečné smrti, Klockého a Meyerova práce o kontrole koronárního průtoku krve, práce Millerova o vysokodenzitních lipoproteínech u arteriosklerózy a Kawaioba práce o biopsii myokardu. Tyto práce přinášejí vysoko aktuální problematiku a jsou moderně zpracované. I ostatní práce přinášejí velmi cenné informace a mnohé podněty pro klinické lékaře. Pozornost práci o klinické farmakologii akutních alergických onemocnění, dále práce o posturální hypertenzi, práce o primární pulmonální hypertenzi a práce o aktivní imunizaci dospělých. Na závěr každé práce je v přehledu uvedená další literatura a většina

čestně Drvotova prvotina v této oblasti Od zvířetě k člověku, která také se zabývá některými otázkami etologie.

Manningova publikace se zabývá především fyziologickými a psychologickými základy chování, a proto najde své uplatnění především v kruzích biologů a lékařů, kteří se okrajově zabývají otázkami chování živočichů. Kniha je komplexním dílem, zabývá se prakticky všemi základními problémy etologie. V této formě je vhodná jako úvod do studia této významné problematiky, která v budoucnosti jistě překoná ještě velký vývoj.

P. Dlouhý, Brno

prací obsahuje příslušnou obrázkovou, tabulkovou a grafickou dokumentaci.

Je pozoruhodné — a poslední ročník Annual Review of Medicine je toho dokladem — kolik nového přináší současná medicína v jednotlivých svých profilech v průběhu jednoho roku. Podrobnou informaci přehledně sestavenou, dobře dokumentovanou a kriticky komentovanou tu najde každý klinický pracovník ve svém tematickém okruhu. Jistě je velmi nesnadné recenzovat zvlášť každou práci, uveřejněnou v tomto ročním přehledu. Je to nesnadné nejen proto, že každý recenzent nemůže do detailu poznat všechny oblasti klinického lékařství, ale i proto, že i v určité oblasti klinického lékařství vývoj poznatků nabývá explozivního charakteru. Exploze informací, jejich kritické vyhodnocení a experimentální či klinické ověření je úlohou velmi nesnadnou i za současných podmínek výzkumu a klinické praxe, a to i v největších klinikách a velkých ústavech. A proto je obdivuhodné, že právě v Ročních přehledech jsou tato kritéria vyjádřena. 40. svazek Ročního přehledu lékařství se důstojně zařazuje do řady svých předchůdců.

Dr. M. Palát, Bratislava

PRVÝ CELOSLOVENSKÝ SEMINÁR O DETSKEJ MOZGOVEJ OBRNE

Prvý Celoslovenský seminár o DMO sa uskutočnil v dňoch 25. a 26. októbra 1979 na Poľane pri Zvolene. Seminár usporiadali Detská kúpeľná liečebňa Marína v Kováčovej a Slovenská neurochirurgická spoločnosť — sekcia stereotaktickej neurochirurgie za spoluúčasti Ministerstva zdravotníctva SSR — oddelenia starostlivosti o novú generáciu, Slovenskej neurologickej spoločnosti — sekcie detskej neurológie, Slovenskej rehabilitačnej spoločnosti, Čs. štátnych kúpeľov a žriediel — generálneho riaditeľstva Slovakoterma, Slovenskej pediatickej spoločnosti a ILF v Bratislave — katedry neurológie.

Po úvodných prednáškach, v ktorých sa podal prehľad o súčasnom stave starostlivosti o chorých s DMO na Slovensku (Berková, Benko) nasledovali tri tematické okruhy, vedené seminárnou formou. V prvom okruhu, ktorý sa týkal rehabilitácie, zdôraznila funkcia pediatra v skorej

diagnostike (Dluholucký), potreba správneho zatriedenia, voľby vhodného programu (Vajda) a rehabilitácie od najvčasnšieho veku (Čajková). Vlastné skúsenosti a všeobecné koncepcie liečenia vyplynuli z práce rehabilitačného sanatória (Elan) a rehabilitačných oddelení (Palát). V druhom okruhu o kúpeľníctve sa rozobral podiel práce s deťmi v kúpeľoch a rodine, ktorá je dôležitým článkom v rehabilitačnej starostlivosti (Tuharský, Blechová). Okruhu sa zúčastnili i hostia z českých krajov (Novotný, Stará, Stehlík). Záverečný okruh sa týkal operačného liečenia, kde osobitné miesto zaujíma stereotaktická metóda. V súčasnosti sa prechádza z deštruktívneho spôsobu operovania na liečebnú stimuláciu CNS (Galanda). Treba rátať s konfrontáciou medzi ortopedickým a neurochirurgickým liečením.

M. Galanda, Bratislava

UZNESENIA Z CELOSLOVENSKÉHO SEMINÁRA O DETSKEJ MOZGOVEJ OBRNE NA POĽANE V DŇOCH 25. A 26. OKTÓBRA 1979

Uznesenia z okruhu organizácie:

1. V organizácii starostlivosti o rizikové deti má dôležité postavenie neonatológ.
2. Od pediatrov sa vyžaduje, aby zhodnotili efektívnosť screeningovej metódy pri vyhľadávaní skrytých neuropsychických porúch. Preto je nutné, aby sa čo v najširšej miere zriaďovali poradne pre rizikové deti.
3. V tímovej spolupráci pri dispenzarizovaní detí s DMO výrazne chýba pedopsychiater pre deti do troch rokov, psychológ erudovaný v problematike diagnostiky DMO a špeciálni pedagógovia, predovšetkým logopéd.
4. Odbor starostlivosti o mladú generáciu pri Ministerstve zdravotníctva SSR treba požiadať, aby cestou metodických listov vyžadoval od pediatrov povinné hlásenie detí s DMO.

5. Treba klásť dôraz nielen na rehabilitáciu vo včasnom veku, ale aj na správne zadelenie, výchovu a výučbu starších detí s DMO.

Uznesenia z okruhu rehabilitácie:

1. Koncepciu rehabilitácie doplniť zásadami vyplývajúcimi z odlišnosti rehabilitácie detského veku.
2. Všetky FRO vybaviť dostatočným počtom (podľa smerných schém) rehabilitačných pracovníkov, erudovaných aj v rehabilitačných metodikách vhodných pre novorodenecký, kojenecký a detský vek. Pri každom FRO vyčleniť rehabilitačné priestory pre deti.
3. Upraviť platy rehabilitačných pracovníkov pre fyzickú náročnosť a neatraktívitu rehabilitácie u detí.
4. Vyriešiť počet potrebných miest pre ne-
vzdelávateľné deti v ÚSS.

Uznesenia z okruhu kúpeľníctva:

1. Posilniť organizačnú bázu pre neurologickú problematiku v slovenských liečebniach (Piešťany, Kováčová) a doplniť stav pracovníkov podľa vzoru českých liečební.
2. Dbáť na dodržiavanie diferencovaného ohodnotenia pracovníkov neurol. oddelenia podľa vyhlášky číslo 6 z roku 1966 o dodatkovej dovolenke a podľa Vestníka MZD číslo 10/1971, čiastka 7 — 9 o namáhavosti práce.
3. Vytvoriť podmienky na spoluprácu so stereotaktickým centrom. Vybaviť neurologické oddelenie dvojkanálovým aparátom Disa.
4. Zaviest' vývojový kalendár pre centrálné postihnuté dieťa pre jednotný postup v dlhoročnom rehabilitačnom programe. Pri výbere pacientov zväziť individuálne efektívnosť liečby.
5. Organizačne zaistiť, aby pooperačné

stavy z ortopedických a neurochirurgických oddelení sa prekladali bez administratívnych a organizačných prieťahov z lôžka na lôžko.

6. Každý návrh na KL neurologicky postihnutého dieťaťa treba evidovať a doporučiť podpisom krajským pedoneurológom, ktorý zhodnotí klinický stav chorého.

Uznesenie z okruhu operatívny:

1. Z diskusie vyplynulo, že treba vo vybraných prípadoch DMO indikovať neurochirurgické liečenie a posunúť tým hranice rehabilitačného cvičenia aj poznania mechanizmu DMO.
2. Operovať v skorých rokoch života.
3. Dosiagnúť, aby operovaní chorí prichádzali na pooperačné rehabilitačné liečenie priamo z lôžka na lôžko.
4. Vytvoriť možnosť, aby liečebne samy posielali chorých na neurochirurgické liečenie, keď je to potrebné.

2. ZIMNÍ OLYMPIJSKÉ HRY POSTIŽENÝCH V NORSKU

Těsně před zimními olympijskými hrami v Lake Placid se konaly v norském městě Geilo 2. zimní olympijské hry tělesně a zřakově postižených, kterých se zúčastnila i malá výprava sportovců z Československa. Ve dnech 1. — 7. února zde soutěžilo 500 sportovců z osmnácti zemí. Společenské i technické zajištění pobytu olympioniků i vlastních sportovních soutěží bylo na nejvyšší světové úrovni — od společné cesty všech účastníků olympiády speciálním vlakem z Osla na sever do 200 km vzdáleného Geila, přes ubytování v prvotřídních hotelích, vynikající stravování, dobrou dopravu, kulturní a informační pořady až po nejmodernější technickou zajištění vlastní závody. Tělesně postižení soutěžili v obřím slalomu, slalomu a v lyžařských bězích, paraplegici pak i ve sjezdu na jednosedadlových botách (typu dětský „pekáč“) a v závodech na rychlobruslařské dráze (boby s bruslemi, odpichování hůlkami s ostrými bodci). Zřakově postižení soutěžili v bězích na lyžích. Vynikajícího úspěchu dosáhla naše

závodnice Eva Lemežová, která v kategorii 3A (postižení jedné horní končetiny, lyžující s jednou lyžařskou holí) získala stříbrnou olympijskou medaili ve slalomu žen. V obřím slalomu byla čtvrtá. Ve stejné kategorii mužů se Pavel Teplý umístil na 15. a 18. místě a v kategorii 1A (postižení jedné dolní končetiny, jezdící na jedné lyži a se stabilizátory) získal ing. Jaroslav Pauer (jehož fotografii jste viděli na obálce lednového čísla Elánu) 17. a 21. místo.

V celkovém pořadí zúčastněných národů bylo Československo na 10. místě za Norskem, Finskem, Rakouskem, NSR, Švédskem, USA, Kanadou, Švýcarskem a Francií. Za námi se umístily výpravy Jugoslávie, Anglie, Austrálie, Nového Zélandu a Dánska, oficiálně také Polska a Holandska, které se však zúčastnily olympiády pouze jako pozorovatelé.

Během her se konala dvě zasedání evropské sekce mezinárodní organizace pro sport tělesně postižených (ISOD), na nichž se mimo jiné jednalo i o letní olym-

piádě v letošním roce v Holandsku, o světových zimních hrách v roce 1982 ve Švýcarsku a příští zimní olympiádě v roce 1984 v Rakousku.

Souběžně s olympiádou probíhal i 1. světový lékařský kongres o sportu tělesně postižených.

Norský svaz postižených sportovců uspořádal dobře dokumentované přednášky o sportu tělesně postižených v Norsku a stejně jako výpravy USA a Rakouska předvedl i praktické ukázky méně obvyklých disciplin. Zcela neobvyklým zážitkem byla mezinárodní sportovní soutěž třinácti tanečních párů, z nichž vždy jeden z partnerů byl na invalidním vozíku. Složitě taneční figury, které ve čtyřech tancích předváděli reprezentanti Norska, Švédska, NSR a USA, byly na úrovni u nás známých profesionálních soutěží ve společenském tanci a všem divákům přinesly vysoce umělecký zážitek současně s poznatkem, jak vysokých estetických hodnot lze tímto vysoce náročným sportovním tréninkem docílit. Další kulturní večer byl vě-

nován norskému folklóru. Oficiální ceremoniály — uvítání všech účastníků stárostou města při společné večeři na radnici v Oslo, zahajovací i závěrečný ceremoniál a vyhlášení výsledků jednotlivých disciplin včetně průběhu vlastních sportovních soutěží mělo vskutku olympijskou atmosféru. Pro československý sport byla účast na olympiádě důležitá pro udržení a upevnění dobrého postavení československého svazu tělesně a zrakově postižených sportovců v mezinárodním sportovním dění, pro všechny čtyři účastníky naší výpravy byla ctí i celoživotním zážitkem. To, že československá vlajka byla nejen na stožárech tvořících slavnostní výzdobu všech sportovišť, ale i nad stupni pro olympijské medallisty, zavazuje naše sportovce k další náročné sportovní přípravě i k další společenské podpoře sportu tělesně a zrakově postižených v našem státě.

MUDr. Vladimír Kříž,
Kladruba u Vlašimi

CENA VYDAVATELSTVA OSVETA

28. marca 1980 Vydavateľstvo Osveta udelilo docentovi MUDr. Ivanovi Maňkovi, CSc. a kolektívu spoluautorov Cenu Vydavateľstva Osveta za zdravotnícku literatúru 1979 za publikáciu Klinická onkológia, prvé pohotovo pripravené dielo svojho druhu v československej zdravotníckej literatúre na účinnú podporu aktuálneho celospoločenského programu boja proti rakovine.

SPRAVY Z USTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

V Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně ukončili pomaturitní studium na úseku práce léčebná tělesná výchova čtyři rehabilitační pracovníci:

Fornůsková Zdena
Kociánová Věra
Krotká Jiřina
Mejstříková Helena

Čs. státní lázně Teplice nad Bečvou
FN Praha, Motol
VÚCHR Praha 2
FN Praha 2

B. Chlubnová, Brno

Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně se ve dnech 11. 1979, 19. 11.—23. 11. 1979 a 3. 12.—7. 12. 1979 uskutečnily závěrečné zkoušky pomaturitního specializovaného studie v úseku práce léčebná tělesná výchova. Dvouleté náročné studium ukončilo a specializaci získalo 50 rehabilitačních pracovníků.

Ammerová Věra
Boušová Zdeňka
Brošková Dáša
Čelbová Miluše
Dropek Miroslava
Fikejzlová Helena
Francíková Hana
Filipková Marcela
Pišerová Pavla
Freibergrová Eva
Güttnerová Zdeňka
Hušák Petr
Hnídová Dagmar
Hrdinová Marie
Hrnčířová Věra
Hrdličková Vlasta
Jiroučková Alexandra
Janošková Jarmila
Koubková Eva
Křížová Marie
Kučerová Irena
Kulha Zdeněk
Kinkorová Blanka
Krejčová Božena
Mynářová Naděžda
Oštipovská Stanislava
Paulová Michalea
Pourová Hana
Pražáková Hana
Raďáková Marie
Rödllová Eva
Řeháčková Zuzana
Skoumalová Dagmar
Soukupová Vlasta
Straková Ludmila
Šupíková Anna
Štecová Zdeňka
Štovičková Tamara
Štolbová Marie
Šulcová Ivona
Šulcová Naďa
Švecová Ivanka
Švecová Libuše
Tománková Alena
Vajcová Věra
Vardičová Marie
Vičková Zora
Vlková Anna
Vondráčková Helena
Žibřitová Xenie

NVP Jedličkův ústav, Praha
RÚ Kladruba
Vojenský lázeňský ústav, Teplice
RÚ Kladruba
Čsl. lázně Poděbrady
OÚNZ Most
KÚNZ Praha 2
MĚÚNZ Ostrava
Čsl. státní lázně Teplice n. B
FNsP Brno
Léčebna lázně Lipová
KNsP České Budějovice
OÚNZ Ústí n. Lab.
RÚ Kladruba
OÚNZ Pardubice
FN Praha, Motol
RÚ Kladruba
FNsP Brno
Vojenská nemocnice, Brno
OÚNZ Karlovy Vary
OÚNZ Pelhřimov
RÚ Kladruba
OÚNZ Mělník
OÚNZ Mělník
OÚNZ Praha 7
RÚ Kladruba
KÚNZ Brno
Čsl. st. lázně Janské Lázně
OÚNZ Kutná Hora
OÚNZ Chrudim
OÚNZ Praha 10
FN Praha 10
KNsP Ostrava 3
OÚNZ Pelhřimov
OÚNZ Písek
KÚNZ Ostrava
OÚNZ Vsetín
nem. Na Bulovce, Praha 8
OÚNZ Ústí n. Labem
VÚCHR Praha
OÚNZ Tábor
OÚNZ Liberec
OÚNZ Praha 4
Čsl. st. lázně, Janské Lázně
NVP Jedličkův ústav, Praha
OÚNZ Praha 4
RÚ Kladruba
KÚNZ Ostrava
ÚP Příbram
OÚSS Olomouc

B. Chlubnová, Brno

EDITORIAL

- Palát, M.: Informačné systémy v medicíne
- Palát, M.: Ďalšie vzdelávanie rehabilitačných pracovníkov
- Palát, M.: Niektoré aspekty kardiovaskulárneho a onkologického programu
- Palát, M.: K otázke realizácie rehabilitačnej starostlivosti pri detskej mozgovej obrne

PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

- Benko, J.: Súčasný stav starostlivosti o chorých s detskou mozgovou obrnou z hľadiska neurológa
- Berková, K., Slivka, L.: Súčasný výskyt včasnej mozgovej obrny u detí v SSR
- Franek, A., Gombár, I.: Niektoré osobnostné vlastnosti pacientov s infarktom myokardu
- Galanda, M., Fodor, S., Nádvořík, P.: Skúsenosť a perspektívy stimulačného liečenia detskej mozgovej obrny
- Gažík, V.: Časový faktor v liečebnej rehabilitácii neurologických lézií
- Gúth, A., Palát, M., Tkáčik, J., Zoltán, O.: Naše skúsenosti pri zavádzaní automatizovaného systému riadenia na fyziatricko-rehabilitačné oddelenie. Časť I. Analýza a koncepčné riešenie
- Gúth, A., Palát, M., Tkáčik, J., Zoltán, O.: Naše skúsenosti pri zavádzaní automatizovaného systému riadenia na fyziatricko-rehabilitačné oddelenie. Čas. II. Súbory procedúr a riešenia informačných tokov
- Lánik, V.: Časový faktor v rehabilitácii vývojových chýb a deformít pohybových ústrojom u detí
- Litomerický, Š.: Časový faktor v rehabilitácii obštrukčnej bronchopulmonálnej choroby
- Nádvoříková, V., Dvončová, J., Nádvořík, P.: Logopedické nálezy pri DMO a ich závislosť od stereostatického liečenia
- Palát, M., Bendíková, M., Bartovicová, M.: Stavba rehabilitačných programov z hľadiska časového faktora
- Štukovský, R., Palát, M., Sedláková, A.: Štruktúra postojov k rehabilitácii pri infarkte myokardu I. Celkové miesto rehabilitácie po I. M. v sémantickom poli
- Štukovský, R., Palát, M., Sedláková, A.: Štruktúra postojov k rehabilitácii po infarkte myokardu II. Interprofesijné rozdiely postojových profilov
- Štukovský, R., Palát, M., Sedláková, A.: Štruktúra postojov k rehabilitácii po infarkte myokardu III. Základné dimenzie získané zhukovou analýzou
- Štukovský, R., Palát, M., Sedláková, A.: Štruktúra postojov k rehabilitácii po infarkte myokardu IV. Metodologické aspekty odpovedových skóre
- Vajda, P.: Zatriedenie detí s detskou mozgovou obrnou a voľba vhodného programu liečenia

METODICKÉ PRÍSPEVKY

- Blechová, M., Lukáčová, A.: Muzikoterapia u detí s DMO
- Elan, P.: Naše skúsenosti s liečbou detskej mozgovej obrny v dennom rehabilitačnom sanatóriu pre deti v Bratislave
- Fiala, F., Laciga, J.: Naše dosavadní zkušenosti s rehabilitácií chronických pacientů s využitím nočného sanatória
- Kucek, P.: Niektoré možnosti vyťaženia autoregulačného potenciálu behu
- Milenovský, J., Končelík, A.: Technické požadavky na liečebnou stereotaktickou stimuláciou
- Novotný, Zb., Huspeka, V.: Možnosti organizace a vzdelávání rodičů dětí s detskou mozgovou obrnou
- Řeháček, J.: Rehabilitace ischemické choroby dolních končetin
- Tesařová, A.: Reeducace dýchání jako prvek v léčbě vertebrogenních onemocnění
- Tichý, A., Kysela, J., Líška, Š., Škodáček, P.: Podmínky dobré metody pro hodnocení nemocných trpících koxartrózou