

Rychlíková E. Manuální medicína. 3. ed. Praha: Maxdorf 2004. 530 stran. ISBN 80-7345-010-0.

Doc. MUDr. Eva Rychlíková, CSc. je průkopnicí a spoluzakladatelkou oboru manuální medicíny. Celou svou práci klinickou, vědeckou i pedagogickou se zasloužila o rozvoj tohoto oboru a uznání v klinické medicíně. Důkazem toho je i již třetí vydání knihy Manuální medicína.

Knihy shrnuje poznatky v diagnostice a léčbě v oboru manuální medicíny a v souladu s vývojem, poznáním i klinickou praxí autorka předkládá 3. rozšířené a doplněné vydání. Jak sama uvádí, manuální medicína je medicínským interdisciplinárním oborem a k diagnostice a léčbě používá multidisciplinárních přístupů. Na rozdíl od jiných klinických oborů musí být funkční vertebrogenní porucha posuzována ve vztahu k celému organismu člověka.

3. vydání má 530 stran, 281 vyobrazení, má zlepšenou grafickou úpravu, která je přehlednější a důraznější při upozorňování na nejčastější chyby při vyšetřování a provádě-

ní speciální manuální léčby. Stejně jako předchozí publikace (1987, 1997) má obvyklou strukturu, kapitoly jsou děleny na základní funkční anatomii, etiopatogenezu funkčních vertebrogenních poruch, základní funkční RTG-diagnostiku. Největší část práce je věnována vyšetření, diagnostice a specifické léčbě funkčních vertebrogenních poruch. Do těchto kapitol jsou zahrnuty i nové poznatky z technik, které ovlivňují provedení mobilizací a manipulací, a tudíž i jejich výsledky. Rozšíření je ve fyzikální léčbě, důraz je kladen na jejich správnou indikaci. Doplnění je rovněž u obstríků, u nichž je upozorněno na jejich správnou indikaci a provedení v jednotlivých lokalizacích.

Ve farmakologické léčbě autorka uvádí na jedné straně obohacenou řadu nových preparátů, na druhé straně upozorňuje na polypragmazií a standardizaci léčby bez individuálního přístupu a zhodnocení. Klinická část popisuje nejčastější funkční

vertebrogenní poruchy doplněné o nové poznatky i klinické zkušenosti v diferenciální diagnostice a terapii např. v kapitole o úžínových syndromech, či viscerovertebrálních vztahů.

Kapitola Prevence a sport vertebrogenních onemocnění klade důraz na prevenci, pracovní ergonomii a předcházení civilizačním chorobám správnou zátěží. Publikace se nevěnuje periferním kloubům, jejich léčbě v rámci manuální medicíny je věnována samostatná publikace.

Předkládaná publikace obsahuje aktuální informace, které mají interdisciplinární rozsah. Kniha je nepostradatelnou odbornou publikací jak pro lékaře, tak i pro fyzioterapeuty zabývající se manuální medicínou.

*prim. MUDr. Jitka Svobodová
Klinika funkční diagnostiky a rehabilitace LF MU a FN u sv. Anny, Brno
e-mail: jitka.svobodova@fnusa.cz*

Doručeno do redakce: 17. 1. 2005

Erban J. Dlouhodobá domácí oxygenoterapie. Praha: Maxdorf 2004. 109 stran. ISBN 80-7345-024-0.

Nakladatelství Maxdorf nám předkládá publikaci významného pražského pneumologa, který se od roku 1985 intenzivně zabývá problematikou oxygenoterapie u nemocných s chronickou respirační insuficiencí. Je koordinátorem úspěšné aktivity komise dlouhodobé domácí oxygenoterapie (DDOT) České pneumologické společnosti při jednání s VZP o zavedení DDOT v České republice a má hlavní podíl na jejím rozvoji a dosažení evropské úrovně. Kniha je přehledně členěna, orientaci usnadňuje podrobný rejstřík. Je doplněna podrobnými obrázky a tabulkami, na konci je pro usnadnění orientace

přehled použitých zkratk a pro zájemce o podrobnější rozvedení problematiky seznam použité literatury.

V předložené práci autor stručně pojednává o problematice DDOT z pohledu klinika. Po úvodním historickém přehledu shrnuje ve 2. až 7. kapitole **nezbytné patofyziologické údaje** a jejich klinické vazby (mechanizmy vzniku a důsledky hypoxemie, toxicitu O₂, adaptivní a maladaptivní fyziologickou odpověď na nízkoprůtokovou kyslíkovou léčbu, měření a monitorování hypoxemie, vliv DDOT na mortalitu, hemodynamiku, problematiku hypoxemie během spánku, ovlivnění tolerance zátě-

že u nemocných s chronickými plicními chorobami po DDOT, vliv DDOT na psychiku a kvalitu života). V 8. kapitole je uveden přehled všech **indikací DDOT** (CHOPN, intersticiální plicní procesy, cystická fibróza, kyfoskolióza). **Technická stránka DDOT** je probrána v 9. kapitole. **Vlastní problematika DDOT a vývoj DDOT v ČR** od roku 1992 po současnost se týká kapitol 10.–15. V experimentální části jsou uvedeny výsledky již publikovaného výzkumu zaměřeného na vznik a význam sekundární polycytemie u nemocných, kteří dospěli do fáze středně těžké a těžké chronické respirační insuficience

a byla u nich zahájena léčba kyslíkem. Bylo zjištěno, že hladina sérového erytropoetinu nereaguje podle závislosti známých u zdravých lidí a tato odchylka se uplatňuje v potlačení sekundární polycytemie z hypoxemie, což lze považovat spíše za adaptační mechanismus než za selhání fyziologického regulačního mechanismu.

Pro lékaře indikující DDOT lze uvést následující údaje: **DDOT s využitím koncentrátorů** pracujících na principu molekulárního síta s obsahem O_2 v plynné směsi nad 90 % je používána od roku 1992 (koncentratory DeVilbiss). V současné době je **kritériem** platným pro indikaci DDOT specialistou obou TRN přítomnost chronické respirační insuficience (RI) u plicních onemocnění, která se nemění po komplexní léčbě. **Indikována** je zejména chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) a fibrotizující onemocnění plicního intersticia, cystická fibróza, kyfoskolióza. **Podmínkou** je hypoxemie v rozmezí 7,3–8 kPa a přítomnost některé z následujících komplikací: hyperkapnie, plicní hypertenze nebo cor pulmonale diagnostikované přímými nebo nepřímými metodami (katetrizace, EKG, RTG, echokardiografické vyšetření), otoky dolních končetin či přítomnost polyglobulie. Hypoxemie s hodnotou $PaO_2 < 7,3$ kPa je dostačujícím kritériem indikace DDOT bez dalších podmínek. U fibrotizujících onemocnění plicního intersticia je požadováno $PaO_2 < 8$ kPa po zátěži 50 W po dobu maximálně 5 minut. U nemocných, u kterých je nutný zvýšený průtok O_2 nad 3,5 l či u čekajících na WL, je **indikována léčba kapalným O_2** . Podmínkou **úhrady pronájmu koncentrátoru O_2 pojišťovnou** je kromě splnění indikačních kritérií a pozitivního kyslíkového testu dodržení podmínky nekuřáctví, schopnosti spoluprá-

ce a akceptování podmínky alespoň 15hodinové inhalace kyslíku denně, což průkazně ovlivňuje pokles plicní hypertenze.

Kyslíkový test se provádí po vyšetření krevních plynů z arteriální nebo arterializované krve (z ušního lalůčku). První měření **krevních plynů** bez inhalace kyslíku potvrzuje správnost a trvání indikace O_2 . Kyslík je podáván nosními brýlemi a jeho výchozí dávka respektuje i přítomnost, délku trvání a tíži hyperkapnie. Při parciální RI volíme iniciálně průtok 1 l/min, po 30 minutách kontrolujeme krevní plyny a zvažujeme průtok na 2 l/min. **K léčbě** je použit takový průtok kyslíku, který zajišťuje vzestup PaO_2 nejméně o 1 kPa, optimálně na 8 kPa a více. Při globální RI používáme počáteční průtok kyslíku 0,5 l/min. Kromě pozitivitu vzestupu kyslíku hodnotíme i nepřítomnost zvýšení hyperkapnie (narkóza CO_2), respektive maximální tolerované zvýšení je do 1 kPa.

Od roku 1966 je možno nemocné s chronickou RI léčit oxygenoterapií se systémem využívajícím **kapalný O_2** . Výhodou je možnost zvýšení průtoku O_2 na 6 l/min, není omezena mobilita nemocného a po zácvičku možnost samostatného doplňování přenosného zásobníku ze stacionárního zdroje.

Dle autora je v současné době je v ČR využíváno asi **1 700–1 800 koncentrátorů kyslíku** s tendencí k mírnému vzestupu, odhad potřeby kapalného kyslíku je u 10–15 % nemocných. Pro CHOPN je léčeno DDOT 93,4 % nemocných, pro fibrotizující plicní procesy 14,1 % a pro další diagnózy 14 % nemocných. Nejvíce koncentrátorů je přidělováno mezi 65.–75. rokem života. Převažující indikace DDOT byla u mužů, stejně ja-

ko jejich vyšší věk, ale naopak ženy statisticky významně déle přežívají (průměrná délka přežití 4,1 : 3,3 roku). V délce přežití od roku 1992 do roku 2000 došlo k zvýšení 3letého intervalu přežití z původních 3,8 % na 45 %, což se přibližuje celosvětovému průměru 56–60 %. Přežívání nemocných léčených kapalným kyslíkem systémem Heimox je v současné době 10 měsíců, což lze vysvětlit těžkým stavem pacientů, často zařazených na WL k plicní transplantaci.

Kyslíková terapie prodlouží délku života, zlepší kvalitu života a tělesnou i duševní výkonnost nemocných s chronickou RI. Vysokou predikční hodnotu pro nemocné má jejich věk, trvalý pokles FEV_1 a zhoršování hypoxemie. Ostatní faktory (hyperkapnie, plicní hypertenze a sekundární polycytemie) mají nižší predikční význam. Prognózu nemocných s chronickou RI zlepšilo zavedení DDOT společně s moderní protizánětlivou a bronchodilatační léčbou.

Dostáváme do rukou zajímavou publikaci, která podává vyčerpávajícím způsobem problematiku DDOT u nemocných s chronickou respirační insuficiencí. Cenné jsou aktuální informace a praktické údaje týkající se indikace a provádění DDOT, zajímavé jsou i experimentální výsledky. Kniha by neměla chybět v knihovně žádného pneumologa, ale i ostatních lékařů, kteří mohou přicházet do kontaktu s pacienty s chronickou RI – všeobecných internistů, kardiologů a praktických lékařů.

MUDr. Jiří Vlček
pneumologická ambulance
Kliniky funkční diagnostiky a rehabilitace
LF MU a FN u sv. Anny, Brno
e-mail: jiri.vlcek@fnusa.cz

Doručeno do redakce: 4. 1. 2005