

Re

habilitácia

CASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

4

OBSAH

EDITORIAL

M. Palát: Rehabilitačná liečba a rehabilitačná starostlivosť . . . 193

PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

L. Lisý: Reflexné odpovede v m. sternocleidomastoideus po poklepe v oblasti tváre — elektrofyziologická štúdia u zdravých osôb a pacientov s centrálnymi poruchami hybnosti (predbežná štúdia) 195

K. Bošmanský: Tradičné a moderné prostriedky v liečbe dny 207

V. Špec, M. Ondrašík: Liečba ankylozujúcej spondylitídy 213

K. Pochopová, L. Navrátilová, J. Svobodová, A. Říčná: K otázke jednotnej funkčnej klasifikácie srdečne chorých 219

METODICKÉ PRÍSPEVKY

M. Malý, E. Malá, J. Stříbrný, M. Prusková, M. Jedličková, A. Jarošová, A. Šimová: Ergoterapia ako metóda liečebnej rehabilitácie 225

DISKUSIA 231

HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ 236

RECENZIE KNÍK 239

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 a v dokumentácii Excerpta Medica.

This publication is included in the abstracting and indexing coverage of the BioSciences Information Service of Biological Abstracts and is indexed and abstracted by Excerpta Medica.

Re **habilitácia**

Časopis pre otázky liečebnej a pracovnej rehabilitácie

VYDÁVA:

Ústav pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave vo Vydavateľstve OBZOR, n. p., ul. Československej armády 35, 815 85 Bratislava

VEDÚCI REDAKTOR:

MUDr. RNDr. Miroslav Palát, CSc.

TAJOMNÍČKA REDAKCIE:

Viera Reptová

REDAKČNÝ KRUH:

MUDr. Marianna Bendíková, Vlasta Bortlíková, prof. MUDr. Zdeněk Fejfar, DrSc., Božena Chlubnová, MUDr. Tomáš Kaiser, MUDr. Vladimír Kříž, doc. MUDr. Štefan Litomerický, CSc., MUDr. Zbyněk Novotný, MUDr. RNDr. Miroslav Palát, CSc. (predseda redakčného kruhu), prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc., Jana Raupachová, MUDr. Vladimír Raušer, CSc., MUDr. Jaromír Stříbrný, MUDr. Miroslav Tauchman, MUDr. Marie Večeřová.

GRAFICKÁ ÚPRAVA:

Melánia Gajdošová

REDAKCIA:

Kramáre, Limbova ul. 5, 833 05 Bratislava

TLAČ:

Nitrianske tlačiarne, n. p., ul. R. Jašíka 18, 949 50 Nitra

Vychádza štyrikrát ročne, cena jedného čísla Kčs 6,—

Rozširuje Poštová novinová služba. Objednávky na predplatné i do zahraničia prijíma PNS — Ústredná expedícia a dovoz tlače, Gottwaldovo nám. č. 6, 813 81 Bratislava

Podnikové inzeráty: Vydavateľstvo OBZOR, n. p., inzertné oddelenie, Gorkého 13, VI. poschodie, tel. 522-72, 815 85 Bratislava

Indexné číslo: 49 561

Imprimatur: 14. 10. 1985

Číslo vyšlo v októbri 1985

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK XVIII/1985

ČÍSLO 4

EDITORIAL . . .

REHABILITAČNÁ LIEČBA A REHABILITAČNÁ STAROSTLIVOSŤ

V dennom klinickom styku, ako aj pri písomnom vyjadrovaní formou záznamov, časopiseckých a iných prác často používame termín rehabilitačná liečba a rehabilitačná starostlivosť. Oba termíny často zamieňame, často ich nepoužívame správne.

Pod rehabilitačnou liečbou rozumieme aplikáciu rehabilitačných prostriedkov vo forme rehabilitačného programu s cieľom upraviť funkčný stav postihnutého pacienta pri danej indikácii. Podľa toho, kedy aplikujeme túto liečbu, hovoríme o klinickej, poliklinickej alebo kúpeľnej rehabilitačnej liečbe. Rehabilitačná liečba je teda súčasťou liečebného procesu a vedie podobne ako ostatné druhy liečby k úprave zdravotného stavu.

Rehabilitačná starostlivosť je komplexnejší proces. Ide o dlhodobý dej, ktorý slúži sústavnému sledovaniu fyziologických a psychosociálnych funkcií u pacienta postihnutého dlhodobým, chronickým alebo mutilujúcim ochorením s cieľom zabezpečiť určitú kvalitu života takto postihnutého jedinca. Rehabilitačná starostlivosť je teda autonómny dej, nezastupiteľný inou formou starostlivosti, a vedie spolu s ostatnými opatreniami k udržaniu homeostázy fyziologických a psychosociálnych funkcií.

Rehabilitačná liečba je súčasťou rehabilitačnej starostlivosti, a to jednou z najdôležitejších. Aj keď prostriedky oboch týchto foriem starostlivosti sú v určitej fáze totožné — ani to inak nemôže byť — predsa ich treba z hľadiska sémantiky, ako aj z hľadiska úloh a cieľov rozlišovať.

Nadradeným pojmom je nesporne rehabilitačná starostlivosť ako základný dej vôbec pre skupinu chorých, postihnutých alebo ohrozených už spomenutými stavmi. Každé dlhotrvajúce poškodenie (impairment), postihnutie (disability) alebo obmedzenie (handicap) vyžadujú jednoznačne rehabilitačnú starostlivosť. Rivière-Paul hovorí o „rehabilitačnom kóde“ (3), ktorý predstavuje rozdelenie na jednotlivé typy telesného poškodenia, Hellbrüge dodáva vo svojej „Sociálnej pediatrii“ (2), že takéto telesné postihnutie nie je nič absolútne. A Medzinárodná klasifikácia porúch disability a handicapu, vydaná Svetovou zdravotníckou organizáciou (1), vytvára indikačnú štruktúru pre rehabilitačnú starostlivosť ako dlhodobý proces, s cieľom zabezpečiť a udržať homeostázu

narušených fyziologických a psychosociálnych funkcií a dosiahnuť týmito opatreniami určitú kvalitu života postihnutého jedinca.

Rehabilitačná liečba predstavuje v celej štruktúre rehabilitačnej starostlivosti základné opatrenia. Povedali by sme, že rehabilitačná liečba je základnou konštrukciou rozsiahlej stavby rehabilitačnej starostlivosti. A aká bude táto konštrukcia, taká bude aj hotová stavba. Chyby v rehabilitačnej liečbe sa odrážajú v rehabilitačnej starostlivosti, zanedbanie niektorej fázy alebo vypustenie určitých rehabilitačných prostriedkov z rehabilitačného programu, daného indikáciou, štádiom postihnutia a ostatnými faktormi, má za následok narušenie základnej koncepcie rehabilitačnej starostlivosti. Rehabilitačné prostriedky potrebné na úpravu narušených fyziologických a psychosociálnych funkcií v rámci rehabilitačnej liečby vedú k úprave týchto funkcií, ich nepoužitie alebo ich nesprávna aplikácia zhoršujú už aj tak narušenú homeostázu týchto funkcií -- patologické mechanizmy sa neodstraňujú, ale naopak, potencujú. Výsledky týchto interakcií, ktoré nie sú koordinované, alebo ich koordinácia je zanedbaná nesprávnou aplikáciou rehabilitačných prostriedkov, je východiskový stav chorého, predstavujúci potom v rehabilitačnej starostlivosti podstatne komplikovanejší systém, ktorý vyžaduje iný prístup v riešení a inú kombináciu použitých prostriedkov. Aj keď „rehabilitačný kód“ určujú jednotlivé typy telesného a iného postihnutia, objavuje sa presun v rámci tohoto kódu, jedinec, postihnutý napríklad jednoduchým poškodením (impairment) stáva sa jedincom obmedzeným (handicap), a táto nová kvalita predstavuje potom úplne novú východiskovú situáciu pre následnú rehabilitačnú starostlivosť. Dochádza totiž aj ku zmenám identity postihnutého jedinca s celou pestrou škálou klinickej, psychosociálnej a spoločenskej symptomatológie.

Medzi rehabilitačnou liečbou a rehabilitačnou starostlivosťou existuje dialektická jednota. Vzájomné vzťahy medzi oboma procesmi, vzájomná možnosť ovplyvnenia oboch procesov a spoločný cieľ stavajú túto problematiku do stredobodu pozornosti súčasnej modernej rehabilitácie.

Dr. Miroslav Palát, Bratislava

LITERATÚRA

1. Mezinárodní klasifikace poruch, disaptibility a handicapu. Rehabilitácia 17, 1984, suppl. 28.
2. WISKOTT, A., BETKE, K., KÜNZER, W.: Lehrbuch der Kinderheilkunde. Georg Thieme Verlag Stuttgart, 1977.
3. PALÁT, M.: Rehabilitácia a pediatria. Rehabilitácia 17, 1984, s. 193—194.

**PŮVODNÉ VEDECKÉ
A ODBORNÉ PRÁCE****REFLEXNÉ ODPOVEDE V M. STERNOCLEIDIMASTOIDEUS PO POKLEPE
V OBLASTI TVÁRE — ELEKTROZYZIOLOGICKÁ ŠTÚDIA U ZDRAVÝCH
OSOB A PACIENTOV S CENTRÁLNYMI PORUCHAMI HYBNOSTI
(Predbežná štúdia)**

E. LISÝ

*Katedra neurológie Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov v Bratislave,
Vedúci: Doc. MUDr. D. Orošín, CSc.*

Súhrn: Reflexné odpovede v m. sternocleidomastoideus sa sledovali po poklepe kladivkom na bradu, hornú peru a obe líca nad foramen infraorbitale u skupiny zdravých osôb a pacientov s rôznymi centrálnymi poruchami hybnosti. Vyšetrenie sa vykonávalo pri miernej izometrickej kontrakcii svalu. Reflexné odpovede sa identifikovali pomocou sumačného spriemerňovania po predchádzajúcej rektifikácii svalových potenciálov. U zdravých osôb sa zaznamenala iniciálne inhibičná a po nej excitačne reflexná odpoveď. Iniciálny výskyt krátkolatenčnej excitačnej reflexnej odpovede bol zistený u pacientov s léziou frontálneho laloka a mediálnej časti pons Varoli. U pacientov s hemisféralnou léziou v centrálnej oblasti sa táto časť reflexnej odpovede nevyskytla. V skupine pacientov s torticollis spastica bol prítomný rôzny stupeň stranevej asymetrie excitačných, ako aj inhibičných častí reflexnej odpovede. Tieto nálezy sú objektívnym podkladom k bližšiemu poznaniu etiopatogenézy, ako aj východiskom k diferencovanému prístupu vo farmakoterapii ochorenia.

Kľúčové slová: m. sternocleidomastoideus — trigemino-cervikálne reflexy — centrálnne poruchy hybnosti — torticollis spastica.

Musculus sternocleidomastoideus sa spolu s inými cervikálnymi svalmi zúčastňuje rotácie a úklonov hlavy. Jeho obojstranná kontrakcia prispieva k flexii krčnej chrbtice. Jeho účasť na reflexných pohyboch hlavy sa doposiaľ podrobnejšie neštudovala. Elektrofyziologicky sa u mačiek dokumentovala prítomnosť krátkolatenčnej a dlhoolatenčnej excitácie motoneurónov tohoto svalu po stimulácii proprioceptívnych aferentných vlákien (4). U ľudí je známa jeho reflexná aktivácia pri kalorickej stimulácii vestibulárneho aparátu (1). Z účasti svalu na adverzívnych obranných pohyboch hlavy sa dá predpokladať významný podiel trigeminálnej aferencie z oblasti tváre na jeho reflexnom ovplyvnení. Cieľom tejto práce bolo zistenie prítomnosti a charakteru reflexného ovplyvnenia tohoto svalu mechanickou stimuláciou v oblasti tváre tak u zdravých osôb, ako aj u pacientov s rôznymi typmi centrálnych porúch hybnosti.

L. LISÝ / REFLEXNÉ ODPOVEDE V M. STERNOCLEIDOMASTOIDEUS PO POKLEPE V OBLASTI TVÁRE — ELEKTROFYZIOLOGICKÁ ŠTÚDIA

Materiál a metodika

Vyšetrených bolo 20 zdravých osôb vo veku od 23 do 56 rokov (10 mužov, 10 žien, priemerný vek 34,2 roka) a 24 pacientov s centrálnymi poruchami hybnosti. Túto skupinu tvorili 3 osoby vo veku od 48 do 58 rokov s ischemickou léziou mozgového kmeňa v centrálnej oblasti pons Varoli, 3 osoby vo veku od 48 do 64 rokov s ischemickou hemisferálnou cerebrálnou léziou v centrálnej oblasti, 2 osoby vo veku 48 a 52 rokov s léziou frontálneho laloka vľavo pri tumore, 3 osoby vo veku od 50 do 56 rokov s parkinsonizmom, 13 osôb vo veku od 26 do 54 rokov (7 mužov, 6 žien, priemerný vek 42,2 roka) s torticollis spastica.

Vyšetrenie reflexov sa vykonávalo v sediacej polohe pri rotácii hlavy 60 stupňov do oboch strán, čím sa zabezpečila trvalá aktivita svalu kontrolovaná opticky na osciloskope a akusticky z reproduktora elektromyografického prístroja firmy DISA typ 13 A 40. Elektrická aktivita z m. sternocleidomastoideus sa snímala povrchovými elektródami firmy DISA typ 13 K 60, ktoré boli naložené nad strednou tretinou svalu s medzi-elektrodovou vzdialenosťou 3 cm. Aktívna elektróda bola umiestnená proximálne. Snímané svalové potenciály boli v elektromyografickom prístroji amplifikované a filtrované (zosilnené 300 μ V/1 dielik, priepustné frekvenčné pásmo 20 Hz — 10 KHz). Po usmernení snímaných potenciálov v rektifikačnej jednotke s časovou konštantou 2 ms sa vykonávalo sumačné spriemerňovanie kriviek multikanálovým analyzátorom ICA — 70 (KIFI, Maďarsko). Počet vykonaných spriemerení pri vyšetrení jedného reflexu bol 50, časovou základňou 200 ms, diskriminačným časom 20 μ s a 4 K. Reflexy boli vyvolané poklepom reflexného kladivka na bradu, hornú peru a líce obojstranne nad foramen infraorbitale. Pri poklepe kladivkom o frekvencii 0,5 Hz sa piezoelektrickým impulzom spúšťala časová základňa osciloskopu elektromyografického prístroja. Medzi vyšetreniami jednotlivých typov reflexov boli intervaly 5 minút. Výsledné krivky sa fotografovali polaroidnou kamerou z osciloskopu analyzátoru ICA — 70, alebo sa prepísali na registračný papier pomocou zapisovača BAK—4T (Aritma, Československo). Hodnotenie výsledných kriviek sa vykonávalo vizuálne. Hodnotili sa latencie, amplitúdy a trvanie zaznamenaných reflexných odpovedí. Výsledky vyšetrení u zdravých osôb sa porovnali s výsledkami vyšetrení u skupiny pacientov s centrálnymi poruchami hybnosti.

Výsledky

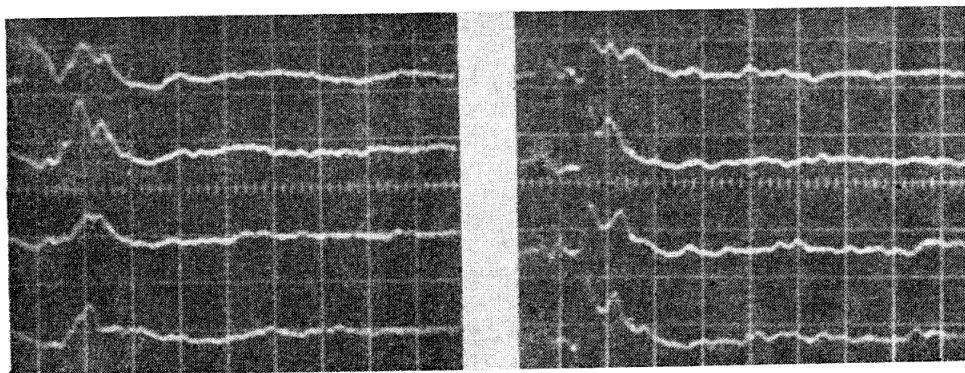
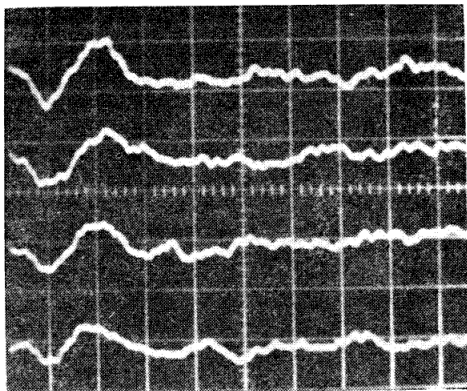
I. Skupina zdravých osôb (obr. 1)

Po poklepe na bradu, hornú peru a líce obojstranne nad foramen infraorbitale sa najprv zaznamenal pokles základnej aktivity svalu (R1e odpoveď). Zatiaľ čo tejto časti reflexnej odpovede sa pohyboval medzi 8 — 10 ms. V nadväznosti na túto odpoveď sa vyskytovalo zvýšenie základnej aktivity svalu (R2e odpoveď) s latenciou medzi 27 až 34 ms. Jej trvanie bolo v rozsahu od 25 do 35 ms.

II. Lézia mediálnej časti pons Varoli (obr. 2)

V tejto skupine pacientov sa po poklepe na bradu zaznamenalo krátkolatenčné zvýšenie základnej aktivity (R1e odpoveď, latencia 9 až 11ms). U dvoch vyšetrených osôb sa táto krátkolatenčná časť odpovede zaznamenala tiež pri poklepe na kontralaterálne líce. Neskorolatenčná R2e odpoveď sa zaznamenala po poklepe na všetky miesta vybavovania reflexov. Iniciálna inhibičná časť odpovede bola slabo vyjadrená.

Obr. 1. Spriemernené reflexné odpovede v m. sternocleidomastoideus vpravo u zdravej osoby po poklepe — záznamy zhora nadol — na bradu, hornú peru, líce vpravo a vľavo. Po poklepe na všetky miesta vybavovania reflexov sa zaznamenala najprv inhibičná a po nej excitačná časť reflexnej odpovede: Kalibrácia: časová základňa 20 ms, amplitúda 100 μ V/1 dielik, počet spriemernení 50.



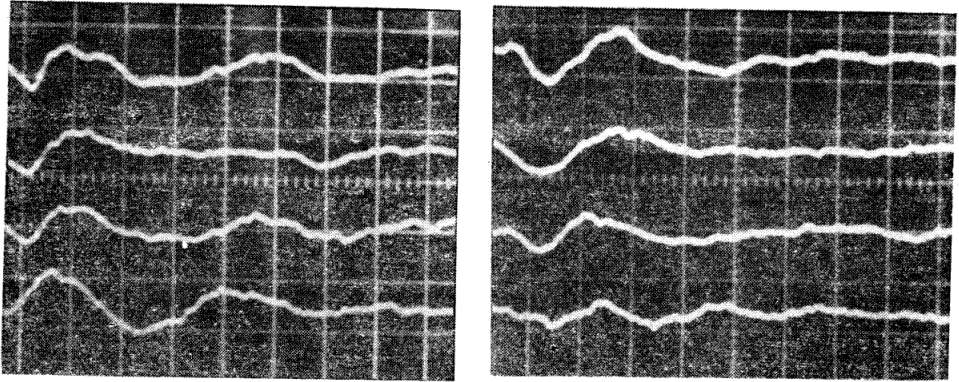
Obr. 2a, b. Spriemernené reflexné odpovede v m. sternocleidomastoideus a) vľavo b) vpravo u pacienta s ischemickou léziou v centrálnej časti pons Varoli po poklepe — záznamy zhora nadol — na bradu, hornú peru a líce ipsilaterálne a kontralaterálne. Krátkolatenčná časť reflexnej odpovede je prítomná po poklepe na bradu obojstranne a vpravo po poklepe na kontralaterálne líce. Neskorolatenčné excitačné časti reflexnej odpovede sú výbavné po poklepe na všetky miesta vybavovania reflexov. Kalibrácia: časová základňa 200 ms, amplitúda 100 μ V/1 dielik, počet spriemernení 50.

III. Hemisferálna lézia v centrálnej oblasti (obr. 3a, b)

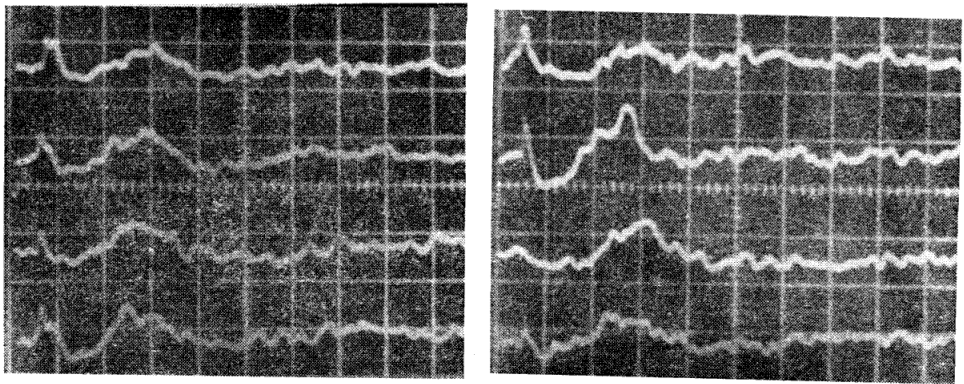
Ipsilaterálne k strane hemisferálnej lézie sa vyskytlo skrátenie trvania a menší stupeň vyjadrenia iniciálnej inhibičnej časti reflexnej odpovede. Kontralaterálne k strane hemisferálnej lézie sa u dvoch pacientov, dva týždne po vzniku cievnej príhody, zaznamenalo relatívne zvýšenie amplitúdy R2e odpovede. R1e odpovede neboli pozorované u žiadnej z vyšetrených osôb.

IV. Lézia frontálneho laloka (obr. 4a, b)

R1e odpovede sa zaznamenali obojstranne po poklepe na všetky miesta vybavovania reflexov, s výnimkou reflexnej odpovede kontralaterálne k strane lézie frontálneho laloka po poklepe na ipsilaterálne líce. R2e odpovede boli



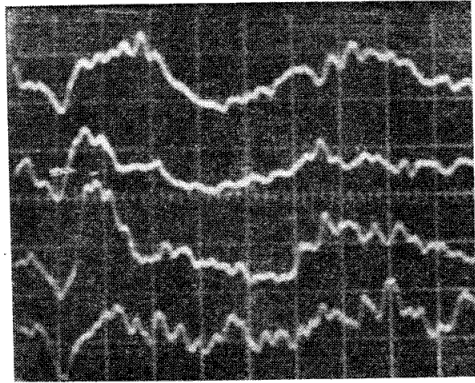
Obr. 3a, b. Spriemernené reflexné odpovede v m. sternocleidomastoideus a) vľavo b) vpravo u pacienta so spastickou hemiparézou vpravo po ischemickej cievnej mozgovej príhode v centrálnej oblasti ľavej hemisféry po poklepe — záznamy zhora nadol — na bradu, hornú peru, a líce ipsilaterálne a kontralaterálne. Prítomná je stranová asymetria v trvaní iniciálnej inhibičnej fázy reflexnej odpovede. Kalibrácia: časová základňa 200 ms, amplitúda 100 μ V/dielik, počet spriemernení 50.



Obr. 4a, b. Spriemernené reflexné odpovede v m. sternocleidomastoideus a) vľavo, b) vpravo u pacienta s gliomom frontálneho laloka vľavo po poklepe — záznamy zhora nadol — na bradu, hornú peru a líce ipsilaterálne a kontralaterálne. Krátko-latenčné excitačné časti reflexnej odpovede sú prítomné po poklepe na všetky miesta vybavovania reflexov obojstranne okrem reflexnej odpovede v m. sternocleidomastoideus vpravo po poklepe na ipsilaterálne líce. Kalibrácia: časová základňa 200 ms, amplitúda 100 μ V/1 dielik, počet spriemernení 50,

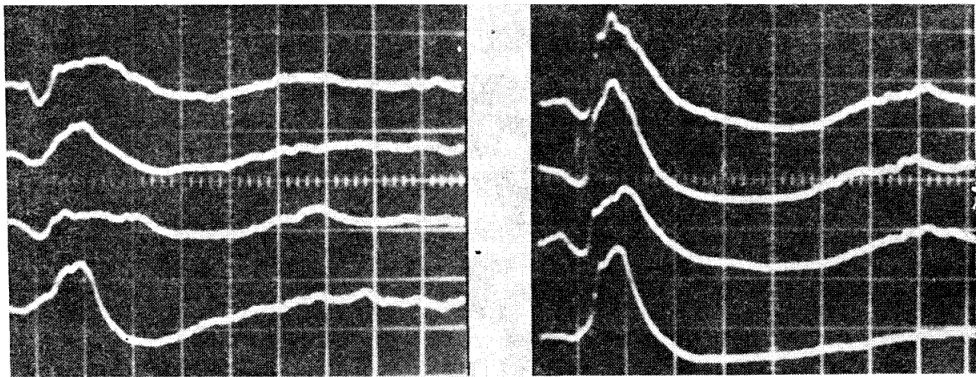
prítomné po poklepe na všetky miesta vybavovania reflexov. Inhibičná časť reflexnej odpovede bola variabilne vyznačená medzi oboma excitačnými časťami reflexnej odpovede.

Obr. 5. Spriemernené reflexné odpovede v m. sternocleidomastoideus vľavo u pa-
cientky s parkinsonizmom po poklepe —
záznamy zhora nadol — na bradu, hornú
peru a líce vľavo a vpravo. Iniciálne prí-
tomná je inhibičná a na ňu nadväzujúca
neskorolatenčne excitačná časť reflexnej
odpovede s predĺženým trvaním. Kalibrá-
cia: časová základňa 200 ms, amplitúda
100 μ V/1 dielik, počet spriemernení 50.



V. Parkinsonizmus (obr. 5)

R1e časti reflexnej odpovede sa u týchto pacientov nezaznamenali. R2e časti reflexnej odpovede boli, naopak, dobre vyznačené a mali skôr vyššiu amplitúdu a predĺžené trvanie než u skupiny zdravých osôb. R1i časť reflexnej odpovede bola interindividuálne variabilne vyjadrená.



Obr. 6a, b. Spriemernené reflexné odpovede v m. sternocleidomastoideus a) vľavo,
b) vpravo u pacienta s torticollis spastica s deviáciou hlavy doľava po poklepe —
záznamy zhora nadol — na bradu, hornú peru a líce ipsilaterálne a kontralaterálne.
Iniciálna inhibičná časť reflexnej odpovede je obojstranne skrátená, neskorolatenčná
excitačná časť reflexnej odpovede má vpravo vyššiu amplitúdu. Kalibrácia: časová zá-
kladňa 200 ms, amplitúda 100 μ V/1 dielik, počet spriemernení 50.

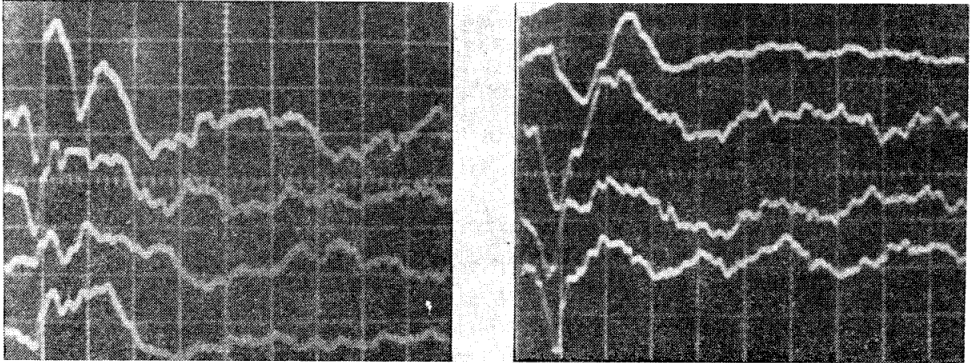
VI. Torticollis spastica

1. Skupina pacientov s deviáciou hlavy do strán

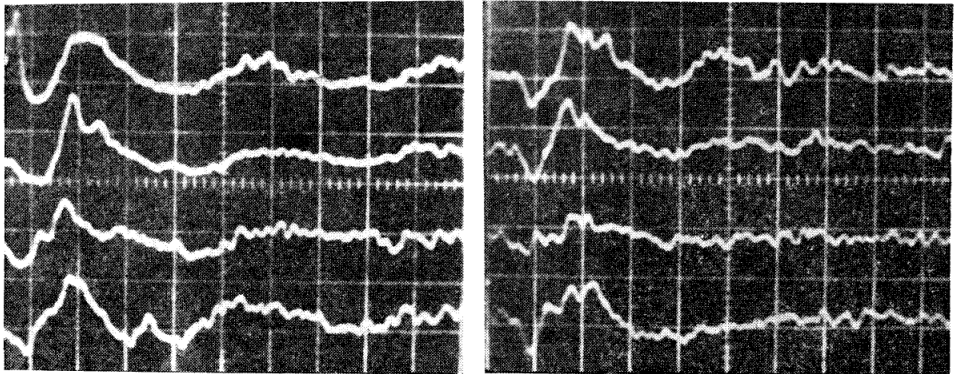
V tejto skupine pacientov sa dali identifikovať viaceré typy abnormných stranovo asymetrických reflexných odpovedí.

a) Zvýšenie amplitúdy R2e odpovede kontralaterálne k strane deviácie hlavy (obr. 6a, b; počet osôb 3). R1i odpovede obojstranne mali kratšie trvanie.

- b) Skrátenie trvania R1i odpovede kontralaterálne k strane deviácie hlavy (obr. 7a, b; počet osôb 3). R2e odpoveď mala na tejto strane po poklepe na bradu a hornú peru variabilne vyjadrenú zmenu tvaru.
- c) Výbavnosť R1e odpovede po poklepe na bradu a neskorolatenčnej R3e odpovede (latencia 80 — 100 ms) po poklepe aj na ostatné miesta vybavovania reflexov kontralaterálne k strane deviácie hlavy (obr. 8a, b; počet osôb 2).



Obr. 7a, b. Spriemernené reflexné odpovede v m. sternocleidomastoideus a) vľavo, b) vpravo u pacienta s torticollis spastica s deviáciou hlavy doprava po poklepe — záznamy zhora nadol — na bradu, hornú peru a líce ipsilaterálne a kontralaterálne. Iničiálna inhibičná časť reflexnej odpovede má variabilne vyjadrenú amplitúdu a trvanie. Kalibrácia: časová základňa 200 ms, amplitúda 100 μ V/1 dielik, počet spriemernení 50.



Obr. 8a, b. Spriemernené reflexné odpovede v m. sternocleidomastoideus a) vľavo, b) vpravo u pacienta s torticollis spastica s deviáciou hlavy doprava po poklepe — záznamy zhora nadol — na bradu, hornú peru a líce ipsilaterálne a kontralaterálne. Po poklepe na bradu je výbavná vľavo krátkolatenčná excitačná časť reflexnej odpovede, neskorolatenčné excitačné časti reflexnej odpovede sú výbavné po poklepe na všetky miesta vybavovania reflexov. Kalibrácia: časová základňa 200 ms, amplitúda 100 μ V/ dielik, počet spriemernení 50.

L. LISÝ / REFLEXNÉ ODPOVEDE V M. STERNOCLEIDOMASTOIDEUS PO POKLEPE V OBLASTI TVÁRE — ELEKTROFYZIOLOGICKÁ ŠTÚDIA

d) Polyfázická excitačná reflexná odpoveď po poklepe na bradu a obe líca ipsilaterálne k strane deviácie hlavy (obr. 9; počet osôb 2).

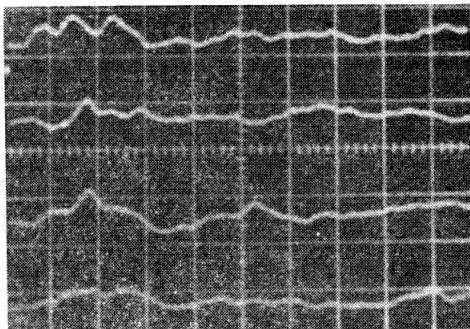
2. Laterocolis spastica (obr. 10; počet osôb 1)

Na strane úklonu hlavy je po poklepe na bradu výbavná R1e odpoveď. R2e odpovede nie sú na tejto strane výbavné po poklepe na bradu a hornú peru.

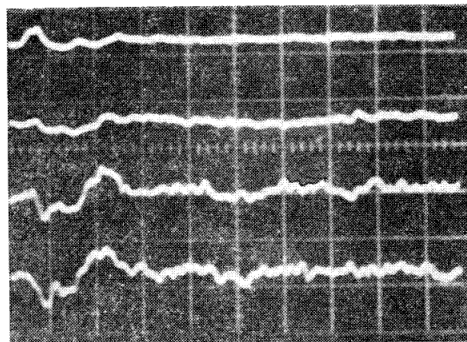
3. Retrocolis spastica (obr. 11; počet osôb 2)

R1e odpovede sa zaznamenali po poklepe na bradu a hornú peru obojstran-

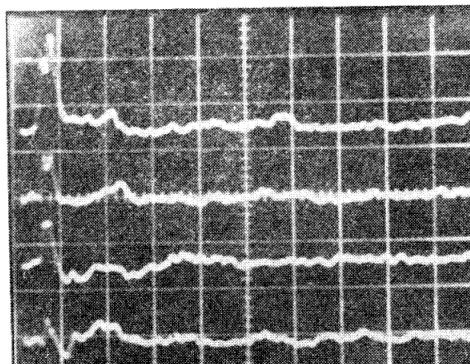
Obr. 9. Spriemernené reflexné odpovede v m. sternocleidomastoideus vpravo u pacienta s torticollis spastica s deviáciou hlavy doprava po poklepe — záznamy zhora nadol — na bradu, hornú peru a líce vpravo a vľavo. Prítomná je polyfázická excitačná reflexná odpoveď po poklepe na bradu a obe líca. Kalibrácia: časová základňa 200 ms, amplitúda 100 μ V/1 dielik, počet spriemernení 50.



Obr. 10. Spriemernené reflexné odpovede v m. sternocleidomastoideus vpravo (horné dva záznamy) a vľavo (dolné dva záznamy) u pacientky s laterocolis spastica doprava po poklepe na bradu (1. a 3. záznam) a hornú peru (2. a 4. záznam). Vpravo je prítomná krátkolatenčná excitačná odpoveď po poklepe na bradu, neskorolatenčné excitačné odpovede na tejto strane nie sú prítomné. Kalibrácia: časová základňa 200 ms, amplitúda 100 μ V/1 dielik, počet spriemernení 50.



Obr. 11. Spriemernené reflexné odpovede v m. sternocleidomastoideus vpravo (horné dva záznamy) a vľavo (dolné dva záznamy) u pacienta s retrocolis spastica po poklepe na bradu (1. a 3. záznam) a hornú peru (2. a 4. záznam). Prítomné sú krátkolatenčné excitačné odpovede s vyššou amplitúdou vpravo, neskorolatenčné excitačné odpovede sú obojstranne potlačené. Kalibrácia: časová základňa 200 ms, amplitúda 100 μ V/1 dielik, počet spriemernení 50.



ne. Prítomný bol rôzny stupeň stranovej asymetrie amplitúd tejto časti reflexnej odpovede. Amplitúdy R2e odpovedí boli znížené po poklepe na všetky miesta vybavovania reflexov.

Diskusia

Výsledky tejto práce dokumentovali u zdravých osôb prítomnosť včasnej inhibičnej a neskorej excitačnej modulácie základnej aktivity m. sternocleidomastoideus (R2e odpoveď) po poklepe na všetky miesta vybavovania reflexov v oblasti tváre. V skupine sa zaznamenal aj výskyt krátkolatenčnej excitačnej odpovede a neskorolatenčnej excitačnej odpovede (R3e odpoveď). V skupine osôb so známou topikou centrálnaj lézie sa R1e odpoveď vyskytla u pacientov s léziou frontálneho laloka a centrálnaj časti pons Varoli. Vzťah týchto oblastí ku kontrole osových svalov je známy z predchádzajúcich štúdií (3). Výsledky tejto práce poukazujú tiež na účasť týchto oblastí v inhibičnej kontrole krátkolatenčného prepojenia z n. trigeminus k motoneurónom m. sternocleidomastoideus. Výskyt R1e odpovedí u niektorých pacientov s torticollis spastica by mohol byť spojený s léziou v identických oblastiach mozgu. Nemožnosť vykonania korelácie elektrofyziologických nálezov s patologicko-anatomickým substrátom u tejto skupiny osôb znižuje validitu tohto predpokladu. Z doterajších klinických pozorovaní je známe, že m. sternocleidomastoideus je kontrolovaný z ipsilaterálnej hemisféry mozgu (5). Z toho vyplýva, že na strane hemisferálnej lézie možno očakávať príznaky centrálnaj parézy a na kontralaterálnej strane prejavy relatívnej funkčnej prevahy tohoto svalu. V akútnom štádiu hemisferálnej cievnaj mozgovej príhody sa to prejaví sklonom k deviacii hlavy na stranu ložiskovej lézie. Zisteným elektrofyziologickým korelátom asymetrickej excitabilnosti motoneurónom m. sternocleidomastoideus je relatívne zvýšenie amplitúdy R2e odpovede kontralaterálne k strane ložiskovej hemisferálnej lézie. V chronickom štádiu sa tento typ asymetrie stráca. Pretrváva však stranová asymetria vo vyjadrení iniciálnej inhibičnej fázy, ktorá ipsilaterálne k strane ložiskovej lézie má menšiu amplitúdu a kratšie trvanie. Výbavnosť R2e odpovede u pacientov s léziou frontálneho laloka centrálnaj oblasti mozgovej hemisféry a u parkinsonikov poukazuje na možnosť realizácie tejto časti reflexnej odpovede na úrovni mozgového kmeňa podobne, ako je to známe pri žmurkacom reflexe (2). Variabilný typ stranovej asymetrie vyšetrených reflexov u pacientov s torticollis spastica poukazuje na účasť viacerých etiopatogenetických mechanizmov pri vzniku ochorenia. Získané výsledky dávajú objektívne podklady k bližšej diferenciacii jednotlivých typov postihnutí centrálnaj nervového systému pri torticollis spastica. Môžu sa tiež stať východiskom k diferencovanému prístupu pri voľbe terapeutických postupov pri tomto ochorení.

LITERATÚRA

1. EMANI-NOURI, M.: Vestibulärer Reflextonus. Arch. Oto-Rhino-Laryng., 206, 1973, č. 4, s. 47—55.
2. KIMURA, J.: Electrically elicited blink reflex in diagnosis multiple sclerosis. Review of 260 patients over a seven year period. Brain, 98, 1975, č. 3, s. 413—426.

E. LISÝ / REFLEXNÉ ODPOVEDE V M. STERNOCLEIDOMASTOIDEUS PO POKLEPE V OBLASTI TVÁRE — ELEKTROFYZIOLOGICKÁ ŠTÚDIA

3. KUYPERS, H. G. J. M.: A new look at the organisation of the motor system. In: Kuypers, H. G. J. M., Martin, G. F. Eds.: Progr. Brain Res, Vol 57, Amsterdam, Elsevier, 1982, s. 382—403.
4. RAPOPORT, S.: Reflex connexions of motoneurons of muscles involved in head movement in the cat. J. Physiol., 289, 1979, s. 311—327.
5. WILLOUGHY, E. W., ANDERSON, N. E.: Lower cranial nerve motor function in unilateral vascular lesions of the cerebral hemisphere. Brit. med. J., 389, 1984, č. 6448, s. 791—794.

Adresa autora: MUDr. I. L., CSc., Katedra neurológie ILF, Bratislava, Ďumbierska 1

Л. Лисы

РЕФЛЕКСНЫЕ ОТВЕТЫ В М. STERNOCLEIDOMASTOIDEUS ПОСЛЕ ПОСТУКИВАНИЯ В ОБЛАСТИ ЛИЦА — ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И БОЛЬНЫХ С ЦЕНТРАЛЬНЫМ НАРУШЕНИЕМ ДВИГАТЕЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ

Резюме

Рефлексные ответы в *m. sternocleidomastoideus* исследовались после постукивания молотком на подбородок, верхнюю губу и обе щеки над *foramen infraorbitale* в группе здоровых лиц и пациентов с различными расстройствами подвижности. Обследование проводилось при умеренной изометрической контракции мышцы. Рефлексные ответы опознавали при помощи суммарного усреднения после предварительной ректификации мышечных потенциалов. У здоровых лиц был установлен инициально ингибиторный, а затем эксцитаторно рефлексный ответ. Инициальное наличие кратко латентного эксцитаторного рефлексного ответа имел место у больных с нарушением лобной доли и средней части варолиева моста. У больных с нарушением полушария в центральной области эта часть рефлексного ответа не встречалась. В группе больных с *torticollis spastica* обнаружена разной степени асимметрия сторон как эксцитаторных, так и ингибиторных частей рефлекторного ответа. Эти заключения являются объективным основанием для лучшего познания этиопатогенеза, равно как и исходным пунктом к дифференцированному подходу в фармакотерапии заболевания.

E. Lisý

REFLEX RESPONSES IN M. STERNOCLEIDOMASTOIDEUS AFTER PERCUSSION IN THE REGION OF THE FACE — AN ELECTROPHYSIOLOGICAL STUDY IN HEALTHY PERSONS AND IN PATIENTS WITH DISTURBANCES OF MOBILITY

Summary

Reflex responses in *m. sternocleidomastoideus* were investigated after percussion with a plexor on the chin, the upper lip and both cheeks above the infraorbital foramen in a group of healthy persons and in patients with various central disturbances of mobility. Examination was carried out in mild isometric muscle contraction. Reflex responses were identified by summation averaging after preceding rectification of the muscle potentials. In healthy persons initial inhibitional and then excitation reflex responses were registered. Initial occurrence of short latent excitation reflex response was found in patients with hemispherical lesion of the frontal lobe and the medial part of pons Varoli. In patients with hemispherical lesion in the central region, this part of reflex response was not registered. In the group of patients with *torticollis spastica*

**L. LISÝ / REFLEXNÉ ODPOVEDE V M. STERNOCLEIDOMASTOIDEUS PO POKLEPE V OB-
LASTI TVÁRE — ELEKTROFYZIOLOGICKÁ ŠTÚDIA**

various grades of asymmetry of excitatory and inhibitory parts of the reflex response were present. These findings are an objective basis for better recognition of the etiopathogenesis and also a starting point towards a differentiated approach to pharmacotherapy of the disease.

L. Lisý

REFLEKTORISCHE REAKTIONEN IM M. STERNOCLEIDOMASTOIDEUS
AUF BEKLOPFUNG IM BEREICH DES GESICHTS — ELEKTROPHYSIO-
LOGISCHE STUDIEN AN GESUNDEN UND AN PATIENTEN MIT ZEN-
TRALEN STÖRUNGEN DER MOTORIK

Zusammenfassung

Reflektorische Reaktionen im m. Sternocleidomastoideus wurden nach dem Beklopfen des Kinns, der Oberlippe und beider Wangen oberhalb des Foramen infraorbitale mit dem Hämmerchen bei einer Gruppe von Gesunden und bei Patienten mit verschiedenen zentralen Bewegungsstörungen beobachtet. Die Untersuchungen wurden bei mäßiger isometrischer Kontraktion des Muskels durchgeführt. Die reflektorischen Reaktionen wurden nach vorangegangener Rektifizierung der Muskelpotentiale mit Hilfe summierender Verdurchschnittlichung identifiziert. Bei Gesunden wurde eine initial inhibitorische und nachfolgend eine exzitante reflektorische Reaktion festgestellt. Ein initiales Vorkommen einer kurzfristigen exzitanten reflektorischen Reaktion wurde bei Patienten mit einer Läsion des Frontallappens und des medialen Teils des Pons Varoli verzeichnet. Bei Patienten mit hemisphäraler Läsion im Zentralbereich trat dieser Teil der reflektorischen Reaktion nicht in Erscheinung. Innerhalb der Patientengruppe mit torticollis spastica wurden verschiedene Stufen einer seitlichen Asymmetrie sowohl der exzitanten als auch der inhibitorischen Teile der reflektorischen Reaktionen beobachtet. Diese Befunde bilden eine objektive Grundlage zur näheren Erkenntnis der Ätiopathogenese und zugleich einen Ausgangspunkt für ein differenziertes Herangehen bei der Pharmakotherapie dieser Erkrankung.

L. Lisý

RÉPONSES RÉFLEXIBLES DANS LE MUSCLE STERNO-CLÉIDO-MASTOÏ-
DIEN APRÈS TAPOTEMENT DANS LE DOMAINE DE L'ÉTUDE ÉLEC-
TROPHYSIOLOGIQUE FACIALE CHEZ LES PERSONNES EN BONNE
SANTÉ ET CHEZ LES MALADES AFFECTÉS DE TROUBLES CENTRAUX
DU SYSTÈME MOTEUR

Résumé

Les réponses réflexibles dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien furent contrôlées après le tapotement avec un martelet sur le menton, la lèvre supérieure et les deux joues au-dessus du foramen infraorbital chez un groupe de personnes en bonne santé et des patients affectés de différents troubles centraux du système moteur. L'examen s'effectua avec une contraction isométrique modérée du muscle. Les réponses réflexibles furent identifiées par une valeur de calcul moyenne après rectification précédente des potentiels musculaires. Chez les personnes bien portantes on enregistra initialement une réponse inhibitive et par la suite une réponse réflexible excitative. La présence initiale de la réponse réflexible excitative latente de courte durée fut constatée chez les patients affectés de la lésion du lobe frontal et de la partie médiane pons Varoli. Chez les malades avec lésion hémisphérique (cérébrale) dans la région centrale cette part de réponse réflexible ne fut pas enregistrée. Chez le groupe de malades avec

**L. LISÝ / REFLEXNÉ ODPOVEDE V M. STERNOCLEIDOMASTOIDEUS PO POKLEPE V OB-
LASTI TVÁRE — ELEKTROFYZIOLOGICKÁ ŠTÚDIA**

torticolis spastica on enregistra la présence de différent degré d'asymétrie latérale de réponse réflexible des régions excitative et inhibitive. Ces diagnostics servent de base objective à la connaissance plus avancée de l'étiopatogénie et sont une issue vers l'accès différent dans la pharmacothérapie de la maladie.

W. D. BUSSMANN

AKUTE UND CHRONISCHE HERZINSUFFIZIENZ

Akútna a chronická srdcová insuficiencia

Springer Verlag, Berlin — Heidelberg — New York — Tokyo, 1984

ISBN 3 — 540 — 13117 — 5

Prof. Bussmann z Centra vnútorného lekárstva — oddelenia kardiológie na Univerzite Johanna Wolfganga Goetheho vo Frankfurte vydáva v roku 1984 vo vydavateľstve Springer Verlag v Berlíne pozoruhodnú monografiu, venovanú otázkam kliniky a terapie akútnej a chronickej srdcovej insuficiencie. Predhovor k tejto knihe napísal prof. Kaltenbach, kniha prináša posledné poznatky z tejto oblasti internej medicíny, ktorá, ako hovorí autor v úvode, zaznamenala v posledných 14 rokoch značný vývoj.

Monografia sa člení na časť o akútnej a časť o chronickej insuficiencii srdca, pričom každá z týchto častí má celý rad kapitol. V časti venovanej akútnej srdcovej insuficiencii sa autor zaoberá otázkami patofyziológie srdcovej insuficiencie pod zorným uhlom vazodilatácie, otázkou akútnej ľavostrannej insuficiencie a problematikou terapie akútneho pľúcneho edému. V ďalších kapitolách rozoberá otázky ľavostrannej insuficiencie pri čerstvom infarkte myokardu, problém ľavostrannej insuficiencie pri syndróme papilárnych svalov, otázky ľavostrannej insuficiencie pri ruptúre komorového septa, problematikou kardiogénneho šoku. Ďalšie kapitoly tejto časti venujú pozornosť ľavostrannej insuficiencii pri reumatických srdcových chybách a kardiomyopatiách a tejto forme insuficiencie pri hypertenzívnej kríze. Akútna pravostranná insuficiencia a farmakokinetika vazodilatačných látok predstavujú predmet ďalších dvoch ka-

pitol tejto časti Bussmannovej monografie.

Časť chronickej srdcovej insuficiencie je rozsahovo v porovnaní s prvou časťou menšia, venuje pozornosť patofyziologickým mechanizmom pri chronickej insuficiencii, novým aspektom terapie tejto chronickej srdcovej insuficiencie a problematike terapie digitalisom, diuretikami, vazodilatačnými substanciami, nitrátmi, hydralazinom, prazosinom a blokátormi, ktoré konvencujú enzymatické substancie. Vecný register ukončuje túto veľmi zaujímavú, rozsahovo primeranú monografiu, venujúcu pozornosť jednému z najaktuálnejších tém súčasnej kardiológie. Jednotlivé kapitoly majú početné ilustrácie, grafy, tabuľky a na záver prehľad ďalších literárnych prameňov.

Bussmannova monografia o akútnej a chronickej insuficiencii je zameraná predovšetkým na kliniku a terapiu, je teda určená pre širokú klinickú prax. Jednotlivé terapeutické možnosti v liečbe akútnej a predovšetkým chronickej formy srdcovej insuficiencie predstavujú hlavné zameranie autora s prihliadnutím na prakticko-klinické, experimentálne a teoretické aspekty tejto významnej modernej a aktuálnej problematiky.

Autor pri rozoberaní jednotlivých problémov vychádza z patofyziologických poznatkov, čo vyžaduje veľké skúsenosti, množstvo poznatkov s vysokou vedeckou erudíciou.

Dr. M. Palát, Bratislava

H. MATHIES, P. SHNEIDER
RHEUMATISCHE KRANKHEITEN
Reumatické choroby
Deutscher Ärzte Verlag, Köln 1984
ISBN 3 — 7691 — 0080 — 8

Pod vedením profesora Mathiesa a doktora Schneidera v spolupráci s ďalšími 14 odborníkmi vydalo vydavateľstvo Deutscher Ärzte Verlag v Kolíne v minulom roku kompendium reumatických ochorení, určené širokej praxi. Kniha hovorí o jednotlivých ochoreniach reumatického kruhu a je zameraná predovšetkým diagnosticky a terapeuticky. Diagnostický postup a terapeutický program predstavujú práve v oblasti pohybového aparátu základné spôsoby boja proti reumatickým chorobám.

V prvej časti sa v jednotlivých kapitolách hovorí o všeobecnej diagnostike, o základoch medikamentóznej a základoch fyzikálnej terapie. Sú spomenuté aj možnosti operatívnej terapie, s prihliadnutím na chirurgické zákroky v oblasti kĺbu, šliach a nervov. V ďalšej časti sú potom

rozobrané v jednotlivých kapitolách, doplnených početnými tabuľkami, jednotlivé klinické obrázky zápalových a degeneratívnych ochorení, ktoré zaraďujeme do kruhu reumatických ochorení. Hovorí sa aj o neoplastických zmenách svalov, šliach, väzov, fascií a o tumoroch postihujúcich kostný substrát. Autori venujú pozornosť aj psychogénnym manifestáciám na pohybovom systéme. Prehľad literatúry a vecný register ukončujú túto prehľadne napísanú, dobre zostavenú a prakticky zameranú príručku, ktorá venuje pozornosť širokej problematike reumatických ochorení.

Kniha profesora Mathiesa a doktora Schneidera bude iste vítanou príručkou predovšetkým pre širokú medicínsku prax.

Dr. M. Palát, Bratislava

A. CARMÍ
EUTHANASIA

Springer Verlag, Berlin — Heidelberg — New York — Tokyo, 1984
ISBN 3 — 540 — 13251 — 1

V posledných rokoch sa veľa hovorí v odbornej aj laickej tlači o problematike eutanázie. Eutanázia je podľa oxfordského slovníka „ľahká a jemná smrť, ktorá sa umožní v prípade nevyliciteľných a bolestivých stavov“. Eutanázia môže byť aktívna, keď ošetrujúci lekár ukončí takýto život pacienta, alebo pasívna, keď vysadí príslušné liečivá, ktoré udržuju v činnosti základné životné funkcie.

Prof. Carmi spolu s celým radom autorov vydal vo vydavateľstve Springer Verlag pozoruhodnú monografiu venovanú tejto problematike. V siedmich kapitolách, pričom prvá a siedma predstavujú úvod a záver knihy, sa jednotliví autori zaoberajú rôznymi aspektmi tejto problematiky. Hovorí sa o nádeji na život a o práve na smrť. Rozoberajú sa otázky zákonných podkladov kultúry a eutanázie. V ďalšej kapitole je niekoľko prác, ktoré osvetľujú vzťah lekár a eutanázia, v ďalšej sa ho-

vorí o pacientovi a eutanázii a napokon sa predkladajú názory na aktívnu a pasívnu eutanáziu.

Carmiho monografia predstavuje synoptický pohľad na problematiku eutanázie, o ktorej sa v súčasnosti veľa diskutuje, a všíma si rôzne aspekty tohto problémového okruhu — právne, medicínske, psychologické, sociologické a filozofické. Proces eutanázie nie je v mnohých štátoch prijatý ako spôsob ukončenia života ťažkého a nevyliciteľne chorého pacienta, ba v niektorých štátoch sa vyskytli prípady, ktoré boli neskôr súdne prejednávané. Zatiaľ neexistuje jednotný a plauzibilný názor na túto problematiku, iba čiastkové pohľady na jednotlivé aspekty eutanázie. Carmiho monografia je o to cennejšia, že sa sumárne zaoberá v širokom zábere komplexnou problematikou eutanázie.

Dr. M. Palát, Bratislava

TRADIČNÉ A MODERNÉ PROSTRIEDKY V LIEČBE DNY

K. BOŠMANSKÝ

Výskumný ústav reumatických chorôb v Piešťanoch
Riaditeľ: Doc. MUDr. M. Ondrašik, CSc.

Súhrn: Podávajú sa vlastné skúsenosti s liečbou akútneho dnavého záchvatu, kde je liečebný zásah zameraný na zmiernenie bolestí a potlačenie zápalu. Z liekov sa najlepšie osvedčuje Colchicin, ktorý je tým účinnejší, čím sa častejšie použije. Na základe dlhodobých štúdií sa referuje o účinku dnes používaných urikozurík Normuratu a Diflurexu, ktoré sú indikované pre dlhodobú liečbu v poatakovom období dny. Pri etenzívne progredujúcej dne a pri postihnutí obličiek prichádzajú do úvahy v dlhodobej liečbe urikostatiká, z ktorých sa referuje o preparátoch Burmadon a Xanturat.

Kľúčové slová: Arthritis urica — akútny dnavý záchvat — liečba dny — Colchicin — Normurat — Diflurex — Burmadon — Xanturat.

Dna je chronické ochorenie, ktoré sa prejavuje zvýšenou hladinou kyseliny močovej v sére a charakteristickými kĺbovými príznakmi. Je druhou najvýznamnejšou chorobou látkovej premeny. Hyperurikémia pripravuje cestu dne; dostáva sa do oblasti medicínsko-terapeutického úsilia, pretože už vo svojej bezsymptómovej forme predstavuje rizikový faktor pre obličky, cievny systém, srdce a pečeň.

Terapiu dny možno rozdeliť na 3 etapy, a to liečbu dnavého záchvatu, na starostlivosť o chorého v poatakovom období a liečbu chronických dnavých prejavov.

Liečebný zásah pri akútnej dne je zameraný na čo najrýchlejšie zmiernenie bolestí a potlačenie zápalu. Najčastejšou chybou pri akútnom záchvate býva, že sa hneď podá urikozurický liek alebo alopurinol (Milurit). Pri liečbe akútnej dny nie je vhodné znižovať hladinu kyseliny močovej. Môže to mať za následok predĺženie dnavého záchvatu.

Pri akútnom dnavom záchvate pomôže pokoj na lôžku, uloženie postihnutej končatiny do vyššej polohy a prikladanie chladných obkladov. Pacientovi podávame veľa tekutín vo forme čaju, ovocných štiav, z jedál podávame sušienky, sucháre, prípadne ovocie. Až po odoznení záchvatu postupne pridávame ďalšie jedlá.

Z liekov prichádza do úvahy Colchicin, ktorý sa podáva v dávke 1 mg každé 2 hodiny. Najčastejším toxickým účinkom Colchicinu je nauzea a najmä hnačka, ktoré sa

K. BOŠMANSKÝ / TRADIČNÉ A MODERNÉ PROSTRIEDKY V LIEČBE DNY

však obyčajne zjavia po podaní celkovej dávky 5 až 6 mg. Pri objavení sa týchto toxických prejavov ďalšie podávanie preparátu sa zastaví. V ďalších dňoch sa podáva Colchicin v dávke 2 až 3 dražé, podľa stavu. Dávku 6 mg Colchicinu denne v prvých 24 hodinách sa neodporúča prekročiť. Colchicin je tým účinnejší, čím skôr ho chorý začne užívať.

Ďalším účinným liekom akútneho dnaveho záchvatu je fenybutazon. Podáva sa najmä u tých pacientov, čo neznášajú Colchicin, a to v dávke 600 až 800 mg v niekoľkých dávkach.

V niektorých prípadoch sa osvedčilo podávanie indometacínu 4 až 6-krát denne v dávke 25 mg.

Najnovšie sa s dobrým efektom používajú aj iné nesteroidné antireumatiká vo vysokej dávke ako: Naprosyn, Piroxicam, Ketoprofen a pod. [5, 11, 13, 14, 15].

V poatakovom období dny treba uvážiť, či je potrebná dlhodobá liečba zameraná na zníženie hladiny kyseliny močovej v krvi. Je to dôležité rozhodnutie, lebo ak sa s touto liečbou začne, má sa v nej sústavne a pravidelne pokračovať. Preto je potrebné, aby obaja, lekári aj pacienti boli presvedčení o jej dôležitosti. Sústavným podávaním liečiv neliečime dnu ako enzymopatiu, ale snažíme sa znižovať kyselinu močovú a udržiavať ju v normálnych hladinách, ktorá je u mužov do 416,5 $\mu\text{mol/l}$ (7 mg%) a u žien do 357 $\mu\text{mol/l}$ (6 mg%).

Dlhodobá liečba dny sa má zahájiť: 1. pri trvale vysokej hladine kyseliny močovej v sére aj napriek diéte s obmedzením purínov, 2. pri častých akútnych atakoch dny, 3. pri dne s chronickými zmenami na kĺboch, 4. pri dokázateľnom poškodení obličiek.

Dlhotrvajúca liečba by sa nemala začať vtedy, ak diagnóza nie je úplne istá, pri nízkych hladinách kyseliny močovej v sére, ak sa akútny záchvat objaví veľmi zriedkavo — ojedinele v priebehu rokov a pri izolovanej hyperurikémii. V týchto prípadoch sa však odporúča priebežná kontrola laboratórneho nálezu, kĺbových symptómov a funkcie obličiek [14].

Dlhodobá liečba je založená na dvoch terapeutických prístupoch. Prvým prístupom je snaha o zvýšenie odpadu kyseliny močovej močom. Látky tejto skupiny zahrňujeme súborne do skupiny urikozurík. Druhým prístupom je útlm biosyntézy purínov de novo. Klasickým príkladom liečiva tejto skupiny a doposiaľ jediným používaným je alopurinol (preparáty Milurit fy Egypt, Zyloric fy Welcome, Burmadon fy Germed a Xanturat fy Grünenthal v licencií fy Zdravje). Základným mechanizmom pôsobenia alopurinolu je útlm xantinoxidázy s následným znížením tvorby xantínu z hypoxantínu a konečného produktu metabolizmu purínov — kyseliny močovej.

Z urikozurických preparátov sa v minulosti najbežnejšie používal Benemid a Anturan, menej salicyláty. Salicyláty vyvolávajú retenciu urátov pri nízkych dávkach, sú však silne urikozurické pri vysokých dávkach [14].

Zavedenie derivátov benzofuranov znamená rozšírenie liečby dny a hyperurikemického syndrómu. Ako prvý bol zavedený na trh benziodaron, a to ako preparát Amplivix firmy Labaz. Táto látka bola pôvodne určená ako spazmolytikum hladkého svalstva a dilatans koronárnych ciev. Pri klinickom použití sa zistilo, že navyše znižuje aj hladiny kyseliny močovej v sére. Preto sa začala s úspechom používať pri liečbe dny a hyperurikemického syndrómu [10].

Ako ďalší derivát benzofuranov sa vyvinul benzobromaron, a to preparáty Uricovac fy Labaz a Normurat fy Grünenthal v licencií fy Zdravje [1, 2].

Preparát Normurat je u nás v pravidelnom dovoze a máme s ním niekoľkoročné skúsenosti. Podávali sme ho 42 pacientom s priemerným vekom 51 rokov v dávke 1 tbl denne (100 mg benzobromaronu). Po jeho podaní nastal náhly pokles hladiny

K. BOŠMANSKÝ / TRADIČNÉ A MODERNÉ PROSTRIEDKY V LIEČBE DNY

kyseliny močovej v sére. Náhly pokles vyvolal u 4 pacientov dnavý záchvat, ktorému možno zabrániť súčasným podávaním 1 dražé Colchicinu v priebehu jedného týždňa. Z vedľajších príznakov sa objavila u 3 pacientov prechodne hnačka, ktorá v priebehu niekoľkých dní ustúpila (1, 3, 8).

Pri dlhodobom podávaní sa neovplyvnila hladina elektrolytov v sére.

Preparát možno podávať s úspechom pri dlhodobej liečbe aj v dávke pol tablety denne, prípadne každý druhý deň.

Na základe výsledkov, ktoré sa získali pri niekoľkoročnom podávaní, možno konštatovať, že Normurat je dobrým urikozurickým liekom dny a hyperurikemického syndrómu. K jeho prednostiam patrí jednoduchá pozológia, a to možnosť podávať jednu tabletu alebo pol tablety denne alebo každý druhý deň a jeho výborná znášanlivosť.

Ďalší urikozurický liek je kyselina tienilová — preparát firmy Anphar. Tento preparát má urikozurický efekt a navyše znižuje krvný tlak. Na základe terapeutického pokusu s týmto liekom u 27 chorých s dnou a hypertenziou môžeme uviesť jeho dobré urikozurické vlastnosti. Pri podávaní 1 tbl denne (250 mg kyseliny tienilovej) poklesla v priebehu týždňa priemerná hladina kyseliny močovej z $579 \mu\text{mol/l} \pm 15,85$ na $339 \mu\text{mol/l} \pm 13,14$ ($P < 0,01$). Tento prudký pokles hladín kyseliny močovej v sére nevyvolal ani u jedného pacienta dnavý záchvat. Pri podávaní 1 tbl prípadne pol tablety Diflurexu denne udržiavali sa hladiny kyseliny močovej v sére počas dlhodobého sledovania v normálnych hodnotách (3, 4).

Hladina kyseliny močovej v moči pri poklese urikémie stúpla a v nasledujúcom období sa prakticky udržiavala v málo pozmenených hodnotách obdobne ako pri podávaní Normuratu.

Pri dlhodobom podávaní sa neovplyvnila koncentrácia elektrolytov v sére.

Pri podávaní Diflurexu sa však významne ovplyvnil krvný tlak. Výsledky merania ukázali významný pokles hodnôt systolického aj diastolického tlaku v porovnaní s hodnotami pred nasadením liečby.

Na základe nášho pozorovania možno konštatovať, že Diflurex predstavuje prvé diuretikum s urikozurickým účinkom a vytvára predpoklady pre jeho prednostné podávanie u pacientov s dnou spojenou s hypertenziou, pretože okrem znižovania kyseliny močovej v sére upravuje aj krvný tlak.

Druhým prístupom pri farmakoterapii dny je pokus o útlm biosyntézy purínov de novo. Preparáty tejto skupiny nazývame urikostatiká. S urikostatikami sa urobil rad pokusov a výsledky sa publikovali (3, 6, 7, 9, 12, 14, 15). Ide vždy o základnú látku, a tou je alopurinol.

Urobili sme dlhodobý terapeutický pokus s preparátom Xanturat u 46 pacientov a preparátom Burmadon u 32 pacientov. S oboma preparátmi sme mali dobré skúsenosti (3, 6). Na základe našich skúseností môžeme konštatovať, že pri liečení indikujeme urikozuriká, či urikostatiká. Lieky oboch skupín znižujú hladinu kyseliny močovej v sére. Predsa len alopurinol, ktorý sa často podáva ako prvý liek voľby, by sa mal vyhradit pre prípady pri extenzívne progredujúcej dne s tofmi, u chorých s výraznou nadprodukciou kyseliny močovej a jej vysokým vylučovaním v moči, pri zníženej tolerancii prípadov pri zlyhaní urikozurických liekov a pri dne spojenej s postihnutím obličiek, tvorbe kameňov z kyseliny močovej a najmä tam, kde nastupujú príznaky zlyhávania obličiek.

Z á v e r

Časy, keď ťažké akútne ataky dny, tvorby tofov a zmeny na kĺboch postupovali aj napriek zdĺhavým a unavujúcim dietetickým obmedzeniam, už dávno pominuli. Vhodnými liekmi pri štandardnej diéte sa teraz väčšinu pacientov

spravidla podarí udržat v remisii bez příznaků. Je však důležité, aby léčba dny byla cílená, adekvátní a dostatočně dlouhá, ba možno povedať celoživotná, s cieľom udržať hladinu kyseliny močovej v rámci normálnych hodnôt.

LITERATÚRA

1. BOŠMANSKÝ, K., TRNAVSKÝ, K.: Normurat (Benzbromaron) in der Gichtbehandlung. Z. Rheumatol. 38, 1979, č. 9/10, s. 342—348.
2. BOŠMANSKÝ, K., TRNAVSKÝ, K.: Liečba dny benzbromaronom. Čas. Lék. čes., 118, 1979, č. 5, s. 153—156.
3. BOŠMANSKÝ, K., TRNAVSKÝ, K.: Auswertung von Therapieeffekten von Acidum Tienilicicum, Benzbromaron und Allopurinol bei Gichtpatienten. Z. Rheumatol. 41, 1982, č. 4, s. 165.
4. BOŠMANSKÝ, K., TRNAVSKÝ, K., PULLMANN, R.: Diflurex (kyselina tienilová) v liečbe dny. Fysiat. Věstn. 61, 1983, č. 5, s. 244—269.
5. BOŠMANSKÝ, K., TRNAVSKÝ, K.: Liečba reumatických chorôb Profenidom v injekčnej forme. Prakt. Lék. 64, 1984, č. 18, s. 686—687.
6. BOŠMANSKÝ, K., TRNAVSKÝ, K.: Die Anwendung von Burmadon (Allopurinol) zur Behandlung der Gicht. Medicamentum — Berlin, 1984, č. 68, s. 14—18.
7. DUNKY, A., NITSCHKE, V.: Therapeutische Wirksamkeit von Allopurinol in Retardform bei Gicht und Hyperurikämie. Verh. Dtsch. Ges. Rheumatol. 6, 1980, s. 454—456.
8. DZÚRIK, R., FEDELEŠOVÁ, V., DANĚKOVÁ, H., HLAVATÁ, E.: Klinické sledovanie urikozurického liečiva — benzbromaronu. Bratisl. lek. Listy 74, 1980, č. 5, s. 547—554.
9. HAJZOK, O., HAJZOKOVÁ, M., URBÁNEK, T.: Použitie inhibítorov xantinoxidázy pri hyperurikémii a dne. Čas. Lék. čes. 110, 1971, č. 46, s. 1068—1070.
10. KLABUSAY, L., RAŠKA, P., VYKYDAL, M., PĚGRIMOVÁ, E., DUDA, V.: Příspěvek k možnostem použití benziodaronu. Fysiatr. Věstn. 50, 1972, č. 6, s. 352—357.
11. KLEIN, G., RAINER, F., GOEBEL, R.: Klinische Erfahrungen mit Naproxen bei akuter Gichtarthritis. Therapiewoche 27, 1977, č. 33, s. 5732—5734.
12. MERTZ, D. P.: Vermindertes Risiko bei der Behandlung von Gicht und Hyperurikämie, Dtsch. med. Wschr. 101, 1976, č. 35, s. 1288—1292.
13. SCHATTENKIRCHNER, M., MÜLLER-FASSBENDER, H.: Die Behandlung des Gichtanfalls mit Piroxicam. Verh. Dtsch. Ges. Rheumatol. 6, 1980, s. 451—453.
14. SIŤAJ, Š., ŽITŇAN, D. a kol.: Reumatológia v teórii a praxi. Osveta Martin, 1978, 256 s.
15. ZÜLLER, N., GRÖBNER, W.: Gicht. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1976, 661 s.

Adresa autora: MUDr. K. B., CSc., Výskumný ústav reumatických chorôb, Kúpeľný ostrov 21, 921 01 Piešťany

К. Бошмански

ТРАДИЦИОННЫЕ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА В ЛЕЧЕНИИ ПОДАГРЫ

Резюме

Описывается собственный опыт в лечении острого подагрического приступа, когда лечебное действие направлено на смягчение болей и подавление воспаления. Лучшие результаты среди лекарств дает колхицин который тем эффективнее, чем раньше его применяют. На основе длительных исследований доложено о действии в на-

K. BOŠMANSKÝ / TRADIČNĚ A MODERNĚ PROSTRIEDKY V LIEČBE DNY

стоящее время применяемых урикозурических веществ Нормурата и Дифлурекса, которые предназначены для длительного лечения в период после приступа подагры. При интенсивно прогрессирующей подагре и при повреждении почек можно для длительного лечения применять урикоостатические вещества, среди которых описываются препараты Бурмадон и Ксантурат.

K. Bošmanský

TRADITIONAL AND MODERN MEANS OF MEDICATION IN THE TREATMENT OF GOUT

Summary

In the paper our experiences with treatment of acute attacks of gout are presented. The aim of therapy is to relieve pain and to repress inflammation. Colchicin which of the used pharmaca is the most effective, is more effective still the earlier administered. On the basis of long-term studies we present the results of treatment with uricosurics Normurat and Diflurex which are suitable for long-term treatment in post-attack periods of gout. In extensive progressive gout and in cases with affected kidneys long-term treatment with uricostatic preparations Burmadon and Xanturat is discussed.

K. Bošmanský

TRADITIONELLE UND MODERNE MEDIKAMENTÖSE MITTEL BEI DER GICHTBEHANDLUNG

Zusammenfassung

Es wird über eigene Erfahrungen mit der Behandlung von akuten Gichtanfällen berichtet, wobei die Therapie auf die Linderung der Schmerzen und die Unterdrückung der Entzündung ausgerichtet ist. Unter den angewandten Medikamenten bewährt sich das Colchicin am besten, wobei es um so wirksamer ist, je früher man es einsetzt. Aufgrund langzeitiger Studien wird über die Wirksamkeit der heutzutage angewandten Uricosurica Normurat und Diflurex berichtet, die bei kontinuierlicher Behandlung der Gicht nach dem Abflauen der Attacke indiziert sind. Bei extensiv progredierender Gicht und bei einer Schädigung der Nieren kommen innerhalb der Langzeitbehandlung Uricostatika in Frage; der Autor berichtet über die Erfahrungen mit den Präparaten Burmadon und Xanturat.

K. Bošmanský

MOYENS MÉDICAMENTEUX TRADITIONNELS ET MODERNES DANS LA THÉRAPIE DE LA GOUTTE

Résumé

On mentionne les expériences propres thérapeutiques de l'accès aigu de la goutte, où l'intervention thérapeutique s'oriente sur l'adoucissement des douleurs et l'atténuation de l'inflammation. Colchicin est le médicament ayant le mieux fait ses preuves et cela avec d'autant plus d'efficacité qu'il est opportunément appliqué. Selon les études à long terme on traite le résultat des uricosuriques Normurat et Diflurex appliqués aujourd'hui et recommandés pour un traitement à long terme pendant la période d'attaque de la goutte. Lors de la progressivité extensive de la maladie et l'affection des reins, on applique à long terme les uricostatiques Burmadon et Xanturat, traités dans cet article.

F. CRICK
DAS LEBEN SELBST

Život sám

R. Piper and Co. Verlag, München 1983

ISBN 3 — 492 — 02799 — 7

Francis Crick, laureát Nobelovej ceny za fyziologii a lékařství v roce 1962, je počítán za jednoho z největších odborníků na poli molekulární biologie. Nobelovou cenu získal za objevení molekulární struktury desoxyribonukleové kyseliny, která představuje molekulární základ dědičnosti. V knize, kterou v německém překladu vydává v roce 1983 mnichovské nakladatelství R. Piper-Verlag — anglický originál vyšel v roce 1981 pod názvem *Life itself. Its origin and nature* — se autor zamýšlí nad problematikou vzniku a charakteru života.

Knihy je určena pro širokou veřejnost, a proto je populárně napsaná. V jednotlivých kapitolách autor hovoří o otázkách prostoru a času, o jednotném biochemickém základním plánu, o obecných vlastnostech života. Rozebírá problematiku nukleových kyselin a molekulární replikace jako děje, který slouží přenosu genetické informace, všima si možnosti jiných planet a vyšších civilizací. Diskutuje o jednotlivých teoriích vzniku života na Zemi a uvažuje o budoucnosti. V závěrečné kapitole představuje čtenáři genetický kód.

Knihy tak významného autora vědeckých a odborných prací, prof. Cricka, pracujícího v Salkově ústavu pro biologický výzkum v San Diegu, není určena odborníkům — je určena široké laické inteli-

gentní veřejnosti. Je to však kniha faktů, které autor interpretuje fascinujícím způsobem. Čtenář od začátku knihy až po její poslední kapitolu žije v určitém napětí, podmíněném „dobrodružstvími“, která autor předkládá na základě vědeckých důkazů a zjištění.

Přenos vědeckých informací pro širokou veřejnost je v současnosti náplní celého jednoho odvětví literatury — literatury faktu. Ne vždy se však podaří, aby vědecká fakta a poznatky se dostávaly čtenáři v dobrém vybavení. Mnohdy tyto poznatky jsou suché, sice informující, ale čtenář je musí studovat, jsou seřazené do kapitol s vysokým vědeckým obsahem, ale malým dopadem na čtenářskou veřejnost.

Crickova knížka o životě samém je prototypem dobře napsané literatury faktu. Je čtivá, vědecké informace, které podává a interpretuje, jsou preparované pro laického čtenáře — a autor přispívá svým pohledem na jednotlivé otázky, při jejichž řešení se zúčastnil jako jeden z hlavních aktérů.

Tato pozoruhodná kniha si jistě najde dostatek čtenářů, kteří ji budou obdivovat, protože je mnoho knih, které čteme, ale málo z nich se stává takovými, ke kterým se často vracíme. A Crickova knížka bude jistě právě jednou z těchto.

Dr. M. Palát, Bratislava

LIEČBA ANKYLOZUJÚCEJ SPONDYLITÍDY

V. ŠVEC, M. ONDRAŠÍK

Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany
Riaditeľ: Doc. MUDr. M. Ondrašík, CSc.

Súhrn: Včas zavedená komplexná liečba ankylozujúcej spondylitídy, aj keď nejde o liečbu kauzálnu, znamená podstatne priaznivejšiu prognózu a lepšie vyhliadky pri predchádzaní predčasnej invalidizácie. V individuálne zostavenom liečebnom pláne zaujíma popredné miesto rehabilitácia s kineziterapiou. Ďalšou zložkou komplexnej liečby je liečba medikamentózna, v rámci ktorej sa prednostne využívajú najmä nesteroidové antireumatiká. Až na ďalšom mieste je liečba chlorochinom, resp. hydroxychlorochinom a liečba zlatom. Tieto prípravky prichádzajú do úvahy len v aktívnom štádiu pri periférnej forme ankylozujúcej spondylitídy. Rovnaké hľadisko platí aj pre glukokortikoidy, ktoré sa navyše využívajú pri iritídach, najmä recidivujúcich, a pri sekundárnej amyloidóze. V indikovaných prípadoch sa vykonáva liečba ortopedicko-chirurgická. Významné miesto v liečebnom pláne ankylozujúcej spondylitídy zaujíma kúpeľná liečba.

Kľúčové slová: Ankylozujúca spondylitída — komplexná liečba — terapeutické postupy — liečebná rehabilitácia — medikamentózna liečba — ortopedicko-chirurgická liečba.

Ankylozujúca spondylitída — Bechterevova choroba — je systémové reumatické ochorenie, ktoré postihuje primárne axiálny skelet: kĺby sakroiliakálne, apofyzálne, kostrovertebrálne a v časti prípadov aj periférne kĺby končatín. Je to choroba prevažne mladých mužov, zriedkavejšie mladých žien. Prichádza väčšinou ako forma klasická (centrálne) s izolovaným postihnutím chrbtice a asi v 1/5 prípadov ako forma periférna, pri ktorej okrem postihnutia chrbtice je súčasne prítomný chronický artritický syndróm.

Klinický profil

Charakteristickým klinickým prejavom ochorenia je bolesť a stuhnutosť chrbtice so začiatkom najčastejšie v driekovo-krížovej oblasti (6, 10). Bolesť chrbtice sa zjavuje najmä v noci a nad ráno. Núti chorého vstať z lôžka a rozhýbať sa, aby sa dosiahla úľava. V ďalšom priebehu ochorenia bolesti sa lokalizujú v hrudníkovej a krčnej chrbtici. Súčasne sa obmedzuje pohyblivosť chrbtice, ktorá sa stáva tuhú, rigidnú. Niekedy vzniká viac alebo menej vyznačená kyfotická deformita chrbtice.

Röntgenový nález pri ankylozujúcej spondylitíde je charakterizovaný sakroileitídou so sklerózou, eróziami, čiastočne alebo úplnou ankylozou (5). Na chrbtici sa nachádza kvadratisácia stavcových tiel, syndezmofytické osifikácie premostujúceho charakteru, ankylyzy apofyzálnych kĺbov.

V. SVEC, M. ONDRAŠÍK / LIEČBA ANKYLOZUJÚCEJ SPONDYLITÍDY

Pri ankylozujúcej spondylitíde sa môžu vyskytovať orgánové manifestácie (7): očné (iritída), kardiovaskulárne (sekundárna amyloidóza), pulmonálne (apikálna pľúcna fibróza), neurologické (atlanto-axiálna dislokácia, syndróm caudae equinae). Osobitný význam majú úponové prejavy — entezopatie s častou lokalizáciou na panvových kostiach, pätách, stavcových telách.

Z laboratórnych nálezov môžu byť zvýšené reaktanty akútnej fázy zápalu: sedimentácia erytrocytov, alfa 2 globulíny, ceruloplazmín. U väčšiny chorých s ankylozujúcou spondylitídou je pozitívny HLA antigén B 27 v 88 — 96 % (2, 8).

Liečba ankylozujúcej spondylitídy je nešpecifická, pretože etiológia ochorenia nie je zatiaľ známa (3). V žiadnom prípade to však neznamená dubiozny prístup k liečbe ankylozujúcej spondylitídy. Naopak, sústavne vykonávaná a najmä zavčasu zavedená komplexná liečba znamená pre pacienta podstatne priaznivejšiu prognózu a lepšie vyhladky pri predchádzaní predčasnej invalidizácie.

Liečebné postupy

Základným postulátom komplexnej liečby ankylozujúcej spondylitídy je prevencia deformít chrbtice a postihnutých periférnych kĺbov a ich korekcia. To je úlohou liečebnej rehabilitácie. Ďalšou zložkou komplexnej liečby je supresia, resp. dezaktivácia zápalového procesu, spomalenie, prípadne zastavenie progresie ochorenia a adekvátna analgézia. To je úlohou, medikamentózneho terapie. Do komplexnej liečby sa zahrňuje ďalej balneoterapia, reumochirurgická liečba a podľa niektorých röntgenová liečba.

Komplexná liečba ankylozujúcej spondylitídy sa opiera v podstate o jednoduché a všeobecne platné opatrenia liečebnej starostlivosti v rámci základnej, resp. podpornej liečby, ktorá je východiskom pre všetky liečebné postupy, ktoré sa používajú pri ankylozujúcej spondylitíde. K základnej liečbe patrí správna výživa, dostatok odpočinku, nepoddajné rovné lôžko, používanie ortopedických pomôcok, vhodné pracovné prostredie, psychoterapia, úzka spolupráca chorého s ošetrovateľom.

Liečebná rehabilitácia

V individuálne zostavenom liečebnom pláne ankylozujúcej spondylitídy prvoradé miesto zaujíma liečebná rehabilitácia s kineziterapiou (1). Zameriava sa najmä na udržanie alebo zlepšenie pohyblivosti chrbtice, na udržanie normálneho tvaru a postavenia chrbtice. Významne prispieva k udržiavaniu primeraných dychových exkurzií hrudníka. Veľký význam má cvičenie vo vode — hydrokineziterapia a plávanie. U každého pacienta sa zostavuje individuálny, aktuálnemu stavu pacienta prispôbený kineziterapeutický program s účelne vybranými cvikmi celej chrbtice a končatín. Obzvlášť sa zdôrazňuje dôsledné vykonávanie pohybovej liečby v oblasti krčnej chrbtice. Zachovanie pohyblivosti aspoň v primeranom rozsahu je pre dennú činnosť pacienta funkčne veľmi dôležité.

Medikamentózna liečba

Medikamentózna liečba ankylozujúcej spondylitídy je empirická. Jej cieľom je dostatočné zmiernenie až odstránenie bolestí, potlačenie aktivity zápalového

procesu a napomáhanie intenzívnejšie programu pohybovej liečby. V medikamentóznej liečbe sa používajú salicylany, nesteroidové antireumatiká, chlorochíny alebo hydroxychlorochíny, organické soli zlata, glukokortikoidy.

Pri ovplyvňovaní zápalového procesu sakroiliakálneho a spondylitického sa všeobecne uprednostňujú ako účinnejšie nesteroidové antireumatiká pred salicylanmi.

Salicylany v dennej dávke 3—4 g sú vhodné u ľahších prípadov. V komparatívnej štúdií aspirín, indometacín a fenylbutazon sa ukázal aspirín menej účinný ako indometacín a fenylbutazon [4].

Veľmi dobrú účinnosť preukazujú pyrazolóny [1, 6]. Fenylbutazon a jeho deriváty majú takmer špecifický účinok pri ankylozujúcej spondylitíde. Fenylbutazon sa dávkuje zo začiatku 3 X denne 200 mg prvé 3 — 4 dni, potom 2 X denne 200 mg 10 — 14 dní a pri zlepšení 1 X denne 200 mg. Fenylbutazon má relatívne dlhší polčas, preto sa niekedy vystačí s jednou dennou dávkou. Ketazon a Benetazon sa dávkuje rovnako ako Fenylbutazon. Pri liečbe pyrazolónmi sa vyžaduje zvýšená opatrnosť a nekompromisné kontroly krvného obrazu a moču. Z komplikácií môže ísť o dyspepsiu, vredovú chorobu, krvácanie z GIT-u, depresiu v krvnom obraze, nefropatiu, hepatopatiu, kožný rash, retenciu vody. Pri nedostatočnom alebo ani minimálnom efekte liečby s pyrazolónmi do 14 dní je vhodné liečbu ukončiť.

Z nesteroidových antireumatík (NSA) používaných v liečbe ankylozujúcej spondylitídy popredné miesto zaujíma Indometacín (Indren, SPOFA), derivát kyseliny indolactovej. Je rovnako účinný ako Fenylbutazon [6]. Vo všeobecnosti ho uprednostňujeme pred pyrazolónmi. Dávkuje sa 2 X denne 1 kapsľa (25 mg), v prípade potreby a dobrej tolerancie možno zvýšiť dennú dávku na 3 X denne 1 kapsľa. Nedoporučuje sa prekročiť dennú dávku 4 kapslí (100 mg). Pri vyznačených nočných bolestiach chrčtice večerná dávka Indometacínu p. o. sa môže nahradiť v suppozitórii 50 — 100 mg. Nevýhodou Indometacínu sú pomerne časté komplikácie, asi v 20 — 30 %: cefalea, závrate, dyspeptický syndróm, vredová choroba, krvácanie z GIT, ďalej unavenosť, ospalosť.

Z iných NSA sa používa u nás pri ankylozujúcej spondylitíde Voltaren (diclofenac) 2 — 4-krát denne 1 tbl a 25 mg a Brufen (ibuprofen) 2 — 3 X denne v dražé a 400 mg. Voltaren má aplikačnú formu tiež ako suppozitória alebo injekcie. Oba spôsoby aplikácie dávajú dobré výsledky. Večerná dávka v čapíkoch alebo injekciách priaznivo ovplyvňuje okrem nočnej bolesti aj rannú stuhnutosť. Tolerancia liečby Voltarenom je dobrá, rovnako aj tolerancia liečby Brufenom. Ďalej pri ankylozujúcej spondylitíde sa u nás používa Flugalín (flurbiprofen) 3-krát denne 50 mg s dobrou znášanlivosťou. Spomenuté NSA, ako aj celý rad iných používaných v zahraničí majú vo všeobecnosti priaznivý terapeutický efekt.

Pri periférnej forme ankylozujúcej spondylitídy s aktívnym artrickým syndrómom, s exudatívnymi prejavmi sa u nás vykonáva protizápalová liečba chlorochinom, resp. hydroxychlorochinom, alebo liečba zlatom [9]. Z chlorochinových prípravkov sa používa delagil 1 tbl a 250 mg denne alebo z hydroxychlorochinových prípravkov sa podáva plaquenil i 1 dražé a 200 mg. Pri liečbe delagilom alebo plaquenilom je potrebná pravidelná oftalmologická kontrola s vyšetrením očného pozadia každé 3 mesiace.

Liečba zlatom sa robí ako pri reumatoidnej artritíde v stúpajúcich dávkach Tauredon inj. i. m. za pravidelnej klinickej a laboratórnej kontroly s vyšetrením krvného obrazu, diferenciálneho počtu, s vyšetrením počtu trombocytov a moču pred každou injekciou. V posledných rokoch možno liečbu zlatom robiť prípravkami p. o. 3 alebo 6 mg denne (auronofin), tiež za kontroly klinickej a laboratórnej.

Liečba glukokortikoidmi pri ankylozujúcej spondylitíde sa zavádza zriedkavejšie ako pri reumatoidnej artritíde. Indikuje sa pri ťažkých formách ankylozujúcej spondylitídy s periférnym postihnutím, ktoré sa nedalo ovplyvniť inými prostriedkami (9). Ďalšou indikáciou pre glukokortikoidy je recidivujúca alebo ťažšia artritída a sekundárna amyloidóza.

Intraartikulárne glukokortikoidy sa indikujú pri periférnej forme ankylozujúcej spondylitídy ako pri reumatoidnej artritíde. Môžu sa aplikovať lokálne aj pri entezopatiách (4). Je nesprávne, keď sa intraartikulárne instilácie robia často.

Komplexná kúpeľná liečba s využívaním prírodných liečivých zdrojov, liečebnej rehabilitácie, fyzikálnych prostriedkov, účelne doplnovaná medikamentóznou terapiou, je dôležitou súčasťou celkovej dlhodobej starostlivosti o chorých s ankylozujúcou spondylitídou.

Röntgenová terapia

Röntgenová terapia sa obmedzuje len na malígne formy ankylozujúcej spondylitídy s vysokou aktivitou, s výrazným algickým syndrómom, ktoré nereagujú na inú liečbu. Röntgenová terapia sa aplikuje len na ohraničený menší úsek chrbtice (1). Neodporúča sa podávať na celú chrbticu pre riziko vzniku hemoblastózy (6).

Ortopedicko-chirurgická liečba

Ortopedicko-chirurgická liečba prichádza do úvahy najmä u mladších pacientov (4). Pri torpídnom priebehu exudatívnej artritídy sa vykonáva subtotálna synovektómia, najčastejšie kolenného kĺbu. Arthroplastika sa komplikuje nezriedka s novotvorbou kosti. Osobitne treba zvažovať operáciu s implantáciou totálnej endoprotézy koxy, kde medzi indikácie patrí závažná funkčná porucha v dôsledku obmedzenia pohyblivosti značného rozsahu. Klinovitá osteotómia pri pokročilej flexnej deformite chrbtice, najmä v hrudníkovom úseku, môže byť užitočná. Nebezpečie vzniku pooperačných neurologických komplikácií zostáva naďalej aktuálne.

Hoci je ankylozujúca spondylitída potenciálne invalidizujúcim ochorením, možno jeho priebeh priaznivo ovplyvňovať čím skôr zavedenou a sústavne vykonávanou rehabilitáciou, doplnovanou liečbou medikamentóznou a v indikovaných prípadoch aj liečbou ortopedicko-chirurgickou. Väčšina pacientov môže takto prežívať svoj život takmer normálne, alebo len s určitým obmedzením.

LITERATÚRA

1. BLUESTONE, R.: Ankylosing spondylitis. In: McCarthy, D. J.: Arthritis and Allied Conditions, 9-th edit. Lea Febiger, Philadelphia, 1979, s. 629.

2. BREWERTON, D. A., HART, F. D., NICHOLLS, A., CAFFREY, M. P. P.: Ankylosing spondylitis and HLA B 27. *Lancet*, 1, 1973, s. 904—907.
3. CALIN, A.: Ankylosing spondylitis. V Kelley, W. N. a spol.: Text book of rheumatology, Saunders Comp., Philadelphia, London, Toronto, 1971, s. 1017—1046.
4. CALIN, A., MARKS, S.: Traitement de la spondylarthrite ankylosante. *EULAR Bulletin*, 11, 1984, č. 4, s. 234—237.
5. DIHLMANN, W.: Röntgendiagnostik der Sakroiliakalgelenke und ihrer nehen Umgebung. 2. Auflage, Thieme, Stuttgart, 1978, s. 41.
6. ENGLEMAN, E. G., ENGLEMAN, E. P.: Ankylosing spondylitis. *Medical Clinics of North Amer.*, 61, 1977, č. 2, s. 347—364.
7. FOROUZESH, S., BLUESTONE, R.: The clinical spectrum of ankylosing spondylitis. *Clinical Orthopedics*, 143, 1979, s. 53—58.
8. SCHLOSSTEIN, S., TERASAKI, P. J., BLUESTONE, R. et al.: High association of an HLA antigen W 27 with ankylosing spondylitis. *New Engl. J. Med.*, 288, 1973, s. 704—706.
9. SIŤAJ, Š. a kol.: Reumatológia v teórii a praxi I, Osveta Martin, 1967, s. 242.
10. SIŤAJ, Š., ŠVEC, V., ASTAPENKO, M. et al.: Príspevok k rozpoznaniu včasných štádií ankylozujúcej spondylitídy. *Lek. Obzor*, 32, 1983, č. 9, s. 457—461.
11. SIŤAJ, Š., ŠVEC, V., SEYFRIED, A.: Serogenatívne spondarthritídy. V Siťaj, Š., Žitňan, D. a kolektív: Reumatológia v teórii a praxi III, Osveta, Martin, 1982, s. 55.

Adresa autora: V. Š., Výskumný ústav reumatických chorôb,
Kúpeľný ostrov 20, 921 01 Piešťany

B. Швец

ЛЕЧЕНИЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА

Резюме

Своевременное введение комплексного лечения анкилозирующего спондилита (хотя речь идет не о каузальном лечении) дает гораздо более благоприятный прогноз и лучшие перспективы предупреждения ранней инвалидности. В индивидуально составленном плане лечения видное место занимает реабилитация с кинезотерапией. Другой составной частью комплексного лечения является медикаментозная терапия, в рамках которой используются преимущественно нестероидные антиревматические средства. Лишь на втором месте применяется лечение хлорохином или же гидроксихлорохином и лечение золотом. Эти препараты применяются лишь в активной стадии при периферической форме анкилозирующего спондилита. Это относится и к глюкокортикоидам, которые, кроме того, используются при иритах, в частности рецидивирующих, и при вторичном амилоидозе. В определенных случаях применяется ортопедо-хирургическое лечение. Важное место в лечебном плане анкилозирующего спондилита занимает курортное лечение.

V. Švec

TREATMENT OF ANKYLOSING SPONDYLITIS

Summary

Early complex therapy of ankylosing spondylitis, even if it is not causal treatment, has a considerably better prognosis with better perspectives in the prevention of early invalidity. Rehabilitation and kinesiotherapy are most important in the individually constructed therapeutical plan. Another component in complex therapy is pharmacothera-

py. Priority is given particularly to non-steroid antirheumatica. Chloroquine or hydroxychloroquine are only in the next place. These preparations can only be considered in the active phase of the peripheral form of ankylosing spondylitis. The same is valid for glucocorticoids which are applied in iritis, particularly in recurrent cases and in secondary amyloidosis. In indicated cases orthopaedically-surgical treatment is carried out. Spa treatment too, is important in the therapeutical plan in ankylosing spondylitis.

V. Švec

DIE BEHANDLUNG VON SPONDYLITIS ANKYLOTICA

Zusammenfassung

Eine frühzeitig angesetzte komplexe Behandlung von Spondylitis ankylotica verspricht, selbst wenn dies keine kausale Behandlung ist, eine wesentlich günstigere Prognose und bessere Aussicht auf Verhinderung einer Frühinvalidität. Innerhalb eines individuell erstellten Behandlungsplanes kommt der Rehabilitationsbehandlung in Verbindung mit Kinesiotherapie entscheidende Bedeutung zu. Ein weiteres Element der komplexen Behandlung bildet die medikamentöse Behandlung, wobei vornehmlich nichtsteroidale Antirheumatika eingesetzt werden. Erst an zweiter Stelle kommt die Behandlung mit Chlorochin bzw. Hydroxychlorochin sowie eine Goldtherapie in Frage. Diese Präparate kommen nur im aktiven Stadium bei der peripheren Form der Spondylitis ankylotica zur Anwendung. Der gleiche Standpunkt gilt auch für die Glukocortikoide, die außerdem auch insbesondere bei rezidivierenden Iritiden sowie bei sekundärer Amyloidose eingesetzt werden. In indizierten Fällen wird auch orthopädisch-chirurgische Behandlung angewandt. Große Bedeutung innerhalb des Behandlungsplanes von Spondylitis ankylotica kommt der Badekurbehandlung zu.

V. Švec

THÉRAPIE DE LA SPONDYLITE ANKYLOSÉE

Résumé

La thérapie complexe de la spondylite ankylosée appliquée en temps opportun, même qu'il ne s'agisse pas de thérapie causale, signifie essentiellement un pronostic plus favorable et des conditions meilleures dans la prévention de l'invalidité précoce. Dans le plan de réhabilitation individuellement établi, la kinésithérapie se place au premier plan. Le facteur suivant de la thérapie complexe est la thérapie médicamenteuse, où on applique tout d'abord les antirhumastimaux nonstéroïdes. Au deuxième plan se place la thérapie par la chlorochine, éventuellement hydroxychlorochine et la thérapie par l'or. Ces préparations sont considérées seulement au stade actif lors de la forme périphérique de la spondylite ankylosée. Ceci est aussi valable chez les glucocorticoïdes qui sont en plus appliqués dans les iritides, notamment récidives et dans l'amyloidose secondaire. Dans les cas indiqués on pratique la thérapie orthopédique chirurgicale. Dans le plan de la réadaptation médicale de la spondylite ankylosée, une place importance est réservée à la thérapie aux stations thermales.

K OTÁZKE JEDNOTNÉ FUNKČNÍ KLASIFIKACE SRDEČNĚ CHORÝCH**Požadavky na jednotnou funkční klasifikaci srdečně chorých**

K. POCHOPOVÁ, L. NAVRÁTILOVÁ, J. SVOBODOVÁ, A. ŘIČNÁ

Rehabilitační oddělení I., FNŠP, Brno

Přednosta: MUDr. S. Koenig

Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, Brno

Reditel: doc. MUDr. V. Šicha, CSc.

Souhrn: Autorky nastínily problematiku spojenou s požadavky na vytvoření jednotné funkční klasifikace srdečně chorých, která je nezbytným předpokladem jak pro potřeby rehabilitace kardiaků, tak pro možnosti porovnávání léčebných výsledků mezi jednotlivými pracovišti. Poznatky na jednotnou funkční klasifikaci kardiaků vyvodily na základě uvážení výkonnosti kardiaků v rámci výkonnostní šíře celé populace i na základě poznatků z dosavadních funkčních klasifikací srdečně chorých. Nebyla ani opomenuta fyziologická otázka zaměřena na typy zátěžových testů z hlediska vhodnosti pro třídění kardiaků.

Klíčová slova: Funkční klasifikace NYHA — výkonnost kardiaka — zátěžové testy — porovnávání funkčních klasifikací — běhátková ergometrie.

S rozvojem léčebné i pracovní rehabilitace srdečně chorých se stále více ukazuje potřeba roztřídit kardiaky podle jejich fyzické výkonnosti, což je nezbytným předpokladem pro správné dávkování tělesné zátěže v doporučovaných rehabilitačních postupech i pro určení odpovídající tělesné zátěže v zaměstnání.

K tomuto účelu dlouhodobě sloužila funkční klasifikace srdečně chorých podle New York Heart Association (NYHA) z roku 1928. Tato funkční klasifikace i přes často kritizovaný subjektivní princip, na kterém je založena, se užívá dodnes. SELZER (1972), FABIÁN (1982). V celosvětové literatuře i na mezinárodních jednáních se proto nadále setkáváme s pracemi, které dle funkční klasifikace NYHA hodnotí nejen efekty rehabilitační léčby, ale i účinky léčby medikamentózní a chirurgické, i když sama NYHA tuto klasifikaci v roce 1973 zrušila. Klasifikace byla nahrazena komplexním hodnocením kardiálního stavu, založeným na etiologické, anatomické a fyziologické diagnóze s cílem určit prognózu i optimální terapii medikamentózní i chirurgickou (16, 17).

Avšak tím, že uvedené komplexní pojetí diagnózy srdečního onemocnění — přes své velké přednosti — opomíjí vztah k přesnějšímu vyjádření fyzické výkonnosti srdečně chorého, stává se nedostačujícím zejména pro potřeby rehabilitace. Trvá proto požadavek objektivně stanovit výkonnost nemocného

a s tím související potřeba vytvořit funkční klasifikaci srdečně chorých objektivizovanou fyzikálními nebo metodologickými jednotkami.

Snahy o objektivizaci klasifikace srdečně chorých (nejčastěji vzhledem k subjektivní funkční klasifikaci dle NYHA) se objevily již v 70. letech a setkáváme se s nimi i v současné době. Jsou spojeny se jmény: FOX (1971), HAL-HUBER (1972), AMOSOV (1975), REINHOLD (1976), KOLESÁR (1981), PARSI (1981), ARONOV (1982) a jiných.

Rovněž i my se touto problematikou řadu let zabýváme [11, 12, 13]. Zjistili jsme, že v dostupných objektivizovaných funkčních klasifikacích srdečně chorých je značná nejednotnost. Je proto nutné sjednotit se na jednotné funkční klasifikaci srdečně chorých pokud jde o počet i rozsah jednotlivých funkčních tříd (vyjádřených ve wattech nebo joulech), a to nejen pro upřesnění intenzity zátěže v rehabilitačních postupech, ale i pro možnost porovnání výsledků mezi jednotlivými pracovišti.

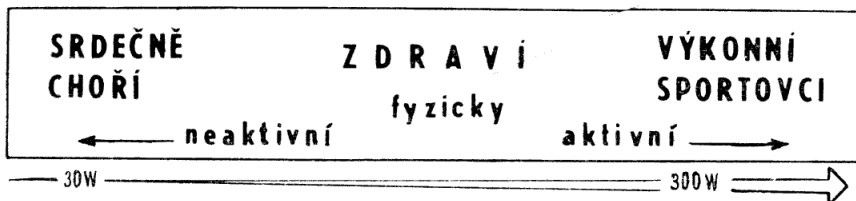
Je to úkol velmi složitý, poněvadž při stanovení funkční třídy podle fyzické výkonnosti srdečně chorého musíme navíc respektovat různé biologické faktory (věk, pohlaví, stupeň trénovanosti, stupeň dekondice) i složitou, různě závažnou symptomatologii srdečního onemocnění.

Abychom mohli formulovat základní požadavky na jednotnou funkční klasifikaci srdečně chorých, je potřeba si všimnout některých dílčích problémů, které tyto základní požadavky přímo ovlivňují.

Jedním z nich je výkonnost kardiaků v rámci výkonnostní šíře dospělé populace.

U dospělé zdravé populace se setkáváme s jedinci, kteří vzhledem ke svým genetickým vlohám a vlivem intenzivního tréninku dosahují enormních tělesných výkonů, dále se zdravými, fyzicky aktivními, kteří mohou mít zvýšenou výkonnost vzhledem k průměrným hodnotám zdravé populace, nebo se zdravými s malou fyzickou aktivitou, a tím s nepřiměřeně sníženou fyzickou výkonností (tab. 1).

Tab. 1. Výkonnostní šíře kardiaků v rámci výkonnostní šíře celé populace.



U srdečně chorých vycházíme z předpokladu, že se závažností kardiálního stavu dochází ke snižování jejich fyzické výkonnosti. Avšak stejně jako při určování výkonnosti zdravých, tak i u srdečně chorých musíme mít na zřeteli všechny exogenní i endogenní faktory, ovlivňující biologickou výkonnost kardiaků. Nicméně dominujícím faktorem ovlivňujícím výkonnost srdečně chorého zůstává postižení kardiovaskulárního systému, a to na čtyřech úrovních, kterými jsou:

- snížení svalové srdeční rezervy,
- snížení rezervy koronárního průtoku,

- disregulace funkcí srdce a periferního oběhu,
- výskyt poruch srdečního rytmu (8).

Čím je postižení srdce na kterékoliv úrovni závažnější, tím více se stírá rozdíl ve výkonnosti kardiaka daný biologickými faktory. Současně však může narůstat biologickým faktorům i závažnosti onemocnění protichůdný rozdíl ve výkonnosti daný kondicí nebo dekondíci kardiaka.

Dalším problémem, jehož vyřešení ovlivňuje formulování požadavků na jednotnou funkční klasifikaci srdečně chorých, je otázka, který typ zátěžových testů je nejvhodnější pro třídění kardiaků. Proto při volbě zátěžového testu, která současně ukazuje i cíl, jehož chceme dosáhnout, se musíme řídit očekávanou fyziologickou odpovědí organismu na zvolený zátěžový test. V úvahu přicházejí 3 typy zátěžových testů (9):

Zátěžový test s kontinuálním stupňovitým zvyšováním zátěže — rektangulární test (trvání zátěže na jednotlivých stupních 4 až 6 minut), kdy fyziologická odpověď organismu závisí převážně na výkonnosti transparentních funkcí pro dýchací plyny, t. j. na výkonnosti srdečního a dýchacího aparátu, na kyslíkové transportní kapacitě krve a dále na biologické kapacitě nadledvinek. Dosažení ergostázy však zůstává sporné. Požadavek je, aby rektangulární test netrval déle než 12 minut, jinak přináší únavu a zabraňuje dosáhnout požadovaného stupně zátěže.

Zátěžový test s kontinuálním nebo téměř kontinuálním zvyšováním zátěže — triangulární test (trvání zátěže na jednotlivých stupních 30 vteřin — 2 minuty), kdy fyziologická odpověď organismu závisí na svalové síle, na kapacitě nározníkového systému krve, méně na výkonnosti kardiiovaskulárního a respiračního systému. Předností je krátké trvání testu a možnost vyvolat myokardiální hypoxii. Proto je tento test především testem diagnostickým pro ICHS.

Zátěžový test intermediální (trvání zátěže na jednotlivých stupních 3 minuty), který zahrnuje komponenty obou předchozích typů zátěžových testů, tzn., že fyziologická odpověď organismu závisí jak na výkonnosti nározníkového systému, tak na výkonnosti kardiopulmonálního systému.

Z charakteristiky fyziologických odpovědí uvedených tří typů zátěžových testů vyplývá, že pro funkční hodnocení kardiaků budou vhodné především testy rektangulární, případně intermediální.

Pro stanovení požadavků na jednotnou funkční klasifikaci kardiaků se ukázalo rovněž velmi cenné i porovnání dostupných funkčních klasifikací. Dosavadní funkční klasifikace kardiaků výše uvedených autorů objektivizované pomocí fyzikálních nebo metabolických jednotek jeví velkou nejednotnost, která odráží různé názory a báze, z nichž autoři při třídění vycházeli. V principu byly funkční klasifikace kardiaků vyvinuty na základě zátěžových testů s použitím běhátkového nebo bicyklového ergometru.

U funkčních klasifikací založených na běhátkové ergometrii jsou funkční třídy vymezeny rozmezím hodnot $VO_2 ml\ kg^{-1}\ min^{-1}$, respektive násobky METS. Zvyšující se násobky METS jsou dosahovány rozličným sklonem i rychlostí běhátko. Doba trvání každého zátěžového stupně podle jednotlivých autorů je různá, nejčastěji však 3 minuty. Porovnání běhátkových testů Bruceho, Naughtona a jiných s několika step-testy se zaměřením na funkční třídy kardiaků dle velikosti $VO_2 ml\ kg^{-1}\ min^{-1}$ provedl FOX (1981). Obdobné porovnání běhátkových testů dle Bruceho, Kattuse a Balkeho vzhledem k funkční klasifikaci NYHA provedl později Fortuin (1977).

Dále přistupujeme k porovnání klasifikací s použitím bicyklové ergometrie. Pro stanovení funkčních klasifikací založených na jednoduché bicyklové ergometrii užíli autoři převážně ve svých klasifikacích testů se stupňováním zátěže po 25 W, méně často po 50 W s dobou trvání každého zátěžového stupně 3 až 6 minut. Avšak funkční třídy u těchto klasifikací jsou vymezeny buď zátěžovými stupni užitého testu, nebo přesným rozmezím wattů. Tím vznikla jedna ze základních nejednotností mezi funkčními klasifikacemi, i když výrazně převládají klasifikace těch autorů, kteří ve svých hodnoceních stanovili funkční třídy dle zátěžových stupňů užitého testu (2, 6, 7, 10, 11, 14). Pouze Amosov (1975) určuje jednotlivé třídy přesným rozmezím wattů bez ohledu na zátěžové stupně užitých testů.

Jiná významná nejednotnost vznikla tím, že se autoři při stanovení svých klasifikací na základě jednoduché bicyklové ergometrie řídili buď dosaženou tolerovanou nebo limitovanou výkonností nemocného.

Další zřetelná nejednotnost mezi klasifikacemi spočívá v rozdílném počtu funkčních tříd, neboť autoři vytvořili funkční klasifikace jak čtyři, tak pětitřídní.

Na základě uvedených rozdílných přístupů k funkčnímu třídění kardiaků se zákonitě setkáváme s rozličnou výkonnostní šíří jednotlivých funkčních tříd, které se mezi klasifikacemi liší jak počtem zátěžových stupňů, tak různou velikostí zátěžových stupňů. Jako zvláště výrazná se ukazuje nejednotnost ve vymezení první funkční třídy, která v klasifikacích uvedených autorů je 100 W, 125 W, 150 W a dokonce 175 W.

Po zvážení celé problematiky, včetně všech dosavadních poznatků, ukazujících na velké rozdíly mezi funkčními klasifikacemi uvedených autorů, jsme vyvodili požadavky na jednotnou funkční klasifikaci kardiaků, které v závěru I. části této práce uvádíme:

1. Za základní požadavek pokládáme vypracování jednotné funkční klasifikace srdečně chorých, která by byla platná pro různé zátěžové testy, nikoliv určit pro funkční třídění kardiaků jednotný zátěžový test.
2. Funkční třídy proto určit rozmezím wattů, nikoliv počtem zátěžových stupňů některého z četných testů.
3. Dalším požadavkem je užití kontinuálních stupňovitých testů (rektangulárních) s dobou trvání 3 až 6 minut na každém zátěžovém stupni, která dává lékařům možnost subjektivní potíže lépe popisovat.
4. U zvolených kontinuálních stupňovitých testů určit velikost zátěžových stupňů ve watech tak, aby test netrval déle než 12 minut a u zdatnějších kardiaků byl zároveň schopen obsáhnout celou funkční šíři.
5. Ke klasifikaci užit hodnotu posledního ještě dobře tolerovaného stupně.
6. Závažným požadavkem pro stanovení jednotné funkční klasifikace srdečně chorých je nutné užit pouze přímo naměřených hodnot (ve fyzikálních nebo metabolických jednotkách), nikoliv hodnot získaných extra nebo intrapolací.
7. Ve vyšších výkonnostních třídách respektovat výkonnostní rozdíly dané biologickými faktory.

K. POCHOPOVÁ, L. NAVRÁTILOVÁ, J. SVOBODOVÁ, A. ŘIČNÁ / K OTÁZCE JEDNOTNÉ FUNKČNÍ KLASIFIKACI SRDEČNĚ CHORÝCH

LITERATURA

1. AMOSOV, N. M., BENDET, Ja. A.: O množství a gradaciách fyzického sotojanija boľnych s serdečno-sosudistymi zabolevanijami. Kardiologija, 15, 1975, č. 9, s. 19 — 26.
2. ARONOV, D. M., SIDORENKO, L. H., LUPANOV, V. P., MATVEJEVA, L. S., ŠARF-NADĚL, M. G.: Aktualnyje voprosy klassifikacii funkcionálnogo sotojanija boľnych išemičeskoj boleznju serdca. Kardiologija, 22, 1982, č. 1, s. 5 — 10.
3. FABIÁN, J.: Společné zasedání pracovních skupin Evropské kardiologické společnosti o umělých chlopních, fyziologii při práci, patofyziologii a elektrokardiografii. Kardio '82, VIII/3, s. 72 — 79.
4. FOX III, S. M., NAUGHTON, J. P., HASKELL, W. L.: Physical Activity and the Prevention of Coronary Heart Disease. Annals of Clinical Research, 3, 1971, s. 404 — 432.
5. FORTUIN, N. J., WEISS, J. L.: Exercise Stress Testing. Circulation, 56, 1977, č. 5, s. 699 — 712.
6. HALHUBER, M. A., MILZ, H. P.: Höhenrieder Seminarbuch: Praktische Präventiv-Kardiologie. München — Berlin, Urban — Schwarzenberg 1972.
7. KOLESÁR, J., MIKEŠ, Z.: Ergometria v klinickej praxi. Martin, Osveta 1981.
8. LOOGEN, F., SEIPEL, L.: Detection of Ischemic Myocardium with Exercise. Berlin — Heidelberg — New York Springer Verlag 1982.
9. MELLEROWICZ, H., SMODLAKA, V. A.: Ergometry. Baltimore — Munich, Urban — Schwarzenberg 1981.
10. PARSİ, R. A.: Die ischämische Herzkrankheit. Berlin, Akademie Verlag 1981.
11. POCHOPOVÁ, K.: Ergometrie u revmatických chlopňových srdečních vad. Rehabilitácia, Suppl., 1976, 12.
12. POCHOPOVÁ, V., MEDUNOVÁ, V.: Rehabilitace v srdeční chirurgii. Rehabilitácia, Suppl., 3, 1971.
13. POCHOPOVÁ, K., SVOBODOVÁ, J.: Závěrečná zpráva ÚSP — 17 — 335 — 238 — 04 — HE — 1/6, IKEM 1980.
14. REINHOLD, D.: Leistungsverwertung Koronarkranken. Dresden, Th. Steinkopff Verlag 1976.
15. SELZER, A., COHN, K.: Functional Classification of Cardiac Disease: A Critique, A. J. of Cardiology, vol., 30, 1972, s. 306 — 308.
16. Functional Classification of Cardiac Disease: A Critique A. J. of Cardiology, vol. 30, 1972.
17. NEW YORK Heart Association Criteria Committee Report: Major Changes by Criteria Committee of the New York Heart Association. Circulation XLIX, 1974.

Adresa autora: K. P., Rehabilitační oddělení, FNŠP, Pekařská 53, 656 91 Brno

К. Похорова, Л. Навратилова, Й. Свободова, А. Ржична
К ВОПРОСУ О ЕДИНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ
СЕРДЕЧНЫХ БОЛЬНЫХ

Резюме

Авторы наметили проблематику, связанную с требованиями создания единой функциональной классификации сердечных больных, являющейся неизбежным условием так для реабилитации последних, как и для сравнения лечебных результатов отдельных мест работы. Данные для единой функциональной классификации выводились на основании обсуждения производительности кардиологов в рамках производительности всего народонаселения и на основании данных существующих до сих пор функциональных классификаций сердечных больных. Из виду не упущен и фи-

K. POCHOPOVÁ, L. NAVRÁTILOVÁ, J. SVOBODOVÁ, A. ŘIČNÁ / K OTÁZCE JEDNOTNÉ FUNKČNÍ KLASIFIKACI SRDEČNĚ CHORÝCH

физиологический вопрос, касающийся типов нагрузочных тестов с точки зрения удобства для классификации сердечных больных.

K. Pochopová, L. Navrátilová, J. Svobodová, A. Řičná

THE PROBLEM OF A UNIFORM FUNCTIONAL CLASSIFICATION IN CARDIAC PATIENTS

Summary

The authors are outlining the problems connected with the requirements for the introduction of a uniform functional classification of cardiac patients which is essential for the rehabilitation of cardiac patients and for the comparison of therapeutical results between the individual working places. Information for uniform functional classification of cardiac patients were derived on the basis of the efficiency of these patients and on the basis of the extent of efficiency of the whole population and on the basis of knowledge of hitherto functional classification in cardiac patients. The physiological aspect of this type of load test from the point of view of suitability was considered too.

K. Pochopová, L. Navrátilová, J. Svobodová, A. Řičná

ZUR FRAGE DER EINHEITLICHEN FUNKTIONALEN KLASSEFİKATION DER HERZPATIENTEN

Zusammenfassung

Die Verfasserinnen umreißen diese Problematik und gelangen zur Forderung der Erarbeitung einer einheitlichen funktionalen Klassifikation der herzkranken Patienten. Das ist eine notwendige Voraussetzung sowohl der richtigen Rehabilitationsbehandlung dieser Patienten als auch der objektiven Vergleichbarkeit der Behandlungserfolge der einzelnen Behandlungszentren. Die erkenntnismäßigen Grundlagen für eine einheitliche funktionale Klassifikation der Herzpatienten wurden aufgrund der zu erwartenden Leistungsfähigkeit dieser Patienten im Rahmen der Leistungsbandbreite der Gesamtpopulation sowie anhand der Daten der bisherigen funktionalen Klassifikationskalen abgeleitet. Berücksichtigt wurde auch der physiologische Aspekt der Beurteilung der Typen der Belastungstests vom Gesichtspunkt ihrer Eignung für die Zwecke der Klassifikation der Herzpatienten.

K. Pochopová, L. Navrátilová, J. Svobodová, A. Řičná

A LA QUESTION D'UNE CLASSIFICATION FONCTIONNELLE UNIQUE DES CARDIAQUES

Résumé

Les auteurs traitent la problématique se rapportant aux demandes de la formation d'une classification fonctionnelle unique des cardiaques qui est une hypothèse inévitable, aussi bien pour les besoins de la réadaptation des cardiaques que pour les possibilités de contrôle des résultats thérapeutiques entre les différents champs d'activité. Pour une classification fonctionnelle unique des cardiaques, des connaissances furent déduites sur la base de la considération de l'aptitude des cardiaques dans le cadre de l'aptitude de la population entière et selon les connaissances des classifications fonctionnelles actuelles des cardiaques. Est aussi mentionnée la question orientée sur les types de tests de charge du point de vue favorable pour le classement des cardiaques.

METODICKÉ PRÍSPEVKY**ERGOTERAPIA AKO METÓDA LIEČEBNEJ REHABILITÁCIE**

M. MALÝ, E. MALÁ, J. STŘÍBRNÝ, M. PRUSKOVÁ, M. JEDLIČKOVÁ, A. JAROŠOVÁ,
A. ŠÍMOVÁ

*Rehabilitačný ústav Hrabyně, detašované pracovisko Chuchelná
Riaditeľ: MUDr. J. Stříbrný; prednosta: MUDr. J. Mrůzek*

Súhrn: Zdôrazňuje sa význam ergoterapie v komplexe celorehabilitačného programu. Na šiestich rôznych diagnózach je ukázaná paleta úkonov liečby prácou. Činnosti ergoterapie sa delia na fázu na začiatku ochorenia a na štádium intenzívnej rehabilitačnej terapie. Poukazuje sa na význam funkčnej a kondičnej ergoterapie pri rehabilitačných diagnózach: rigiditas articuli, ingressus vitiosus, sollertia vitiosa, para, kvadruplégia, hemiplegia, vis parva musculorum.

Kľúčové slová: Ergoterapia — funkčná a kondičná terapia — movement patterns — biologický deficit.

Význam ergoterapie je mnohostranný. Funkčná liečba — cielená ergoterapia — je na úrovni liečebnej telesnej výchovy. Liečba zamestnávaním — kondičná terapia — slúži na účelné vyplnenie času hospitalizovaného, odvádza ho od neplodného premýšľania nad vlastnou chorobou a zároveň ako dózované zaťaženie pomáha udržať telesnú zdatnosť pacienta, a tak zabraňuje imobilizačnému syndrómu so všetkými dôsledkami (1, 2).

Z komplexného celorehabilitačného programu má ergoterapia po športovorekreačnej činnosti najväčší kladný emotívny náboj. Napriek tomu sa často nedoceňuje, a preto tejto problematike venujeme náš príspevok.

Vybrali sme šesť rôznych diagnóz:

1. zlomenina ramennej kosti
2. poškodenie meniskov kolena
3. amputácia na dolnej končatine
4. traumatické prerušenie miechy
5. cievná mozgová príhoda
6. ICHS — infarkt myokardu.

Týmto diagnózam zodpovedajú základné rehabilitačné diagnózy:

1. rigiditas articuli
2. Ingressus vitiosus

Venované životnému jubileu primára MUDr. J. Mrůzka.

3. sollertia vitiosa
4. para, kvadruplégia
5. hemiplégia
6. vis parva musculorum.

Pri výbere úkonov cielenej ergoterapie prihliadneme k zručnosti, intelektu, záujmom, psychickému stavu, predchádzajúcemu zamestnaniu, stereotypom, ktoré chceme obnoviť, upevniť, či nahradiť s perspektívou k budúcemu zamestnaniu. Rešpektujeme základné požiadavky fyziológie práce:

1. prispôsobenie práce človeku,
2. prispôsobenie človeka práci.

Overujeme si možnosti ergoterapie na začiatku ochorenia, na posteli pacienta a potom počas hospitalizácie na rehabilitačnom oddelení, ústave, či klinike, Volíme také činnosti, ktoré odpovedajú štandardu terénneho pracoviska, medzi ktoré patrí aj náš ústav.

1. Diagnóza zlomenina ramennej kosti — stav komplikovaný traumatickou kapsulitídou s následným obmedzením pohybu v ramennom kĺbe vo všetkých rovinách. V prvej fáze nám ani nejde o to, čo pacient robí, ale trváme na tom, aby do činnosti zapojil postihnutú končatinu. Môže viazať uzly, prepletať nite. V ďalšej etape rehabilitačnej liečby dbáme na to, aby pohyb bol v príslušnom kĺbe správne vykonaný. Pripomíname rehabilitantovi, že činnosť indukujúca pohyb musí zodpovedať správne mu pohybovému stereotypu, aby sa poradie aktivity svalových skupín čo najväčšmi priblížilo optimálnemu pohybovému vzorcu (movement patterns). Bol by paradox vyžadovať správny pohybový stereotyp iba v rámci liečebnej telesnej výchovy.

2. Stav po meniskektómii — s následným obmedzením pohybu v kolennom kĺbe. V prvom štádiu cvičíme extenčne tonizačné posilovanie m. quadriceps, a to už 3. — 5. pooperačný deň. Na ergoterapii ordinujeme napríklad macramé, viazanie rôznych typov uzlov do určitých tvarov, alebo pletenie ozdobných vrkočov. Materiál máme fixovaný nohou poškodennej končatiny, ktorú podložíme v popliteálnej časti nafukovacou dlahou Ergon. Každé zaviazanie uzla spojíme s extenziou v kolennom kĺbe. Na rehabilitačných oddeleniach a v ústavoch počas ergoterapie už sriedavo precvičujeme extenziu a flexiu. Volíme úkony tak, aby sa do činnosti zapojil aj členkový kĺb. Kvôli stimulácii afferencie rehabilitant pracuje bosý, napríklad na tkáčskom stave, krosnách.

3. Amputácia na dolnej končatine — kýpeľ po amputácii v stehne má tendenciu do flekčného a abdukčného postavenia, čo zodpovedá prevahe svalových skupín. Pri nedodržaní zásad včasnej rehabilitačnej liečby dochádza ku kontraktúram m. iliopsoas, m. quadratus lumborum, m. tensor fasciae latae. Preto už na nemocničnej posteli začíname s polohovaním na bruchu a podložením amputačného kýpťa do extenčného postavenia (4, 5). Ergoterapia v tejto fáze má skôr odpútačiaci význam, aby amputovaný zabudol na nepríjemnú polohu a postavenie amputačného kýpťa. Čiže ergoterapia zamestnávaním, hrou, napríklad skladanie Rubikovej kocky. Najideálnejšie je, keď do tejto formy liečby vkladáme izometrické a výdržové cvičenia gluteálneho svalstva (5). V ďalšej etape — adaptácie na protézu — už indikujeme pracovné polohy v sede, v stoji, prechádzaním. Dbáme na to, aby protéza bola zaťažená, aby nedochádzalo k abdukčnému postaveniu, odľahčovaniu protézovanej a preťažovaniu zachovanej končatiny (3, 4, 5). Vyžadujeme, aby aj v pracovnom zaujatí rehabilitant dbal na správny pohybový stereotyp v bedrovom kĺbe. Keď pacienta nekorigujeme, väčšina z nich začína aktivovať pohyb paravertebrálnymi svalmi hrudnej a bedrovej časti a nakoniec

zapína svaly gluteálne. Aktivácia hamstringov je nedostatočná aj preto, že ešte ani dnes nie je samozrejmosťou dokonalá myoplastická amputácia a adekvátne funkčný kýpeť (7).

4. Transverzálne prerušenie miechy — dožadovať sa ergoterapie v rámci komplexného celorehabilitačného programu pri čerstvých transverzálnych léziách vyvoláva u niekoho ešte úsmev. Zatiaľ čo neuvážená imobilizácia a následné, často ireverzibilné sekundárne zmeny alibisticky obhajujeme ako sprievodné znaky základného ochorenia (6, 8). U paraplegických pacientov môžeme indikovať prácu na detskom tkáčskom stave, krosnách, spoločenské hry. U kvadruplegikov je to listovanie knihy, časopisov. Využívame zvyškový pohyb v ramenných kĺboch. Nútime pacienta, aby sa pokúšal o zvládnutie signalizácie — nezáleží na forme, ide nám o aktivizáciu a pohyb.

V ďalšom časovom rozvrhu musíme aktivizovať názor, že človek na vozíku je schopný pracovného zaradenia (6, 9). Okrem práce na vozíku indikujeme aj pracovnú činnosť pri vertikalizácii. Tým sme dokázali predĺžiť čas vertikálnej polohy pacienta (6, 8). U vysokých lézií predpisujeme prácu v sede. Využívame zvyšky pohybu a na pracovnú činnosť plne využívame adjuvatiká a ortézy. U týchto telesne postihnutých sa zameriavame hlavne na sociálny kontakt a znášateľnosť záťaže. Oblúbenou a prospešnou činnosťou je písanie na stroji. Cieľom je kladná motivácia k práci, dosiahnutie plnej sociálnej reintegrácie, začlenenie do ekosystému, ako o tom referuje Palát. Takto pripravený rehabilitant ľahšie prekonáva nielen architektonické, ale, žiaľ, aj legislatívne bariéry, ktorých je v živote handicapovaných ešte stále veľa.

5. Cieľna mozgová príhoda — 50 000 chorých ročne na cerebrovaskulárne ochorenie si vyžaduje tímovú spoluprácu. Rezervy vidíme v rehabilitačnom ošetrovatelstve (5). Sekundárne zmeny u hemiplegických pacientov svedčia o nedocenení tejto dynamickej formy ošetrovania. Zdravotná sestra má ovládať správne polohovanie, základy návčiku sebaobsluhy, minimum reedukácie reči a vedieť predchádzať adynamiu aj formou ergoterapie. V prvom štádiu nám ide o aktivizáciu duševnú a telesnú. Od začiatku nepripúšťame alienáciu postihnutých končatín. Na to nadväzuje cieľná ergoterapia, kde už forsírujeme prácu postihnutými končatinami. Nútime zaujať polohy v antiplastickom vzorci a stimulujeme afferentáciu.

6. Infarkt myokardu — rehabilitačné postupy sú dokonale spracované expertmi WHO. Do detailov je spracovaná metodika LTV. Je zaujímavé, že vo fáze hospitalizácie sa ergoterapia nespomína. Nami ponúknutú terapeutickú pomoc vo forme ergoterapie viercerí kardiológovia akceptovali.

V prvom týždni — v II. a III. štádiu sme navrhli čítanie relaxačnej literatúry, lúštenie krížovky, skladanie hlavolamov. Tieto úkony sú charakteristické minimálnou telesnou záťažou, ale zamestnávajú aj mozog.

V druhom týždni — v IV. a V. štádiu indikujeme činnosti so zapojením oboch horných končatín súčasne. Vhodné sú práce s textilom, napríklad: pletenie, háčkovanie, tkanie na detskom stave, krosnách. Používame materiály čisté, teplé a mäkké. V treťom a na začiatku štvrtého týždňa — v štádiu VI. a VII. ordinujeme činnosti ako je macramé, pletenie, písanie na stroji, spoločenské hry. Vhodné sa nám javí tieto činnosti vykonávať 2 až 3-krát denne. Pracovný interval by nemal byť viac ako 20 až 30 minút.

V období rekonvalescencie prihladáme pri ordinácii k základným zásadám (zručnosť, záujmy, predchádzajúce zamestnanie atď.). Univerzálnou indikáciou je práca v záhrade — hrabanie listia, okopávanie, ryľovanie záhrady, nakladanie rašeliny, zeminy s frekvenciou 10-krát za minútu o hmotnosti 4—5 kg. Toto zaťaženie zodpovedá približne hodnote 100 — 125 W.

Biologický deficit kompenzujeme liečbnou, pracovnou a psychosociálnou rehabilitáciou. K tomu jednoznačne prispieva ergoterapia v rámci komplexnej celorehabilitačnej liečby. V práci sme poukázali na širokú paletu úkonov liečby prácou, na jej vysokú terapeutickú hodnotu.

LITERATÚRA

1. JANDA, V.: Léčebná rehabilitace. In: Kolektiv autorů: Kompendium, lékařské posudkové činnosti. I. díl. Praha 1982, Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 640 s.
2. KLUSOŇOVÁ, E., ŠPIČKOVÁ, J.: Ergoterapie. Brno, ÚDB SZP, 1985, 72 s.
3. MALÝ, M., JEDLIČKOVÁ, M., HLUCHNÍKOVÁ, O.: Ergoterapia vo vzťahu k pracovnej rehabilitácii u amputovaných. Pracovní konference na téma: Návaznost léčebné a pracovní rehabilitace. Lékařský dům Praha, 19. května 1981.
4. MALÝ, M., JEDLIČKOVÁ, M., BRNDIAROVÁ, Z., HLUCHNÍKOVÁ, O.: Ergoterapia ako reedukačný faktor. VI. Celoštátny zjazd Československej rehabilitačnej spoločnosti. Košice, 28. — 30. septembra 1983.
5. MALÝ, M., STRÍBRNÝ, J., JAROŠOVÁ, A., JEDLIČKOVÁ, M., ŠÍMOVÁ, A.: Včasná rehabilitačná liečba u amputovaných. Rozhledy v chirurgii, 62, 1983, č. 89, s. 637—641.
6. MALÝ, M.: Komplexná rehabilitačná liečba paraplegikov a kvadruplegikov. Záverečná atestačná práca, ILF Bratislava, január 1983.
7. MRŮZEK, J., MALÝ, M., JEDLIČKOVÁ, M.: Rehabilitace amputovaných, Rehabilitácia — v tlači.
8. RUSK, H. A.: Rehabilitation Medicine. St. Louis, Mosby 1971, p. 687.
9. STRÍBRNÝ, J.: Rehabilitace po poranění míchy. In: Rehabilitácia, Supplementum 29, Nové poznatky v rehabilitácii, zostavil: M. Palát, ročník XVII/1984, 152 s.

Adresa autoroa: MUDr. M. M., Rehabilitačný ústav,
747 24 Chuchelná — Hrabyně

M. Малы

ЭРГОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕБНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Резюме

Подчеркивается значение эрготерапии в комплексе общей программы реабилитации. На шести различных диагнозах указана палитра действий эрготерапии. Действия эрготерапии разделены на фазу начала заболевания и стадию интенсивной реабилитационной терапии. Отмечено значение функциональной подкрепляющей эрготерапии при реабилитационных диагнозах: rigiditas articuli, ingressus vitiosus, sollertia vitiosa, para, quadruplegia, hemiplegia, vis parva musculorum.

M. Malý

ERGOTHERAPY AS METHOD OF MEDICAL REHABILITATION

Summary

The importance of ergotherapy in the complex rehabilitation programme is stressed. In six various diagnoses movement patterns of ergotherapy are presented. Activities of ergotherapy are divided for the stage of the onset of the disease and for the stage of intensive rehabilitation therapy. Indicated is the significance of functional and conditioning ergotherapy for the following diagnoses: rigiditas articuli,

M. MALÝ, E. MALÁ, J. STRÍBRNÝ, M. PRUSKOVÁ, M. JEDLIČKOVÁ, A. JAROŠOVÁ, A. ŠÍMOVÁ / ERGOTERAPIA AKO METÓDA LIEČEBNEJ REHABILITÁCIE

ingressus vitiosus, sollertia vitiosa, para, quadruplegia, hemiplegia, vis parva musculorum.

M. Malý

DIE ERGOTHERAPIE ALS METHODE DER REHABILITATIONSBEHANDLUNG

Zusammenfassung

Der Beitrag betont die Bedeutung der Ergotherapie innerhalb des komplexen Rehabilitationsprogramms. An sechs verschiedenen Diagnosen werden die vielfältigen Tätigkeiten dargestellt, die die Arbeitstherapie ermöglicht. Die durch die Ergotherapie gebotenen Tätigkeiten werden in solche für die Anfangsphase der Erkrankung und solche für das Stadium intensiver Rehabilitationstherapie gegliedert. Es wird auf die Bedeutung der funktionalen und der Konditions-Ergotherapie bei folgenden Rehabilitationsdiagnosen hingewiesen: rigiditas articuli, ingressus vitiosus, sollertia vitiosa, para, quadruplegia, hemiplegia, vis parva musculorum.

M. Malý

L' ERGOTHÉRAPIE, MÉTHODE DE RÉADAPTATION MÉDICALE

Résumé

Importance soulignée de l'ergothérapie dans un complexe de programme de réadaptation générale. Série d'opérations thérapeutiques professionnelles démontrées sur six diagnostics différents. Les activités de l'ergothérapie sont divisées pour la phase au début de la maladie et au stade de la thérapie de réadaptation intensive. L'importance de l'exploration de l'ergothérapie et celle de condition est démontrée aux diagnostics de réadaptation: rigiditas articuli, ingressus vitiosus, sollertia vitiosa, para, quadruplegie, hémiplégie, vis parva musculorum.

KOLEKTÍV AUTOROV

DETSKÉ LEKÁRSTVO

Martin, Osveta 1984

Detské lekárstvo kolektívu autorov pod vedením akademika Houšťa je učebnicou pre lekárske fakulty v ČSR a SSR. Autorský kolektív tvorilo 27 popredných československých pediatrov, ktorí spracovali jednotlivé kapitoly tejto učebnice. Kniha predstavuje základné minimum pre poslucháča lekárskej fakulty všeobecného smeru. Po predhovore, ktorý napísali za autorský kolektív akademik Houšťa, prof. Michaličková a prof. Rubín, sa jednotlivé kapitoly zaoberajú históriou a výučbou

detského lekárstva a zdravotníckou starostlivosťou o dieťa v ČSSR. V ďalších kapitolách sú rozobrané avitaminózy, hovorí sa o patologickej výmene látok a energií. Potom nasledujú kapitoly klinické, kde sú opísané jednotlivé nozologické jednotky ochorení detského veku. Vnútorne ochorenia detí predstavujú hlavnú náplň tejto učebnice, sú tu však zaradené aj kapitoly o nervových poruchách a poruchách správania, o poruchách pohybových ústrojov a tuberkulóze, kolagenózach, jedna

kapitola sa zaoberá imunológiou a alergológiou, ďalšia venuje pozornosť detskej dermatológii, urgentným stavom a problémom hygieny dieťaťa. Záverečné kapitoly hovoria o všeobecnej liečbe a liečebnej technike, o ošetrovacej a vyšetrovacej technike, a napokon sú uvedené veličiny a jednotky klinickej biochémie v podobe tabuľky.

Vecný register ukončuje túto stredne rozsiahlu učebnicu detského lekárstva, doplnenú niektorými tabuľkami, perovkami

a fotografiami. Aj keď v ČSSR existuje samostatné štúdium detského lekárstva, zoznamujú sa poslucháči fakúlt všeobecného lekárstva s problematikou pediatrie. Učebnica, ktorú vydalo vydavateľstvo Osveta v slovenskej a vydavateľstvo Avicenum v českej modifikácii, predstavuje požiadavky v rámci štúdia na týchto fakultách. Učebnica je informujúca, nerozoberá detaily a predstavuje teda základnú literatúru.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. BAJGAR, P. VIŠŇOVSKÝ A KOL.
ZÁKLADY VEDECKEJ PRÁCE V MEDICÍNE
Martin, Osveta 1984,
2. přepr. a dopl. vyd.

V nakladateľstvi Osveta v Martine vy-
chádzajú ve druhém přepracovaném a dopl-
něném vydání pozoruhodná drobná publi-
kace o základní vědecké práci v medicí-
ně. Je dílem kolektivu 11 autorů, kteří pod
vedením doc. Bajgara a doc. Višňovského
připravili příručku určenou v první řadě
mladým vědeckým pracovníkům. Vtipné
ilustrace doplňují text této práce, auto-
rem je Vladimír Renčín.

Publikace přináší mnoho pozoruhodného
— především určitý systém, podle které-
ho by měl postupovat každý začínající
vědecký pracovník, přičemž je nutno po-
dotknout, že i starší vědečtí pracovníci
by tu našli mnoho cenného. V jednotli-
vých kapitolách si autoři všimají všech
činností, s kterými se setkává anebo musí
setkat začínající vědecký pracovník — o-
tázky experimentální práce, problému me-
todik a specifík vědeckého výzkumu, otáz-
ky práce s odbornou literaturou, významu
a důležitosti matematického hodnocení a
grafického vyjádření výsledků vědecké
práce a konečně přípravou vědecké práce
na uveřejnění. Další kapitoly věnují po-

zornosť oblasti přípravy a napsání vědec-
ké knihy a otázkám výchovy nových vě-
deckých pracovníků. Závěr knížky a pří-
lohy obsahují tabuľky základních korektor-
ských značek, seznam a zkratky našich
i zahraničních odborných časopisů, po-
třebných pro studium a hlavně pro citaci
ve vědeckých pracích, a konečně soustavu
jednotek SI. Použitá literatura ukončuje
tuto poměrně málo rozsáhlou, avšak ob-
sahově závažnou příručku, doplněnou už
zmíněnými vtipnými ilustracemi.

Každý, kdo přistupuje k vědecké práci,
dostává se na pole, které je sice velmi za-
jímavé, ale současně velmi obtížné. Pří-
ručka kolektivu autorů se snaží podat ur-
čitý návod, který by měl sloužit především
překonávání možných anebo jistých
překážek, s kterými se každý vědecký pra-
covník (ne tedy jen mladý) setkává anebo
může setkat. Kniha je vtipně napsaná, je
čtivá a představuje úvod — není, jak to
zdůrazňují autoři v předmluvě 2. vydání,
návodem.

Dr. M. Palát, Bratislava

Na okraj práce J. Pešla: REHABILITAČNÍ PŘÍSTUP K T.ZV. POST-KOMOČNÍMU SYNDROMU

Z praxe — pracuji jako neurolog i reh. lékař v obou ambulancích — mohu potvrdit, že nevhodná diagnóza „postkomoční syndrom“, správněji „mozková komoce před daným počtem dnů, týdnů, ev. měsíců“, neméně pak i zjištění, že pacient prodělal otřes mozku před několika lety, vyvádí neurologa až příliš často z diagnostických rozpaků, při nichž si pacient stěžuje na neurčité bolesti hlavy, na zaujatost v hlavě, na závratě či závrativost, na nauseu i bolesti v šíji, rovněž pak na pocity zvýšené únavnosti, slabosti, na ztížení koncentrace i poruchy reprodukce paměti. Skutečnost, že prakticky každá komoce je doprovázena změnami ve vztazích mezi obratli krční páteře, je známa, není však bohužel vždy dostatečně oceňována. Sdělení autorovo je třeba ocenit proto, že zdůraznilo rozhodující význam těchto změn na potíže pacienta po otřesu mozku, a neméně proto, že konkretizovalo jak místa maximálního výskytu těchto změn, přičemž rovněž upozornilo na dosud mnohdy opomíjené rehabilitační přístupy v léčení uváděných obtíží. Se závěry sdělení lze souhlasit.

Mám poznámku jen k prvému bodu závěru. Vzhledem k tomu, že na našem pracovišti máme vybudovanou malou elektrodiagnostickou laboratoř spolu s cerebrální elektromagnetoterapií, provádíme u komocí, které k nám přicházejí se svými potížemi, elektroencefalografická vyšetření a záznam EEG podrobujeme automatické analýze dle VÚPs (Matoušek). V průběhu několika let jsme takto mohli vyšetřit více jak 500 pacientů. Automatická analýza EEG záznamu byla prováděna ze svodů P4—T6 (v systému ten-twenty) a hodnotila mimo jiné též velikost celkové plochy, obsazené všemi aktivitami v EEG záznamu. Zjištěná hodnota pak byla dělena počtem sledovaných sekund, jichž bylo zprvu 45 (tj. devět pětisekundových intervalů) a později 135 (tj. 27 pětisekundových intervalů). Takto byl získán průměr velikosti EEG potenciálu u každého sledovaného subjektu. Velikost tohoto napětí byla v průměru všech zjišťovaných osob ve výši 18,4 μ V.

Avšak při sledování pacientů, kteří před několika týdny či měsíci, ale i lety prodělali mozkovou komocí a kteří k nám přišli se svými obtížemi, jsme zjistili — v jinak fyziologickému záznamu — potenciál — „U“ — o velmi nízkých hodnotách, v průměru o výši 5,56 μ V. U každého pacienta zde bylo sledováno 135 s a hodnoceny vždy 3 pětáctyřicetisekundové intervaly. Rozdíl průměrů mezi pacienty s komocí mozku a zbývajícími subjekty byl významný. Pacienti, u nichž byl shledán patologický graf (např. i se zřetelem na ložisko) byli z tohoto sledování vyloučeni, poněvadž EEG nález nasvědčoval jiné, závažnější poruše CNS. EEG záznamy s nízkým potenciálem „U“ jsme zjistili dále a pacientů s cerebrálními příčinami „synkop“, jen u některých epilepsií, dále u diencefalopathií, u endogenních depresí, u disseminovaných skleróz, ve stavech po epidemické hepatitidě, — vesměs všude tam, kde jsme i jinak pozorovali

valí stavy výrazných slabostí, mnohdy spojené s krátkodobými stavy ztráty vědomí. Usoudili jsme, že v těchto případech jde o blízký vztah nízké, ev. náhle snížené vigility k nízkým hodnotám potenciálu „U“ v EEG.

Na podkladě těchto pozorování se domníváme, že pravděpodobně nebude možno vysvětlit jednoznačně všechny obtíže objevující se po komoci jako funkční poruchu krční páteře. Je možno totiž předpokládat, že snížení potenciálu „U“ může být výrazem snížení stupně vigility, která — tak dlouho přetrvávající po úrazu — může mít i jiné, centrální příčiny, jež opravňují lékaře věnovat se i jejich další, medikamentózní léčbě [aplikaci nootropních, ev. polyvitaminózních léků, aplikací léků zesilujících krátko- či dlouhodobě množství ionizovaného kalcia v organismu i v CNS]. Je ovšem pochopitelné, že takový pacient zůstává jedním z drobnějších „crux medicorum“.

Ovšem i takovéto pacienty je třeba — jak správně upozorňuje diskutovaný příspěvek — podrobit rehabilitačním léčebným postupům.

MUDr. O. Grünner, CSc.



K DISKUSNÍMU PŘÍSPĚVKU MUDr. O. GRÜNNERA, CSc.

Souhlasím plně s autorem, že poúrazové potíže u všech nemocných, vedených pod diagnózou komoce, nelze vysvětlit jen funkční poruchou krční páteře a C/Th přechodu. Souvisí to především s faktem, že diagnóza komoce je často neoprávněně použita jak u případů, kde vůbec nedošlo k poruše vědomí, tak u případů, kde je třeba již uvažovat o kontuzi, byť zcela lehké. Většina nemocných není po úrazu lbi elektroencefalograficky vyšetřena a diagnóza je stanovena jen na základě klinického obrazu.

Je možné, že podkladem „postkomočních“ subjektivních potíží i změn na EEG, jak je popisuje MUDr. Grünner, CSc., jsou mikroanatomické změny. Vycházeli z definice komoce jako plně reverzibilní funkční poruchy mozku, museli bychom pak hodnotit takové reziduální změny jako stavy po lehké kontuzi.

Zjištění MUDr. Grünnera, CSc., je velmi cenným doplňkem diferenciálně-diagnostické rozvahy u úrazů lbi a ukazuje současně, že dosavadní kritéria pro diagnózu komoce jsou poměrně hrubá.

Smyslem naší práce bylo připomenout, že prakticky u každého úrazu lbi musíme počítat s působením násilí na hlavové klouby a C/Th přechod jako s hlavní příčinou subjektivních poúrazových potíží nemocných.

Chtěli jsme zdůraznit neudržitelnost termínu „postkomoční syndrom“ zvláště v posudkové praxi, protože termín sám o sobě je *contradictio in adiecto*, jak vyplývá z definice komoce.

Základním kritériem pro diagnózu komoce je ztráta vědomí a retro- či anterográdní amnézie bez ložiskových příznaků klinických či na EEG; nikdy však jen poúrazové bolesti hlavy, nausea, závratě či zvracení.

Diagnóza komoce je velice závažným posudkovým závěrem zvláště v oblasti soudně-znalecké.

MUDr. Jiří Pešl

Diskusia k článku MUDr. M. Slivku a kolektívu: REHABILITAČNÁ A PROTETICKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTOV S AMPUTÁCIAMI DOLNÝCH KONČATÍN

So záujmom sme si prečítali článok primára MUDr. M. Slivku a kolektívu *Rehabilitačná a protetická starostlivosť o pacientov s amputáciami dolných končatín*. Keďže sa podobnou problematikou zaoberáme, dovolíme si niekoľko poznámok v dobrom zmysle slova.

Naša zostava amputovaných predstavuje 1797 pacientov. Toľko amputovaných sme hospitalizovali v rokoch 1978 až 1984. Spádovou oblasťou nášho ústavu je Morava a Slovensko. Výnimkou nie sú ani amputovaní zo Západoslovenského kraja. Môžeme si teda vytvoriť určitú predstavu o chirurgickej technike amputácií, rehabilitácií amputovaných a úrovni protetiky. Spokojnosť by nebola na mieste.

Autori prezentujú zostavu 70 amputovaných. Ako príčinu amputácie uvádzajú 18-krát úraz, aterosklerózu 21-krát, diabetes mellitus 29-krát a „dva pacienti mali kombinované ochorenie — obliterujúci arteriálny proces pri súčasnom diabete“. Je to rozhodne precízne delenie. Žiaľ, nám sa nepodarilo u amputovaných s diabetom určiť podiel cukrovky a aterosklerózy na amputácii. Histologické vyšetrenie u väčšiny amputovaných diabetikov sa morfológicky nelíši od amputovaných pre aterosklerotickú gangrénu. Túto skutočnosť potvrdzuje aj Schettlerova štatistika z Bazileja, ktorá predstavuje 16 269 pitvaných. Rozdiel je azda v tom, že u diabetikov ide o ťažšie a včasnejšie formy aterosklerózy ako u nediatetikov. Pýtame sa, aké kritériá použili utori pri určovaní podielu diabete a aterosklerózy u amputovaných? Podľa nás nielen poslední dvaja zo zostavy amputovaných mali kombinované ochorenie, ale podiel aterosklerózy bol primárny aj u 29 amputovaných pre diabetickú gangrénu.

Rehabilitačná liečba amputovaných je niekoľkokrát spracovaná aj v našej literatúre. Má svoje pravidlá, postupy a je dostatočne dynamická. Chceme upozorniť, že v predamputačnom období nesmieme zabúdať na intenzívnu kondičnú prípravu kadidátov na amputáciu. Tu zdôrazňujeme význam svalovej práce aj vo vzťahu k postihnutému periférnemu cievnemu systému. Autori sa o tejto dôležitej etape rehabilitačnej liečby nezmieňujú. Predpokladáme, že FRO zabezpečuje aspoň formou LTV na chirurgických, či interných oddeleniach túto prípravu u pacientov, ktorí sú potencionálne ohrození stratou končatiny.

Nesúhlasíme s názorom: „... nezabúdame na výcvik horných končatín kvôli nácviku chôdze o nemeckých barliach“. Pre chôdzu o barlách sú dôležité dolné depresory ramien (m. pectoralis minor, m. subclavius, m. latissimus dorsi, m. trapezius — distálna časť, m. pectoralis maior pars abdominalis, m. serratus anterior — distálna časť). Svaly sú zoradené podľa účasti na funkcii. Teda nejde tu len o „výcvik horných končatín“. Až ďalej sú to extenzory lakťových kĺbov (m. triceps brachii, m. anconeus), svalstvo predlaktia a prstov rúk.

Ďalej sa pýtame, prečo sa tak zdôrazňujú nemecké barle, napr. „zdokonaľujeme chôdzu o nemeckých barlách“. Správna chôdza o nemeckých barlách vyžaduje nielen dostatočnú fyzickú zdatnosť, ale predovšetkým obratnosť a základy vznosného držania tela. Chôdza o nemeckých barlách po nerovnom

teréne a schodoch kladie nároky aj na equilibristiku. Amputovaný si podpažné stabilizátory nemeckých barlí zamieňa za oporný bod. Svedčia o tom aj rôzne bandáže podpažných stabilizátorov. Amputovanému nevysvetlíme, že oporná strana je tá, ktorou sa opierame o trup, a nie v axile. Amputovaný je na vysokých (nemeckých) barlách neobratný, tvorí aj pre okolie určitú bariéru. Potrebuje pre lokomóciu priestor až 1 m široký. Podstatnejšie však je, že nemeckými barlami často vybavujeme ľudí starých, ba aj diabetikov, ktorí nie sú dostatočne pripravení na vertikalizáciu. Tu sa najčastejšie dopúšťame chýb. Starý človek sa zavesí na podpažné stabilizátory a utláča nervovocievny zväzok, ktorý je vzhľadom na základnú chorobu veľmi fragilný. Výsledkom sú časté parestézie, ale aj úplná obrna, najčastejšie n. radialis a n. ulnaris. Nácvič chôdze o nemeckých barlách sa nám zdá neodôvodnený. Čas takto stratený považujeme za neekonomickú investíciu.

Úroveň ortopedickej protetiky je v rôznych štátoch rozdielna, u nás ešte aj v jednotlivých krajoch. Kto sa s touto problematikou stretáva, pozná, že nie je dôvod k veľkej spokojnosti. To je však iná problematika, so zdĺhavým priebehom, čo tiež ovplyvňuje možnosti včasného protézovania.

„... Ako prvú protézu v zásade predpisujeme celokoženú, alebo kombinovanú laminátovú s koženou objímkou“. Prečo? My nesúhlasíme s názorom autorov. Protéza geronta musí byť ľahká, stabilná, vzhľadná, s jednoduchou obsluhou, s možnosťou výmeny polotovarových dielcov. Nepochybujeme, že autori to vedia, veď sami o tom referujú v diskusii publikovanej práce. Celokožená protéza alebo kombinovaná protéza laminátová s koženou objímkou je síce zdanlivo pohodlná, jej zhotovenie je najmenej náročné na presnosť práce technika, ale z funkčného hľadiska je nevyhovujúca. Vzhľadom na priestor medzi kýpťom a protézou v mäkkej objímke nie je rešpektované funkčné dynamické hľadisko a vzniknutá pseudoartróza medzi kýpťom a lôžkom protézy je vážnou chybou pri nácviču chôdze. Takáto protéza plní len statickú alebo kozmetickú úlohu. Výskyt anomálií pri chôdzi je veľký, energetická náročnosť stúpa. Ak sa to rieši závesnou bandážou, kladkovým remeňom, stav sa zhoršuje a proces resocializácie odďaľuje. Kožené protézy sú indikované u amputovaných, ktorí túto objímkou používajú už niekoľko rokov, alebo u pacientov s nevhodným amputačným kýpťom. K nim počítame aj dlhý stehenný kýpeľ — amputácia podľa Grittinga a Callandera. Je vecou krajského alebo hlavného odborníka pre protetiku, aby usmernil chirurgov pri technike amputácií, zohľadnil technický a materiálny vývoj v protetike. Nijaký rehabilitačný tím nedokáže úplne eliminovať chyby amputačnej techniky a protetiky. Východisko vidíme len v úzkej spolupráci chirurg — protetik — rehabilitačný lekár.

Opakovane sa v článku vyskytujú slová „... rehabilitačná starostlivosť“. V modernom chápaní terapie máme zdôrazňovať výchovu k sebestačnosti a nie pripomínať negatívny psychologický náboj, ktorý je v slove starostlivosť. Tento termín nám pacienta nevychováva, nestimuluje k aktivite, ba práve naopak, pacient čaká, ako sa o neho postaráme za čo najmensej účasti, námahy, aktivity zo strany samotného pacienta.

Veríme, že len kvôli limitovanému rozsahu príspevku sa autori nezmienili o nácviču chôdze v teréne, o ergoterapii, športe a rekreácii amputovaných v rámci komplexnej terapie. Celá problematika okolo rehabilitácie je určite zložitejšia. Mnohí, žiaľ aj lekári, si pod pojmom liečebná rehabilitácia predstavujú LTV, elektroliečbu, hydroterapiu a pod. Pripomíname, že rehabilitácia je moderný medicínsky smer. Rehabilitačné lekárstvo je schopné a povinné určiť

viacrozmernú diagnózu, pretože na jedinca pozerá ako na súčasť spoločnosti a usiluje o jeho integráciu do spoločnosti. To sú základné pravidlá liečebnej rehabilitácie. A neplatí to aj pre ostatné odbory?

MUDr. M. Malý, MUDr. E. Malá, Chuchelná—Hrabyně



ODPOVEĎ

Teší nás, že článok o rehabilitácii amputovaných uverejnený v časopise Rehabilitácia vyvolal ohlas vo forme Vášho diskusného príspevku.

Rozdelenie pacientov podľa diagnóz robíme na základe záverov z oddelení, odkiaľ boli pacienti neprijatí na rehabilitačné oddelenia poukázaní na oddelenie ortopedickej protetiky. Väčšinu pacientov dôkladne vyšetrí na interných alebo chirurgických oddeleniach, a tak sa riadime ich diagnostickými závermi.

Ak vo Vašom zariadení máte možnosť overiť si podrobnejšie správnosť diagnóz stanovených na klinikách, radi uvítame možnosť spolupráce s Vami.

Na kondičnú prípravu pacientov v predoperačnom období sme sa v našom príspevku nezamerali hlavne kvôli tomu, že zo súboru iba malá časť pacientov bola hospitalizovaná v NsP Galanta už pred amputáciou. Predamputačná príprava prebehla v iných zdravotníckych zariadeniach, hlavne na bratislavských chirurgických klinikách.

Máme takú skúsenosť, že starší pacienti nad 60 rokov ťažko začínajú s chôdzou o francúzskych barlách. Pri vysokých podpažných barlách sa cítia istejšie, ľahšie udržia rovnováhu. Samozrejme, u všetkých prechádzame v neskoršej báze aj na chôdzu s iným spôsobom opory (francúzske barle, palička, prípadne aj bez opory).

Ani u jedného nášho pacienta nedošlo k lézii nervus radiális, ani nervus axilláris a parastézie mali iba prechodný ráz.

Plne súhlasím s Vami, že úroveň vyhotovovaných protéz pre dolné končatiny nie je u nás na dostatočnej úrovni, čo vychádza z dlhodobej krízy v odbore protetika. Zhotovovanie protéz sa vykonáva zväčša v n. p. Protetika, teda nie individuálne, v úzkom kontakte s pacientom. Kožené protézy sú pomerne ťažké, ale jediné, pri ktorých sa môže objímka prispôbiť zmene bez väčšej úpravy kýpta.

Pretože nie je v našich možnostiach meniť protézu, resp. objímku pri každej zmene amputačného kýpta (to by žiadalo meniť v prvom pooperačnom roku 3 až 4-krát), čakáme s vyhotovením druhej protézy až do stabilizácie amputačného kýpta — približne 6—8 mesiacov. Treba však povedať, že aj po stabilizovaní kýptov vo väčšine prípadov musíme zostať pri klasickom type protéz vzhľadom na obmedzené možnosti ľahších a modernejších protetických materiálov.

MUDr. M. Slivka, Bratislava



ZIVOTNÍ JUBILEUM DOC. MUDr. J. B E N D Y, DrSc.

Doc. MUDr. Jaroslav Benda, DrSc., se dožívá 19. června 60 let. V plné práci a aktivitě řídí Výzkumný ústav balneologický v Mariánských Lázních, je předsedou fyziatrické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně, je členem vědecké rady ministerstva zdravotnictví, členem komise pro rezortní plán ministerstva zdravotnictví, je členem kvalifikační komise pro přiznání astecí pro obor Fyziatrie, balneologie a léčebná rehabilitace. Přednáší problematiku lázeňství na fakultě všeobecného lékařství UK v Praze. Je velmi aktivní ve vědecké práci, publikoval 230 prací, což je výkon skutečně obdivuhodný, svědčící o mimořádných schopnostech a houževnatosti.

Doc. Benda se narodil v Třebnici v litoměřickém okrese, kde také začal svoji dráhu lékařskou, kdy zde v r. 1951 působil jako zástupce přednosta interního oddělení. Ale již od roku 1957 nastoupil jako ordinář v Lázeňských sanatoriích v Karlových Varech, kde postupně pracoval jako vedoucí lékař laboratoří, vedoucí lékař oddělení, vedoucí lékař léčebny a pak jako hlavní lékař. Od roku 1968 se stává ředitelem Výzkumného ústavu balneologického v Mar. Lázních a tuto funkci zastává velmi úspěšně dodnes. Pod jeho vedením se stal ústav významnou vědeckou základnou vědecké a organizační působnosti. Za svoji práci byl oceněn řadou významných uznání u nás i v zahraničí. Z dlouhé řady vyznamenání je nutno uvést alespoň 1965 státní vyznamenání „Za vynikající práci“, 1972 čestný člen Polské společnosti pro balneologii, bioneteorologii a lékařskou fyziatrii, 1975 Čestný člen Všesvazové vědecké lékařské společnosti fyziatřů a balneologů v SSSR a v témže roce se stal členem korespondentem Společnosti pro fyziatrii v NDR a získal plaketu J. E. Purkyně. V roce 1978 se stává čestným členem

Společnosti pro fyziatrii NDR, 1979 čestným členem Společnosti pro fyziatrii, balneologii a rehabilitaci Bulharska, 1980 čestným členem Československé fyziatrické společnosti a konečně v r. 1982 je mu udělena medaile J. E. Purkyně.

Kromě práce vědecko odborné je doc. MUDr. J. Benda, DrSc. i významně činný v životě politickém a odborném.

Prof. MUDr. Jan Pfejffer, DrSc., Praha

I redakce časopisu REHABILITÁCIA se pripojuje práním pevného zdraví a mnoha ďalších úspechů v práci při příležitosti 60 let doc. MUDr. J. Benda, DrSc.

K ŽIVOTNÉMU JUBILEU MUDr. MARIE VEČEŘOVÉJ



Veľmi často sa stretávame s ľuďmi — našimi spolupracovníkmi, a pritom zabúdame, že čas beží, a potom sme prekvapení, keď sa pozrieme do kalendára a zistíme, že by sme sa mali zastaviť a pogratulovať im k životnému jubileu.

Takéto životné jubileum oslavuje tohto roku MUDr. Marie Večeřovéj, vedúca Katedry rehabilitačných pracovníkov Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Brne. Trochu nás prekvapuje toto jubileum. V sústavnom pracovnom styku sa už dlhé roky stretávame na úseku doškoľovania rehabilitačných pracovníkov a práca sa nám darila a darí. A je to zásluha dr. Večeřovéj, že venujú veľké úsilie práve týmto otázkam.

Dr. Večeřovéj je dlhé roky aj členkou redakčnej rady nášho časopisu Rehabilitácia a aj tu sme vždy cítili jej iniciatívne a aktuálne návrhy. Nie je možné a ani účelné pri tomto zastavení pri príležitosti životného jubilea dr. Večeřovéj hodnotiť jej životnú dráhu. Chceme pri tejto príležitosti iba vyjadriť, že jej želáme predovšetkým veľa síl na ďalšej ceste, ktorá iste bude úspešná, ako aj optimálnu pohodu, aby ešte dlhé roky prispievala k rozvoju doškoľovania rehabilitačných pracovníkov, tak ako tomu bolo doteraz.

*M. Palát, B. Chlubnová, L. Navrátilová,
A. Řičná, V. Reptová, A. Sedláková, M.
Štefíková, T. Kutková, A. Boháčseková.
Katedry rehabilitačných pracovníkov
Ústavov pre ďalšie vzdelávanie SZP
v Brne a v Bratislave*

PRIMÁR

MUDr. JAROSLAV MRŮZEK,

JUBILUJE



Nechce sa ani veriť, že v septembri oslávil, primár MUDr. J. Mrůzek svoje šesťdesiate-piate narodeniny. Dožíva sa ich v plnej sile, tvorivej práci, telesnej a duševnej rovnováhe.

Primár MUDr. J. Mrůzek sa narodil v Opave ako prvý z ôsmich synov pokrývačského majstra. Stredoškolské štúdium skončil r. 1939 na reálnom gymnáziu v Kroměříži. Vysokoškolské štúdium začal na Lekárskej fakulte v Brne. Po uzatvorení vysokých škôl pracoval ako výpomocná sila v Okresnej nemocenskej poisťovni v Opave. R. 1941 sa inskriboval na lekárskej fakulte vo Viedni ako príslušník českej menšiny. Skúšky prvého rigoróza absolvoval r. 1943. V tomto období už celú rodinu prenasledovalo gestapo pre ilegálnu činnosť v KSČ. To znamenalo, prirodzene, koniec štúdia. Ukončil ich až po oslobodení r. 1949 na univerzite vo Viedni. Nedal sa zlákať ponukou pracovať na klinike profesora Lorenza Boehlera, ktorého si veľmi vážil. Práve profesor Boehler formoval v mladom dr. Mrůzkovi vzťah k rehabilitácii.

Doktor Mrůzek sa vrátil do rodného kraja. Začal pracovať v Opave na internom, hrudnochirurgickom a ortopedickom oddelení. R. 1959 odišiel ako chirurg s vyššou špecializáciou pracovať do ZŮNZ v Karvinej. R. 1964 prešiel na chirurgické oddelenie KNsP Ostrava, ktoré viedol doc. MUDr. K. Typovský, CSc. Pre veľké odborné a morálne kvality a organizačné schopnosti sa stal dr. Mrůzek ordinárom pre traumatológiu. V tom čase vznikali často citované odborné práce adresované mladým chirurgom a posudkovým lekárom. Napísal niekoľko kapitol a na ďalších sa podieľal ako spoluautor v knihách Traumatologie pohybového ústrojí a Traumatologie břicha.

Pre svoje organizačné schopnosti a vzťah k pohybovej terapii nastúpil r. 1977 ako primár v Rehabilitačnom ústave v Chuchelnej. Ústav má 150 postelí a je detašovaným pracoviskom Rehabilitačného ústavu Hrabyně (riaditeľ MUDr. J. Stříbrný). Primár Mrůzek pokračoval v šľapajách svojich predchodcov v budovaní ústavu. V krátkom čase pribudla nová telocvičňa, areál hipoterapie, rekonštruovaná terénna dráha pre amputovaných. Pribúdali publikácie o problematike rehabilitačnej terapie amputovaných, podieľal sa na zavedení hipoterapie ako liečebnej metódy. Päť amatérsky natočených filmov s odbornou rehabilitačnou problematikou je na vysokej úrovni a slúži na postgraduálnu výučbu.

Prísne, ale spravodlivo vedie svojich sekundárov v odbornej príprave. Vytvára im priestor pre všestrannú publikačnú činnosť. Významne sa podieľa na predatestačnej príprave mladých lekárov, ktorí absolvujú kurz rehabilitačného minima v našom ústave.

Pri maximálnej spoločenskej, politickej a odbornej angažovanosti nájde si ako dobrý organizátor čas aj na svoje koníčky: hudbu, výtvarné umenie, históriu, lingvistiku, plávanie, poľovníctvo.

Asi preto, že primár MUDr. Mrůzek žije tak intenzívne, ale harmonicky, ani zďaleka nezodpovedá jeho kalendárny vek veku biologickému. Vážený pán primár, prajeme Vám veľa zdravia, radosti, pracovného elánu, všestrannú spokojnosť a ešte veľa vedec-ko-odborných a loveckých trofejí.

Ad multos annos!

MUDr. M Malý, Hrabyně — Chuchelná

Redakce časopisu REHABILITÁCIA vyjadruje pri príležitosti životného jubilea prim. MUDr. J. Mrůzka přání dobrého zdraví a elánu do další práce.

RECENZIE KNÍH

F. H. W. HEUCK

RADIOLOGICAL FUNCTIONAL ANALYSIS OF THE VASCULAR SYSTEM

Radiologická funkčná analýza vaskulárneho systému

Springer Verlag, Berlin — Heidelberg — New York — Tokyo, 1983

ISBN 3 — 540 — 12185 — 4

Publikácia, ktorú pripravil pre tlač prof. Heuck, je zborníkom prác konferencie, ktorú usporiadala Nemecká röntgenologická spoločnosť spolu s Nemeckou spoločnosťou biomedicínskej techniky. Obsahuje celý rad prác, ktoré sú zoradené do siedmich častí.

Úvodné slovo napísal prof. Heuck a prof. Giovannini. V prvej časti sa hovorí o fyziologických aspektoch pre diagnostickú analýzu cirkulačnej dynamiky. Druhá sa zaoberá farmakológiou kontrastných látok, tretia technickým podávaním injekcií týchto kontrastných látok. Ďalšie sú zamerané na konkrétne rádiologické štúdie: štvrtá časť prezentuje práce o fyzikálnej a technickej báze pre rádiologickú analýzu cirkulácie, ďalšia sa zaoberá klinickou aplikáciou a výsledkami. Posledné dve časti venujú pozornosť angiografickým vyšetreniam a dynamickým štúdiám a dynamickým štúdiám s použitím počítačovej tomografie.

Vecný register ukončuje tento pozoruhodný zborník, kde sú jednotlivé práce

bohato dokumentované ilustračným materiálom, nákresemi, fotografiami a grafmi.

Funkčná analýza cievneho systému je veľmi dôležitá pre diagnostiku mnohých ochorení cirkulácie. Funkčná analýza pomocou rádiologických prostriedkov, ako o nich hovorí Heuckova publikácia, je špecializačným príspevkom pre potreby klinikov, ktorí sa zaoberajú kardiovaskulárnymi ochoreniami. Jednotlivé príspevky, uverejnené v tejto publikácii, prinášajú výsledky získané modernou vyšetrovacou technikou a interpretované pre aktuálne a súčasné potreby kliník. Kniha je veľmi cennou príručkou pre každého, kto sa zaoberá rádiológiou, röntgenológiou a funkčnou diagnostikou. Niektoré práce prinášajú mnoho matematických dát, sú vhodné predovšetkým pre špecialistov. Iné však majú klinický charakter a nájdu rozšírenie predovšetkým u klinických pacientov.

Kniha je informujúca, účelne napísaná a rieši moderné prístupy pre posudzovanie funkcie vaskulárneho systému.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. SCHMIDT-VOIGT

KARDIOLOGISCHE PROBLEMPATIENTEN

Kardiologičtí problémoví pacienti

Vydal Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo 1984

ISBN 3-540-13265-1

Dr. Schmidt-Voigt pripravil do tisku a vydal v nakladateľstve Springer Verlag v Berlíne v roe 1984 drobnou publikáci, venovanou otázkám úskalí kardiologickej diagnostiky v praxi. Na radě kazuistik poukazuje autor na významné kritéria, dôležitá v diagnostickom a diferencálně-diagnostickom procese v klasickom dělení vyšetřovacího procesu súčasne kardiologickej praxe — začíná anamnézou, přechází na aspexi, palpaci, měření krevního tlaku, auskultaci srdce a cév a závratě a doplňuje tyto kapitoly jinými, které poukazují na jednotlivá úskalí v kardiovaskulární diagnostice. Jde především o problém hypertenze a hypotenze, o problematiku srdečních arytmií a dále o otázky elektrokardiografické a rentgenologickej diagnostiky. Poslední kapitola se zabývá otázkou zdánlivě zdravého srdce — problematikou mitrální stenózy, kardiomyopatie v mladém věku a postdiferické myokardiopatie. Přehled literatury a věcný rejstřík ukončují tuto obsahově bohatou, rozsahově spíše malou publikaci, která je ovšem významným přínosem především pro širokou lékařskou a kardiologickej praxi. Jednotlivé kapitoly, přínášející zajímavé kazuistiky, jsou dokumentovány obrázky, několika nákresy a celou řadou elektrokardiogramů.

Autor této drobné publikace vychází z kazuistik nemocných, které vyšetřil a ošetřoval, a poukazuje na jednotlivé aspekty moderní klinické kardiologickej diagnostiky. Knička má podtitul „Úskalí kardiovaskulární diagnostiky v praxi“ a toto zaměření také sleduje.

V súčasnosti vedle monografií řešících komplexní nebo dílčí oblasti určitého lékařského oboru a vedle publikací zaměřených na experimentální sledování určitého problému s příslušným statistickým vybavením velmi oblíbenou „literaturou“ jsou kazuistiky. Kazuistiky totiž na konkrétním případě zaujímají konkrétní stanovisko k diagnostice a léčbě a představují velmi cenný instrument v práci každého klinicky zaměřeného lékaře. Zatímco statisticky doložené klinické studie představují v současné medicíně určitý koncept pro práci kliniků, kazuistiky jsou kamínky v mozaice tohoto konceptu. A v mnohých případech poukáží i na ty okolnosti a ta fakta, která nejsou postihnuteľná v široké klinicky založené experimentální studii.

Schmidt-Voigtova knička představuje takový prototyp použitých kazuistik s využitím konkrétních aspektů pro konečnou diagnózu v oblasti kardiologie.

Dr. M. Palát, Bratislava

D. PLATT

GERIATRICS 3

Geriatrics 3

Springer Verlag, Berlin—Heidelberg—New York—Tokyo 1984

ISBN 3-540-12220-6

Roku 1984 vyšiel vo vydavateľstve Springer-Verlag tretí diel Geriatrie. Prvý diel vyšiel roku 1982, druhý roku 1983 — o oboch sme referovali v našom časopise. Jednotlivé kapitoly tretieho dielu zostavilo celkom 22 popredných odborníkov z európskych krajín a USA. Tematicky naväzuje tretí diel na predchádzajúce dva a zaoberá sa problematikou geritrie v gynekológii, ortopedii, anesteziológii, chirurgii,

otorinolaringológii, oftalmológii a v dermatológii. Vecný register opäť ukončuje túto monografiu, ktorej jednotlivé kapitoly sú dokumentované celým radom tabuliek, obrázkov, grafov a nákresov.

Profesor Dieter Platt, ktorý je riaditeľom Ústavu pre gerontológiu na Univerzite Erlanger — Nürnberg, ukončil tretím dielom učebnicu modernej geriatrickej medicíny. Geriatrická medicína je v posled-

ných 10 až 20 rokoch veľmi pestovaným odborom súčasného lekárstva.

Trojdielna učebnica geriatricie spĺňa všetky požiadavky na učebnicu moderného typu, určeného predovšetkým pre doškoľovanie lekárov, ktorí sa vo svojej praxi zaoberajú problematikou chorôb u starých a starších ľudí. Jednotlivé kapitoly aj v trefom diele majú štandardnú stavbu. Poznatky, ktoré prinášajú, sú uvedené na súčasný stav poznania, obrazová a tabuľková dokumentácia zdôrazňuje predovšet-

kým kľúčové aspekty danej kapitoly. Klinická interpretácia jednotlivých chorobných stavov starších a starých pacientov je prakticky zameraná, pričom sú zdôraznené aj aspekty procesu starnutia z hľadiska vedeckovýskumných poznatkov. Konfrontáciou fyziologických, diagnostických a terapeutických hľadísk pri jednotlivých ochoreniach autori prinášajú synoptický pohľad na celú problematiku. Knihu odporúčame.

Dr. M. Palát, Bratislava

W. J. MACLENNAN, A. N. SHEPHERD, I. H. STEVENSON

THE ELDERLY

Starý človek

Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York — Tokyo 1984

ISBN 3—540—13236—8

V edičnom rade „Treatment in Clinical Medicine“ vychádza ako tretí zväzok drobná monografia profesorov MacLennana, Shepherd a Stevensona z Dundee v Škótsku, ktorá je venovaná ošetrovaniu a liečbe starých ľudí. V 12 kapitolách sa autori zaoberajú vplyvom procesu starnutia na farmakokinetiku a farmakodynamiku, otázkami porúch kardiovaskulárneho, respiračného a gastrointestinálneho traktu. V ďalších kapitolách rozoberajú otázky porúch močového mechúra, porúch motorického systému, všímajú si poruchy metabolizmu a výživy a rozoberajú otázky porúch nervového systému a mentálnych porúch. Posledná kapitola tejto monografie venuje pozornosť otázkam terminálnej starostli-

vosti a otázkam dlhodobej starostlivosti. Vecný register ukončuje túto rozsahom veľkú, ale obsahovo bohatú monografiu, ktorá je zameraná výlučne prakticky. Z tohto aspektu je určená predovšetkým lekárom, ktorí sa prakticky zaoberajú problematikou chorôb v oblasti geriatrickej medicíny.

Monografia je dobre napísaná, jednotlivé kapitoly sú prehľadne členené, na záver obsahujú krátky prehľad písomníctva, predovšetkým z oblasti anglofónnej, a sú doplnené potrebnou dokumentáciou, grafmi a tabuľkami. Kniha má aj vhodný formát.

Dr. M. Palát, Bratislava

E. F. GLASGOW, L. T. TWOMEY, E. R. SCULL, A. M. KLEYNHANS, R. M. IDCZAK

ASPECTS OF MANIPULATIVE THERAPY

Aspekty manipulační léčby. 2. vydání.

Vydal Churchill Livingstone Melbourne, Edinburgh, London, New York 1985

ISBN 0 443 03036 7

V roce 1985 vychází ve druhém vydání sborník přednášek, které odezneny v programu Mezinárodní konference o manipulační léčbě v Melbourne v roce 1979. První vydání vyšlo v roce 1980.

Manipulační léčba jako součást moder-

ních rehabilitačních programů našla svoje uplatnění v široké praxi. Stala se metodikou používanou interdisciplinárně, to znamená, že přesáhla odbor rehabilitace, a tak přešla do metodického vybavení i jiných oborů, především tam, kde bolest

jako symptom představuje pole aktuálního léčebného zásahu.

Druhé vydání „Aspektů manipulační léčby“, které následuje pět let potom, co vyšlo vydání první, je jistě důkazem toho, že tato technika je cenným doplňkem komplexního přístupu k pacientovi ve vybraných indikačních oblastech.

Celá řada předních odborníků z nejrůznějších zemí přispěla formou jednotlivých příspěvků do oblasti manipulační léčby a celý svazek, vydaný původně Lincolnovým ústavem pro vědy a zdraví, nachází svoji reedici v roce 1985 v širším záběru. Kniha má pět oddílů — v prvním se hovoří o biomechanických aspektech manipulační léčby, ve druhém o neurologických aspektech těchto metodik, třetí se zabývá jednotlivými technikami, ve čtvrtém jsou diskutovány otázky tolerance bolesti a jejího posouzení, pátá, závěrečná část věnuje pozornost posuzování jednotlivých poruch. Každá z prací, zařazených do jednotlivých oddílů, je dobře dokumentovaná, obsahuje celou řadu ilustrací a tabulek a vždy na závěr seznam další literatury. Celý svazek obsahuje celkem sedumadvacet prací, před-

mluvu napsal prof. Maitland a úvod jeden ze sestavovatelů tohoto svazku, prof. Glasgow — oba z Austrálie. Svazek obsahuje i práci československého účastníka konference, prof. Jandy, která se zabývá bolestí lokomočního systému ze širších aspektů.

Sborník je dobře polygraficky vybavený, má větší formát, dobrý papír, přehledně uspořádané kapitoly a měkkou vazbu.

Manipulační léčba jako součást reflexního přístupu při řešení některých kliniky závažných stavů si získala svoji oblibu a své rozšíření i u nás. Je předmětem jednání mnohých domácích i zahraničních konferencí a kongresů, je jednoduchoorganickou součástí moderní rehabilitační péče. Svazek přednášek „Aspekty manipulační léčby“, který dostáváme v roce 1985 do rukou, je prototypem publikace, která v širokém kontextu upozorňuje na klíčové otázky jedné ze současných reflexních metodik v široké rehabilitační praxi. Je určitě publikací, která přispívá dobrým způsobem do informačního poolu v oblasti manipulační terapie.

Dr. M. Palát, Bratislava

S. J. GOULD

DER FALSH VERMESSENE MENSCH

Nesprávně změřený člověk

Vydal Birkhäuser Verlag Basel—Boston—Stuttgart 1983

ISBN 3—7643—1515—6

Anglický originál této monografie vyšel v roce 1981 ve Spojených státech pod názvem „The Mismeasure of Man“, jeho německý překlad vychází v roce 1983 ve švýcarském nakladatelství Birkhäuser Verlag. Jde o pozoruhodný pokus prof. Stephena J. Goulda z Harvardské university — evolučního biologa — který v sedmi kapitolách věnuje pozornost některým otázkám antropologie a příbuzných disciplin. Kniha vychází v edici „Offene Wissenschaft“ a měla velký úspěch už při svém americkém vydání. Autor vychází z poznání, že měření a klasifikace jsou základními prvky každé vědy a že tyto údaje musí představovat objektivní přístup k posouzení všech přírodních faktů. Proto se zabývá v jednotlivých kapitolách právě daty, získanými v různých dobách měření, a konfrontuje tyto skutečnosti s rea-

litou a teoriemi, které v průběhu času interpretovaly nebo nahrazovaly získané výsledky. Zabývá se otázkami polygenie a měření lebky před Darwinem, érou Paula Brocka a jejím přispěním pro vývoj moderních poznatků, otázkami měření těla s přihlédnutím na evoluční teorii a na teorém, že ontogeneze je rekapitulace fylogeneze. Všimá si i dalších teorií a konfrontuje je s realitou — otázkami dědičnosti inteligence a měřením inteligenčních kvocientů, které stále ještě představují i v současnosti metodu volby. Přichází i k otázkám faktorové analýzy právě ve vztahu k lidské inteligenci a možnostem jejího posouzení a posuzování. V závěru autor poukazuje na konfrontaci, která vyplývá z toho, co můžeme interpretovat s přihlédnutím na objektivní realitu.

Gouldova monografie má mnoho ilustra-

cí, některé tabulky a grafy. Bibliografický přehled, jmenný a věcný rejstřík ukončují tuto zajímavou monografií, jejíž jednotlivé kapitoly jsou doplněné celou řadou citátů, s kterými autor polemizuje nebo které doplnují diskutované otázky.

Kniha je pozoruhodná svým pojetím i způsobem zpracování. Je to určitý pokus

o syntézu vědeckých poznatků a konfrontací některých názorů, podložených určitou hypotézou či teorií. Kniha je podnětná a některé kapitoly představují inspirační zdroje pro vlastní myšlenkový pochod na nejrůznějších rovinách moderní biologie s přihlédnutím k oblasti evoluce člověka.

Dr. M. Palát, Bratislava

A. ZAPLETAL, M. ŠAMÁNEK, T. PAUL
FUNKCE DÝCHACÍHO ÚSTROJÍ U DĚTÍ A MLADISTVÝCH

Osveta Martin, 1984

V Dérerovej zbierke — edícií pre postgraduálne štúdium lekárov — vychádza ako zväzok monografia o otázkach funkcie dýchacieho ústrojenstva u detí a mladistvých. Autormi tejto publikácie sú dr. Zapletal, doc. Šamánek a dr. Paul. Kniha vychádza v češtine a jej jednotlivé kapitoly sa zaoberajú otázkami klinickej fyziológie, problematikou ventilačných objemov a kapacít, otázkami pľúcnej pružnosti a priechodnosti dýchacích ciest, otázkami dýchovej práce a výmenou plynov v pľúcach. Ďalšie kapitoly rozoberajú indikácie vyšetrení a charakteristické zmeny pľúcnej funkcie u detí s pulmonálnou a kardiálnou chorobou a návrhy na postup funkčného vyšetrenia u detí a mladistvých na rôznych stupňoch liečebno-preventívnych zariadení. Väčšia časť publikácie obsahuje referenčné hodnoty uvedené prehľadne formou tabuliek, ktoré autori získali vyšetrením 173 zdravých detí a mladistvých a 16 dospelých. Tieto vyšetrenia spraco-

vali, vypočítali funkčné ukazovatele a použili ich ako referenčné hodnoty po príslušnej matematicko-korelačnej interpolácii.

Text je bohato dokumentovaný početnými perovkami, niektorými fotografiami a grafmi. Bohatý prehľad literatúry je umiestnený za textovou časťou. Súhrn v angličtine, vecný register a obsah ukončujú túto monografiu.

Monografia je určená predovšetkým lekárom, ktorí sa zaoberajú pneumológiou detského a dorastového veku. Nie je typickou učebnicou, ale poukazuje na aspekty, ktoré slúžia predovšetkým ako možnosti posúdenia funkcie pľúc v spomenutom vekovom období. Ide teda o knihu úzko zameranú. Iste sa stane nevyhnutnou príručkou odborníkov, ktorí sa zaoberajú posudzovaním funkcie pľúc v detskom a dorastovom veku s osobitným prízretím na pneumonálnu patológiu.

Dr. M. Palát, Bratislava

M. KONNER
DIE UNVOLLKOMMENE GATTUNG

Nedokonalý druh

Birkhäuser Verlag, Basel — Boston — Stuttgart, 1984

ISBN 3-7643-1518-0

Doktor Konner — biológ a antropológ — je profesorom na Harvardskej univerzite. Súčasne absolvoval štúdium medicíny a v roku 1982 vydal v New Yorku pozoruhodnú publikáciu „The Tangled Wing“. Táto publikácia bola preložená do nemčiny, vychádza v roku 1984 v bazilejskom vyda-

vatelstve Birkhäuser Verlag — Basel. Ide o pozoruhodnú knihu, venovanú človeku, ktorého autor definuje ako nedokonalý druh. V princípe je to pohľad biológa, ktorý venuje pozornosť človeku z hľadiska antropolgického, psychologického a psychiatrického. Všíma si evolúciu a jednotlivé

vývojové štádiá. Knihu rozdelil na deväť častí. V prvej hovorí o základoch jednotlivých vied, ktoré sa zaoberajú človekom, druhú venuje emóciám, tretia diskutuje o otázkach správania, vo štvrtej sa zamýšľa nad prirodzenosťou človeka a jeho budúcnosťou a piata časť poukazuje na niektoré vlastnosti človeka, zatiaľ nepoznané, ale prítomné. Poznámky k jednotlivým kapitolám uvádza autor spolu s vecným a menným registrom na záver tejto pozoruhodnej monografie, ktorá sa zaoberá človekom z inej stránky. Človek, jeho prostredie, jeho prejavy a činnosti sú v posled-

nom období predmetom záujmu rôznych odborníkov. Každý z týchto odborníkov, či už je to lekár, antropológ, psychológ alebo psychiater, venuje pozornosť človeku ako predstaviteľovi druhu zo svojich špecifických aspektov, z aspektov svojej odbornosti.

Konner svojou monografiou pripravil určitý syntetický pohľad na človeka. Využíva všetky odbornosti a vytvára určitú novú kvalitu, ktorá obsahuje jednotlivé aspekty v komplexnom pohľade.

Dr. M. Palát, Bratislava

A. BORBÉLY
DAS GEHEIMNIS DES SCHLAFS

Tajomstvo spánku
Deutsche Verlags — Anstalt, Stuttgart, 1984
ISBN 3—421—0273—X

Profesor Borbély z Laboratória pre experimentálny a klinický výskum spánku ústavu zurišskej univerzity vo svojej poslednej monografii, ktorú vydal roku 1984 vo vydavateľstve Deutsche Verlags — Anstalt v Stuttgarte, venuje pozornosť otázkam spánku. Kniha prináša celý rad aspektov, ktoré sa venujú problematike spánku ako fyziologického deja a poruchám spánku. V 14 kapitolách autor venuje pozornosť vedeckému skúmaniu spánku a jeho jednotlivým štádiám, otázkam snov, problematike hypnózy, hovorí o spánku u zvierat a vysvetľuje teórie spánku. Zaoberá sa otázkami látok v organizme, ktoré vyvolávajú spánok, hovorí o stavoch nespavosti a o spánku ako biologickom systéme. Posledná kapitola predstavuje syntézu, ktorá je zameraná predovšetkým na otázky regulácie spánku a oblasť REM-spánku. Monografia

má mnohé ilustrácie, niektoré grafy a niektoré tabuľky.

Problematika spánku ako fyziologického deja je oblasťou, ktorej venujú pozornosť mnohé medicínske odbory. Fyziológovia a farmakológovia sa snažia zistiť mechanizmy spánku a možnosti ich ovplyvnenia. Jednotliví klinickí odborníci sa na druhej strane zaoberajú poruchami spánku a opäť možnosťami ich ovplyvnenia. Otázka depresie, problematika snov a otázky biorytmu sú niektoré čiastkové oblasti tohoto komplexu. Autor — lekár, ktorý sa venuje farmakológii, má dlhodobé, experimentálne podložené a vedecky doložené skúsenosti o fenoméne spánku a jeho posledná publikácia, určená širokej verejnosti, rozoberá tieto oblasti z rôznych aspektov. Treba podotknúť, že kniha má vysoký informačný obsah a spočíva na vlastných skúsenostiach autora.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. NÜCKER
DIE ERNÄHRUNG DER SPORTLERS

Výživa športovca
3. rozšírené a doplnené vydanie
Hojmann — Verlag, Schorndorf, 1983
ISBN 3—7780—3573—8

Profesor Nöcker, známy odborník v oblasti telovýchovného lekárstva, vydal v 3. doplnenom vydaní drobnú príručku veno-

vanú otázkam výživy športovca. V kapitolách rozoberá jednotlivé aspekty, ktoré sa týkajú výživy ako zdroja energie, potreby

výživných látok, potreby minerálov, ďalej sa zaoberá otázkami príjmu tekutín, rozdelením príjmu potravy a závermi pre širokú prax. Prehľad literatúry ukončuje túto drobnú publikáciu, ktorej text je doplnený prehľadnými tabuľkami a niekoľkými grafmi.

Otázka športovej výkonnosti a celá problematika jednotlivých športových odvetví sa stáva v posledných rokoch čoraz dôležitejšou. Tréning a vlastný športový výkon vyžadujú dlhodobú prípravu nie iba

z hľadiska vlastnej výkonnosti, ale aj z iných hľadísk a jednu takúto oblasť predstavujú výživa a metabolizmus.

Nöcker, ktorý je takýmto odborníkom v oblasti športu a telesnej výkonnosti, venuje vo svojej príručke pozornosť jednotlivým látkam, ktoré sú dôležité pre športovca a jeho výkonnosť.

Táto dobre napísaná kniha je určená širokej verejnosti športovcov a prináša veľmi zaujímavé a podnetné názory.

Dr. M. Palát, Bratislava

CH. LICHTENTHAELER DER EID DES HIPPOKRATES

Hippokratova prísaha

Vydal Deutscher Ärzte — Verlag, Köln, 1984

ISBN 3-7691-0088-3

Profesor Lichtenthaeler, ktorý sa dlhé roky zaoberá štúdiom Hippokratových spisov, vydáva roku 1984 v Deutscher Ärzte — Verlag pozoruhodnú monografiu venovanú Hippokratovej prísaha. Hippokratova prísaha predstavuje kódex lekárskej morálky, a patrí k jednému z najstarších dokumentov etiky a morálky, platnému až po súčasnosť. Lichtenthaelerova „Hippokratova prísaha“ má dva diely a celkom dvadsať kapitol, kde sa autor zaoberá detailne, na základe svojej vedeckovýskumnej práce, jednotlivými aspektmi tohoto kódexu.

Text Hippokratovej prísahy pretrval 24 storočí od svojho vzniku. Skladá sa zo štyroch častí a celkom deviatich odsekov. Autor monografie rozoberá jednotlivé odseky Hippokratovej prísahy.

Hippokratova prísaha si zachovala svoju platnosť až po súčasné obdobie. Prakticky všetky lekárske fakulty a akadémie používajú jej text v rôznych formách v rámci štúdiá medicíny. Absolventi lekárskeho fakult touto formou zdôrazňujú svoj postoj k svojmu povolaniu z hľadiska etiky a morálky.

Monografia má celý rad obrázkov, ktoré dopĺňajú text jednotlivých kapitol, bohatý prehľad literatúry. Jednotlivé poznámky k textu jednotlivých kapitol a menný a vecný register ukončujú túto monografiu. Aj keď Lichtenthaelerova monografia je predovšetkým vedeckým dielom, ktoré sa

Όρκος

1. Όνημι (άρνησά) Απόλλωνα Ιητρον και Ασκληπιον και Υγιειαν και Πανάκειαν και θεους πάντας τε και πάσις, ιστορας ποιήμενος, επιτέλει ποιήσιν κατά δυνάμιν και κρίσιν ήμιν όρκον τόνδε και συγγραφήν τήνδε:

2. ήγησασθαι τε τόν διδάξαντά με την τέχνην ταύτην ίσα γενέτησιν ήμοισι, και βίον κοινώσασθαι, και χρεών χρηίζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, και γένος το έξ αυτού άδελφείας ίσων έπικρινέειν άθήροι, και διδάξειν την τέχνην ταύτην, ήν χρηίζωσι μανθάνειν, άνεν μοθοί και συγγραφής, παραγγελίης τε και άκροήσις και της λοιπής άπάσης μαθήσις μετάδοσιν ποιήσασθαι υίοισι τε ήμοισι και τοισι τοις έμει διδάξαντος, και μαθηται συγγραμμένους τε και ώρκιομένους νόμο ιητροικω, άλλω δέ ούδενι.

3. διατήμασι τε χρήσομαι έπ' ώφέλειήν καμνόντων κατά δύναμιν και κρίσιν ήμιν- έπί όρκησει δέ και άδικίη ειρήσειν.

4. ού δόσω δέ ούδέ φάρμακον ούδενι αίτηθείς θανάσιμον, ούδέ ίσηήσομαι συμβούλην τήνδε- όμοίως δέ ούδέ γυναικί πεισον φθόρον δόσω.

5. άργός δέ και όσιος διατήρησω βίον τόν ήμιν και τέχνην την ήμιν.

6. ού τεμέω δέ ούδέ μήν λιθιώνας, έκχωρησω δέ έργάτροιν άνδράσι πηήσις τήσδε.

7. έξ οικίας δέ όκόσας άν έστω, έσπεύσομαι έπ' ώφέλειήν καμνόντων, εκτός έων πάσης άδικίης έκουσις και φθορής τής τε άλλης και άφροδισίων έργων, έπί τε γυναικειών σομάτων και άνδρειων, έλευθήρων τε και δουλων.

8. ά δ' άν εν θεραπειή ή ίσω ή άκούσω, ή και άνεν θεραπειής κατά βίον άνθρώπων, ά μη χριή ποτε εκκαλέσθαι έξω, σιγήσομαι, άώρητε ήρήμενος είναι τα τοιαύτα.

9. όρκον μέν ούν μοι τόνδε επιτέλει ποιέοντι και μή συγγέντοι ειη έπαρησθαι και βίον και τέχνης δοξαζόμενω παρά πάσις ανθρώποις: ές τον αίτι χρόνον, παρβαίνοντι δέ και έπιοκρίοντι τάναντια τούτων.

zaoberá detailmi výkladov v jednotlivých aspektoch, pozorný čitateľ — lekár tu nájde mnoho poukazov predovšetkým na historické paralely v starom Grécku. Monografia predstavuje jeden z vrcholov publikácií o Hippokratovej prísaha.

Dr. M. Palát, Bratislava

S. G. BAROLIN, ST. KOPPI
REHABILITATION 1984

Rehabilitácia 1984

Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1984, ISBN 3-432-92641-3

Vo vydavateľstve Ferdinanda Enkeho v Stuttgarte vychádza v edičnom rade rehabilitačného pracovného kruhu nemeckej jazykovej oblasti drobná publikácia profesora Barolina, ktorá prináša práce z oblasti súčasnej rehabilitácie. Autori spomenutého autorského kruhu sa v jednotlivých príspevkoch zaoberajú otázkami neurológie a rehabilitácie, problematikou hipoterpapie, problematikou hypnózy v rehabilitácii neurologických pacientov, úlohou psychológa v rehabilitácii. Rozoberajú otázky psychoterapie pri poškodení mozgu, možnosti kúpeľnej liečby po náhlych cievnych mozgových príhodách, otázky diagnostiky pomocou počítačovej tomografie pri mozgových cievnych procesoch. Ďalšie práce sú venované cievny poruchám, psychologickej symptomatológii, otázkam afázie a problematike traumatizmov mozgu.

Je tu zaradených aj niekoľko organizačných prác.

Vecný register dopĺňa túto drobnú publikáciu upozorňujúcu na závažné problémy modernej rehabilitačnej medicíny. Práce sú dokumentované grafmi, fotografiami a tabuľkami, každá z nich má na záver krátky prehľad písomníctva.

Rehabilitácia ako súbor metód zapustila svoje pevné korene prakticky vo všetkých medicínskych odboroch. Profesor Barolin, prednosta Neurologickej kliniky v Rankweile, venoval pozornosť pri zostavovaní tejto publikácie predovšetkým oblasti neurológie.

Knižočka je informujúca a prinesie každému, kto sa zaoberá otázkami modernej rehabilitácie v neurologickej oblasti, mnoho podnetného.

Dr. M. Palát, Bratislava

P. B. DEWS

COFFEINE

Kofein

Springer Verlag, Berlin — Heidelberg — New York — Tokyo, 1984
ISBN 3-540-13532-4

Od vydání Eichlerovy monografie o kávě a kofeinu v nakladatelství Springer Verlag v roce 1976 uplynulo už skoro deset let. V roce 1984 dochází k vydání další monografie se stejnou tematikou, opět vysoce aktuální a věnující pozornost pokrokům ve výzkumu této rozšířené a tak diskutované drogy.

Monografie dr. Dewse nese název Perspektivy současného výzkumu a byla sponzorovaná ILSI (International Life Sciences Institute) v New Yorku. Celkem 23 odborníků pod vedením dr. Dewse zpracovalo jednotlivé kapitoly této poměrně rozsáhlé práce, monotematicky zaměřené na všechny otázky týkající se kofeinu. Jednotlivé otázky jsou diskutované z různých hledisek.

Monografie má pět sekcí — v první se hovoří o kinetice a metabolismu, druhá rozebírá otázky příjmu a spotřeby kofei-

nu ve formě různých nápojů obsahujících tuto substanci, třetí věnuje pozornost otázkám účinku na fyziologické systémy — modelem je kardiovaskulární systém, a na chování jedince, dítěte i dospělého člověka a pokusných zvířat. Čtvrtá sekce hovoří o mechanismech účinku kofeinu na centrální a periferní nervový systém, na neurokrinim u myši i u člověka a diskutuje otázku adenosinu jako mediátoru efektu xantinů. Pátá sekce recenzované monografie se zabývá přímým účinkem na zdraví — diskutuje teratogenní účinky, hovoří o karcinogenním potenciálu kofeinu a všimá si možnosti mutagenního zásahu. Právě tyto otázky jsou v posledním období široce diskutované, především pro možný karcinogenní efekt kofeinu při vzniku a vývoji rakoviny pankreasu. Mínějí a názory na tuto otázku nejsou ve vědeckých kruzích jednoznačné, chybí také dů-

kazy a statisticky ověřené experimentální údaje. Věcný rejstřík ukončuje tuto pozoruhodnou monografii, obsahující další ilustrační a tabulkovou dokumentaci v jednotlivých kapitolách, které jsou zakončeny dalšími literárními údaji.

Kofein jako chemická substance je jednou z nejrozšířenějších, přirozeně se vyskytujících látek, která našla velkou oblibu jako potravinová v širokých vrstvách, jež ji konzumují v nejrůznější podobě. Kofein ovšem není jen poživatina, je to i velmi

významný lék, používaný prakticky ve všech oblastech moderní medicíny pro některé farmakologické efekty, především na centrální nervový a kardiovaskulární systém.

Dewsova monografie je přehledem současných názorů na všechny otázky kofeinu s přihlédnutím na moderní údaje získané výzkumem a experimentem. Je knihou, která stojí za to, aby byla čtena.

Dr. M. Palát, Bratislava

**B. LUBAN—PLOZZA, Hj. MATERN, W. WESIACK
DER ZUGANG ZUM PSYCHOSOMATISCHEN DENKEN**

Přístup k psychosomatickému myšlení

Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 1983

ISBN 3—540—12368—7

Jednou z moderních lékařských disciplin se stává v posledních letech psychosomatická medicína. Jde o obor, který se dívá na nemocného člověka komplexně a snaží se postihnout ve svém zásahu i psychickou složku onemocnění.

Jednou z posledních publikací, která se věnuje této problematice z praktických hledisek, je monografie prof. Lubana-Plozzy, Matterna a Wesiacka, kteří spolu s dalšími jedenadvaceti autory připravili v nakladatelství Springer Verlag velmi zajímavé dílo, které se zabývá důležitými otázkami z této oblasti. Je určeno především lékařům prvního kontaktu, kteří jak uvádějí autoři v předmluvě, jsou i lékaři posledního kontaktu.

Autoři jednotlivých příspěvků této pozoruhodné publikace se zabývají otázkami larvové deprese, možnostmi terapie v psychosomatické, problémem anorexie nervosa, reumatickými problémy. Všimají si onkologického pacienta, rodinné psychosomatiky, otázky poruch funkce dýchání podmíněné psychicky, rozbírají otázky funkčních sexuálních poruch, problematiku alkoholiků, problematiku psychosomatiky dětí, otázky z oblasti gastroenterologie a oběhových poruch. V dalších kapitolách hovoří jednotliví autoři o možnostech vzdělávání a dalšího vzdělávání studentů a lékařů, o otázkách psychologických základů pro praktické lékaře, o problematice umírajícího pacienta. Závěrečné kapitoly po-

skytují informace o problematice psychosomatické medicíny a otázkách testování i o psychosociálním prostředí pacienta. Kniha má několik obrázků, které doplňují text některých kapitol; každá kapitola přináší přehled literatury pro další možné studium dané problematiky.

Otázky psychosomatiky, problematika psychodynamiky a potřeby psychoterapie v komplexním přístupu k některým onemocněním představují současné potřeby pro práci především lékařů prvního kontaktu. Znalosti této materie jsou však potřebné i pro mnohé odborné lékaře. I v moderní rehabilitaci se setkáváme s problematikou psychosomatiky a mnohé naše dlouhodobé programy obsahují určité psychosomatické složky. Moderní zpracování tohoto problému i v dílčím vyjádření nachází vždy u mnoha lékařů velký zájem. Monografie o přístupu k psychosomatickému myšlení ukazuje na mnohé problémy, s kterými se setkává každý lékař v široké denní praxi. A lze si jen přát, aby se tato publikace dostala mezi širokou lékařskou veřejnost, protože přehledným způsobem poukazuje na některé základní a významné problémy současného lékařského myšlení se zvláštním zaměřením na problémy psychosomatiky.

Kniha je podnětná i informující, je i zajímavá a přehledně napsaná.

Dr. M. Palát, Bratislava

G. WEINMANN, H. G. WILLERT

PHYSIKALISCHE THERAPIE BEI ERKRANKUNGEN DER LENDERWIRBELSÄULE

Fyzikálna terapia pri ochoreniach lumbálnej chrbtice

Hippokrates Verlag, Stuttgart 1984

ISBN 3-7773-0644-4

Ako 97. zväzok edičného radu Die Wirbelsäule in Forschung und Praxis, redigovaného profesorom K. P. Schulitzom, vychádza v roku 1984 rozsahom veľká publikácia od 19 autorov, ktorá sa zaoberá otázkami fyzikálnej terapie pri ochoreniach lumbálnej chrbtice. Autori v úvodnom slove hovoria, že bolesti v krížoch a poruchy v oblasti chrbtice patria k najčastejším ochoreniam s veľkým sociálno-medicínskym významom. Roku 1982 sa konal v Göttingene 87. kongres Nemeckej spoločnosti pre fyzikálnu medicínu a rehabilitáciu a príspevky, ktoré odznali na tomto kongrese, sú zaradené do tohto zväzku.

V jednotlivých prácach sa hovorí o funkčnej anatómii a biomechanike lumbálnej chrbtice, o jednotlivých fázach fyzikálnej terapie pri bolestiach v krížoch a ďalej o možnostiach konzervatívnej terapie i rôznych afekciách tejto oblasti chrbtice. Predmetom jednotlivých kapitol sú možnosti terapie u prolapsov disku, u pacientov po diskotómiiach, po kompresívnych fraktúrach a pri pseudoradikulárnych syndrómoch.

Hovorí sa tu ďalej o osteochondrotických zmenách a možnostiach fyzioterapie, o akútnych a progresívnych lumboskrálnych myelopatiách, o otázkach chronických, organických a funkčných porúch chrbtice a chrbticového svalstva. Poukazuje sa na psychosomatické aspekty rehabilitácie.

Záverečná práca venuje pozornosť sociálno-medicínskym aspektom pri ochoreniach chrbtice.

Jednotlivé práce sú dobre spracované, príslušným spôsobom dokumentované formou tabuliek, nákresov a grafov, vrátane fotografií. Každá práca je ukončená prehľadom literatúry.

Zborník prác göttingenského kongresu monotematicky zameraného na oblasť lumbálnej chrbtice je dobrým prehľadom snáh jednotlivých odborníkov o príspevok pre použitie metód fyzikálnej terapie v rámci starostlivosti o tieto ochorenia. Kniha je informujúca, jednotlivé práce sú prehľadne spracované a čitateľ dostáva ucelený obraz o celej problematike.

Dr. M. Palát, Bratislava

D. P. CURIER

ELEMENTS OF RESEARCH IN PHYSICAL THERAPY

Základný výskum vo fyzikálnej terapii. 2. vyd.

Williams and Wilkins, Baltimore — London, 1984

ISBN 0-683-02247-4

Currierova monografia, ktorá vychádza roku 1984 v druhom vydaní, venuje pozornosť otázkam možnosti výskumu v oblasti fyzikálnej terapie. Prof. Currier je profesorom na univerzite v Lexingtone, Kentucky, a vedie rehabilitačné oddelenie. Cieľom knihy je zoznámiť odborníkov v rehabilitácii s otázkami výskumu. Kniha teda predovšetkým slúži tým, ktorí chcú pracovať na výskumnom riešení problémov z oblasti fyzikálnej terapie.

Druhé vydanie tejto monografie bolo upravené na súčasný stav poznatkov.

Monografia má štyri časti a doplnky,

ktoré prinášajú niektoré technické údaje a tabuľky potrebné pre spracovanie získaných dát. Vecný register ukončuje túto pozoruhodnú, v oblasti fyzikálnej terapie ojedinelú publikáciu.

Prvá časť sa zaoberá prípravou pre výskum. Hovorí o stanovení problémov, o práci s literatúrou a o otázkach etiky vo výskume.

Druhá časť rozoberá v jednotlivých kapitolách základné otázky, ktoré musí každý, kto rieši nejakú výskumnú úlohu, poznať. Hovorí o kvalitách, o neexperiment-

tálnom a experimentálnom výskume a o otázkach inštrumentária.

Tretia časť je venovaná štatistickým metódam — to je predovšetkým parametrickým a neparametrickým testom, ktoré výskumný pracovník používa na dokázanie svojich hypotéz a na analýzu jednotlivých dát, získaných pozorovaním alebo meraním.

Posledná časť sa zaoberá štruktúrou spracovania výsledkov výskumnej práce, otázkami stavby záverečných správ, vedeckých prác určených pre časopisy, problematikou grafov a grafických vyjadrení, otázkami príprav orálnej prezentácie, teda

prednášky. Tabuľky, grafy, schémy dopĺňajú jednotlivé kapitoly, ktorých je celkom dvanásť, a každá kapitola uvádza na záver prehľad písomníctva.

Currierova monografia je veľmi cennou príručkou, ktorá aktuálnym spôsobom prináša potrebné informácie nielen pre mladých, začínajúcich vedeckých pracovníkov, ale aj pre klinicky erudovaných odborníkov vo fyzikálnej terapii, ktorí chcú svoje pozorovania a dáta výskumne vyhodnotiť a predložiť vo forme vedeckého spracovania.

Dr. M. Palát, Bratislava

D. MODERSOHN, W. URBASZEK

PATHOPSYCHLOGIE UND THERAPIE DER HERZ — UND KORONARINSUFFIZIENZ

Patofyziológia a terapia srdcovej a koronárnej insuficiencie

VEB Gustav Fischer Verlag, Jena 1985

ISBN 0138—1822

Ako ôsmy zväzok edičného radu *Moder-ná kardiológia* vydáva vydavateľstvo VEB Gustav Fischer Verlag v Jene pozoruhodnú monografiu, zaoberajúcu sa otázkami patofyziológie srdcovej a koronárnej insuficiencie.

Autori doktor Modersohn z Berlína a profesor Urbaszek z Rostocku v celkom štyroch kapitolách rozoberajú jednotlivé otázky srdcovej a koronárnej insuficiencie. V prvej kapitole hovoria o morfolo-gických základoch a v druhej kapitole o fyziologických a patologických základoch srdcovej činnosti. Tretia kapitola venuje pozornosť srdcovej a koronárnej insuficiencii, štvrtá kapitola — najroz-siahlejšia — sa zaoberá otázkami terapie oboch foriem insuficiencie. Zoznam použitých

skratiek, rozsiahly prehľad literatúry a vecný register ukončujú túto pozoruhodnú monografiu venujúcu pozornosť závažnému problému modernej kardiológie. Autori zdôrazňujú predovšetkým zámer zaoberať sa menej sledovanými aspektmi, ktoré majú dôležitý význam pre medikamentóznú terapiu oboch foriem insuficiencie. Kniha je doplnená početnými obrázkami a 25 tabuľkami, ktoré dopĺňujú, eventuálne zvýrazňujú jednotlivé rozoberané otázky.

Kniha iste nájde veľa čitateľov, pretože sa zaoberá problematikou vysoko aktuálnou, moderným prístupom poukazuje na aspekty patofyziológie a terapie a prehľadným spôsobom zoraďuje jednotlivé fakty.

Dr. M. Palát, Bratislava

H. J. BECKER, G. KOBER, M. KALTENBACH

EKG — REPETITORIUM. 3. prepr. vyd.

Deutscher Ärzte Verlag, Köln, 1984

ISBN 3—7691—0069—7

V trefom prepracovanom vydaní vychádza vo vydavateľstve *Deutscher Ärzte Verlag* v Kolíne nad Rýnom roku 1984

prehľadná príručka troch frankfurtských autorov o elektrokardiograme. Po úvodnej kapitole, ktorá venuje pozornosť registrá-

cii a vyhodnoteniu elektrokardiogramov a registrácii bipolárnych a semiunipolár-
elektrokardiografických zvodov, jednotlivé kapitoly sa zaoberajú zmenami morfológie jednotlivých vln elektrokardiogramu (P—
vlna QRS — komplex), infarktu myokardu, otázkami námahových testov a porúch tvorby podráždenia. Ďalšie kapitoly sa zaoberajú perikarditídou a myokarditídou v elektrokardiografickom obraze s poruchami vzniku a vedenia rytmu. Posledná kapitola krátko opisuje jednotlivé elektrokardiografy. Vecný register ukončuje túto relatívne málo rozsiahlu, obsahovo však bohato dokumentovanú príručku modernej elektrokardiografie.

Prednosťou knihy je, že obsahuje dobre zostavenú elektrokardiografickú dokumentáciu, doplnenú niektorými obrázkami a celým radom prehľadných tabuliek. Vy-

svetľujúci text jednotlivých elektrokardiografických záznamov je stručný, informujúci a poukazuje na podstatné fakty. Kniha je repetitóriom, to znamená, že slúži dobre tomu, kto má už dobré informácie o elektrokardiografii ako metóde posudzujúcej narušenú funkciu srdca a slúžiacej predovšetkým pre oblasť diagnostiky srdcových porúch. Interpretácia jednotlivých elektrokardiografických nálezov je veľmi cenná, ale základný význam získava iba v korelácii s príslušným klinickým, eventuálne iným vyšetrením a na tieto aspekty táto publikácia prihliada.

Repetitórium profesora Beckera, Kobera a Klatenbacha sa dôstojným spôsobom zaraďuje medzi ostatné dobré príručky, ktoré venujú pozornosť modernej vyšetrovacej metóde — elektrokardiografii.

Dr. M. Palát, Bratislava

B. J. SIEGEL, A. R. BEALS, S. A. TYLER (red.)
ANNUAL REVIEW OF ANTHROPOLOGY, Vol. 13, 1984
Ročný prehľad antropológie
Annual Reviews Inc., Palo Alto, California 94306, 1984
ISBN 0—8243—1913—3

Tento najnovší zväzok dobre známej série zborníkov so súbornými referátmi obsahuje 22 príspevkov. Aj keď na prvý pohľad v ňom prevažujú nadpisy rázu kultúrnej a sociálnej antropológie, nachádzame aj pod inými titulmi mnoho informácií zaujímavých pre pracovníkov v zdravotníctve alebo v biomedicínskom výskume.

Priamo biologickej antropológii je venovaná stať L. P. Klepingerovej (Urbana, Ill.) o hodnotení výživy na základe kostí. Podáva fundovaný prehľad možnosti rekonštruovať „nutričné dejiny“ organizmu na základe chemických a rádiologických analýz kostí. Na to vlastne nadväzuje príspevok E. Messerovej (Stanford, Calif.) o antropológických perspektívach a pohľadoch na diétu, kde konfrontuje názory a prístup „nutricionistov“, biológov, sociológov a antropológov na rôzne determinanty nutričných návykov a ich dôsledky.

Štyri články sú venované komplexu lingvistických problémov, od otázok teórie gramatiky (Nicholsová) cez problematiku výchovy (S. B. Heathová) po rečové kon-

takty a zmeny (J. G. Heath). Pre zdravotníka je najzaujímavejší príspevok o lingvistike v rôznych profesiách (R. W. Shuy, Washington D. C.), kde prvé a dominantné miesto zaberá rozbor jazykových problémov v medicíne, najmä v nemocničnom prostredí: ide prevažne o kontakty lekára s pacientom, čo, komu a ako má povedať, kto, čomu, ako rozumie.

P. Palciová a H. Abramovitch (Tel Aviv) podávajú interkulturálnu komparatistiku spôsobov, ako sa ľudia rôznych kultúr vysporadúvajú s otázkou smrti, lepšie povedané umierania. Zaujímavo a s rozhľadom referujú jednak o historických, jednak o etnografických aspektoch problému, pričom jedna subkapitola má nadpis Byrokra-
tická medicína a proces umierania. Končia analýzou štýlov umierania v technologizovanej spoločnosti, kde vraj už smrť nahradila sex ako tabuizovaná tematika.

Taktiež prevažne o zdravotnícke dáta a výskumy sa opiera stať venovaná problému spoľahlivosti respondentov, čiže o valide retrospektívnych dát (H. R. Barnard,

P. Killworth, D. Kronenfeld a L. Sailer). Ide o pomerne málo preskúmanú problematiku, pričom však mnohé reprezentované výsledky rôznych výskumov sa opierajú o údaje z dotazníkov, rozhovorov a iných informácií, ktorých reliabilita je málokedy exaktne overená. Tu je ešte široké pole pre potrebné metodologické štúdie.

Organizačne zaujímavý je prehľad o antropológii v Holandsku (A. Blok a J. Boissevain). Autori jednu z príčin slabej medzinárodnej publikačnej činnosti holandských antropológov (v najširšom slova zmysle) vidia v tom, že títo sú štátnymi zamestnancami, čiže úradníkmi zamestnanými na univerzitách, a preto za najdôležitejšie považujú povinnosti administratívne, potom výučbu, a až v treťom rade vedecko-výskumné publikovanie.

Tradičný memoárový príspevok napísal E. R. Leach (Cambridge), ktorý podáva zasvätený pohľad do zákulisia britskej an-

tropológie v minulosti a konkrétnymi príkladmi ilustruje fantastickú konzervatívnosť univerzitného establishmentu typu „Oxbridge“, kde človek nespríbuznený s nejakou šľachtickou rodinou mal sotva šance preraziť. A pre zaujímavosť, ešte okolo roku 1925 niektorí cambridžskí profesori odmietli prednášať, ak sa v posluchárni objavila žena.

Ďalej máme v zborníku články o archeológii, o regionálnych problémoch v Andách, o rituáloch ako komunikačných procesoch a o časových štúdiách, čiže o otázke kto, kedy, čo robí, ako dlho a ako sa to dá primerane a exaktne merať. Celkove ide o široké spektrum interdisciplinárnych informácií, ktoré nám tento trinásť zväzok Annual Review predkladá, a o mnohé konkrétne podnety pre pracovníkov zdravotníctva.

Doc. R. Štukovský, CSc., Bratislava

J. JESENSKÝ
SOCIÁLNÍ REHABILITACE A SVAZ INVALIDŮ
FVSI, Praha 1984

Úspešný návrat do spoločnosti u osob trvaleji postihovaných se neobejde bez účinné komplexní rehabilitace. Při každém tělesném, smyslovém a jiném poškození se narušuje dosavadní vývoj; a jestliže je poškození neupravitelné nebo jen částečně upravitelné, vyvolává to u takových osob zmatek, nejistotu a obavy o další úspěšné pracovní uplatnění a společenské zapojení. Zde je naprosto nutná rehabilitace léčebná, rehabilitace pracovní a někdy i rehabilitace pedagogická. Ovšem bez plánovitě uskutečňované rehabilitace sociální si lze jen těžko představit postupné znovuvybudování dobrých životních perspektiv postiženého.

Sociální rehabilitace síce provází každou rehabilitaci léčebnou i pracovní, které mají více či méně omezenou dobu svého působení, avšak její působnost je mnohem širší a dlouhodobější. Sociální rehabilitace je samostatná disciplína s vlastními specifickými cíli, vlastními specifickými pro-

středky a vlastními principy i metodami. Dlouhodobé působení sociální rehabilitace může být nejúčinněji realizováno prostřednictvím dobře uspořádané rodiny nebo Svazem invalidů, ve kterém se postižené osoby nejen trvale sdružují. Svaz invalidů neposkytuje svým členům jen hmotné, ekonomické a právní zajištění, ale chce jim dávat i jistoty sociální a společenské.

Posuzovaná práce charakterizuje jasně, věcně a stručně současný stav tzv. komplexní rehabilitace a nastiňuje perspektivní rozvoj především rehabilitace sociální, která je složkou nejdůležitější, ale zatím bohužel značně opomíjenou. Je to práce společensky závažná a aktuální, která naznačuje cestu sociální rehabilitace, jak ji chce uskutečňovat Svaz invalidů. Práci doprovází seznam literatury, která o této problematice pojednává.

F. Synek, Praha

Kniha predstavuje výber textov (článkov a úryvkov) popredných aj menej známych odborníkov — afáziológov. Afáziológia ako relatívne samostatná oblasť neuropsychológie má svoju históriu, súčasnosť a perspektívy rozvoja. Lurija, zakladateľ európskej neuropsychológie, hovorí o troch etapách jej vývinu: prvú — dnes už historickú etapu charakterizujú koncepcie svetoznámych neurológov, akými boli Broca, Wernicke, Goldstein, Marie, Kleist, Monakov a ďalší. Boli to koncepcie, teoreticky vychádzajúce z tzv. úzkeho lokalicionizmu a neskôr antilokalicionizmu. Druhá etapa začala pred štyrmi desaťročiami, keď sa sformovala neuropsychológia ako samostatné odvetvie psychológie, ktoré umožnilo prejsť od odpisu rečových porúch k analýze ich príčin a mechanizmov. Tretiu etapu rozvoja afáziológie Lurija vidí v jej budúcom rozvoji, ktorého hlavnou náplňou bude efektívne znovuobnovovanie reči afatických pacientov.

Tento zborník umožňuje komplexný pohľad na vývin afáziológie. Texty sú rozdelené do troch častí: 1. Dejiny afáziológie, 2. Teoretické problémy afázie, 3. Teoretické a metodologické problémy obnovovacieho učenia pacientov s afáziou.

V prvej časti sú zaradené príspevky jednak svetoznámych afáziológov (Broca, Kussmaul, Head), ale aj u nás menej známych popredných ruských afáziológov

konca 19., začiatku 20. storočia (Koževnikov, Krol, Davidenkov, Astvacaturov). Týkajú sa predovšetkým vzťahu afázie k niektorým mozgovým štruktúram. Opisuju sa rôzne formy rečových porúch (afázia, alexia) a vzťah afázie k poruchám gnózie a praxie.

V druhej časti zborníka sa osvetľujú rôzne prístupy k novým teoretickým problémom afáziológie, ako sú mechanizmy jej vzniku a funkcionovania, klasifikácia, výskumné metódy, problematika spätosti afázií s poruchami ďalších psychických funkcií a pod. Skúma sa lingvistický aspekt afázií.

V tretej časti sú uvedené názory a prístupy rôznych afáziologických škôl a smerov (sovietskej, americkej, francúzskej, kanadskej, talianskej) k možnostiam, spôsobom a princípom organizácie znovuobnovovacieho učenia afatických pacientov. Sú tu predstavené hlavné tézy sovietskej neuropsychickej školy, týkajúce sa teórie obnovovacieho učenia, ktorá metodologicky vychádza z Lurijovej teórie systémovej dynamickkej organizácie psychických funkcií.

Zborník je prvý svojho druhu v neuropsychológii, pokiaľ ide o jeho obsahové zameranie. Zostavitelia ho doporúčajú klinickým psychológom vo vedeckom výskume aj v praxi a taktiež poslucháčom psychológie pre jeho komplexnosť a prehľadnosť.

Dr. M. Mikulajová, Bratislava

**SPRÁVY
Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ**

MEDZINÁRODNÉ SYMPÓZIUM O PSYCHIATRICKÝCH A PSYCHOLOGICKÝCH ASPEKTOCH KARDIOVASKULÁRNEJ PATOLÓGIE

V Moskve sa konalo v dňoch 2. až 5. apríla 1985 medzinárodné sympóziium o psychiatrických a psychologických aspektoch kardiovaskulárnej patológie, ktoré usporiadalo Ministerstvo zdravotníctva ZSSR a Všeľvázová vedecká spoločnosť neurológov a psychiatrov v spolupráci so Všeľvázovým výskumným ústavom všeobecnej a súdnej psychiatrie V. P. Serbského s Moskovským psychiatrickým výskumným ústavom Ministerstva zdravotníctva Ruskej SSR a s Moskovským lekárskeým stomatologickým ústavom N. A. Semaška.

Sympóziu sa konalo v kongresovej hale hotelu Kozmos a zúčastnilo sa ho okrem asi tridsiatich zahraničných hostí viac ako tristo sovietskych odborníkov. Sympóziu bolo slávnostne otvorené plenárnym zasadnutím 2. apríla za účasti zástupcov Akadémie lekárskeho vied ZSSR G. V. Morozova a O. K. Gavrilova, Predsedom sympózia bol prof. Viktor V. Kovalev z Moskovského výskumného ústavu psychiatrického.

Rokovanie medzinárodného sympózia prebiehalo prvý deň formou plenárneho zasadnutia, druhý deň v dvoch sekciách. Na záver sympózia sa konalo opäť plenárne zasadnutie.

Tematikou medzinárodného sympózia boli otázky psychiatrických a psychologických aspektov kardiovaskulárnej patológie. V úvodných referátoch zdôraznili Kovalev psychosomatické vzájomné vzťahy u pacientov s kardiovaskulárnymi chorobami a Sokolov význam emocionálneho stresu v kardiovaskulárnej patológii. V ďalších referátoch jednotliví autori venovali pozornosť psychologickým, psychosociálnym a psychosomatickým faktorom pri infarkte myokardu, ischemickej chorobe srdca a pri ostatných kardiovaskulárnych ochoreniach. Druhá časť plenárneho zasadnutia Medzinárodného sympózia sa zaoberala v jednotlivých prácach otázkami emociálnych faktorov a faktorov prostredia v etiológii a vývoji kardiovaskulárnych chorôb, problematikou funkčnej schopnosti centrálného nervového systému pri vývoji koronárnej choroby srdca, otázkou aktívnej identifikácie psychopatologických porúch u hypertonikov, problematikou maskovanej depresie a jej vzťahom ku kardiovaskulárnym ochoreniam, premorbidnými a aktuálnymi psychickými stavmi u pacientov s infarktom myokardu. Niektoré ďalšie referáty dopĺňali program tohoto plenárneho zasadnutia.

Druhý deň rokovania prebiehal formou dvoch sekcií — jedna sa zaoberala problematikou psychiatrickou, druhá problematikou kardiologickou, pričom základným aspektom boli psychosomatické vzťahy pri kardiovaskulárnych ochoreniach so zameraním na základnú psychologickú a základnú kardiologickú oblasť. Početné referáty a správy dokumentovali celú šírku tejto takej závažnej a významnej oblasti kardiovaskulárnej patológie, kde psychosomatické vzťahy sú dnes v popredí záujmu mnohých pracovníkov. V oboch sekciách, aj keď podľa programu boli rozdelené na oblasť psychiatrickej a oblasť kardiologickej problematiky, sa v jednotlivých prácach diskutované otázky prelínali — centrálnym aspektom bol psychosomatický prístup.

Medzinárodné sympóziu bolo ukončené plenárnym zasadnutím, kde profesor Kovalev zhodnotil príspevok psychiatrov a profesor Sokolov príspevok kardiológov v programe Medzinárodného sympózia o psychiatrických a psychologických aspektoch kardiovaskulárnej patológie.

V rámci Medzinárodného sympózia bol celý rad spoločenských podujatí, ako návšteva múzea v Zagorsku, prehliadka Moskvy pre zahraničných účastníkov a návšteva kultúrnych podujatí v Moskve. V rámci programu Medzinárodného sympózia bola aj sekcia posterov, kde jednotliví autori formou plagátov predložili svoje výsledky k danej tematike základným programom.

Základnou tematikou Medzinárodného sympózia v Moskve boli otázky venované problematike psychosomatických vzťahov v oblasti kardiovaskulárnych ochorení. Rokovanie sympózia ukázalo na širokú oblasť súčasného záujmu mnohých pracovníkov a pracovníkov. Jednotlivé práce zaradené do programu tohto sympózia priniesli mnoho cenných informácií a poukázali na závažnosť diskutovaných otázok. Zdôraznili interdisciplinárny prístup k riešeniu predovšetkým chronických chorôb na modeli niektorých kardiovaskulárnych ochorení.

V rámci Medzinárodného sympózia došlo aj k bohatej výmene názorov v početných diskusiách na okraji sympózia, k čomu bol dostatok príležitostí. Došlo aj k nadviazaniu kontaktov medzi jednotlivými účastníkmi sympózia, čo iste prispieje k posilneniu ďalšej vedeckej spolupráce.

Medzinárodné sympóziu riešilo úzku oblasť psychosomatiky v kardiológii, oblasť, ktorá však je primárne zaujímavá pre celú patológiu jednak preto, že kardiovaskulárne ochorenia predstavujú skupinu chorôb s najväčšou morbiditou a mortalitou, a jednak preto, že narušená psychosociálna homeostáza hrá základnú úlohu pri vzniku a vývoji mnohých kardiovaskulárnych ochorení.

Dr. Miroslav Palát, Bratislava

**SPRÁVY Z USTAVOV
PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP**

V Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně se uskutečnily ve dnech 22. 4. 1985 — 26. 4. 1985 a 5. 5. 1985 — 8. 5. 1985 závěrečné zkoušky pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova. Studium úspěšně zakončilo a specializaci získalo 41 rehabilitačních pracovníků:

Adamová Helena	OÚNZ Trutnov
Bílá Hana	OÚNZ Jičín
Čapková Eugenie	VÚ TRN Praha 8
Hnátnická Helena	OÚNZ Náchod
Hynková Ludmila	OÚNZ Sokolov
Janáková Ludmila	OÚNZ Louny
Jančíková Věra	KÚNZ Brno
Karbaš Emil	OÚNZ Třebíč
Kleinová Danuše	OÚNZ Mělník
Kolpeková Hana	OÚNZ Písek
Kurialová Jaroslava	OÚNZ Vyškov
Marešová Silvia	OÚNZ Karviná
Marková Květa	ÚSP Zbůch
Milotová Edita	Čsl. státní lázně Karlovy Vary
Mišťarková Lenka	OÚNZ Žďár n. Sázavou
Mlčochová Marie	Čsl. státní lázně Darkov
Müllerová Marie	FN Motol, Praha
Nováková Eva	KÚNZ Ústí nad Labem
Nykodýmová Daniela	OÚNZ Hodonín
Ottová Danuše	ÚZZ Trutnov
Paláčková Miluše	MÚNZ Ostrava
Petersová Ilse	OÚNZ Karviná
Pěčková Jaroslava	OÚNZ Břeclav
Prantlová Božena	KNsP Ostrava
Průšová Taťána	META, v. p. Brno
Pšotová Ludmila	MÚNZ Brno
Rajnyšová Karla	OÚNZ Mělník
Řečtáčková Zdeňka	OÚNZ Beroun
Skřipková Ludmila	Rudý Říjen, n. p. Otrokovice
Slabá Miroslava	OÚNZ Prachatice
Sokolová Jiřina	OÚNZ Ústí n. Orlicí
Strnadová Vlasta	OÚNZ Kutná Hora
Surovcová Marie	OÚNZ Břeclav
Šedivá Marta	OÚNZ Děčín
Šťíková Eva	Čsl. státní lázně Karlovy Vary
Vodvářková Eva	KÚNZ Brno
Vozdková Alena	META, n. p. Brno
Wágnerová Helena	Vojenská nemocnice Brno
Zajícová Iva	OÚNZ Pardubice
Zemanová Marie	OÚNZ Frýdek-Místek
Cibulková Marie	KÚNZ Ústí n. Labem

B. Chlubnová, Brno

OBSAH ROČNÍKA XVIII/1985

EDITORIAL

<i>Dávidek, F.:</i> Mier má štyridsať rokov	129
<i>Palát, M.:</i> Komplexné a nekomplexné rehabilitačné programy	1
<i>Palát, M.:</i> 25 rokov Katedry rehabilitačných pracovníkov — 25 rokov Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov	65
<i>Palát, M.:</i> Rehabilitačná liečba a rehabilitačná starostlivosť	193

PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

<i>Bošmanský, K.:</i> Tradičné a moderné prostriedky v liečbe dny	207
<i>Kubín, Z.:</i> Pokus o zlepšení výsledků konzervatívniho léčení skolióz	13
<i>Litomerický, Š.:</i> Rehabilitácia v geriatrici ako spoločensky významný program	75
<i>Lisý, L.:</i> Reflexné odpovede v m. sternocleidomastoideus po poklepe v oblasti tváre — elektrofyziologická štúdia u zdravých osôb a pacientov s centrálnymi poruchami hybnosti {predbežná štúdia}	195
<i>Mičuda, J., Baláž, V.:</i> Zmeny systolických a diastolických časových intervalov srdca v procese starnutia	133
<i>Palát, M.:</i> Rehabilitácia a vnútorné lekárstvo	67
<i>Pochopová, K., Navrátilová, L., Svobodová, J., Řičná, A.:</i> K otázce jednotné funkční klasifikace srdečně chorých	219
<i>Sedláková, A., Palát, M., Štencl, J., Bazovský, P.:</i> Psychologické aspekty rehabilitácie onkologických pacientov	81
<i>Stolz, I., Jedlička, J., Janota, M., Fabián, J., Rakická, E.; Válek, E.; Válek, J., Widimský, J.:</i> Nové metodické aspekty kardiovaskulární rehabilitace a jejich hodnocení	141
<i>Švec, V., Ondrašík, M.:</i> Liečba ankylozujúcej spondylitídy	213
<i>Vrbík, J.:</i> Význam údajů o incidenci cévních mozkových příhod pro jejich rehabilitaci	3

METODICKÉ PRÍSPEVKY

<i>Karkan, Z., Mikeš, K., Vurm, F., Marešová, B.:</i> Naše zkušenosti s léčebním tuhnoucího ramena	31
<i>Malý, M., Malá, E., Stříbrný, J., Prusková, M., Jedličková, M.; Jarošová, A., Šimová, A.:</i> Ergoterapia ako metóda liečebnej rehabilitácie	225
<i>Mrůzek, J., Malý, M.:</i> Léčebná rehabilitace amputovaných	87
<i>Pedan, A.:</i> Oplyvnenie intraartikulárneho tlaku v bedrovom kĺbe pri koxartróze pohybovou liečbou	151
<i>Pešl, J.:</i> Rehabilitační přístup k tzv. postkommočnímu syndromu	25
<i>Topiař, A., Strossová, J., Hlavinka, P.:</i> Některé možnosti sociosexuální rehabilitace schizofreniků v ústavních podmínkách	39
<i>Vojtašák, J.:</i> Držanie tela detí materských a základných škôl	99

KAZUISTIKA

- Bohácseková, A., Spiššák, Z.:* Liečebný postup pri ťažkej myopatickej forme arthrogryposis multiplex congenita 109
Kutková, T.: Detská mozgová obrna — rehabilitačný program 103

ÚVAHY A MYŠLIENKY

- Kašák, J.:* Umělecká tvorba a postižení. Problém sociální rehabilitace 159

SÚBORNÉ REFERÁTY

- Škodáček, P.:* Ergoterapia pri reumatických chorobách 165

- DISKUSIA 231
HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ 43, 113, 181, 236
RECENZIE KNÍH 43, 115, 182, 239
SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ 60, 189, 252
SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP 63, 125, 191, 254

M. MARSHALL

ANGIOLOGIE

Angiologie

Vydal Springer Verlag Berlin — Heidelberg — New York 1983

ISBN 3 — 540 — 11 875 — 6

V edícii „Príručiek všeobecného lekárstva“ Springerovho vydavateľstva vychádza v roku 1983 drobná publikácia prof. Marshalla z mníchovskej univerzity. Kapitola, ktorú napísal prof. Baumann z Centrálnej nemocnice v Gautingu, je venovaná modernej angiológii. Rozdeľuje sa na niekoľko častí. Jedna časť je venovaná arteriálnemu ramenu, druhá časť venóznemu ramenu krvného obehu, ďalšia časť sa zaoberá problematikou lymfatických ciev a záverečná časť, ktorú napísal prof. Baumann, hovorí o chirurgických liečebných metódach v cievnej chirurgii. Prehľad ďalšieho písomníctva a vecný register ukončujú túto drobnú monografiu. Jednotlivé časti a jednotlivé kapitoly sú prakticky zamerané, s početnými ilustráciami a niektorými tabuľkami.

Marshallova knižka je prehľadom súčasných názorov na oblasť angiologie a upozorňuje, aké dôležité z hľadiska modernej diagnostiky aj terapie sú práve

cievne ochorenia. Moderný prístup pri spracovaní jednotlivých kapitol, ako aj cielený výber diskutovaných faktov, robia z tejto drobnej publikácie knihu, ktorá iste vzbudí veľký záujem nielen u tých, ktorí sa zaoberajú priamo oblasťou angiologie, ale predovšetkým u tých, ktorí sa prakticky stretávajú s ochoreniami periférnej cirkulácie.

Prednosťou knihy je, že je zameraná prakticky na diagnostiku a terapiu. Stály vzostup ochorení kardiovaskulárneho systému a ochorenia periférnych ciev predstavujú značné percento, čo si vyžaduje nové prístupy v diagnostike, diferenciálnej diagnostike, vo funkčnej diagnostike, ako aj v terapii. Rýchla informácia, uvedená na súčasný stav poznatkov, je vždy vítaná v rukách lekárov prvého kontaktu. Marshallova publikácia spĺňa tieto podmienky.

Dr. M. Palát, Bratislava

aktuality aktuality

Presne po 2474 rokoch sa ponúka vysvetlenie, prečo Phidipus bezprostredne po behu z Maratónu do Athén po ohlásení víťazstva Grékov nad Peršanmi náhle zomrel. Táto smrť bola bezprostredným následkom ťažkého telesného zaťaženia. Pri pokusoch so zaťažovaním sú známe komplikácie, ako sú pokles krvného tlaku a porucha rytmu. Skupina autorov vyšetrovala zdravých mužov na bicyklovom ergometri. Potvrdili sa známe skutočnosti, že so stúpajúcim zaťažením až po vyčerpanie sa zvyšuje srdcová frekvencia a systolický krvný tlak a stúpa koncentrácia adrenalínu a noradrenalínu v plazme. Zaujímavé pozorovanie urobili v prvých troch minútach po ukončení zaťaženia. Tu došlo k veľkému poklesu srdcovej frekvencie a krvného tlaku, kým katecholamíny stúpili až na 10-násobok východiskovej hodnoty. Tento vzostup možno vysvetliť ako kompenzačnú protireguláciu proti poklesu krvného tlaku. Avšak zvýšená hladina katecholamínov, predovšetkým tam, kde je poškodené srdce, môže vyvolať ťažkú poruchu srdcového rytmu.

{J. E. Dimsdale a spol., JAMA, 251, 1984, s. 620 — 632}

Štúdia uvedená v roku 1977 potvrdzuje, že koronárny bypass vedie k vymiznutiu alebo ústupu angíny pectoris, ale nemá vplyv na mortalitu. Posledná štúdia (CASS), ktorá je venovaná chirurgii bypassov, potvrdzuje výsledky z roku 1977 a odporúča indikáciu bypassov v tých prípadoch angíny pectoris, ktoré sú medikamentózne nevládnuteľné, ale súčasne ukazuje, že pacienti môžu byť bez symptómov angíny pectoris pri konzekventnej a intenzívnej liečbe beta-blokátormi, antagónistami kalcia a dlhodobou účinkujúcimi nitrolátkami. Značné zlepšenie prinieslo použitie transplantátov z umelej

hmoty. 80 až 90 % pacientov sa symptomaticky zlepši, aj keď pracovná schopnosť nie je pozitívne ovplyvnená. Úmrtnosť po operáciách je veľmi malá. Zdá sa, že na základe tejto štúdie indikáciu pre operáciu bypassom predstavujú pacienti so stenózou ľavej koronárnej artérie s perzistujúcou angínou pectoris, a tí, u ktorých nie je možná dlhodobá medikácia. Pacienti so stenózou jednej z koronárnych artérií s malými symptómami nemajú byť operovaní.

{E. Braunwald; New Engl. J. Med., 309, 1983, č. 19, s. 1181 — 1184}.

Autori sledovali u 76 pacientov s diagnózou Epicondylitis, efekt ultrazvuku. Ultrazvuk aplikovali 12-krát v čase 4 až 6 týždňov, v intenzite 1 až 2 W/1 cm², v čase 5 až 6 minút. V kontrolnej skupine, kde bola priložená iba hlavica aparátu, nebol ultrazvuk aplikovaný. V 63 % pacientov došlo k zlepšeniu ťažkostí oproti 29 % pacientov v kontrolnej skupine.

{A. Binder a spol., Bril. med. J. 290, 1985, č. 6 467, str. 512 — 514}.

aktuality aktuality

Skupina 4524 pacientov po akútnom infarkte myokardu dostávala jeden gram kyseliny acetylsalicylovej alebo placebo. Výskum trval 28 mesiacov. Preukázal, že medzi skupinou liečených a tých, ktorí dostávali placebo, nebol žiadny významný rozdiel v mortalite. Neskoršie autori analyzovali čas a príčinu smrti u tých sledovaných pacientov, ktorí zomreli na následky koronárnej choroby srdca. Išlo o 270 prípadov úmrtí z kardiálnych príčin; 78 týchto pacientov (29,8 %) zomrelo bez zreteľných symptómov, ďalších 44 pacientov (16,3 %) zomrelo v priebehu 1 hodiny po objavení sa ťažkostí. Celkom zomrelo 122 pacientov z 270 v priebehu 1 hodiny a spĺňalo teda kritériá náhlejšej srdcovej smrti. V ďalších 24 hodinách zomrelo 24 pacientov a po 24 hodinách ďalších 29 pacientov. Tým sa potvrdilo, že stupeň mortality pri akútnom infarkte myokardu je v prvej hodine extrémne vysoký. Najčastejšou príčinou smrti sú poruchy rytmu (84 %). Nedá sa však rozhodnúť, či poruchy rytmu sú primárnou príčinou, alebo či ju predstavuje ischemia myokardu. Faktom ostáva, že iba u 350 pacientov sa dokázala histologicky nekroza myokardu.

(S. Goldstein a spol., J. Anner, Coll., *Cardiol* 3, 1984, č. 5, s. 1111)

Autori z Internej polikliniky v Mníchove sa vo svojej práci zaoberajú 240 pacientmi s periférnou poruchou prekrvenia. Išlo o pacientov s arteriosklerózou dolných končatín. Podávali 3-krát denne 330 miligramov kyseliny acetylsalicylovej, eventálne v kombinácii s 3-krát 75 miligramov dipyridamolu, alebo 3-krát jednu tabletku placeba. Štúdiu ukončilo 199

pacientov. Pri vyhodnotení autori konštatujú, že agregácia trombocytov podmienená podávaním kyseliny acetylsalicylovej pozitívne ovplyvňuje priebeh ochorenia. Antiagregačné prostriedky teda spomaľujú progresiu ochorenia.

(H. Hess a spol., *Lancet*, 1985/I. č. 8 426, str. 415 — 419).

V práci sa hovorí o liečení zvýšených hodnôt cholesterolu akupunktúrou. Wu referoval o úspešnej aplikácii akupunktúry, ktorá vedie k zníženiu vysokej hladiny cholesterolu v krvi. Opisuje pokles celkového cholesterolu o 40 % u králikov a 15 % u človeka. Klinika vnútorných chorôb v Heidelbergu pod vedením profesora Schettlera v spolupráci s lekárskou fakultou vo Wuhane v Čínskej ľudovej republike overovali tieto pozorovania. Výsledky tejto štúdie, konzekventne metodicky robenej, ukazujú, že nedochádza k významným zmenám zvýšením hodnôt cholesterolu ani v intervečnej, ani v kontrolnej skupine. Nepozorovali sa žiadne vedľajšie účinky akupunktúry. Výsledky doktora Wu sa v tejto štúdií nepotvrdili.

(G. Stehle, Z. Feng, Schettler: *Heart beat*, 1985, č. 1, s. 11).