

PÔVODNÁ PRÁCA

DORZÁLNA SYNOVEKTÓMIA ZÁPÄSTIA U PACIENTOV
S REUMATOIDNOU ARTRITÍDOU

E. PRAVDA

DORSAL SYNOVECTOMY OF WRIST IN PATIENTS WITH
RHEUMATOID ARTHRITISOrtopedicko-traumatologické oddelenie Nemocnice s poliklinikou, Piešťany
Primár: MUDr. L. Pravda

Súhrn

Pozadie problému: Dorzálna synovitída zápästia je pri reumatoidnej artritíde (RA) základným patologickoanatomickým procesom, ktorý vedie postupne k rozvoju typických deformít — syndróm caput ulnae, subluxácia, luxácia rádiokarpálneho kĺbu, deštrukcia zápästia a ruptúra šliach extenzorov.

Cieľ a východiská: Cieľom práce bolo overiť optimálne operačné postupy, ako aj pooperačnú starostlivosť na dostupnom počte pacientov a dosiahnuté výsledky porovnať s literatúrou.

Metódy: U operovaných pacientov sa použili všeobecne uznávané operačné postupy — tenosynovektómia, synovektómia, resekcia hlavičky ulny podľa Darracha, tenoplastika šliach.

Výsledky: Operovali sme 34 pacientov, u ktorých sme urobili 10 včasných synovektómií zápästia, 15 tenoplastík z ruptúrovaných šliach a 9 operácií syndrómu caput ulnae. Výsledky operácií sme hodnotili s odstupom 2 rokov. V skupine včasných synovektómií ustúpili bolesti, zvýšila sa sila úchopu o 37 % pri minimálnej strate rozsahu pohybov. Pri syndróme caput ulnae sa zlepšil rozsah pohybov, hlavne pronácia, supinácia o 18°, resp. 20° a ustúpili bolesti. Po tenoplastikách ruptúrovaných šliach sa dosiahlo obnovenie funkcie postihnutých prstov.

Záver: Výsledky operačných výkonov jednoznačne potvrdzujú opodstatnenosť chirurgickej liečby v rôznych štádiách RA. Chirurgický výkon prináša úľavu bolesti a zlepšenie funkcie. O dlhodobom preventívnom pôsobení synovektómie oproti rtg progresii deštruktívnych zmien sa diskutuje aj v literatúre bez jednoznačného záveru. Naše dvojročné sledovanie neopravňuje k tomuto problému zaujať stanovisko. Jednoznačne má však dlhodobý ochranný vplyv na šlachy extenzorov.

Kľúčové slová: synovitída zápästia, syndróm caput ulnae, ruptúry šliach, dorzálna synovektómia zápästia, resekcia hlavičky ulny.

Summary

Background: In rheumatoid arthritis (RA), dorsal synovitis of wrist is a basic pathological/anatomical problem, gradually leading to development of typical deformities — caput ulnae syndrom, subluxation, luxation of radio-carpal joint, destruction of wrist and extensor's tendons ruptures.

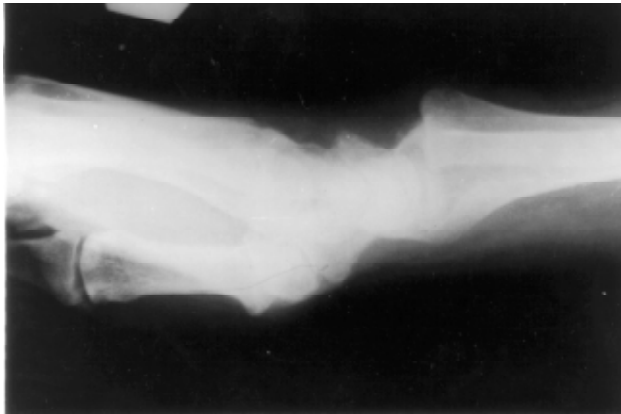
Objectives: The aim of this study was to verify optimal surgical procedures as well as post-surgical care in an available group of patients and compare the results with literature.

Methods: In the operated patients, generally recognized surgical procedures were applied — tenosynovectomy, synovectomy, resection of the ulna head according to Darrach and tenoplasty of tendons.

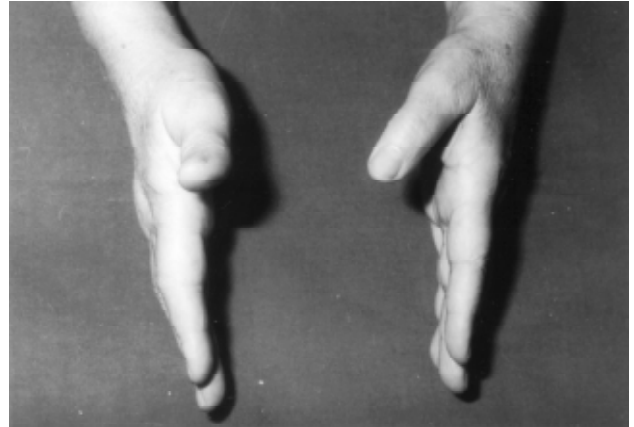
Results: Overall, 34 patients were operated. In 10 patients early synovectomy of wrist, in 15 patients tenoplasty from ruptured tendons, and in 9 patients caput ulnae syndrom surgery were performed. The results of operations were assessed after 2 years. In the early synovectomy group, the pain relief and grip strength increase with minimal movement range decrease was observed. In the caput ulnae syndrom group, the improvement of the range of movement, especially of pronation and supination (by 18 to 20 degrees) was found and the pain relief observed. In the ruptured tendons tenoplasty group, the functioning of the affected fingers was restored.

Conclusion: The results of surgical procedures explicitly confirm the substantiality of surgical treatment in different RA stages. Surgical procedures relieve pain and increase functioning. Long-term preventive effect of synovectomy against progression of radiologically verified destructive changes is being discussed in literature with no explicit conclusions. Our two year study does not qualify us to take a standpoint in this problem. However, we can say that synovectomy has a long-term protective influence to the extensor's tendons.

Key words: wrist synovitis, caput ulnae syndrome, tendon ruptures, dorsal synovectomy of wrist, resection of ulna head.



Obr. 1. Dorzálna subluxácia hlavičky ulny — syndróm caput ulnae.



Obr. 2. Ruptúra m. extensor pollicis longus — pozitívny tzv. autostopársky príznak vľavo.



Obr. 3. Stav po Darrachovej operácii — AP projekcia.



Obr. 4. Stav po Darrachovej operácii — bočná projekcia.

ÚVOD

Zápästie je kľúčovým kĺbom ruky a jeho stabilita a nebolestivosť je podmienkou normálnej funkcie ruky (14, 15, 18, 19).

Iniciálnym patologickým procesom pri reumatoidnej artritíde je synovitída. Dorzálna synovitída zápästia zahŕňa tenosynovitídu šliach extenzorov, synovitídu rádiokarpálneho, rádioulnárneho kĺbu a interkarpálnych kĺbov, pričom ich výraznosť môže byť v jednotlivých častiach zápästia rôzne intenzívne vyjadrená. Spočiatku sa prejavuje nebolestivým, mäkkým a ohraničeným opuchom na dorze zápästia a ruky. V pokročilých štádiách v dôsledku rozťahnutia kĺbových puzdier a ligamentóznej laxicity spôsobuje kĺbovú bolesť, instabilitu, subluxáciu, luxáciu až kĺbovú deštrukciu.

V ulnárnej časti zápästia synovitída spôsobuje deštrukciu disci triangulari, uvoľnenie ulnárnych kolaterálnych väzov, uvoľnenie a volárnu luxáciu šľachy m. extensoris carpi

ulnaris ako dôležitého stabilizátora zápästia, čo spôsobuje dorzálnu subluxáciu hlavičky ulny (obr. 1).

Klinický obraz opísal Bäckdahl (1963) pod názvom syndróm caput ulnae (1), ktorý zahŕňa:

1. bolesť, oslabenie a obmedzenie pohyblivosti zápästia,
2. dorzálnu prominenciu hlavičky ulny,
3. dorzálnu synovitídu a tenosynovitídu,
4. v niektorých prípadoch ruptúry šliach.

Dorzálna tenosynovitída môže vyústiť do ruptúry šliach. Clayton (2) zahŕňa faktory ohrozujúce šľachy na dorzálnej strane zápästia nasledovne:

1. mechanické poškodenie o kostné výčnelky,
2. priama invázia synóvie do väzivového tkaniva šľachy,
3. kompresia šľachy pod retinaculum extenzorum,
4. aseptická nekróza šľachy vznikajúca konstrikciovú ciev v peritendineu spôsobenou hypertrofickou synovialitídou.

Okrem týchto faktorov sa uplatňuje aj aktivita enzýmová, lyzozomálna, ktorá je súčasťou reumatického zápalu (katepsíny, proteázy, kolagenáza). Klinicky sa ruptúra šla-

chy prejavuje náhle vzniknutou neschopnosťou extenzovať prst, čo sa na palci opisuje ako „autostopársky príznak“ (13) (obr. 2). Termín dorzálna synovektómia zápastia použili ako prví Kessler a Vainio (9). Tento výkon zahrňuje tenosynovektómiu extenzorov, kĺbovú synovektómiu a resekciu hlavy ulny (3, 9, 11, 12, 13). Synovektómia redukuje množstvo kĺbovej tekutiny, odstraňuje proliferatívnu synóviu, čím znižuje intraartikulárny tlak, ktorý spôsobuje bolesť.

V posledných 5—10 rokoch význam operačnej synovektómie sa znižuje na úkor synoviortézy a artroskopickej synovektómie. V niektorých anatomických lokalitách a v situáciách, keď je potrebný aj doplnujúci rekonštrukčný výkon, čo pre zápastia platí v úplnej miere, je však operačná synovektómia stále prioritná.

Termínom včasná synovektómia označujeme výkon urobený vo včasných štádiách reumatoidnej artritídy ešte pred objavením sa rtg príznakov kĺbovej deštrukcie, keď progreduje zápalový proces a adekvátna konzervatívna liečba je bez efektu (3, 8, 11, 12, 13, 21). Tento výkon je efektívny aj v relatívne neskorých štádiách ochorenia — II. a III. rtg štádium podľa Larsena, keď hovoríme o neskej synovektómii.

SÚBOR CHORÝCH A METÓDY

V rozmedzí rokov 1991—1994 bolo operovaných 34 pacientov. Prehľad indikácií a operačných výkonov je v tabuľke 1.

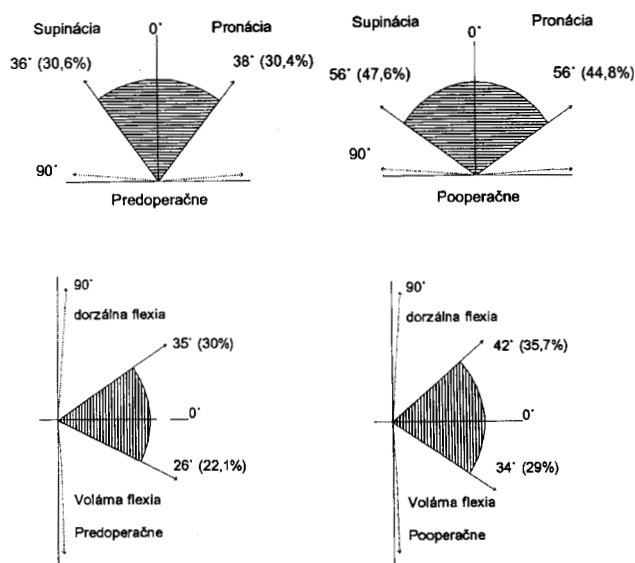
Použili sme operačnú techniku, ktorá sa uvádza v reumochirurgickej literatúre (3, 4, 6, 11, 13, 16, 22). Longitudinálne orientovaná incízia sa začína v strede ruky a vedie sa proximálne stredom medzi distálnym koncom rádia a ulny. Retinaculum extensorum sa odklopí radiálnym smerom. Tenosynovektómia sa robí na tupo — odlupovaním synóvie zo šliach. Kĺbové puzdro sa inciduje longitudinálne, radiálne a ulnárne, čím sa odkryje rádiokarpálny kĺb a interkarpálne kĺby. Po odstránení synóvie sa retinaculum pozdĺžne resekuje na distálne 2/3 a proximálnu 1/3. Širšia časť sa podvlečie pod extenzory a reinsertuje na ulnárnej strane. Tým sa zabezpečuje hladký povrch pre extenzory. Užšia časť sa preloží vrchom, čo zlepšuje mechanickú zdatnosť extenzorov. V prípade synovitídy distálneho rádioulnárneho kĺbu transverzálne ligamentum extensorum sa longitudinálne inciduje nad 6. dorzálnym kompartmentom, čím sa odkryje m. extensor carpi ulnaris a distálny rádioulnárny kĺb. Cez pozdĺžnu incíziu kĺbovou kapsulou sa urobí synovektómia a v indikovaných prípadoch resekcia hlavičky ulny (Darrachova operácia). Resekciu robíme priečne vibračnou pilou v dĺžke 1,5 cm (obr. 3, 4), pričom dôležité cievne a nervové štruktúry chránime elevátormi. Spôsob tenoplastiky ruptúrovaných šliach je v tabuľke 2. Operáciu sme indikovali čo najskôr po určení diagnózy. V prípade ruptúry jednej šľachy sme urobili jednoduchú anastomózu stranou k susednej intaktnej šľache. V prípade dvojitej ruptúry

Tab. 1. Prehľad indikácií a operačných výkonov.

Diagnóza	Výkon	DX	SIN	Spolu	Priemerný vek
tenosynovitis, synovitis carpi	včasná tenosynovektómia	6	4	10	47,3 (27-69)
ruptúra tendinis m.ext.dig.	I. tenoplastika	4	3	7	51 (27-70)
	IV. tenoplastika	4	—	4	
	V. tenoplastika	4	—	4	
syndróm caput ulnae	synovektómia + resekcia hlavičky ulny (Darrach)	6	3	9	46,2 (22-75)

Tab. 2. Spôsob tenoplastiky ruptúrovaných šliach.

Ruptúra šľachy	Tenoplastika šľachou
m. extensor pollicis longus (7x)	1x — m. extensor pollicis brevis
m. extensor dig.IV (4x)	6x — m. extensor indicis proprius
m. extensor dig.V (4x)	sutúra k šľache m. extensoris dig. III m. extensor indicis proprius



Obr. 5. Grafické znázornenie rozsahu pohybov pred operáciou a pooperačne pri syndróme caput ulnae.

4. a 5. prsta sme robili transfer m. extensoris indicis proprii k extenzoru 5. prsta a šľachu 4. prsta sme prišili k intaktnému extenzoru 3. prsta. Pri ruptúre šľachy m. extensoris pollicis longi sme raz použili šľachu m. extensoris pollicis brevis a 6-krát m. extensoris indicis proprii.

Pooperačne je operovaná končatina uložená vo zvýšenej polohe. Drény odstraňujeme na 2. pooperačný deň. Pri včasnej synovektómii začíname s rehabilitáciou po ústupe operačnej

Tab. 3. Sledované parametre pred včasnou synovektómiou zápästia a 2 roky po nej.

Pac. č.	Predoperačne				Pooperačne			
	bolesť	sila úchopu mmHg	ext.	flex.	bolesť	sila úchopu mmHg	ext.	flex.
1	0	90	-30°	40°	0	+40	-10°	-10°
2	+	100	-40°	40°	0	+30	-10°	0
3	+	110	-40°	50°	0	+40	-10°	-10°
4	+	100	-30°	40°	0	+30	-10°	-10°
5	+	90	-30°	40°	0	+40	-10°	-10°
6	0	100	-40°	40°	0	+30	0	0
7	+	90	-30°	50°	0	+40	-10°	-20°
8	+	100	-30°	50°	+	+30	-20°	-20°
9	+	90	-40°	60°	0	+50	-10°	-10°
10	+	100	-30°	40°	0	+30	-10°	-20°
Priemer		97	-34°	45°		+36	-10°	-11°

bolesti (2.—3. deň). Pri kombinácii synovektómie a resekcie hlavičky ulny s cvičením zápästia začíname po vybratí stehov (10.—14. deň). Po tenoplastikách šliach operovaná ruka je imobilizovaná 3 týždne a potom nasleduje rehabilitácia.

VÝSLEDKY

U pacientov sme predoperačne a 2 roky po operácii sledovali nasledujúce parametre: bolesť, sila úchopu a rozsah pohybov.

Výsledky včasnej synovektómie zápästia sú v tabuľke 3. Trvalú bolesť postihnutého zápästia predoperačne malo 8 pacientov, pooperačne 1, po väčšej námahe. Priemerný zisk sily úchopu bol +36 mmHg, čo je 37 %. Rozsah pohybov pooperačne bol znížený, extenzia -10°, flexia -11°. Na obrázku 5 sa v grafickom znázornení ukazujú rozsah pohybov pred operáciou a pooperačne pri syndróme caput ulnae. Pri dorzálnnej flexii sa dosiahlo zlepšenie +7°=5,7 %, pri volárnej flexii +8°=7 %. Výraznejšie zlepšenie sa dosiahli pri pronácii +18°=14,4 % a pri supinácii +20°=17 %. Operácia odstránila bolesť. V dvojročnom časovom odstupe nedošlo k ulnárnemu posunu zápästia.

Po operáciách ruptúrovaných šliach sa obnovila funkcia príslušného prsta tak, že pacienti boli spokojní. Objektívne bola obmedzená extenzia v kĺboch MCP priemerne o 10, najviac na palci pri použití tenoplastiky pomocou m. extensoris pollicis brevis -20°.

DISKUSIA

Synovitída zápästia býva často prvým príznakom reumatoidnej artritídy. Swanson (22) uvádza, že sa vyskytuje u 60%

reumatikov a extenzory sú postihnuté u 30 %. Z tohto hľadiska vystupuje do popredia význam včasnej synovektómie, ktorá odstraňuje substrát choroby a môže ochrániť šlachy a kĺb pred trvalým poškodením (3, 4, 10, 11, 13, 16, 22, 24), aj keď v literatúre nachádzame aj opačný názor (8). Malé obmedzenie pohyblivosti v zápästí, s ktorým sme sa stretli aj u našich pacientov sa všeobecne nepovažuje za podstatné (3, 4, 11, 13). Synovektómia jednoznačne minimalizuje možnosť ruptúry šliach odstránením ischemizujúcich faktorov a možnosti invázie granulačného tkaniva do šliach, ako aj tým, že umožní hladký kĺzavý pohyb extenzorov.

Diskutovaným problémom je dĺžka resekcie distálnej ulny. Stretávame sa s odporúčením od 1 do 4 cm (7, 19). Resekciu 1,5 cm považujeme za dostatočnú a bezpečnú z hľadiska možného výskytu sublúxácie distálneho konca ulny vo vzťahu k musculus pronator quadratus. Smith (20) uvádza, že pri resekcii ulny proximálne od m. pronator quadratus môže distálny koniec ulny sublúxovať, čo si vyžaduje dodatočný operačný výkon. V posledných rokoch sa ako alternatíva resekcie hlavičky ulny uvádza operácia Sauevé-Kapandji (15, 19), ktorá zahŕňa resekciu krčka ulny a distálnu rádioulnárnu dēju. S týmto typom operácie nemáme vlastné skúsenosti. Jej výhodou by malo byť zabránenie ulnárneho posunu zápästia.

Primárna sutúra ruptúrovaných šliach je zriedkavo možná jednak z hľadiska lokálneho nálezu na šlache a jednak preto, že pacienti sa dostávajú na operáciu neskoro. V našom súbore je pacientka s dvojročnou anamnézou. Riešenie transpozíciou šlachy je výhodnejšie ako použitie šlachového implantátu (3) a prináša prakticky normálnu funkciu.

LITERATÚRA

- Bäckdahl, M.:** The caput ulnae syndrome in rheumatoid arthritis. *Acta Rheum Scand*, 1963, Suppl. 5, s. 75.
- Clayton, M.L.:** Surgical treatment of the wrist in rheumatoid arthritis. *J Bone Jt Surg*, 47-A, 1965, s. 741—746.
- Flatt, A.E.:** The care of rheumatic hand. Saint Louis, The C.V. Mosby Company 1974, 296 s.
- Gschwend, N.:** Die operative Behandlung der chronischen Polyarthritiden. Stuttgart, Georg Thieme Verlag 1968, 219 s.
- Gschwend, N.:** Moderne Rheumochirurgie: Chancen, Gefahren, Ergebnisse. *Acta Chir Orthop Traum Čech*, 62, 1995, s. 5—19.
- Horbeck, M., Dinges, H., Thabe, H.:** Midterm results after wrist and tenosynovectomy. S. 87—89. In: Simmen, B.R., Hagena, F.W. (Eds.): The wrist in the rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Basel, Karger)*, 17, 1992.
- Jackson, T.T., Milward, T.M., Lee, P., Webb, J.:** Ulnar head resection in rheumatoid arthritis. *Hand*, 6, 1974, s. 172—180.
- Jensen, C.M.:** Synovectomy with resection of the distal ulna in rheumatoid arthritis of the wrist. *Acta Orthop Scand*, 54, 1983, s. 754—759.
- Kessler, J., Vainio, K.:** Posterior (dorsal) synovectomy for rheumatoid involvement of the hand and wrist. *J Bone Jt Surg*, 48-A, 1966, s. 1055—1094.

- 10. Makai, F.:** Súčasná možnosť a perspektívy reumootopédie. Acta Chir Orthop Čech, 60, 193, s. 4—10.
- 11. Mannerfelt, L.:** Surgical treatment of the rheumatoid wrist and aspects of the natural course when untreated. Clin Rheum Dis, 10, 1989, č. 3, s. 549—570.
- 12. Mannerfelt, L.:** Timing in surgery of the rheumatoid hand. Rheumatology (Basel, Karger), 11, 1987, s. 1—2.
- 13. Millender, L.H., Nalebuff, E.A.:** Preventive surgery — tenosynovectomy and synovectomy. Orthop Clin North Amer, 16, 1975, č. 3, s. 765—792.
- 14. Pahle, J., Raunio, P.:** The influence of wrist position on finger deviation in the rheumatoid hand. J Bone J Surg, 51-B, 1969, s. 664—676.
- 15. Pech, J.:** Endoprotetika zápěstí se vztahem k revmatochirurgii. Praha, Schola nova Comenium 1996, 110 s.
- 16. Pech, J., Popelka, S.:** Reparace extenzorového aparátu zápěstí a ruky u revmatiků. Acta Chir Orthop Traum Čech, 61, 1994, s. 344—350.
- 17. Popeka, S., Rybka, A. a spol.:** Revmatochirurgie. Praha, Avicenum 1989, 252 s.
- 18. Read, G.O., Solomon, L., Biddulph, S.:** Relationship between finger and wrist deformities in rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis, 42, 1983, s. 619—625.
- 19. Simmen, B.R., Huber, H.:** The rheumatoid wrist: A new classification related to the type of the natural course and its consequences for surgical therapy. S. 13—25. In: Simmen, B.R., Hagen, F.W. (Eds.): The wrist in the rheumatoid arthritis. Rheumatology (Basel, Karger), 17, 1992.
- 20. Smith, H.:** Malunited fractures. S. 714—760. In: Campbells operative orthopaedics. Saint Louis, The C.V. Mosby Company 1980.
- 21. Souter, W.A.:** Present attitudes on timing of surgical interventions in the treatment of rheumatoid adiseases. Ann Chir Gynaec, 74, 1985, Suppl. 198, s. 18—25.
- 22. Swanson, A.B.:** Flexible implant resection arthroplasty in the hand and extremities. S. 352. In: Saint Louis, The C.V. Mosby Company 1973.
- 23. Teigland, J.:** Late synovectomy of the rheumatoid wrist. S. 52—58. In: Simmen, B.R., Hagen, F.W. (Eds.): The wrist in the rheumatoid arthritis. Rheumatology (Basel, Karger), 17, 1992.
- 24. Vahvanen, V., Päätiläi, H.:** Synovectomy of the wrist in rheumatoid arthritis and related diseases. Arch Orthop Traum Surg, 102, 1984, s. 230—237.

Do redakcie došlo 13.2.1997.

Adresa autora: MUDr. L. Pravda, Hodžova 7, 921 01 Piešťany, Slovensko.

INFORMÁCIA

VĚDECKO-POPULARIZAČNÍ ČINNOST VÚRCH PIEŠŤANY

Každý vědní obor si zaslouží a potřebuje mimo jiné i popularizaci. Je to především v zájmu informovanosti nejširší veřejnosti. Tím více se to týká lékařských oborů. Pacient je totiž spolupracovníkem lékaře, nejen objektem jeho odborného zájmu a profesní činnosti. Dvojnásob to platí o revmatologii. Týká se to nejen nemocných, ale z preventivního hlediska a z aspektu všeobecného rozhledu a vzdělanosti i zdravých.

Ve VÚRCH v Piešťanech patří popularizační činnost k nedílným součástím jeho ostatních aktivit. Popularizační publikace piešťanských autorů jsou velmi oblíbené a vždy dychtivě očekávané. Je to podmíněno systematickou prací v této oblasti. Při této příležitosti nelze pominout jedinečnost a dosud nedocenený význam Bulletinu Ligy proti reumatismu na Slovensku.

Nejen pro potřeby Ústavu zdravotnej výchovy pořídil VÚRCH celou řadu letáků, prospektů a zejména monote-matických knížek. Z žatvy loňského roku bych podtrhl Boš-manského *Osteoartróza, jej prevencia a liečba* a *Osteopo-róza, prevencia a liečba* (Bošmanský, Masaryk, Rovenský). V kontextu s tím lze připomenout už z dřívějšíka i Urbán-kovu *Poznáte reumatické choroby?*

Všechny tyto publikace jsou napsány poutavě, srozumitelně a krásnou slovenštinou. Vynikající je obrazová doku-mentace, instruktážní obrázky (např. soubor cviků), tabul-ky i grafy.

Je co říci, když publikace jsou distribuovány zdarma. Proto je o ně zájem nejen na Slovensku.

M. VYKYDAL

RECENZIA

ŽIVOT S ARTRÓZOU

J. JAVŮREK

Praha, Grada Publishing 1996, 144 strán, cena 98 Kč.

Knihy na aktuální téma. Je uvedena dedikací „*Památce svých rodičů, kteří měli artrózy, připisuje vděčný syn (který má artrózy také)*“. Předznamenává tak vtipný tón, ve kterém je knížka komponována. O vážném tématu lze psát i nevázně a zábavně.

Artróza, jakož i všechny degenerativní procesy, se stávají v moderním civilizovaném světě jakousi epidemií. Artrózou trpí asi 20 % veškeré populace ve věku 50–60 let. Někdy se projevuje mnohem dříve, třeba už kolem třicítky. Čím dříve, tím horší má prognózu. Je to totiž onemocnění chronické a priori. Artróza však není osud, neplatí, že se nedá nic dělat. Především je třeba se o problém zajímat. Dobře informovaný nemocný spolupracuje s lékařem podstatně lépe než pacient nepoučený, resp. nepoučitelný. Boj s artrózou znamená především úpravu životosprávy a životního stylu.

Knížka je rozdělena do 16 statí: *Pár vět na úvod, Stavba a funkce kloubu, Co je artróza, Jak odhalí artrózu lékař, Artróza nebo osteoartróza, Je artróza revmatické onemocnění, Artróza není jako artróza, Jak a kdy se artróza probouzí, A dá se artróza léčit, Léčení aktivované zánětlivé artrózy, Léčení osteoartrózy jednotlivých kloubů, Osteoartróza a pohyb i sport, Jak pečovat o své klouby, A nakonec trochu historie.*

Knížka je bohatě vyšperkována ilustracemi, fotografiemi, nechybí ani rtg dokumentace (celkem 25 obrazů). V samostatné kapitole je názorně ilustrováno 47 cviků, které lze provádět doma. Netřeba ztrácet čas v ne právě levných fitness centrech. Cvičení má naučit klouby a svaly, aby poslouchaly nás, nikoli naopak. Je chvályhodné, že autor ctí dobré tradice, vždyť všichni stavíme na základech, které vybudovali naši předchůdci. Kniha je v tiráži prezentována jako výuková pomůcka pro studující středních zdravotnických škol. Já ji chápu navíc jako čtení pro zdravé a nemocné, kteří se zajímají o problém pohybového ústrojí. Poslouží však i lékařům v jejich popularizační a zdravotně osvětové činnosti. Kniha je psána lehce, aniž banalizuje.

Je dobře, že titulů s revmatologickou tematikou přibývá. Pojednávají totiž o problému patřícímu nejen do medicínské sféry, ale ve svých důsledcích i do oblasti ekonomické a sociální. V situaci, kdy se stále hlasitěji hovoří o podstatně větší finanční účasti nemocných na vlastní léčbě, může poučení znamenat i ekonomizaci rodinného rozpočtu.

M. VYKYDAL