614.25[613.71]:614.25[615.81/.84]].009.5:615.851.8

SPOLUPRÁCE TĚLOVÝCHOVNÝCH LÉKAŘŮ S FYSIATRY V ORGANISACI A PROVÁDĚNÍ NÁVRATNÉ PÉČE

Podplukovník MUDr. Robert RIEDL, MNO, major MUDr. Jaromír HORÁK, VLVDÚ, Hradec Králové

Tělovýchovné lékařství, které je dnes samostatným oborem preventivní a léčebné péče, zahrnuje v sobě i pohybovou léčbu. Všichni lékaři, kteří získali atestaci pro tento obor mají proto předpoklady, aby mohli účinně zasáhnout jak do organisace, tak do provádění návratné péče, v níž léčení pohybem tvoří významnou složku.

Dnešní náplň tělovýchovného lékařství u nás se opírá o zkušenosti SSSR, kde je mu věnována velká pozornost. Tělovýchovní lékaři v SSSR pracují jednak v dispensárních zařízeních pro sportovce, jednak v těch zařízeních, v nichž léčení pohybem je významnou součástí celkové léčby (ozdravenská a lázeňská zařízení). V SSSR se proto tělovýchovní lékaři podle pracovního zařazení ještě dále specialisují v podstatě do dvou směrů, jejichž pracovní náplň je do značné míry odlišná, neboť v činnosti tělovýchovných lékařů, pečujících o sportovce, převažuje složka preventivní a u lékařů řídících pohybovou léčbu převládá naopak složka kurativní.

Odborná lékařská péče o sportovce, která vedle sledování jejich zdravotního stavu a funkční zdatnosti při lékařských prohlídkách a vyšetřeních v tělovýchovně lékařských poradnách zahrnuje též lékařsko-pedagogický dohled na tréninky a cvičení, kontrolu hygieny cvičebního prostředí, hygieny osobní a výživy, zdravotnické zabezpečení sportovních akcí a jiných tělovýchovných činností, je časově velmi náročná a nedává zpravidla tělovýchovným lékařům možnost věnovat se řízení pohybové léčby. Tento stav se projevuje dnes u nás snahou upravit náplň a způsob specialisace v tomto oboru.

Tělovýchovné lékařství se ve svém preventivním zaměření opírá především o znalosti z vnitřního lékařství a uvažuje se proto změnit atestaci tělovýchovného lékařství z atestace základní na atestaci nadstavbovou nad vnitřní lékařství, popřípadě i nad odbory jiné, zejména chirurgické.

Výsledek ankety, kterou vyvolala tělovýchovně lékařská sekce společnosti Jana Evangelisty Purkyně k otázce specialisace, není jednoznačný. Řada lékařů zdůrazňuje především preventivní zaměření tělovýchovného lékařství, zejména to, že úkoly na tomto úseku jsou natolik rozsáhlé, že tělovýchovný lékař svými časovými možnostmi nestačí plně se věnovat ještě otázkám pohybové léčby. Zdůrazňují rovněž klinický charakter pohybové léčby. Aby mohl tělovýchovný lékař dokonale zvládnout problematiku tělovýchovného lékařství i problematiku pohybové léčby v celé šíři, musel by mít velmi rozsáhlé znalosti i praktické zkušenosti v různých oborech medicíny, které jsou nutné pro správnou indikaci tohoto druhu terapie. Pohybová léčba má sice ve všech medicinských oborech společnou fysiologickou základnu, naproti tomu v každém oboru má svou specifickou problematiku, která vyžaduje dokonalou znalost klinického stavu, průběhu onemocnění, zvláště průběhu pooperačního u chirurgických onemocnění. Tak může pohybovou léčbu nejlépe indikovat příslušný odborník, který léčení vede, má-li o tomto způsobu léčení dostatečné znalosti a dostatečný zájem o něj. Pohybovou léčbu považují tito lékaři za součást příslušných klinických oborů, od nichž ji nelze odtrhnout, neboť tvoří logickou součást komplexního způsobu léčení.

Diskusní příspěvky druhé skupiny lékařů poukazovaly na společný základ, z něhož vychází jak tělovýchovné lékařství, tak pohybová léčba, jímž jsou

fysiologické poznatky o působení tělesných cvičení na lidský organismus. Vyzdvihovali zejména příbuznost pracovních metod na obou těchto úsecích. Zdůrazňovali, že dosavadní specialisace v tělovýchovném lékařství je zaměřena velkým dílem k praktickému zvládnutí pohybové léčby. Tělovýchovní lékaři mají všeobecné vzdělání ve všech oborech, znají natolik problematiku pohybové léčby, že ji mohou metodicky řídit u různých chorob. Zdůrazňovali zejména též to, že situace v našem zdravotnictví není ještě taková, abychom měli dostatek kádrů, které by mohly řídit a provádět pohybovou léčbu jako důležitou součást funkčního léčení.

Domnívají se, že oddělení pohybové léčby od tělovýchovného lékařství by znamenalo za dnešní situace ochuzení léčby o účinný prostředek návratné péče, zejména v okresech. V okresech je dosud jen malý počet rehabilitačních pracovníků a zpravidla není nikdo, kdo by pohybovou léčbu indikoval a řídil. Pro rehabilitaci na okresech je plánován jen malý lékařský úvazek a spojení tělovýchovně lékařské činnosti s řízením rehabilitace by umožnilo využít pro tyto činnosti celého pracovního úvazku jednoho lékaře.

Z diskusních příspěvků k anketě o náplni tělovýchovného lékařství vyplynulo, že je účelné spojovat na nižších stupních zdravotní péče úkoly tělovýchovně lékařské s řízením rehabilitační péče. Avšak na vyšších stupních (v krajích) zaměstnávají úkoly, které vyplývají ze zdravotní péče o tělesnou výchovu a sport tělovýchovné lékaře již natolik, že by bylo možno uvažovat o jejich pomoci při metodickém řízení pohybové léčby, přičemž organisaci, vedení rehabilitační péče v plném rozsahu a odpovědnost za úkoly z ní vyplývající je třeba svěřit jinému lékaři se samostatnou skupinou rehabilitačních pracovníků.

Z hlediska dalšího rozvoje pohybové léčby, jako terapeutického prostředku jednotlivých klinických oborů, je zřejmé, že pokrok v tomto směru bude záviset především na klinických odbornících, kteří mohou lépe propracovávat a vědecky zdůvodňovat možnosti pohybové léčby a kriticky hodnotit dosažené léčebné výsledky u jednotlivých chorob. Předpokladem pro správnou indikaci pohybové léčby je dokonalá znalost klinického stavu nemocného, jeho soustavné sledování a přesné pozorování účinku pohybové léčby na stav nemocného. Tělovýchovným lékařům, kteří nepracují v prostorech klinik, není možné navázat tento úzký kontakt s hospitalisovanými nemocnými. Mohou spolupůsobit jen při užití této léčebné metody při ambulantní klinické péči, při ponemocniční rehabilitaci, kdy mohou zejména na základě svých znalostí hodnocení funkčního stavu přispět k posouzení rehabilitačních výsledků. Rozvíjení podrobných metod pohybové léčby při různých chorobách nemohou řešit tělovýchovní lékaři, jejichž hlavním úkolem je komplexní péče o zdravého sportujícího nebo cvičícího člověka, studium zákonitostí růstu jeho zdraví a trénovanosti.

Situace ve vojenské zdravotnické službě je obdobná jako v občanském sektoru. Lékaři s atestací z tělovýchovného lékařství pracují jen na sportovně lékařských odděleních (úroveň krajských zařízení). Sportovně lékařské poradny (úroveň okresních zařízení) vedou zpravidla asistenti nebo sekundáři interních oddělení, kteří plní úkoly v sportovně lékařských poradnách vedle svých povinností, které vyplývají z jejich tabulkového zařazení. Většinou jsou tito lékaři pověřováni i vedením fysikálního kabinetu a kabinetu léčebného tělocviku, pokud jsou zřízeny, takže úzká spolupráce na těchto úsecích je zajištěna tím, že všechny tyto úkoly se soustřeďují v jedné osobě. Přitom s rozsahem a způsobem provádění sportovně lékařské péče ani péče rehabilitační nemůžeme být ve většině našich ústavů spokojeni.

Úzké spojení interní klinické praxe s praxí sportovně lékařskou u většiny našich lékařů, kteří se sportovním lékařstvím zabývají, hodnotíme jako klad. Bojujeme proti odtrženosti sportovně lékařské činnosti od klinického života.

Činnost našich sportovně lékařských zařízení má však proti občanským zařízením své zvláštnosti. Především v tom, že o vojáky sportovce, kteří do těchto zařízení přicházejí na vyšetření, je po stránce prevence podstatně lépe pečováno než o sportovce v občanském sektoru. Pravidelná lékařská vyšetření a prohlídky u útvarů snižují podstatně možnost, aby se sportovnímu výcviku a závodění věnovali ti, pro něž by intensivní sportovní výcvik mohl znamenat poškození zdraví. Je tedy péče o vojáky-sportovce do značné míry rozdělena mezi útvarové lékaře a odborná sportovně lékařská zařízení. Sám vojenský výcvik představuje větší tělesné zatížení než je zpravidla zaměstnání v občanském životě a je proto třeba, aby i lékaři u útvarů dovedli vhodně používat při sledování vlivu výcviku na tělesný a zdravotní stav vojáků sportovně lékařských metod. Je proto hlavním úkolem sportovně lékařských zařízení v armádě odborná pomoc útvarovým lékařům, přenášení zkušeností získaných při sledování výkonných sportovců tak, aby při výcviku všech vojáků bylo dosaženo dodržování fysiologických zásad a metodických principů jako u trénujících sportovců.

Dobrá interní erudice vojenských tělovýchovných lékařů, kteří většinou mají atestaci z tohoto oboru, umožňuje jim úspěšně řešit spolu s fysiatry otázky pohybové léčby u osob s interními onemocněními, nejvhodnějších způsobů jejich doléčování pohybem, popřípadě jejich zařazování do zvláštní tělesné přípravy.

Na základě zkušeností tělovýchovných lékařů s průběhem některých onemocnění a rekonvalescence u sportovců, mezi něž je třeba v určitém rozsahu počítat i vojáky, lze usuzovat, že u nich probíhají reparační pochody zpravidla rychleji než u osob netrénovaných. Ukazuje se například, že sportovci, kteří prodělali infekční žloutenku, často nedbají lékařských rad a začínají s poměrně tvrdým tréninkem daleko dříve, než jim bylo povoleno. Někteří se dokonce přiznávají, že i v období žloutenky si udělali z hader v nemocnici míč a hráli po odpolední visitě kopanou na nemocniční chodbě, „aby jim ušla chvíle a měli nějaký ten pohyb". Většinou ani nepopisovali pocity slabosti po těchto „cvičeních". K poznatkům o průběhu různých onemocnění u trénovaných osob bylo by třeba přihlédnout při určování léčebného a doléčovacího režimu a přihlížet k předchozí tréninkové anamnese. Tím se zároveň vyvarujeme extrému, kdy je sportovcům zakazován trénink i lehčí intensity v období, kdy je to i z klinického hlediska možné, možná i pro průběh rekonvalescence prospěšnější. Na základě soudobých vědeckých poznatků je třeba proto zpřesnit kritéria pro

zahájení cvičení po infekční žloutence, neboť lze předpokládat, že u trénovaných osob probíhají reparační pochody i v játrech rychleji než u osob netrénovaných. Je nutno opírat se při tom nejen o subjektivní pocity nemocného, nýbrž hlavně o objektivní výsledky klinických vyšetření, funkčních zkoušek jaterních, zvláště těch, které dávají citlivější obraz o eventuální poruše jaterního parenchymu, jako je kvantitativní stanovení urobilinogenu v moči po tělesném zatížení apod.

Dalším polem působnosti spolupráce tělovýchovných lékařů s fysiatry je otázka léčby neurocirkulačních astenií a stanovení správného tělesného režimu u těchto osob. Je to otázka důležitá i z hlediska války, neboť zvláště na počátku války stoupá značně množství neurocirkulačních astenií a je nutno se s tímto stavem již v míru aktivně zabývat. Půjde zejména o prověření vhodných způsobů a cvičebních sestav zvláštní tělesné výchovy. Tyto otázky nebude moci však řešit ani tělovýchovný lékař, ani fysiatr bez odborné spolupráce pedagoga, učitele tělocviku, zaměřeného na problematiku zvláštní tělesné výchovy. Bylo by třeba i v armádě využít některých pracovišť pro výzkumné řešení těchto otázek za pomoci vojáků–absolventů institutu tělesné výchovy, kteří by o tyto otázky měli zájem.

Důležitou součástí vyšetřování sportovců je též stanovení funkční zdatnosti ústrojí oběhového a dýchacího. V tělovýchovné lékařské praxi jsou vžity a dobře propracovány hlavně funkční zkoušky oběhového ústrojí, z nichž nejvíce používanou je kombinovaná funkční zkouška na rychlost a vytrvalost podle Letunova. Spolupráce tělovýchovných lékařů s fysiatry na tomto úseku by mohla přispět při řešení vhodných testů pro určování způsobu a rozsahu pohybové léčby osob s poruchami ústrojí oběhového a dýchacího, popřípadě pro posuzování obnovy funkce a obnovení práceschopnosti. Modifikované funkční zkoušky Letunovovy použila u nás např. dr. Pochopová při zařazování kardiaků do vhodných skupin léčebné tělesné výchovy.

Poněkud dlužni zůstáváme ještě dnes, při poměrně dobrých materiálních možnostech, funkčnímu vyšetření plic, ačkoliv metodika, které se používá na katedře válečné interny Vojenského lékařského výzkumného a doškolovacího ústavu J. E. Purkyně v Hradci Králové, je všem vojenským nemocnicím poměrně lehce dostupná a v mnohých je podle těchto zkušeností již zavedena. Používá se k tomu Kroghova respirometru, který je dnes v každé vojenské nemocnici a při dnešních názorech na význam zjišťování základní spotřeby v diagnostice onemocnění štítné žlázy mnohde úplně zahálí. S pomocí mechanického kymografu, jehož pořízení není příliš nákladné, lze tohoto jednoduchého přístroje použít k postačujícímu standardnímu spirografickému vyšetřní nemocných i zdravých osob. V prvém případě pro posouzení práceschopnosti, v druhém pro posouzení stupně trénovanosti.

Úspěšně lze rozvinout spolupráci tělovýchovných lékařů a fysiatrů i na doléčování chorob chirurgických a stavů po úrazech. Tělovýchovní lékaři dobře vědí, že sportovci velmi často nedodržují klidová období předepsaná ortopedy a jinými lékaři. Při tom nezřídka dochází k rychlejšímu funkčnímu zhojení, tj. k úplnému obnovení funkce, než při obvyklém dodržování naprostého klidu. Ovšem naopak při podceňování mikrotraumat pohybového ústrojí, a to jak ze strany sportovců, tak i ze strany lékařů, kteří nejsou podrobně s těmito stavy obznámeni, dochází často při aktivní léčbě k chronickým stavům, které podstatně výkonnost sportovce snižují, nebo jej i ze sportovní činnosti vyřadí. Má tedy léčení chirurgických onemocnění a úrazových stavů opět své zvláštnosti u osob, které intensivně provádějí tělesná cvičení. Nevhodně volená imobilisace u sportovců, ale i u vojáků v intensivním výcviku, může často vést k většímu poškození než sám úraz. Při postižení pohybového ústrojí u osob, které intensivně provádějí tělesná cvičení, nejsou proto vždy nejvhodnější obvyklé způsoby léčení. Úzká spolupráce tělovýchovných lékařů, kteří mají značné zkušenosti s léčením mikrotraumat pohybového ústrojí u sportovců, s fysiatry, podrobné společné sledování vývoje poúrazových stavů, jejich ovlivňování pohybovou léčbou a fysioterapeutickými prostředky by pomohlo vědecky vypracovat kritéria léčebných a rehabilitačních postupů u poruch pohybového ústrojí a úrazů, k nimž došlo při provádění tělesné přípravy a sportu.

Přihlédneme-li k tomu, že při tělesné přípravě a sportovních cvičeních vzniká u vojáků základní služby 35 % a u vojáků z povolání 48 % všech úrazů, vysvítá, jak velký význam má užití nejlepších metod při léčení a doléčování traumat a mikrotraumat způsobených sportem a tělesnými cvičeními. Je proto třeba, aby všichni ti, kteří mají zkušenosti s léčením a doléčováním těchto stavů, ať tělovýchovní lékaři, fysiatři, či lékaři doléčovacích oddělení vojenských lázeňských ústavů a vojenských ozdravoven spojili své úsilí k tomu, co nejrychleji navrátit vojáka k výcviku a zkrátit časové ztráty na minimum. Získané zkušenosti s léčením a doléčováním poškození pohybového ústrojí mají nejen velký význam pro potřebu mírovou, ale zvláště pro potřebu válečnou. Zkušenosti z Velké vlastenecké války ukazují, že aktivní léčba, v níž léčba pohybem tvoří důležitou součást, podstatně zkracovala dobu potřebnou k vyléčení raněných a k obnovení jejich plné funkční schopnosti. Tělovýchovní lékaři nalezli právě na tomto léčebném úseku, tj. při pohybové léčbě v rehabilitačních odděleních armádních nemocnic plné uplatnění.

Návratná péče skýtá řadu možností spolupráce tělovýchovných lékařů a fysiatrů ať v otázkách organisace, či provádění. Při řešení otázek návratné péče v rámci vojenské zdravotnické služby je třeba přihlížet nejen k potřebám mírovým, ale zejména k potřebám válečným, a soustavně rozšiřovat počty a prohlubovat znalosti lékařů v tomto oboru, aby za všech okolností mohly být úspěšně splněny úkoly na tomto úseku léčebné činnosti.