

STRATÉGIA ROZHODOVANIA PRAKTICKÉHO LEKÁRA V REHABILITÁCII PACIENTOV PO CIEVNEJ MOZGOVEJ PRÍHODE

Peter Takáč, Anna Kubincová, Marta Hamráková

Klinika fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie Lekárskej fakulty UPJŠ v Košiciach a FN L. Pasteura v Košiciach

Problematika cievnych mozgových príhod je v súčasnosti aktuálna z hľadiska medicínskeho aj celospoločenského. Ochorenie je závažné svojou mortalitou, ale aj tým, že okolo 25 % pacientov po cievnej mozgovej príhode je trvalo invalidných. Rehabilitačná liečba je podľa súčasných poznatkov nevyhnutnou súčasťou liečby v akútnom štádiu a jej rôzne formy sú aktuálne u osôb, ktoré túto príhodu prekonali a trpia poškodením rôzneho druhu a rozsahu. Domáce prostredie býva väčšinou prostredím, v ktorom pacient prežíva väčšinu svojho života a praktický lekár má kľúčové postavenie pri zabezpečovaní zdravotnej starostlivosti vrátane adekvátnej rehabilitácie. Príspevok popisuje jednotlivé fázy rehabilitácie po cievnej mozgovej príhode z praktického hľadiska. Uvádza základné indikačné a rozhodovacie kritériá pre správnu voľbu formy a miesta rehabilitácie. Tieto údaje majú napomôcť praktickému lekárovi v každodennej starostlivosti o pacientov s cievnu mozgovou príhodou.

Kľúčové slová: cievna mozgová príhoda, rehabilitácia, praktický lekár.

Kľúčové slová MeSH: príhoda mozgová cievna, náhla – rehabilitácia.

DECISION STRATEGY OF GENERAL PRACTITIONER IN POST-STROKE PATIENTS REHABILITATION

Post-stroke patients rehabilitation is actual not only from the medical, but also from the social point of view. Stroke is a serious condition with a high mortality rate and in addition 25 % of post-stroke patients remain in a permanent disability. According to the recent knowledge rehabilitation treatment is the essential component of the treatment in the acute stage of illness and different forms of rehabilitation remain actual in persons suffering from impairments of various kind and range. Home environment is often the only one in where the patient lives the remaining part of his live and the general practitioner plays the key role in the provision of health care including the appropriate rehabilitation treatment. The paper describes the parts of the post-stroke rehabilitation from the practical point of view. It introduces the basic indication and decision criteria for the right choice of the forms and the place of rehabilitation. These data should help the general practitioner in everyday care of the post-stroke patients.

Key words: stroke, rehabilitation, general practitioner.

Key words MeSH: cerebrovascular accident – rehabilitation.

Via pract., 2007, roč. 4 (1): 33–37

Úvod

Rehabilitácia pacientov po cievnej mozgovej príhode má neobyčajný medicínsky, sociálny ako aj ekonomický význam. Závažnosť problematiky cievnej mozgovej príhody (CMP) vyplýva zo skutočnosti, že sa jedná o tretiu najčastejšiu príčinu úmrtia a invalidizácie. Vzostupný trend incidencie CMP, zaznamenaný v posledných rokoch je daný aj radou vonkajších faktorov (predlžovanie ľudského veku, väčšie počty prežívajúcich po infarkte myokardu a CMP miernejšie priebehy zásluhou prevencie a pod.). V kategórii 50 – 60 rokov je incidencia 200/100 tisíc obyvateľov, okolo 80 rokov sa výskyt výrazne zvyšuje. Celkový priemer sa dnes pohybuje v rozmedzí 400 – 500/100 tisíc obyvateľov za rok. V priemere umiera do jedného mesiaca 24 % pacientov, do roka 42 %, zhruba 25 % je odsúdených k invalidizácii (8). Trvalo invalidných je až 30 % tých, ktorí prekonali cievnu mozgovú príhodu a až 20 % z nich potrebuje ústavnú starostlivosť (1).

Najčastejšou príčinou úmrtia na srdcovo-cievne choroby je ischemická choroba srdca, z ktorej úmrtia na akútny infarkt tvoria 1/5. Na druhom mieste sú úmrtia pre cievne choroby mozgu, ktoré predstavujú

zhruba 20 %-ný podiel z úmrtí na srdcovo-cievne choroby (Národná správa o ľudskom rozvoji SR 2001 – 2002).

Rehabilitácia pacientov po cievnej mozgovej príhode je významnou súčasťou liečby vo všetkých fázach ochorenia. Často aj po akútnej fáze je potrebná dlhodobá rehabilitácia formou hospitalizácie, ambulantnou formou, prípadne v domácich podmienkach. Praktický lekár je dôležitým koordinátorom pre zabezpečenie adekvátnej rehabilitačnej starostlivosti. Rozhodnutie o správnej forme tejto starostlivosti však často nie je jednoduché a vyžaduje si od lekára schopnosť správne zhodnotiť reálne potreby a možnosti každého jednotlivého pacienta.

Vplyv rehabilitácie na poškodenie pri cievnej mozgovej príhode

Po ľahších cievnych mozgových príhodách môže dôjsť aj k spontánnemu návratu funkčného stavu do normálnej úrovne. Tento priaznivý jav býva vysvetľovaný ústupom ložiska edému, ústupom diastózy (alterácie mozgového metabolizmu), koncepciou plasticity mozgu. Aj keď tieto patofyziologické deje nie sú predmetom tohto príspevku, z hľadiska

rehabilitácie je podstatné, že väčšina z nich prebieha v prvých troch mesiacoch po cievnej mozgovej príhode. V menšej miere môžu doznievať aj v ďalších mesiacoch. Rehabilitácia môže ovplyvniť tieto zmeny v priaznivom zmysle, aj keď, napriek rozsiahlym výskumom na experimentálnych zvieratách, je presný mechanizmus zlepšovania funkčného stavu po CMP doteraz neznámy. Existujú jednoznačné údaje o tom, že cvičenie zvyšuje aktivitu primárneho motorického kortexu súbežne so zlepšovaním motoriky (4).

Ciele rehabilitácie po cievnej mozgovej príhode

Cieľom rehabilitácie u pacientov po cievnej mozgovej príhode je dosiahnutie maximálnej funkčnej nezávislosti. U týchto pacientov sa ukázalo vhodné využívať tzv. 24-hodinový koncept terapie (5), pri ktorom je nevyhnutná spolupráca multidisciplinárneho tímu lekárov, ošetrojúceho personálu, fyzioterapeutov, ergoterapeutov, logopédov, psychologov a rodinných príslušníkov.

Dôležité je uvedomiť si, že pacienti po cievnej mozgovej príhode netrpia len hemiplegiou alebo hemiparézou.

zou. Postihnutie je omnoho komplexnejšie. Pohybové možnosti a spolupráca môže byť okrem straty hybnosti komplikovaná z nasledujúcich dôvodov:

1. Porucha svalového tonusu a to v zmysle hypertonusu alebo hypotonusu. V prvých hodinách, prípadne dňoch, bývajú postihnuté končatiny chabé, svalový tonus je znížený. Čím dlhšie trvá chabé štádium, tým je prognóza z hľadiska obnovovania pohybových funkcií horšia a preto je dôležité dôsledné polohovanie. Na chabé štádium nadväzuje syndróm spastickej parézy. Ak sa od začiatku nekoriguje polohovaním (a špeciálnymi rehabilitačnými postupmi), končatiny stuhnú v kontraktúrach.
2. Porucha povrchovej citlivosti, t.j. porucha vnímania dotyku, bolesti, chladu a tepla, porucha diskriminačnej citlivosti (neschopnosť rozoznať vzdialenosť dotyku dvoch bodov).
3. Porucha propriocepcie (polohocitu a pohybcitu) sa prejavuje tak, že napr. pacient nepozná, v akej polohe má končatiny, či sú natiahnuté alebo skrčené. Dynamike zlepšovania propriocepcie sa pripisuje prognostický význam, čo sa týka zlepšovania motorických funkcií pacienta po CMP.
4. Porucha stereognózie spôsobuje, že pacient nie je schopný vnímať priestor bez zrakovej kontroly.
5. Neglect syndróm sa vyskytuje u časti pacientov a prejavuje sa zanedbávaním postihnutej polovice tela a priestoru na tejto strane. Hemiplegik má tendenciu vypracovať si substitučné mechanizmy druhou končatinou (najmä hornou) v oveľa väčšej miere, ako je to užitočné.
6. Porucha zorného poľa môže narušiť orientáciu v priestore. U pacientov s CMP sa stretávame s výpadkom polovice zorného poľa (homonymnou hemianopsiou).
7. Fatická porucha, pri postihnutí dominantnej hemisféry, môže komplikovať spoluprácu s pacientom (expresívna, či percepčná afázia). Môže byť aj jediným príznakom u pacienta po CMP.
8. Dyspraxia sa prejavuje poruchou vykonávať zložitejšie účelové pohyby, pacient sa napríklad nie je schopný obliecť.

Rehabilitácia pacientov po cievnej mozgovej príhode v jednotlivých fázach ochorenia

Akútna fáza

V akútnej fáze, na začiatku, nám ide najmä o celkovú stabilizáciu stavu pacienta. Prebieha väčšinou v nemocnici (neurologická JIS, iktová jednotka, iktové centrum, v prípade potreby resuscitačnej starostlivosti ARO). Podľa súčasných odporúčaní

má byť rehabilitácia v akútnej fáze primerane intenzívna a to aj v prípadoch, kedy sú očakávania na reštitúciu malé (10).

Snažíme sa o **zabezpečenie základných životných funkcií** ako hltanie, stolica, močenie. Dôležité je správne polohovanie, vrátane pravidelnej zmeny polôh, pravidelné pasívne cvičenia.

Primeraná výživa a príjem tekutín sú zvlášť významné za účelom prevencie podvýživy a poruchy rovnováhy elektrolytov. **Včasná mobilizácia** – známym komplikáciám imobilizačného syndrómu (pneumónia, dekubitus, pokles fyzickej výkonnosti atď.) možno predchádzať včasnou mobilizáciou. Podľa stavu pacienta čím skôr, ak nie je progresia, väčšinou v priebehu 48 hodín, možno začať mobilizáciu. Ide o postupy realizované fyzioterapeutom (dýchacie cvičenia, otáčanie, špeciálne facilitatívne metódy, napr. podľa Bobathovho konceptu), ktoré nie sú predmetom tohto príspevku. Minimálne tak dôležité je najmä v tejto fáze aktívne ošetrovatelstvo so zahrnutím postupov rehabilitačného ošetrovatelstva.

Fáza po akútnom období

V závislosti od stavu pacienta existuje na rehabilitáciu viacero možností. V priaznivých prípadoch aj v priebehu akútnej fázy, po včasnej mobilizácii, môže dôjsť k takému zlepšeniu stavu, že už nie je potrebná ďalšia rehabilitácia, prípadne môže prebehnúť v domácnosti pacienta. Avšak vo veľkej časti prípadov zlepšovanie neurologických príznakov stagnuje, prípadne sa vyskytnú nejaké komplikácie, je výrazný pokles fyzickej výkonnosti a pod., čo obmedzuje možnosti aktívnej rehabilitácie. V takýchto prípadoch sa pacient dostáva spravidla na interné, geriatrické oddelenie alebo oddelenie pre dlhodobochorých, prípadne ho ošetrujú v jeho domácnosti, tu sa praktický lekár opäť stáva kľúčovou osobou. To, že kde sa rehabilitácia uskutoční by mal napomôcť rozhodnúť odborný rehabilitačný lekár na základe klinického vyšetrenia.

Aktívna nemocničná rehabilitácia je indikovaná u pacientov s viacerými problémami súčasne, ktoré vyžadujú komplexné pôsobenie multidisciplinárneho tímu. Je možná hlavne u tých pacientov, ktorí spĺňajú určité medicínske kritériá: neurologický status vykazujúci zlepšovanie, možnosť záťaže po stránke fyzickej a psychickej, primeraná spolupráca, motivácia, primerané tempo zlepšovania. Rehabilitačný program je založený na komplexnom zhodnotení stavu, pretože stav po prekonanej cievnej mozgovej príhode môže byť veľmi rôznorodý. Prípadne kombinácia príznakov môže byť veľmi variabilná. Rôznorodosť sa týka fyzických príznakov, popri nich sú časté aj psychické príznaky. V novších odporúčaniach (7, 9) sa uvádza, že ak dobre funguje

multidisciplinárny tím, starajúci sa o pacienta, pacient môže byť prepustený z nemocnice do domácej starostlivosti skôr.

Už v r. 1995 bolo poukázané na to, že ústavná rehabilitácia je efektívna v predĺžení krátkodobého prežívania pacientov, funkčnej schopnosti, a vo vyššej nezávislosti pri prepustení (2). Nebol však zistený benefit z dlhodobého hľadiska a autori výskumu konštatovali, že je vhodnejšie pokračovať v rehabilitácii v domácich podmienkach ako ju pri prepustení pacienta do domácej starostlivosti úplne ukončiť.

Následná fáza

V období **po prepustení z nemocnice** môže rehabilitácia prebiehať vo viacerých formách. Na fyziatricko-rehabilitačných oddeleniach ambulantnou formou a to v prípadoch, ak považujeme špecializovanú rehabilitačnú liečbu za indikovanú, ak nie je problém s dochádzaním pacienta zo zdravotných ani z organizačných dôvodov. Výhodou tejto formy je poskytnutie špecializovanej starostlivosti v plnej škále (pohybová liečba, vodoliečba, elektroliečba, ergoterapia a iné).

Rehabilitácia v domácich podmienkach prebieha v prípade problémov s dochádzaním, prípadne s prihladením na želanie pacienta. Výhodou je pobyt pacienta v prostredí jemu blízkom, čo môže mať priaznivý vplyv na kvalitu života pacienta. Určitou nevýhodou môže byť užšia škála poskytnutých prostriedkov fyziatricko-rehabilitačnej starostlivosti.

Problémy v rozhodovaní pri rehabilitácii pacientov po cievnej mozgovej príhode

Pri zabezpečovaní správnej rehabilitačnej starostlivosti bežne vyvstávajú viaceré okruhy problémov, pri riešení ktorých sa potrebuje ošetrojúci lekár správne rozhodnúť. Ide o problém správnej indikácie rehabilitačnej starostlivosti, ako aj o miesto a spôsob poskytovania rehabilitačnej starostlivosti. Tým, že často ide o polymorbídneho pacienta a cievna mozgová príhoda nie je jediným ochorením, ide o problematiku multidisciplinárnu a súčasne multidimenzionálnu. Výhodiskom pre správne rozhodovanie v problematike je komplexné vyšetrenie pacienta zahŕňajúce základné dimenzie biologické, ale aj psychické a sociálne.

Základné parametre vyšetrenia pacienta po cievnej mozgovej príhode v rámci domácej starostlivosti

Na úvod odporúčame zahrnúť zhodnotenie základného interného statusu praesens, rizikových faktorov CMP a ICHS, sprievodné ochorenia ako aj stav ich kompenzácie. Ďalej je u pacienta vhodné

Tabuľka 1. Hodnotenie predchádzajúcich a súčasných poškodení, komplikácií po CMP.

1. Hodnotenie poškodení:

- komunikácia,
- motorika,
- kognitívny deficit,
- vizuálny a priestorový deficit,
- psychologický/ emočný deficit,
- senzorický deficit.

2. Hodnotenie funkcií a sebestačnosti (napríklad pomocou FIM¹ alebo Barthelovho indexu)

3. Psychosociálne hodnotenie a hodnotenie sociálnej opory

4. Hodnotenie komplikácií:

- problémy s prehĺtaním (dysfágia),
- poškodenie pokožky,
- riziko hlbokoj venózne trombózy,
- dysfunkcia vylučovania moču a stolice,
- malnutícia (vrátane stavu hydratácie),
- bolesť.

¹ FIM – Miera funkčnej nezávislosti (Functional Independence Measure)

Tabuľka 2. Hodnotenie domáceho prostredia.

- funkčné požiadavky,
- dostupnosť bežných potrieb,
- využiteľnosť kompenzačných pomôcok,
- bariéry prostredia,
- hodnotenie z hľadiska bezpečnosti pacienta.

posúdiť súčasné poškodenia, predchádzajúce poškodenia ako aj komplikácie, ktoré po CMP nastali a môžu tiež značne modifikovať potreby a priebeh rehabilitácie (tabuľka 1).

Praktický lekár má prehodnotiť aj situáciu v domácom prostredí. Má sa pritom zohľadniť najmä funkčnosť prostredia (aj z hľadiska samotnej rehabilitácie – možnosť cvičenia, náviku chôdze a pod.), dostupnosť potrieb nutných k bežnému životu (stravovanie, hygiena, toaleta), dostupnosť z hľadiska poskytovania zdravotníckej starostlivosti, využiteľnosť kompenzačných pomôcok v domácom prostredí, ako aj bariéry prostredia (tabuľka 2).

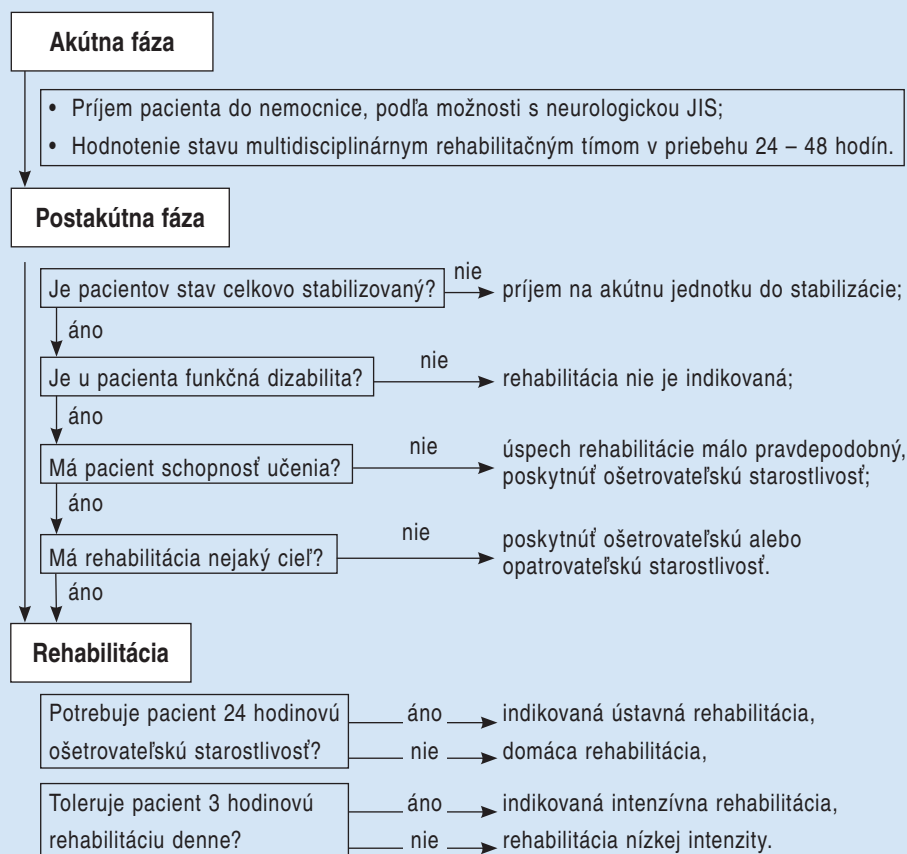
Rozhodovanie o potrebe rehabilitačnej starostlivosti

Najzodpovednejšie v praxi býva správne rozoznať, ktorý pacient potrebuje rehabilitačné intervencie. Pacient, ktorému bolo zistené obmedzenie funkcií, mal by byť poukázaný na špecializované rehabilitačné vyšetrenie, kde sa konkrétne posúdia jeho rehabilitačné potreby.

Vo všeobecnosti pacient po cievnej mozgovej príhode **potrebuje rehabilitáciu** v takom prípade, keď jeho funkčný status je horší, než status pred cievnu príhodou a keď je u daného pacienta potenciál na zlepšenie.

Ak je funkčný status pred a po cievnej príhode prakticky rovnaký alebo prognóza je hodnotená ako nepriaznivá, rehabilitácia v súčasnosti nepredstavuje pre pacienta adekvátny postup. V takom prípade

Schéma 1. Rozhodovací proces v priebehu rehabilitácie pacienta po CMP.



(Voľne podľa Pollacka, Dislera, 2002/6/)

odporúčame prevažne intenzívnu **ošetrovateľskú starostlivosť** alebo **rehabilitačné ošetrovateľstvo**, t. j. ošetrovateľskú starostlivosť s prvkami rehabilitácie. Zahŕňa polohovanie, včasnú mobilizáciu, prevenciu kontraktúr, vykonávanie jednoduchých aktívnych a pasívnych cvičení, jednoduché dýchacie cvičenia (prehĺbené dýchanie, nácvik vykašliavania), zaistenie maximálne možnej mobility pacienta (vybaviť pacienta potrebnými pomôckami), prevencia uroinfekcie, zamedzenie stratám vody, bielkovín, minerálov, tréning maximálne možnej sebestačnosti, aktivizáciu psychiky.

Rozhodovanie o mieste poskytovania rehabilitačnej starostlivosti

Miesta poskytovania rehabilitácie

Pacient môže byť rehabilitovaný na špecializovanom rehabilitačnom pracovisku alebo v rámci už spomenutých iných pracovísk a taktiež v domácom prostredí. Výber najvhodnejšieho prostredia vychádza z komplexného posúdenia pacientovho poškodenia, sociálnej opory ako aj z prihliadnutia na preferencie pacienta, prípadne jeho rodiny.

Rámcovo možno konštatovať, že pacient vyžaduje ústavnú rehabilitáciu, ak jeho stav si vyžaduje odbornú ošetrovateľskú starostlivosť, pravidelné lekárske kontroly a zložitejšie alebo početnejšie terapeutické intervencie. Ústavná rehabilitácia je indi-

kovaná, ak z hľadiska ošetrovateľského má pacient poruchu vylučovania stolice a moču, poškodenú kožu a vysoké riziko dekubitov, neschopnosť pohybu na posteli, závislosť pri ADL (activities of daily living), je neschopný správne užívať lieky, má vysoké riziko nutričného deficitu.

Príklady potreby častého kontaktu s lekárom sú nie optimálne kompenzované sprievodné ochorenia (napr. diabetes mellitus, hypertenzia).

Rehabilitácia v domácnosti pacienta, riadená praktickým lekárom

Vo svete sú vypracované programy pre domácu rehabilitáciu, kde okrem všeobecných zásad je najdôležitejším cieľom pripraviť pacienta na život po cievnej mozgovej príhode (3).

Stav pacienta, ktorý sa dostane do domácej starostlivosti, môže byť veľmi rozmanitý. Celkom iné nároky má pacient, ktorý je prepustený z nemocnice so stagnujúcim funkčným stavom, vysokými nárokmi na ošetrovateľskú starostlivosť ako pacient po úspešnej rehabilitácii v rámci hospitalizácie. V prvom prípade praktický lekár zabezpečuje hlavne ošetrovateľskú starostlivosť, v druhom pokračovanie fyzioterapeutickej, prípadne logopedickej starostlivosti. Zvyčajne sa táto starostlivosť poskytuje cestou domácich agentúr.

Poznanie základov rehabilitácie je teda aj v praxi praktického lekára neobyčajne dôležité. Ten, keď

pravidelne sleduje funkčný stav pacienta, vytýči reálne dosiahnuteľné ciele a vytvára podmienky pre dosiahnutie toho cieľa. Dynamicky sa môže meniť potreba kompenzačných pomôcok, nálada pacienta, jeho fyzický stav. Môže požiadať o príslušné konzílium užšie zameraného odborníka (najmä fyziatru a neurológa), koordinuje opatrenia na sekundárnu prevenciu cievnej mozgovej príhody.

Zásadný rozhodovací proces v priebehu rehabilitácie pacienta po CMP sumarizuje schéma 1.

Teba však zdôrazniť, že je nevyhnutný prísne individuálny prístup ku každému jednotlivému pacientovi a predložené schémy majú skôr pomocný význam.

Je vhodné, ak praktický lekár spolupracuje aj s agentúrami ošetrovateľskej starostlivosti, prostredníctvom ktorých je pacientovi poskytovaná ošetrovateľská a podľa miestnych podmienok aj rehabilitačná starostlivosť.

Úloha praktického lekára v rehabilitácii pacienta po CMP vyplýva najmä z týchto skutočností:

1. Najviac pozná dynamiku stavu pacienta po CMP po prepustení z nemocnice.
2. Okrem komplexného zhodnotenia fyzického stavu môže najlepšie posúdiť sociálne prostredie, ktoré je v ďalšom priebehu rehabilitácie veľmi dôležité.
3. Môže najlepšie skordinovať intervencie multidisciplinárneho tímu odborníkov podľa aktuálnych a často dynamicky sa meniacich potrieb pacienta.

4. Stáva sa kľúčovou osobou v manažmente pacienta po cievnej mozgovej príhode aj s ohľadom na sekundárnu prevenciu.

Hlavné úlohy praktického lekára v rehabilitácii pacientov po CMP možno zhrnúť:

1. komplexné zhodnotenie stavu pacienta po CMP podľa navrhnutých zásad a to čo najskôr po prepustení z ústavnej liečby.
2. Plánovanie, koordinácia, dokumentovanie priebehu a dohľad nad kvalitou rehabilitácie.
3. Komunikácia s odborníkmi z oblasti medicíny (najmä rehabilitácia, neurológia, interná medicína), ale aj psychológie a sociálnej práce, ale tiež so samotným pacientom a jeho príbuznými.

4. Pri rozhodovaní o indikácii rehabilitácie praktický lekár berie do úvahy najmä celkový stav pacienta, vrátane jeho funkčného potenciálu, stupeň a druh dizability a tiež ostatné potreby pacienta, zvlášť ošetrovateľské.
5. Dosiahnuté výsledky rehabilitácie priebežne hodnotí a koordinuje úsilie všetkých zainteresovaných zložiek na udržanie funkčného potenciálu a kvality života pacienta.

MUDr. Peter Takáč, PhD.

Klinika fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie
Lekárskej fakulty UPJŠ a FN L. Pasteura
Rastislavova 43, 041 90 Košice
e-mail: takac@lf.upjs.sk

Literatúra

1. Cévní mozgová příhoda – předčasné úmrtí či život na vozíku? Stránka pro pacienty. Kap Kardiol, 2005, 7, http://www.kapitoly.cz/pdf/2005_03_pac.pdf.
2. Evans RL, Connis RT, Hendricks RD, Haselkorn JK. Multidisciplinary rehabilitation versus medical care: a meta-analysis. Soc Sci Med. 1995, 40: 1699–1706.
3. Hale L, Piggot J. Exploring the Content of Physiotherapeutic Home-Based Stroke Rehabilitation in New Zealand. Arch Phys Med Rehabil, 2005, 86: 1933–40.
4. Karolinska stroke update statement, [cit. 10-12-2005], http://www.strokeupdate.org/Cons_Rehab_2002.htm.
5. Lepšíková M. Terapeutický přístup k pacientům po CMP či poranění mozku. Multidisciplinární péče, roč. 1, 2005, číslo 3, <http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=42>.
6. Pollack M, Disler P. Rehabilitation of patients after stroke. MJA (The Medical Journal of Australia), 2002, 177: 444–448.
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke. Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2002 Nov. 48 p.
8. Sladká J. Cévní mozgové příhody – současné názory na možnosti léčby. MEDICINA 6/V, 1998, s. 14.
9. Stevenson D. Review: early supported discharge may reduce length of hospital stay in patients with acute stroke, but does not reduce death Evidence-Based Nursing, 2002, 5: 117.
10. Wodchis W et al. Skilled Nursing Facility Rehabilitation and Discharge to Home After Stroke. Arch Phys Med Rehabil, 2005, 86: 442–8.

Jiří Beran, Jiří Vaništa et al. Základy cestovního lékařství

Cestovní medicína je celosvětově uznávaná mezioborová lekárska špecializácia, zabyvajúci sa prevenciou, diagnostikou a liečbou nemocí, ktoré vznikli v súvislosti s cestovaním. Kniha by mala sloužit jako základní příručka nejen pro infektology a epidemiology, ale i pro lékaře pracovního lékařství, praktické lékaře, dětské lékaře, internisty i lékaře ostatních oborů, kteří zabezpečují zdravotnickou přípravu a informace o ochraně zdraví u cestovatelů. Autoři se snažili shrnout nejdůležitější pokyny a rady, které mohou zabránit zdravotním problémům cestovatelů. Kniha by měla navíc doplnit znalosti lékařů, kteří se dnes mnohem častěji setkávají s u nás neobvyklými příznaky různých onemocnění nejen u cizinců, ale stále více u cestovatelů vracejících se z tropů či subtropů. Problematiku uvedenou v knize vyučují oba hlavní autoři v kursech cestovního lékařství v Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.

Galén, 2006, 1. vydanie, ISBN 80-7262-435-0, s. 288.

Distribúcia v SR: KD Hanzlúvka, LF UPJŠ, Tr. SNP 1, 040 66 Košice, tel.: 0905 526 809, hanzlúvka@dodo.sk;
Osveta, Jilemnického 57, 036 01 Martin, tel.: 043/421 0970, redakcia@vydosveta.sk, **internetový predaj:** www.littera.sk

www.galen.cz

