



III. košumberský den SBORNÍK PŘEDNÁŠEK



HAMZŮV ROK 2018

150. VÝROČÍ NAROZENÍ
prof. Dr. FRANTIŠKA HAMZY



Hamzova léčebna
Luže-Košumberk
VÁŠ REHABILITAČNÍ ÚSTAV



AESCULAP
ACADEMY



III. košumberský den SBORNÍK PŘEDNÁŠEK

Respirační fyzioterapie Varia

24. dubna 2018 | Luže-Košumberk

Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé

Hlavní záštitu nad konferencí převzalo MZ ČR,
Pardubický kraj a ZP MV ČR.



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



**PARDUBICKÝ
KRAJ**



**ZDRAVOTNÍ
POJIŠŤOVNA
MINISTERSTVA
VNITRA ČR**



**Hamzova léčebna
Luže-Košumberk**
VÁŠ REHABILITAČNÍ ÚSTAV



HAMZŮV ROK 2018

150. VÝROČÍ NAROZENÍ
prof. Dr. FRANTIŠKA HAMZY

Záštita

MZ ČR

Společnost rehabilitační a fyzikální medicíny ČLS JEP

Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP

ČLK Chrudim

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Hejtman Pardubického kraje

Ředitel Nemocnice Pardubického Kraje, a.s.

Ředitel ZP MV ČR

Starosta města Luže

Odborní garanti

Prof. PaedDr. Pavel Kolář, Ph.D.

Prof. MUDr. Jaroslav Opavský

Prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., Dr. hc.

Doc. PaedDr. Libuše Smolíková, Ph.D.

MUDr. Alena Klapalová

MUDr. Václav Volejník, CSc., Hamzova léčebna, Luže-Košumberk

Organizační tým Hamzovy léčebny

MUDr. Václav Volejník, CSc.

MUDr. Alena Klapalová

Ludmila Vopařilová

Aesculap Akademie

Záštitá konference



Partneři konference



NAŠE ŘEŠENÍ INSPIRUJÍ



**Hamzova léčebna
Luže-Košumberk**
VÁŠ REHABILITAČNÍ ÚSTAV



HAMZŮV ROK 2018
150. VÝROČÍ NAROZENÍ
prof. Dr. FRANTIŠKA HAMZY

PROGRAM

08:15 *Registrace účastníků*

09:00 *Zahájení, přivítání účastníků, organizační sdělení*

09:05 *Úvodní slovo ředitele léčebny MUDr. Václava Volejníka, CSc.*

Vystoupení hostů

Odborný program

I. blok

09:15 **150 let od narození prof. Hamzy,**

MUDr. Václav Volejník, CSc., Hamzova léčebna, Luže-Košumberk

09:30 **Současnost Hamzovy léčebny**

MUDr. Alena Klapalová, Hamzova léčebna, Luže-Košumberk

09:45 **Rehabilitace hrou - použití moderních technologií
pro zvýšení motivace a efektivity cvičení**

Ing. Pavel Čáp, Hamzova léčebna, Luže-Košumberk

10:05 **Respirační fyzioterapie na prahu 21. století**

Doc. PaedDr. Libuše Smolíková, Ph.D., Klinika
rehabilitace a tělovýchovného lékařství, FN Motol,
Univerzita Karlova Praha, mezinárodní lektor ACT/RFT

10:25 **Dýchání a autonomní nervový systém u vybraných
diagnóz v rehabilitaci**

Prof. MUDr. Jaroslav Opavský, CSc., Katedra
fyzioterapie, Fakulta tělesné kultury UP v Olomouci
Diskuze

11:10 *Coffee break, občerstvení, workshop - pavilón A*

II. blok

- 12:00 **Posturálně-respirační funkce trupu u pacientů po CMP**
Mgr. Kateřina Macháčková, Ph.D., Rehabilitační ústav Hrabyně
- 12:20 **Kasuistika dechových obtíží u dospělého pacienta (Neobvyklý průběh infekce dýchacích cest)**
Doc. PaedDr. MUDr. Jan Kálal, CSc., Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství, FN Motol, Univerzita Karlova Praha
- 12:30 **Přefuková píšťala –koncovka v propojené rehabilitaci respirace, fonace a artikulace**
MUDr. Kučera Martin (1), Mgr. Kateřina Fritzlová (2) Institut pro léčbu a výzkum poruch komunikace Hradec Králové (1), (2), ORL –centrum léčby hlasových poruch Rychnov n. Kněžnou(1), Ambulance klinické logopedie Žamberk (2)
- 12:50 **Možnosti využití dvou různých přístupů k ovlivnění respiračních funkcí**
Ing. Tomáš Svoboda, fyzioterapeut, BTL zdravotnická technika a.s.
Diskuze
- 13:20 Oběd - jídelna Hamzovy léčebny

III. blok

- 14:20 **Tuberkulóza – hrozba včerejška, hrozba zítřka?**
Doc. MUDr. František Salajka, CSc., přednosta plicní kliniky LF v Hradci Králové
- 14:40 **Pozdní neurologické a ortopedické nežádoucí projevy onkologické léčby u dětského pacienta** MUDr. Vasil Janko, Státní léčebné lázně Janské Lázně, s.p.
- 14:55 **Snoezelen - multisenzorické prostředí**
Mgr. Renata Filatová, speciální pedagog, prezidentka ISNA-MSE v České a Slovenské republice
Diskuze
- 15:30 Zakončení
- 15:40 Prohlídka nově zrekonstruovaného pavilonu E, včetně Snoezelenu v pavilónu E



WORKSHOP

11:00 Laser dynamická terapie - vysokovýkonné lasery v teorii a praxi
MUDr. Miroslav Procházka, Bc. Ondřej Pražák, DiS.

PŘIHLÁŠENÍ NA WORKSHOP

soukupova@hamzova-lecebna.cz nebo v případě volné kapacity při registraci na místě,
účast je bez poplatku, max. 20 míst.

Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16.

Akce má charakter postgraduálního vzdělávání a je garantována ve spolupráci s ČLK Chrudim (ohodnocena kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání.

Pro nelékařské obory je akce zařazena POUZP jako akreditovaná.



150 let od narození prof. Hamzy
MUDr. Václav Volejník, CSc.,
Hamzova léčebna, Luže- Košumberk

Profesor MUDr. František Hamza



lékař – sociolog – politik – spisovatel

Prof. dr. František Hamza se narodil dne 7. března roku 1868 v Kletečné u Humpolce. Po ukončení studia na gymnáziu absolvoval lékařskou fakultu Karlo-Ferdinandovy univerzity v Praze. Již v době studií se zabýval problematikou dětské tuberkulózy a zkoumal otázky a způsoby jejího léčení, zapojil se do hnutí pokrokové mládeže, byl činný jako předseda Spolku českých mediků. Po ukončení studia nastoupil jako obvodní lékař v Luži.



Místo zvolil zcela záměrně, protože klimaticky odpovídalo realizaci jeho plánu - zřízení dětské protituberkulózní léčebny. Při práci praktického lékaře poznal postavení lidu a situaci dětí. Nedostatečnou výživu, ošacení, špatné životní prostředí, vysoké procento nemocí. Přemýšlel o vybudování léčebného ústavu pro děti. Seznámil se s podobnými ústavu v zahraničí a své poznatky aplikoval v českých podmínkách.

Ve skromných podmínkách založil v roce 1901 vlastní léčebný ústav pro tuberkulózní a skrofulózní děti ve vile pod poutním kostelem na Chlumku.

V průběhu prvního roku (1901) se zde léčilo 11 dětí.

Nemocných dětí přibývalo a léčebna se postupně rozšířila do nově dostavěných budov v okolí. V lužských klimatických a přírodních podmínkách byly výsledky léčby velmi příznivé. Ústav stísněný v dosavadních prostorách nestačil počtu pacientů, a proto dr. Hamza koupil další pozemky pro výstavbu nového moderního léčebného komplexu pod zříceninou hradu Košumberk.

Nad ústavu své doby vynikalo sanatorium komplexností přístupu v péči o děti, byla v něm zajištěna sociální rovnost všech dětí i přesto, že pro společnost této doby byly charakteristické výrazné sociální rozdíly. Všechny děti bez rozdílu majetku a postavení rodičů nosily stejný oděv - tmavé plátěné šaty bez rukávů, tzv. „empíry“. Představa se vymykala finančním

možnostem, proto **v roce 1909 prodal ústav Zemské správě**. Prodej se uskutečnil v roce jubilejních narozenin císaře Františka Josefa I. a léčebna byla nazvána „**Královský český zemský jubilejní ústav pro děti skrofulózní v Luži**“.

Svá poznání, vycházející z praktických zkušeností a studií, zobecnil a publikoval řadu vědeckých prací. Vedl zdravotnické kurzy, psal odborné lékařské knihy. Ideově blízký kolega ze Spolku mediků Ivan Honl podpořil systémovým přístupem to, co Hamza již realizoval v praxi a v roce 1899 založil Spolek pro zřizování a vydržování léčeben pro nemoci plicní, pro tuberkulózní pacienty v království českém, markrabství moravském a vévodství Slezském – zkráceně v zemích koruny české. Spolek sdružoval



lékaře, kteří se tuberkulóze věnovali odborně i v praktické léčbě.

V říjnu 1918 povolal Hamzu jeho přítel ze studií MUDr. Vavro Šrobár do Prahy (jako první ministr zdravotnictví nové republiky), do funkce **sekčního šéfa odboru sociálních věcí**. Hamza od počátku své lékařské a organizačně osvětové práce v působnosti na ministerstvu zdůrazňoval léčbu a stejně tak i prevenci. I MUDr. Hamza se na vzniku dalších dětských protituberkulózních léčeben spolupodílel. Založena byla léčebna

v Žamberku (1905), Bukově (1908), Cvikově (1910), Pasece (1915), Jevíčku (1915), Pleši (1916), Žárech (1917), Dolním Smokovci (1920), Květnici (1921), Šumperku (1922), Prosečnici (1922), Tatranské kotlině (1926), Jablunkově (1928), Babicích (1939), Janově (1920), Vyšných Hágoch (1941), Daňkovicích (1939).



Prvního října 1922 nastoupil na žádost E. Babáka do Brněnské lékařské fakulty, která tím rokem zahajovala už čtvrtý studijní rok, ale kde bylo potřeba **zahájit školení v sociálním lékařství,** které považoval Babák za „nejvýše potřebné k dovršení vzdělání moderního lékaře“. V roce 1922 zahájil provoz Studentský zdravotní ústav. Zřízení ústavu také podpořilo Ministerstvo zdravotnictví a Rada města Brna. Hamza i profesoři Babák a Novák (z české techniky) zareagovali velmi pružně na potřeby studentů brněnských vysokých škol. Ústavem navázali na dřívější činnost brněnské pobočky pražské Válečné akce pro české vysokoškolské studenty. Hamzovo angažmá pro zdraví studentů v něm bylo nepřehlédnutelné. 25. ledna 1923 se Hamza zřekl funkce inspektora ústavu v Luži a ve Cvikově

11. listopadu 1929 přednášel naposled. Ještě **1. 1. 1930 byl v Brně jmenován prvním řádným profesorem sociálního lékařství.**
Zemřel dne 4. června 1930 v Brně.



Prof. Hamzovi patří také jistý podíl na budování dnešního Masarykova onkologického ústavu, který byl v Brně slavnostně uveden do provozu 13. ledna 1935, tehdy jako první protirakovinný ústav toho druhu v Československé republice. Ústav byl výsledkem sedmileté práce Spolku „Dům útěchy“, založeného v roce 1928 z iniciativy Lucie Bakešové (1853-1935) s podporou jejího syna, tehdy i ve světě známého chirurga doc. Jaroslava Bakeše (1871-1930). **Stal se spoluzakladatelem Masarykovy ligy proti tuberkulóze, jejímž úkolem bylo zřizování lidových ústavů sociálně-zdravotní péče. Zasadil se o vytvoření instituce školních lékařů a studentských zdravotních ústavů.**

Byl navíc i uznávaný spisovatel. Nejznámějšími díly jsou Črty ze Zálesí“ a romány - „Šimon kouzelník“(1. vydání 1920) a „Želivská romance“(1926).

Současnost Hamzovy léčebny MUDr. Alena Klapalová, Hamzova léčebna, Luže- Košumberk

Motto : „Posadit, postavit, udělat krok“ symbolizuje snahu všech zdravotnických pracovníků HL o maximální možnou mobilizaci funkčních schopností pacienta tak, aby byl možný jeho návrat do domácího prostředí.

Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé v současné době zajišťuje lůžkovou i ambulantní následnou léčebně rehabilitační péči pro děti, dorost do 18 let a pro dospělé z celé ČR, léčbu na specializované **Spinální rehabilitační jednotce pro dětské i dospělé pacienty po míšním**



poškození, rehabilitační ošetřovatelství jako svůj nový program v rámci dlouhodobé léčebné péče. Tato léčba je poskytována v 10 léčebných pavilónech, kdy 2 pavilóny jsou vyčleněny pro léčbu dětí, včetně možnosti pobytu průvodce dětského pacienta. Je možná i léčebně rehabilitační péče o indikovaného dialyzovaného pacienta, kdy probíhá dialýza v Hamzově dialyzačním centru. Nová etapa Hamzovy léčebny se odvíjí od roku 1986, tedy začíná s nástupem současného ředitele léčebny MUDr. Václava Volejníka CSc., kdy začíná postupná rekonstrukce budov, které jsou z velké části v neutěšeném stavu.



Velkou změnou je rok 1989, následně rok 1992, kdy od 1. 1. 1993 po rozdělení Československa již se v léčebně neléčí děti ze Slovenska. Tedy dochází ke změně složení léčených pacientů. V roce 1993 je otevřena spinální rehabilitační jednotka se 12 lůžky. V léčebně je v roce 1994 otevřen pavilón K pro léčebně rehabilitační péči dospělých pacientů s poruchami pohybového aparátu, nejdříve s vertebrogenními obtížemi, artrózami nosných kloubů. Od této doby pavilóny postupně ztrácí tvář „bílé nemocnice“.



Pokračuje dále léčba dětských pacientů, ale na menším počtu lůžek, ale se stejným spektrem diagnóz (DMO, vady páteře, Mb. Perthes a další).

Do léčebného programu je od roku 1988 zařazována i hipoterapie. Pokračují další rekonstrukce, ale dochází dále ke změně ve struktuře diagnóz u dospělých pacientů. Je stále přijímáno více dospělých pacientů po operacích na pohybovém aparátu, jak ortopedických, tak neurologických. Dochází k rozšíření lůžek na spinální rehabilitační jednotce, léčebna se věnuje léčbě pacientů po cévních mozkových příhodách a kraniotraumatech.



Motto: Namotivovat, rozjít, rozchodit

Dalším mezníkem je rok 2012, kdy léčebna jako jedna z prvních zavádí léčbu na ošetřovatelských lůžkách s rozšířeným aktivizačním programem, kdy tým na tomto oddělení doplňuje fyzioterapeut, ergoterapeut, klinický logoped.



Nelze opomenout dlouholetou tradici ortopedické protetiky (již od dob Hamzových), v současnosti nově postavená budova v roce 1981 s rekonstrukcí v roce 2014. I zde dochází ke změnám a mění se spektrum individuálně vyráběných protetických pomůcek pro pacienty s využitím nových moderních materiálů a postupů. Současně léčebna pořizuje nové přístroje, zavádí nové metody v léčbě. Důležitý je grant v roce 2002, ale zejména v roce 2011 a 2016,

kdy dochází k rozšíření o přístroje, které využívají robotiky.



Důležitý je program inovace, kdy do léčebného programu zahrnujeme inovativní prvky a postupy odpovídající 21. století.

V HL byla vyvinuta metoda nazvaná KODYVERT (Košumberská dynamická vertikalizace), která pomáhá při léčbě dětských pacientů s poruchou vzpřimovacích a opěrných funkcí trupu a končetin a k časnému řízenému postavování dosud ležících dětí.



Motto : „Nejen škola hrou, ale i rehabilitace hrou“



Dále jsou zaváděny další postupy v terapii s využitím robotické terapie, nejdříve ve spolupráci se Střední průmyslovou školou elektrotechnickou v Pardubicích, kdy byla zavedena terapie pomocí zařízení KINECT, robotického vláčku,



světelné lišty. Nyní dále jsou zařazovány ve spolupráci s ing. Čápem další pomůcky, nejen s virtuální realitou, které rozšiřují možnosti robotické terapie pacientů i formou hry.



Je nutné se i zmínit o využití Hamzova parku a arboreta k rehabilitaci, relaxaci a odpočinku pacientů. Využíváme tak odkazu prof. Hamzy, o který velmi významně pečujeme. Dovolím si uvést slova Václava Větvíčky o Hamzovi a založení parku.



„Uvědomil si staré úsloví o lékáři a Bohu (však to znáte, je to o tom kdo léčí a kdo uzdravuje), ale výrazně je doplnil: Lékaři a Bohu dal k ruce přírodu a její děti, především stromy. A když na začátku 20. století zakládal v Luži pod Košumberkem svou léčebnu, vedle léčebných





pavilonů vysazoval (nebo dal vysazovat) i stromy. Uvědomil si tu úžasnou pomocnou ruku, kterou lékaři podávají tak živé organismy, jako jsou rostliny.“

Závěr: Díky prvnímu a současnému řediteli léčebny se léčebna dále rozvíjí, prošla ve svém vývoji mnoha etapami, odléčila velký počet dětských pacientů s dg. tuberkulózy, tak nyní již i velký počet dětských pacientů s dg. pohybových poruch a v současnosti i dospělých pacientů s různými diagnózami. Je tedy, když mluvíme o současnosti léčebny, nutné si připomenout i minulost a odkaz prof. Hamzy, poděkovat všem, kteří se podílejí na rozvoji Hamzovy léčebny.



Rehabilitace hrou - použití moderních technologií pro zvýšení motivace a efektivity cvičení

Ing. Pavel Čáp, Hamzova léčebna, Luže-Košumberk



Na přednášce budou představeny nové elektronické rehabilitační pomůcky využívané v Hamzově léčebně, které slouží pro zvýšení motivace cvičení a vytvoření zpětné vazby pro lékaře. Základem nových zařízení jsou 3D pohybové senzory umístěné na těle pacienta.



Díky prostorovým sensorům je možné snímat pohyby pacienta. Data o pohybu se ukládají do počítače a umožňují statistické zpracování po cvičení.

Díky uloženým hodnotám je možné vyhodnotit maximální výchylky cvičební fáze. Software je koncipován tak, aby pacienta motivoval pomocí her a řízení robotických hraček.

Respirační fyzioterapie na prahu 21 století
Doc. PaedDr. Libuše Smolíková Ph. D.,
Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství,
FN Motol, Univerzita Karlova Praha,
mezinárodní lektor ACT/RFT

Již od poloviny 20. století je dechová rehabilitace nedílnou součástí intenzivní terapie dětí s plicní problematikou. První pokusy se zařazením dechových prvků však sahají již do začátku minulého století, kdy ve švýcarském sanatoriu pro léčbu TBC v Leysin (1263 m n. m.) doktor Augustine Rollier, lékař a propagátor helioterapie - „sluneční lékař“, tak je ve světové literatuře pojmenován, vypracoval systém spojující působení vysokohorského vzduchu, slunce a specifické pohybové léčby.

S touto metodou se přímo na místě seznámil při svém studijním pobytu i mladý český lékař, pozdější prof. Josef Švejcar.

Když se začátkem padesátých let otevírala Fakulta dětského lékařství (1953), pokládali její zakladatelé (v abecedním pořadí prof. Houšťek, dr. Krůta, prof. Kubát, prof. Lukáš, prof. Procházka, prof. Švejcar) tento vznikající obor rehabilitace za významný a pověřili proto jednoho lékaře - asistenta, pozdějšího profesora Miloše Máčka a dvě rehabilitační pracovnice jeho vybudováním a uplatněním nejen v nemocničním provozu, ale i při výuce mediků, budoucích dětských lékařů. Příslušné oddělení bylo založeno na I. dětské klinice Dětské fakultní nemocnice v Praze na Karlově. Samostatné oddělení dětské rehabilitace vzniklo vyčleněním rehabilitace z I. dětské kliniky a bylo založeno k datu 1.1. 1970, ale jeho plná evoluce začíná až po přestěhování interních dětských klinik do nových prostor Dětské fakultní nemocnice v Motole. Nové metodické postupy rehabilitace v dětské pneumologii jsou úzce spjaty s moderními vyšetřovacími postupy oboru, kde k nejvýznamnějším patří upřesnění diagnostických endobronchiálních nálezů pomocí flexibilního bronchoskopu. Od 80. let minulého století se tak rozvíjí nové pojetí dechové rehabilitace jako součásti individuální péče u nemocného jedince. Dechová rehabilitace se stává nedílnou součástí terapie a její včasná indikace často

zahajuje léčebný program. V tomto deceniu některé cvičební postupy ustupují do pozadí, např. téměř 60ti minutové polohové drenáže s poklepy na hrudníku a bez kontroly kašle jsou na základě výzkumných studií (EBM) a praktických zkušeností (EBP) nahrazeny účinnějšími metodami, které jsou obsahem respirační **fyzioterapie (RFT)**. Individuální přístup RFT zaručuje názornou edukaci dětí, které jsou od dvou let věku herní formou vedeny ke cvičební soběstačnosti a od čtyř let také k samostatnosti při RFT, především při zajištění denní hygieny dýchacích cest a zlepšení dechové kondice. Začíná se nácvikem hygieny horních cest dýchacích – smrkat dítě umí nejpozději ve věku 2 let, vyplivnout sliny, později sputum, umí ještě dříve. Nedílnou součástí RFT je inhalace léků, které lékaři předepisují fyzioterapeuté nacvičují jejich správnou aplikaci, např., bronchodilatans, antibiotika a další. Kojenci a batolata inhalují s nasoorální maskou a postupně, nejpozději od 3 let věku, se učí používat náustek.

Metody hygieny dýchacích cest (**ACT – Airway Clearance Techniques**) lze rozdělit do dvou skupin:

- a) techniky dýchání s převahou využití **výdechového průtoku**, tj. autogenní drenáž a aktivní cyklus dechových technik,
- b) techniky dýchání s využitím standadizovaného výdechového odporu, tj. PEP (pozitivní výdechový tlak) system dýchání, např. Flutter, PARI O PEP, RC Cornet, Acapella a další.

Podle mentální vyspělosti dítěte je každá individuální konzultace s fyzioterapeutem zaměřena na správnost používané metody a na dechovou techniku, která je cílena k dosažení efektivní expektorace. Tohoto cíle RFT není možno dosáhnout bez kontroly kašle s šetrné expektorace, například formou Huffingu nebo FET – the forced expiratory technique. Rodiče jsou vždy přítomni edukaci a jsou poučeni, jak doma s dítětem pracovat, co již může dítě dělat samo a v čem je potřeba pomoc od rodiče. Technické vybavení pro inhalace a ACT umožňují nemocným časovou úsporu, kterou mohou využít pro své volnočasové pohybové aktivity, nejpřirozenější jsou hry a tanec. Nově formulované metodické postupy RFT kladou důraz na pacientovu samostatnost a jeho zpětnou kontrolu účinku fyzioterapie. Jsou garantovány mezinárodní



odbornou společností - International Physiotherapy Group for Cystic Fibrosis (IPG/CF) a odbornými pracovními skupinami při ECSF a ERS v Evropě a ATS v Severní Americe.

Dnešní velmi účinná a cílená léčba umožňuje již přibližně od věku 10ti let dítěte zahájit trénink dýchacích svalů pomocí **nádechových a výdechových trenažérů**. Aparátky, které ke svému účinku využívají především efekt průtoku, mohou děti začít používat okolo školního věku. Trenažéry, které využívají nádechový a výdechový odpor, slouží především k dosažení vyšší aktivace/práce dýchacích svalů. Volba velikosti nádechového i výdechového odporu je vždy individuální a po dohodě s respiračním fyzioterapeutem. Některé odporové výdechové trenažéry umocňují expektorační účinek a přispívají k rychlejšímu dosažení dobré hygieny dýchacích cest.

Od přelomu milénia je v praxi fyzioterapeutů velmi výrazný nárůst počtu nejmenších nemocných dětí v novorozeneckém, kojeneckém a batolecím věku s chronickým respiračním onemocněním. Pokroky dnešní medicíny v diagnostice a špičková vyšetřovací technika v oboru dětské pneumologie přinášejí i zvýšené nároky na dokonalejší fyzioterapii formou přesně aplikovaných metod respirační fyzioterapie u nejmenších dětí. Celodenní péči o dítě se prolíná respirační fyzioterapie formou nově pojatého přístupu k těmto dětem, který jsme nazvali **respirační handling - RH**.

Koncept RH vychází z principu **neurofyziologické facilitace dýchání (NFFD)**, kdy externě aplikovaná taktilní a proprioceptivní (manuální) stimulace vyvolává reflexní pohybové odpovědi v respiračních svalech a tyto odpovědi jsou příčinou změny rytmu a hloubky dýchání. NFFD popsala již v roce 1991 Bethune Delva. Neurofyziologický podklad RH rovněž vychází z principů **Baby Treatment on NDT Principles (Neurodevelopmental Treatment)**.

V dnešní době, po více jak 20ti leté praxi používání RH, považujeme respirační handling za terapeutický, neustále se vyvíjející koncept respirační fyzioterapie pro věkově nejmenší kategorie dětských pacientů s akutní i chronickou dechovou problematikou.

Při aplikaci RH je negativní projev dítěte, a to především jeho emoční

odmítání, které vede až k pláči, důvodem k přerušení cvičební lekce. Hyperventilace, vyvolaná pláčem dítěte, je překážkou k navození fyziologické ventilace, založené na zlepšení distribuce vdechnutého množství vzduchu v dýchacích cestách a podpoře výdechové motoriky hrudníku v souladu s ontogenetickou vývojevou řadou hybnosti dítěte.

Cílem RH je přispět k obrazu klinicky dobře prospívajícího novorozence a kojence s komplikovaným začátkem života. Toho se RH snaží dosáhnout:

- a) **péčí o dobrou hygienu (čistotu) dýchacích cest**, tedy zajištěním dýchacích cest;
- b) péčí o dobrou funkci trávicí soustavy, od příjmu potravy až po vyprazdňování;
- c) péčí o správný vývoj pohybových projevů dítěte, adekvátně jeho dechovým možnostem a věku.

Podle údajů, zveřejněných v odborném časopise ČESKO-SLOVENSKÁ PEDIATRIE, 2018, 73, č.1, iniciovala v roce 2015 Česká perinatologická centra intenzivní péče vytvoření České neonatologické sítě v rámci neonatologické péče databázový systém e Newborn, zabývající se mortalitou a morbiditou u novorozenců s gestačním stářím $\leq 27+6$ z let 2015 - 2016. Z výsledků studie vyplývá, že při propuštění z nemocnice mělo 20% přeživších dětí diagnostikován střední nebo těžký stupeň **bronchopulmonální dysplazie (BPD)**, která je výsledkem dynamického procesu zahrnujícího postižení, reparaci a maturaci plic během jejich vývoje, především u extrémně nezralého novorozence. U dětí pod 1000 g porodní hmotnosti je až 30% prevalence BPD. BPD se zakládá perinatálně, vyvíjí se v průběhu novorozeneckého období a negativně ovlivňuje dlouhodobý vývoj nezralých novorozenců. Jen těžko lze předpokládat, že tyto děti při obtížném startu do života na NJIP nepotřebovali některou z forem UPV. I přes včasné zahájení fyzioterapie těchto dětí s BPD, nelze přehlédnout řadu jejich odchylek a problémů, které lze pomocí dobře zvolené metody respirační fyzioterapie velmi dobře včas podchytit, korigovat a pozitivně ovlivnit. U většiny dětí s BPD lze pozorovat individuální odchylky v dynamice celkového psychomotorického vývoje dítěte. Značná část dětí s extrémně nízkou porodní hmotností (ELBW) má často symptomy,

kteří jsou projevem multisystémového postižení v důsledku nezralosti řady systémů. Vzájemně se tak velmi často ovlivňují respirační, kardiovaskulární a gastrointestinální systémy a negativní následky se následně mohou projevit v obraze odchýlného neurologického nálezu. Je proto především při volbě fyzioterapeutické intervence vždy nezbytně nutné posuzovat obtíže dítěte komplexně a nikoli pouze z pohledu jednoho medicínského oboru či specializace, např. podklady projevů hyperexcitability a tonusové odchylky ve smyslu hypertonie nelze posuzovat pouze jako jednotlivé symptomy. Naší volbou adekvátní celostní fyzioterapie pro děti s perinatální zátěží s diagnózou BPD je respirační handling.

Souhrnná charakteristika respiračního handlingu:

- je indikován u předčasně narozených dětí, novorozenců, kojenců a batolat s respiračním diskomfortem nebo dechovou insuficiencí,
- pomáhá prevenci a kontrole nežádoucí dechové symptomatologie,
- kombinuje drenážní techniky RFT s neurofyziologickou facilitací dýchání,
- je kombinací reflexně provokovaného - stimulovaného dýchání a pozic těla, které evokují fyziologické dýchání, to koriguje biomechaniku dýchání a tím předchází deformitám hrudníku,
- podporuje optimální pohybový vývoj v souladu s dechovými možnostmi dítěte, za použití principů svalových synergií z ontogenetické vývojové řady hybnosti, ta formuje motorický projev dítěte adekvátně jeho dechovým možnostem, včetně dýchání již v novorozeneckém období,
- zlepšuje dechovou koordinaci s posturální funkcí pro příjem potravy a koriguje projevy atak GER a jejich četnost,
- tvoří základ pro ekonomický způsob dýchání dítěte i v jeho starším věku a v dospělosti,
- je terapií s prevencí únavy respiračních svalů a následně neekonomického dýchání.

Respirační handling; maminka cvičí kontaktní dýchání u syna, chlapec kyslíkovou podporou dýchání, věk 7,5 měsíce





Respirační fyzioterapie – kontrola kvality výdechu při použití PARI O PEP,

RFT je 24 hodinová péče, a proto je od nejtútlejšího věku vhodné podpořit primární techniky hygieny dýchacích cest (ACT) tréninkovým dýcháním. Využití dechových trenažérů může výrazně ovlivnit elasticitu stěn bronchů a zlepšuje kondici dýchacích cest, a tím usnadnit zapojení nemocného i do jednoduchých pohybových aktivit (PA). Tento systém RFT je určen všem pacientů, jeho působení lze dobře posoudit podle

klinického průběhu onemocnění a pravidelnou kontrolou výsledků spirometrických hodnot nemocných. ACT je pacienty často velmi podceňována, nevýhodou je totiž nepřetržité opakování, určitá časová náročnost a každodenní forma “monotónního cvičení”. Výsledek ACT není okamžitý a viditelný - kromě expektorace, ale nedostatečné provedení či absence RFT, se projeví degenerací funkcí plic, možnou exacerbací nemoci a absencí pohybových aktivit v běžném režimu dne. Následkem je začarovaný kruh odchylek s irreverzibilními změnami na pohybovém a především kardiorespiračním systému, které lze částečně řešit plicní rehabilitací formou programů pohybové léčby.

Vzhledem k celosvětově narůstajícímu počtu jedinců, ohrožených chronickou plicní problematikou, je koncept respirační fyzioterapie systémem léčby s velmi širokou a otevřenou budoucností.

Dýchání a autonomní nervový systém u vybraných diagnóz v rehabilitaci

Prof. MUDr. Jaroslav Opavský, CSc., Katedra fyzioterapie, Fakulta tělesné kultury, UP Olomouc

Motto: 'If breathing is not normalized – no other movement pattern can be.'
Lewit K. Manipulative Therapy in Rehabilitation of the Locomotor System, 3rd ed., Oxford: Butterworth, 1999.

Vzájemný vztah mezi funkcí dýchacího a autonomního nervového systému (ANS) je velmi těsný, kdy změna činnosti jednoho z nich má významnou odezvu v systému druhém. Je to podmíněno jejich anatomickými i fyziologickými vztahy. Příkladem může být funkční propojení mechanismů řízení dýchání a autonomního řízení krevního oběhu, kde aferentní vlákna z dýchacích cest směřují do prodloužené míchy, kam současně směřují i vlákna n. glossopharyngei a vlákna nervi vagi, ovlivňující oběhový systém. V současné době se proto již nehovoří o klasických dýchacích centrech, nýbrž o kmenové respirační síti.

Vedle převažující mimovolní dýchací činnosti je respirace výrazně ovlivňována i psychickými vlivy, které mění činnost limbického systému a ten zprostředkovává změny ANS. Dopad respirace na autonomní funkce lze citlivě hodnotit porovnáním charakteru dýchání s měnícími se hodnotami srdeční frekvence, respektive s mírou respirační sinusové arytmie. Starší postupy zachycovaly při dýchání kardioakceleraci při nádechu a kardiodeceleraci při výdechu. Nověji lze hodnotit i respiračně vázanou funkci srdečních vláken vagu metodou spektrální analýzy variability srdeční frekvence, jako její tzv. vysokofrekvenční složku (HF). U mladých a zdravých jedinců, ve stavu relativního klidu a pohody jsou, u obou uvedených metod zachycujících srdeční činnost, charakteristické průběhy křivek srdeční aktivity s velkými oscilacemi. U starších jedinců, u různých onemocnění nebo v situacích s vyšší zátěží jsou záznamy ploché. Rovněž u mladých mohou být zachyceny ploché záznamy

v době stresu nebo úzkosti.

V léčebné rehabilitaci se poruchy dýchání, spojené s autonomní dysfunkcí, terapeuticky ovlivňují u chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN), u astmatu bronchiálního a u cystické fibrózy. U astmatiků byly zjištěny změny aktivity vagu jak v dýchacích cestách, tak v řízení srdeční činnosti. Dechová cvičení vycházející z principů jógy u těchto nemocných zlepšila parametry dýchacích. U pacientů s CHOPN byla registrována zvýšená aktivita sympatiků, snížená variabilita srdeční frekvence a snížená respirační arytmie. Autonomní dysfunkce byla spojena se sníženou kvalitou jejich života. U nemocných cystickou fibrózou se na obtížích spolupodílí zvýšená aktivita vagu v dýchacích cestách. Speciálními dechovými cvičeními se u těchto pacientů podařilo dosáhnout bronchodilatace.

Vedle plicních onemocnění je kombinace poruch dýchání a autonomních poruch přítomna též u Parkinsonovy nemoci a ankylozující spondylitidy. Omezení dýchacích exkurzí je u obou těchto onemocnění spojeno i se snížením autonomní regulace kardiální aktivity. U pacientů s Parkinsonovou nemocí došlo po dechových cvičeních ke zvýšení vagové aktivity, upravující srdeční autonomní regulaci. Po cévních mozkových příhodách lze u větší části nemocných pozorovat jak změny charakteru dýchání, tak i autonomní dysfunkci. Bylo popsáno, že dechová cvičení na principu videoher zlepšila obě tyto poruchy.

V léčebné rehabilitaci jsme sami zachytili změny charakteru dýchání, které byly spojeny s individuálně odlišnými autonomními projevy, u pacientů s vertebrogenním algickým syndromem v krčním úseku páteře. Častou asociací byl u nich horní typ dýchání a pocity nedostatku vzduchu. Poruchy dýchání byly rovněž opakovaně zaznamenány u psychických poruch, které někdy provázejí základní diagnózy, s nimiž jsou tyto pacienti odesíláni na rehabilitaci. Zejména se jedná o deprese a úzkostné stavy. U těchto nemocných se často objevuje povrchní hrotové dýchání, které je provázeno snížením vagové aktivity a srdeční variability. Jako podpůrná a doplňující metoda bylo u těchto stavů použito hluboké pomalé, resp. jógové dýchání. To přineslo nejen zlepšení charakteru dýchání, ale i psychologického stavu. Sami jsme u osob vystavených experimentálnímu stresu (Stroopův test), spojenému se změnou charakteru dýchání, pozorovali autonomní změny,



a snížení variability srdeční frekvence. Nemocným s chronickými bolestmi, u nichž rovněž bývají poruchy dýchání spolu s autonomními dysfunkcemi, přineslo hluboké pomalé dýchání zlepšení stavu, spolu se zvýšením prahu bolesti. Recentně byl zjištěn vztah mezi bolestmi bederní páteře a respiračními poruchami. U nespecifických bolestí bederní páteře přinesla dechová cvičení potlačení bolestí, ovlivnění stability trupu a zlepšení kvality života. U některých pacientů s bolestmi pohybového systému bývá přítomen hyperventilační syndrom, nebo u části z nich lze prokázat latentní tetanii. Tyto stavy však nebývají při rehabilitaci často diagnostikovány. Může při nich docházet k hypokapnii a následně k řadě dysregulací v organismu. Bylo popsáno, že cvičení, ovlivňující charakter dýchání těchto pacientů, zlepšují jejich zdravotní stav.

Z hlediska terapeutického vyvstává otázka, jak využít dechových cvičení k ovlivnění stavu ANS a zdravotního stavu pacientů. Nelze aplikovat jeden obecný postup. U většiny stavů je možné doporučit pomalé prohloubené dýchání, které snižuje aktivitu sympatiku a zvyšuje aktivitu vagu. Přitom často dochází i ke snížení hodnot krevního tlaku. Rovněž hudbou řízené dýchání zvyšuje aktivitu parasympatiku a snižuje hodnoty krevního tlaku. U nemocných s CHOPN cvičení s pomalým dýcháním zlepšila jejich baroreflexní senzitivitu, jako jednoho z významných ukazatelů autonomní regulace. Dýchání s výdechem proti odporu ovlivňuje ANS tím, že zvyšuje aktivitu vagu (podle složky HF spektrální analýzy variability srdeční frekvence). Cvičení tchaj-t'í-čchüan, ovlivňující jak dýchání, tak i ANS, psychiku i motoriku, snižuje aktivitu sympatiku a zvyšuje aktivitu vagu. Dýchání nosem, ovlivňuje výrazněji aktivitu limbického systému ve srovnání s dýcháním ústy, co může být přínosné u pacientů s psychosomatickými obtížemi. Zajímavou inspirací pro sladění dechové se srdeční činností nejen u konkrétního jednotlivce, ale i u celé skupiny osob, je sborové zpívání. Přestože dýchání je jedním ze základních projevů života, zbývá ještě mnoho k tomu, abychom dovedli i v rehabilitaci více využívat jeho příznivých účinků na další funkce celého organismu.

Posturálně-respirační funkce trupu u pacientů po CMP Mgr. Kateřina Macháčková, Ph. D., Rehabilitační ústav Hrabyně

Pacienti po prodělané cévní mozkové příhodě (CMP) mají často vážně porušené posturálně-lokomoční funkce. V oblasti trupu mohou být tyto poruchy spojeny s poruchou respirační funkce. Dechový vzor je u pacientů po CMP primárně ovlivňován zejména porušenou funkcí centrálního nervového systému. U lézí zasahujících vlastní řídicí systémy respirace, zejména prodlouženou míchu a Varolův most, se může jednat o stavy neslučitelné se životem.

V ostatních případech je dechový vzor narušen zejména špatným nastavením trupu, oslabením vlastních dýchacích svalů a porušením funkčních svalových synergií během dýchání. Svalová funkce je porušena díky paréze určitých svalových skupin, patologickým změnám svalového tonu a následně vzniklým strukturálním změnám svalových vláken. Situaci může ovlivnit a zhoršit porucha somatosenzorických funkcí, zejména proprioceptivního a graviceptivního systému. Na neschopnosti udržet optimální pozici trupu v gravitačním poli se podílejí i narušené balanční a percepční funkce, zejména orientace k vertikále.

Změny v držení trupu negativně ovlivňují dýchání. Omezuje se rozvíjení hrudníku, které je spojeno nejen se změněným postavením trupu, ale i se sníženou pohyblivostí postižené poloviny bránice během dýchání, které je o větším objemu, než je klidové dýchání. U pacientů s CMP se může snížit síla dýchacích svalů o 40–60 %, což může mít vliv na snížení vitální kapacity plic, celkové plicní kapacity a zvýšení reziduálního objemu. Snížení síly dýchacích svalů má negativní vliv i na poruchu nádechové/výdechové fáze kašle, což může znesnadňovat efektivní expektoraci. V případě kombinace s poruchami polykání může docházet ke zvýšenému riziku aspirace. Aspirace často není u neurogenních dysfagií spojena s reflexním kašlem, jedná se o tzv. tichou aspiraci. Následkem aspirace může být akutního dušení nebo pneumonie.

V diagnostice je proto nutné věnovat pozornost jak vlastní respirační funkci, tak kvalitě propojení posturální a respirační funkce. U posturální funkce hodnotíme nejprve míru postižení posturálních funkcí, poté dopad na kvalitu dechového vzoru. Dechový vzor u pacientů s CMP je důležité vyšetřovat ve všech polohách, které je pacient schopen zaujmout. Neméně důležité

je aspekční vyšetření dýchání během pohybu při změně polohy, během lokomoce, během sebeobsluhy a při příjmu potravy. Každá terapie je založena na kvalitním kineziologickém rozboru, který může být doplněn o objektivní přístrojové vyšetření síly dýchacích svalů.

V terapii se využívají myofaciální techniky pro ovlivnění tuhosti zejména v oblasti hrudníku, ramenního pletence a úponů některých břišních svalů. Neurorehabilitačními postupy facilitujeme posturální svaly ve vzájemné koaktivaci. Významné je využití terapeutického handlingu, s odlehčením segmentu vhodnou zevní oporou. Ve všech uvedených polohách a pohybech je důležité cílit terapii také na podporu dechového vzoru. Manuálně podporujeme dechový vzor pomocí neurofyziologické facilitace dýchání. Nejčastěji využíváme kontaktní dýchání, pomocí kterého můžeme facilitovat výdech i nádech. Pro zpětnou kontrolu dechového vzoru během nádechu i výdechu je možné využít různé dechové trenažéry.

Kasuistika dechových obtíží u dospělého pacienta (Neobvyklý průběh infekce dýchacích cest)

**Doc. PaedDr. MUDr. Jan Kálal, CSc.,
Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství,
FN Motol, Univerzita Karlova Praha**

Pacientka ,Mgr. A. H. 1966. Pardubice.

RA: nepodstatná OA: Hypothyreosis bez strumy na podkladě autoimunitní thyreoiditidy (Hashimoto). V terapii endokrinologa (Letrox). SA: Učitelka tělocviku a dějepisu. GA: Sectio Cesarea, kontracepce ne. Abusus: Nekouří, příležitostně víno v malém množství. Alergie: PNC, Klacid – toxoalergický exantém. Operace: 24.06 2011 provedena strumektomie pro progresi onemocnění. Pooperační paresis n. recurentis I. dx. Poruchy metabolismu kalcia v substituční terapii.

NO: 13.10 2011 symptomy virózy. Myalgie, artralgie, dyspnoe. Dráždivý kašel bez expektorace. Posléze údajně sputum s příměsí nahnědlé krve. V noci ji budil pocit nedostatku vzduchu. Opakovaně (5 dávek) Sumamed pro pozitivní nález chlamydií. Popsané potíže přetrvávaly.

Dle dokumentace, na škole v přírodě byla diagnostikována pertuse a u paní učitelky se zhoršily od té doby dechové obtíže, kašel i s experxtorací. Vyšetřena celou řadou odborníků nejen v Pardubicích, ale i na klinice nemocí z povolání v Brně. Po všech nezbytných vyšetřeních, včetně excize z bronchů, konzultací ftizeologů, otorhinolaryngologů, foniatra, imunologů, gastroenterologů (pro údajný gastroesofageální reflux) jí byl přiznán částečný invalidní důchod.

Obtíže přetrvávaly a pacientka se odvolala a požadovala odškodnění za nemoc z povolání. údaje byly předneseny odborníky před Českou

Přefuková píšťala –koncovka v propojené rehabilitaci respirace, fonace a artikulace

**MUDr. Kučera Martin (1), Mgr. Kateřina Fritzlová (2),
Institut pro léčbu a výzkum poruch komunikace
Hradec Králové (1),(2), ORL – centrum
léčby hlasových poruch Rychnov nad Kněžnou (1),
Ambulance klinické logopedie Žamberk (2)**

1. Charakteristika nástroje

Koncovka je archaický lidový hudební nástroj patřící do pestré skupiny tzv. přefukových píšťal a menší skupiny píšťal rifových/sáhových. Charakteristickým rysem přefukových píšťal, je možnost měnit výšku tónu jen intenzitou výdechu. Rifové/sáhové píšťaly využívají ke změně tónu, mimo intenzity výdechu, zakrytí dolního konce nástroje. Ten je na dosah paže hráče, proto sáhová píšťala. Píšťala koncovka nemá žádné vrtané díry použitelné ke změně tónu, jak je tomu u ostatních píšťal a fléten. V Evropě se koncovka do současné doby zachovala jako původní nástroj pasteveckých kultur Karpatského oblouku. V naší oblasti je nástrojem Valašska a sousedního Slovenska.

2. Způsob hraní a držení nástroje

Koncovka je intuitivní nástroj hrající v jedné tónině, která je dána délkou nástroje a šířkou vrtání. Výška tónu se tvoří dvojnásobným způsobem, silou výdechu a uzavřením dolního konce píšťaly prstem. Postupně zesilovaný výdech zvyšuje hraný tón od nejhlubšího v alikvótní řadě například nástroj v „C“....c1 – c2 – g2 – c3 – e3 – g3 - atd. Plným zakrytím dolního okraje píšťaly se každý tón sníží o určitý



interval, který se postupně k vyšším tónům snižuje. Propojením obou způsobů tvorby hraného tónu hrajeme v tzv. lydičské stupnici. Na kvalitní koncovku je hráč schopen vytvořit 8 i více tónů v základní řadě jen pomocí výdechu. Se stoupající výškou tónu se mění i jeho intenzita. Tím se nástroj podobá fyziologicky tvořenému hlasu.

Otevřený konec	a	a1	e2	a2	cis3	e3	g3	a3	b3	c4
Zavřený konec	e1	cis2	g2	b2	d3	f3	g3	ais3	X	

Tab. 1/ Koncovka v základním tónu A, od c4 nelze tón uzávěrem prstu snížit. Kvalitní nástroj zahraje ještě 2-3 další vyšší tóny.

Na obrázku správné držení nástroje

3. Koncovka jako nástroj muzikoterapie a rehabilitace tělesných funkcí



Použití koncovky v rehabilitaci poruch dýchání, hlasu, řeči, sluchu, nebo pohybového aparátu odpovídá z hlediska terminologie užívané v muzikoterapii direktivnímu způsobu vedení muzikoterapie. Terapeutický postup je v tomto způsobu předem jasně daný terapeutem, má jasný směr,

strukturu i hranice. Terapeutický proces spouští a vede správně provedené cvičení.

4. Principy použití koncovky v rehabilitaci

V komplexním rehabilitačním přístupu poruch hlasu, řeči, sluchu a těžkých kombinovaných poruch, lze cíleným a přesně voleným postupem při použití nástroje efektivně ovlivňovat tyto oblasti: Svalovou funkci (postura, dýchací svaly, hrtan, hltan, orofaciální oblast); Percepci / senzickou složku řeči; Smyslovou integraci jako neurofyzilogický proces neustále probíhající v CNS/ přijímání, zpracovávání podnětů jednotlivých smyslových subsystémů a odpovědi na ně; Sociální oblast/ pragmatickou rovinu komunikace. Současně je aktivní zkušenost práce s hudebním nástrojem výrazně motivační a efektivní zejména u těžkých a chronických poruch.

4.1. Technika hry na koncovku a ovlivnění svalové funkce

Při hraní jsou nejobtížněji tvořeny nejvyšší a nejnižší tóny, vyžadují dobrou dechovou oporu, jejím základem je práce tonizace svalů posturou.

- Každý tón má svou intenzitu výdechového proudu, tím svou specifickou tonizaci dýchacích svalů.
- Při tvorbě každého tónu se přenáší tonus dýchacích svalů na svalovinu hltanu, dutiny ústní i obličjeje.
- Každý tón má svou intenzitu napětí rtů, jazyka i měkkého patra.
- Každý výdech se svou potřebnou intenzitou vede ke svému potřebnému nádechu.
- Každý dechový cyklus potřebuje přiměřenou tonizaci posturálních svalů.

Z uvedených bodů vyplývá fakt, že při použití koncovky zlepšujeme nepřímým způsobem posturu, dechovou funkci na úrovni nádechu i výdechu, tonus svalových skupin počínaje orofaciální oblastí a svalovinou pánevního dna konče.

4.2. Ovlivnění funkčních svalových skupin

Ovlivnění svalové funkce ve smyslu koordinace svalového napětí na úrovni hrubé i jemné motoriky:

Postura: Samotné držení nástroje a základní postoj při hře ovlivňuje posturu, lehce zvýšená opora na přední nakročenou dolní končetinu, úchop nástroje za dolní konec a přímý pohled je ve své podstatě jednoduchá stimulace hlubokého stabilizačního svalového systému. Postura se stává nositelem efektivní dechové práce při hraní.

- Úprava dechové funkce: Dechovou funkci vnímáme jako propojení tří dechových fází: klíčková – hrudní – břišní, které jsou součástí jednoho celku dechového cyklu. Cvičení s píšťalou je komplexní děj, jehož důsledkem je zlepšení koordinace funkce všech svalů zapojených do dýchání a tím i všech dechových fází.
- Relaxace a přiměřená tonizace u hlasových a mluvních spasticit: Navození přiměřeného tonu posturálních a dýchacích svalů, tonizace hlubokého svalového stabilizačního systému je dobrým odrazštěm pro práci na úrovni svalů hrtanu a orofaciální oblasti. Použití píšťaly je vhodné zejména pro poruchy mluvního tempa a plynulosti, spastické formy DMO, funkční spastické dysfonie atd.
- Rozvoj hrubé motoriky: Hra na koncovku je ve své podstatě motorický vzorec, který lze dobře zapojit do práce s dynamickou a statickou koordinací těla, zejména horních končetin.

- Rozvoj orofaciální motoriky: Každý tón má svou tonizaci posturálních svalů, dýchacích svalů, svalů orofaryngu i orofaciální oblasti.

5. Techniky nepřímé rehabilitace

Při jakékoliv rehabilitaci je možné pracovat přímým ovlivněním postižené funkce/části těla, nebo nepřímo. Příkladem může být postižení hybnosti jazyka. Přímé techniky použijí cviky, kdy pacient bude jazyk posilovat tlačáním na patro nebo zuby horní čelisti, bude jazyk pokládat do tváře atd., tedy přímo a cíleně používá jen jazyk. Při nepřímých způsobech práce, jako je použití koncovka, je pacient zaměřen na hru, kterou koriguje díky sluchové percepci, současně nevědomě a velice intenzivně pracuje s tonizací rtů, jazyka, patra, dýchacích svalů. Nepřímé techniky mají výhodu v tom, že rehabilitují postiženou funkci s použitím méně postižené/nepostižené funkce, tak vzniká během nácviku méně chyb a eliminuje se případné nepřiměřené napětí v rehabilitované oblasti, které často vzniká z usilovné snahy zlepšit přímým způsobem funkci postižené části těla.

6. Základní rehabilitační sestava

Bod „1“ by měl být vždy použit, v ostatních bodech si vybírá jednotlivé možnosti a varianty cvičení terapeut dle potřeby terapeutického cíle rehabilitace.

Každé cvičení je vždy na jeden výdech, pacient by se neměl nadechnout v průběhu cvičení. Ve většině případů nedáváme instrukce o tom, jak se nadechnout, čekáme, zda si tělo pacienta vytvoří strategii nádechu spontánně. Jen v případě těžkých poruch pracujeme s nádechem cíleně, nejlépe nepřímými technikami (je nutné se vyvarovat pokynům: „...nadechni se pořádně...nadechni se



hluboce...do břicha, atd“..., tyto pokyny vedou většinou k mělkému a nekoordinovanému nádechu).

6.1. Základní rehabilitační sestava – jednotlivé techniky

- 1/ Vyzkoušení možnosti píšťaly
- 2/ Udržení jednoho tónu – střední – hluboký – jednotlivé vyšší tóny. Cílem je udržet co nejdéle stejný tón. Dobré je opakovat stejný tón 2x za sebou.
- 3/ Staccato hraní každého jednotlivého tónu: „ta..ta..ta..ta“. Postupně na všech tónech.
- 4/ Přejechy mezi tóny (od hlubokého k vysokému, od vysokého k nízkému, od hlubokého přes vysoký a zpět k hlubokému, nebo od vysokého k hlubokému a zpět vysokému) - odděleně/staccato (každý tón odděleně bez nádechu, jen s přerušením výdechu) - vázaně (na jeden výdech bez přerušení všechny tóny rozsahu nástroje)
- 5/ Dlouhý jednotlivý tón na v závěru zakončený lehkým staccatem: ... „taaaaaaaaaa – ta“ - závěrečný tón je cíleně vyšší oproti dlouhému tónu - závěrečný tón je cíleně nižší oproti dlouhému tónu - závěrečný tón je cíleně stejně vysoký jako dlouhý tón
- 6/ Vázaný nájezd na dlouhý tón z krátkého hlubšího tónu. Hraje se na všech použitelných tónech. Nelze na nejhlubším.
- 7/ Intonace hlasu s píšťalou (zpívání do píšťaly, hlas většinou začne alespoň přibližně kopírovat změny výšky a hlasitosti tónu píšťaly)
- 8/ Napodobené frázování slov hrou na píšťalu (rytmus, tempo, akcent, melodika)
- 9/ Nápodoba spasticity/neplynulostí na úrovni artikulačních svalů i výdechu

- 10/ Vyslovení jednotlivých hlásek do píšťaly. (Vede k uvědomění si potřebného výdechu pro tvorbu hlásek.)
- 11/ Jakýkoliv jiný cvik, který napadá terapeuta nebo pacienta
- 12/ Nácvik hudebního použití píšťaly, hra s použitím závěru dolního konce koncovky.

6.2 Výsledný rehabilitační efekt

čísla cviků označují nejdůležitější cvičení - přirozená brániční opora (cvik 2-5)

- 1/ „Rozhýbání“ břišní stěny pro dýchání (cvik 1,3,4,5)
- 2/ Nácvik akcentace břišní fáze nádechu - přirozená brániční opora (cvik 2-5)
- 3/ Měkký výdechový začátek (cvik 2,4,6)
- 4/ Zlepšení funkce svalů zapojených do artikulace (cvik 2-6)
- 5/ Přirozená tonizace svalů trupu od centra k periférii - postura (cvik 2-4), současně ovlivněno správným držením nástroje (lehké vykročení, držení jednou rukou za dolní konec, přímý pohled).
- 6/ Nácvik hlasová intonace (cvik 5-7)
- 7/ Napodobení postižené koordinace a svalového napětí (cvik 7-9)

Fáze postupu v tomto cvičení:

- řízená patologie, napodobení fyziologickým způsobem=koordinací

- volní zvládnutí cíleného zhoršení a zlepšení
- pochopení principu postižení na dané úrovni...
- ztráta strachu z potíží
- ovlivnění skutečné patologie

8/ Radost ze života (cvik 12 a všechny ostatní)

6.3. Přehled základních indikací

- postižená koordinace dýchání (organická postižení dolních dýchacích cest jakékoliv etiologie)
- funkční a organické hlasové poruchy z přetížení
- postižení výslovnosti při poruchách inervace svalů účastnících se artikulace (stavy po CMP nebo jiném postižení CNS s postižením n. facialis, s orální a fonační apraxií)
- stavy po chirurgických zákrocích v oblasti dutiny ústní a hltanu (jazyk, patro atd.)
- poruchy výslovnosti s potřebnou tonizací artikulačního svalstva, kdy je nutné usměrnění výdechové práce (znělost-neznělost, nácvik vibrantů atd., dle fonetických specifik konkrétního jazyka)
- poruchy plynulosti řeči
- vývojové poruchy řeči s postižením na úrovni artikulace i percepce.

- těžké sluchové vady (po korekci sluchadly)

Kazuistika.: Příklad použití nepřímé techniky k eliminaci funkční složky organické poruchy autorem- Chlapec 14 let, těžká forma DMO (kvaduparéza), v popředí potíží: imobilita, těžká dysartrie, postižení na úrovni fonorespirace, faciokineze i artikulace (spasticita a dyskoordinace na úrovni dýchacích svalů, neschopnost cíleného výdechu, nesrozumitelná, tichá řeč, ztrojování hlásek a slabik), výrazná spasticita končetin s neschopností jakéhokoliv samostatného úchopu (ruce chladné, neschopné cíleného pohybu, vpravo stav o něco lepší). Velice dobrý intelekt.

RHB postup:

1. Pokus o fouknutí do koncovky, možné jen s přidržení druhou osobou a vleže na pravém boku. Postupně během tří týdnů zvládá jednoduchou rytmizaci nahodile vzniklého tónu.
2. Cílená práce s koncovkou, schopen přejít při hraní do polohy vsedě. Mimo jednoduchou rytmizaci začíná zvládat hluboký/tichý a vysoký/hlasitý tón. Začíná být velice motivován pro použití nástroje.
3. S přidržení vložena koncovka do ruky chlapce, nezvládá sám. Cílená cvičení, frázování slov „do koncovky“. Současně použití zavěšeného koshi zvonce na pravé ruce, kterou je schopen sám nekoordinovaně zahýbat. Nacvičuje hlasité a tiché zacinkání na úrovni předloktí, zápěstí a prstů ruky. Postupně zvládá

a následuje, pokus o stejné cvičení s levou rukou, kdy pracujeme cíleně se souhybem pravé ruky.

4. Chlapec si doma spontánně sám a bez cizí pomoci vzal koncovku do ruky a hraje rytmicky říkadla nebo jednoduché písničky.
5. Práce s hlasovým projevem technikou svalového souhybu, kdy terapeut nejprve cvičí sám v zorném poli chlapce. Koordinační cvičení na pohyb ruky, chlapec po nadzvednutí ruky spustí ruku na buben, tímto se opět zlepšuje hybnost ruky, následuje úder prstem a škrábnutí nehtu po bláně bubnu.

V závěru této nepřímé rehabilitace je chlapec schopen úchopu a zvednutí lžice směrem k ústům, je schopen slyšitelného a srozumitelnějšího projevu, vymizely projevy těžké neplynulosti charakteru triplicit hlásek (na konci školního roku zvládl dvacetiminutový projev ke spolužákům a ti ho vydrželi bez potíží poslouchat). Ruce jsou teplé, prokrvené. Chlapec rád používá koncovku a přemýšlí o tom, že by na buben mohl dát zesilovač a pracovat pohybem prstů na bláně hudebním způsobem.

Dle mínění autora nedošlo v rámci popsaného postupu k nápravě organické poruchy, ale k působení na úrovni její funkční složky závažného organického postižení, zejména v počátku. Hranici, kde začalo působení na organickou složku, nedokáže autor odhadnout.

Možnosti využití dvou různých přístupů k ovlivnění respiračních funkcí

**Ing. Tomáš Svoboda, fyzioterapeut, BTL zdravotnická
technika a.s.**

Prezentace bude zaměřená na dva odlišné přístupy ovlivňování respiračních funkcí; první z nich je technologie využívající výkonové indukční stimulace; druhou modalitou je využití přístroje pro asistivní vertikalizaci.

Intenzivní elektromagnetické pole interaguje s lidskou tkání a způsobuje depolarizaci neuromuskulární tkáně. Studie vyhodnocovala efektivitu použití intenzivní pulzní magnetické stimulace u posilování dechového svalstva. Studie potvrdila signifikantní zlepšení spirometrických parametrů takto ovlivňovaných svalů.

Vzpřímená pozice s možností pohybu má obrovský dopad na fyzický i psychický vývoj. Asistovaný, vedený a repetitivní pohyb ve vzpřímené pozici stimuluje motorické funkce a snižuje rizika negativních zdravotních následků. Mezi přínosy aktivního stoje mimo jiné patří zlepšení respirace a cirkulace. V prezentaci bude diskutována aktivita resp. inaktivita dětí s postižením a pohybová intervence ke zlepšení kvality života.

Tuberkulóza – hrozba včerejška, hrozba zítřka?

Doc. MUDr. František Salajka, CSc.,

přednosta plicní kliniky LF v Hradci Králové

Tuberkulóza je infekční onemocnění vyvolané mykobakteriemi tuberkulózy. Infekciozita tuberkulózy je ale menší než u celé řady dalších infekčních chorob – důležitým faktorem je jistá míra vrozené rezistence, přítomná u kavkazské (bělošské) rasy. Z toho důvodu je ve většině případů mykobakterium, vniklé do organismu obvykle inhalační cestou, fagocytováno plicními makrofágy, eliminováno a tento styk s tuberkulózní infekcí má za následek pouze vznik postinfekční imunitní reakce. V některých případech ale mohou mykobakteria přežívat a dokonce se v makrofágu i množit až do jeho rozpadu; v tomto případě je ale makrofág vlivem uvolňovaných působků obklopen dalšími, modifikovanými makrofágy, které uzavřou rozpadlý makrofág i s uvolněnými mykobakteriemi do specifického granulomu. Stav kdy mykobakteria sice v organismu přežívají, ale nevyvolávají aktivní onemocnění, se nazývá latentní tuberkulóza. V nepříznivém případě se mykobakteria dále množí, což aktivuje hypersenzitivitu pozdního (tuberkulinového) typu s výsledkem kaseózní nekrózy, tedy prostředním, které je pro růst mykobakterií velmi nepříznivé. Pokračuje-li nepříznivý vývoj dále, dojde k uvolnění mykobakterií a k roznesení infekce do organismu.

V diagnostice tuberkulózy vzhledem k dominujícímu plicnímu postižení hraje důležitou roli rentgenové vyšetření hrudníku včetně provedení CT. K průkazu tuberkulózy však rentgenové vyšetření nestačí a ani provedení tuberkulinové reakce (od které je již v současnosti jistý odklon) není dostatečné; základem je mikrobiologický průkaz, a to jak klasickými kultivacemi, jejichž nevýhoda daná pomalým růstem mykobakterií je dlouhá doba čekání na výsledek, nebo tzv.

urychlenými kultivacemi, neprokazujícími přítomnost mykobakteriálních kolonií, ale známek metabolismu mykobakterií. Původně prováděný tuberkulinový test je v současné době nahrazován tzv. IGRA testy.

Klinický obraz tuberkulózy se vyznačuje velkou variabilitou, obvykle je však klinický průběh protrahovaný s tendencí ke chronicitě. Klinický obraz samozřejmě závisí na lokalizaci tuberkulózní infekce – naprosto převažující je tuberkulóza dýchacího ústrojí, především tuberkulóza plic; tuberkulózní postižení dalších orgánů je mnohem vzácnější.

Léčba tuberkulózy prodělala dlouholetý vývoj, jehož důležitou součástí je éra chirurgické léčby. V té době u nás vznikly specializovaná sanatoria provádějící leckdy velmi náročné operace tuberkulózních nemocných; v českých zemích např. Košumberk, Nechanice, Žamberk a mnoho dalších, celostátně si nejvyšší renomé získala léčebna Vyšné Hágy. V současné době je ale postupem volby léčba medikamentózní. Kromě základních antituberkulotik (isoniazid, rifampicin, pyrazinamid, etambutol a streptomycin) máme k dispozici ještě další léky s jistou antimykobakteriální aktivitou.

Pokud se týká prevence tuberkulózy, upustilo se u nás vzhledem k příznivému vývoji epidemiologické situace od hromadného očkování a vakcinace se provádí jen u definovaných rizikových skupin novorozenců. Důležitějším preventivním opatřením je důsledné vyšetření, odkrytí a izolace zdrojů infekce.

Přes všechny dosažené pokroky je tuberkulóza v celosvětovém měřítku stále jedním z největších zdravotnických problémů. Ročně je registrováno více než 10 000 000 nových případů a téměř 2 000 000 úmrtí. Samozřejmě jsou významné rozdíly mezi jednotlivými státy – u nás je poslední incidence z roku 2016 4,89/100 000. Přesto se do budoucna rýsuje několik závažných problémů, které se mohou dotknout i situace u nás. Jedním z nich je narůstající rezistence mykobakterií na i ta neúčinnější antituberkulotika a druhým v současnosti nekontrolovaný a neregulovaný pohyb migrantů.

Pozdní neurologické a ortopedické nežádoucí projevy onkologické léčby u dětského pacienta **MUDr. Vasil Janko V., Státní léčebné lázně Janské Lázně, s.p.**

Popis případu 15- leté dívky, která ve 3 letech věku prodělala ALL s relapsem a následnou agresivnější onkologickou terapií. Ve 14 letech rozvoj neurologických příznaků připomínajících CMP, jednalo se o krvácení kavernomu v zadní jámě lební. Na konci r. 2016 neurochirurgická operace vyřešila krvácení, dívka následně rehabilitovala v našem zařízení. Po roce operace k odstranění kavernomu, opět rehabilitace, která měla mít dobrou prognózu. Bohužel situace je opět komplikovaná osteonekrózou hlavice femuru, dívku s největší pravděpodobností čeká TEP. Neurologické a ortopedické nálezy jsou na vrub onkologické léčby v předškolním věku. Zejména na možnou ortopedickou komplikaci je potřeba myslet při bolestech DKK po onkologické léčbě – i v dlouhodobějším horizontu.



Snoezelen - multisenzorické prostředí

Mgr. Renata Filatová, spec. pedagog,

Prezidentka ISNA-MSE v České a Slovenské republice

Akreditovaná mezinárodní lektorka a garantka Snoezelen

konceptu v ČR a SR

Členka světové rady International

Snoezelen Multisensory environment

Význam působení a dopadu Snoezelen-MSE konceptu na jeho klienty

Klíčová slova: Snoezelen-MSE koncept, psychické potřeby, psychické deprivace, komunikace.

Podstatou Snoezelen-MSE a jeho působení, důvodu, proč mít Snoezelen, již dávno není jen překlad a obsah pojmu Snoezelen, což pro většinu z nás znamená pouze pohybovat se v rozmezí termínu aktivace – relaxace. Jde o vědecký koncept, kterému se věnují špičkoví odborníci na 42 univerzitách světa.

Význam konceptu Snoezelen je dnes daleko širší a hlubší - jeho dopad jde napříč všemi generacemi. Je však ověřenou praxí, že děti Snoezelen koncept milují za pomoci speciálních efektů v kouzelném prostředí se často jejich rozvoj blíží zázraku.

Fakt, že vznikl především z nedostatku podnětů a aktivit, psychické deprivace, většinou multihandicapovaných klientů, je už dnes svými záměry mnohonásobně překonán a jeho jednotlivé zásady působí úspěšně na zdraví a zkvalitnění života jeho klientů.

Snoezelen má mnoho rovin – smyslovou, speciálně pedagogickou, pedagogickou, rehabilitační a psychickou - a všechny spolu úzce souvisí. Vzniká tak spojení smyslových aktivit – cíleného a nového vnímání s psychologickými kategoriemi, jako je důraz ne na výkon, ale na vzájemné sdílení, naplnění potřeb bezpečí, jistot, rozvoj vztahů, komunikace. Speciálně zařízená místnost



vytváří a umocňuje pocity a vše, co se zde děje; terapeut je (měl by být) člověk, který rozptyluje pochybnosti.

Dnešní svět, to je přemíra podnětů, aktivit, nezvládnání zátěžových situací, nezvládnání adekvátní komunikace, psychické deprivace, pramenící z nedostatku naplnění základních

psychických potřeb, často svět chaosu a zmatku.

Snoezelen má nezastupitelnou úlohu ve všech možných organizacích, a to nejen s klienty s mentálním a kombinovaným postižením nebo psychiatrické pacienty a seniory. Ale i v běžných základních školách, nemocnicích, psychiatrických léčebnách, rehabilitacích, v logopedických ordinacích, lázních atd. Velmi mě těší využívání Snoezelen prostředí zejména v lázeňských procedurách a rehabilitacích, kde jinde může být působení Snoezelen terapie tak efektivní, jako právě tam.

Snoezelen lze vnímat jako jednu z nejefektivnějších terapií vůbec. Vždyť cesta do mysli a vnímání člověka je možná pouze skrze jeho smysly. Snoezelen představuje práci se smysly na nejvyšší možné úrovni, jakou současná věda v zná. Promyšlené cílené a primárně nevýkonové počínání Snoezelen terapeuta často přivede klienta k nadstandardním posunům ve vývoji. Je nutné připomenout, že prostředí Snoezelnu není samospasitelné jeho neoddelitelnou součástí je kompetentní a postupů znalý terapeut, který chápe souvislosti a umí je v praxi použít. Trpělivý, emocionálně vřelý a kreativní odborník, který má díky speciálně upravených Snoezelen hodin ve zvláštním prostředí možnost poznat svého pacienta z jiných úhlů a tím podpořit rozvoj ve všech složkách osobnosti člověka.

Pokud jsem vzbudila o Snoezelen terapii váš zájem, i těch kdo o něm jen uvažují, neváhejte a „jděte do toho“. Výsledky stojí za to a vaše snaha, zájem a aktivita se vám mnohonásobně vrátí.

K-Laser dynamická terapie - vysokovýkonné lasery v teorii a praxi

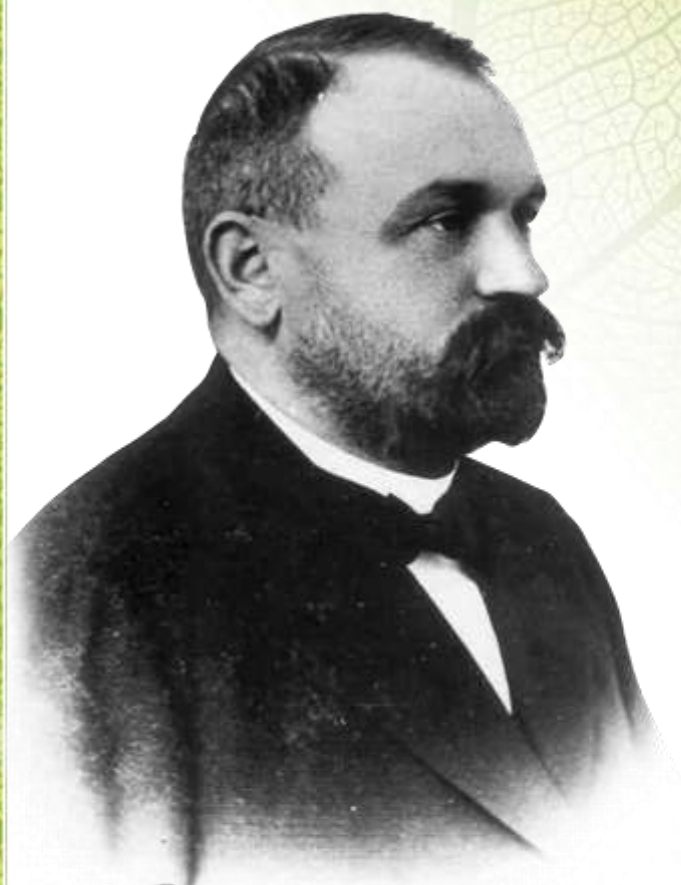
MUDr. Miroslav Procházka, Bc. Ondřej Pražák, DiS

Neinvazivní lasery jsou již více jak 20 let součástí portfolia tzv. fyzikální medicíny. V posledních 5-ti letech se na trhu objevily přístroje o vysokém výkonu, modulované do mikropulzních režimů. Výhodou je kratší potřebná doba ošetření, menší počet procedur. Díky efektu rázu fotonové energie jsou tyto přístroje navíc alternativou rázové vlny. Pro pochopení principu laserové terapie a výběru správného laseru, je nutností zorientování se v parametrech, které mají vliv na lidský organismus na buněčné úrovni. Pro úspěšnost efektivity laserové terapie je důležité správné nastavení parametrů (vlnové délky, průměrný výkon, rozpětí pulzních frekvencí, atd.) a to jakým způsobem s těmito parametry laser pracuje. Těž je zapotřebí zhodnotit indikace, kde je terapie laserem účinnější a kde je zapotřebí provázanosti dalších fyzikálních technik. Nicméně v dnešní době správně navržené neinvazivní vysokovýkonné lasery poskytují široké spektrum indikací, umožňující řešit danou problematiku v relativně krátkém čase, a to s vysokým komfortem pro pacienta a bez zbytečného farmakologického zatěžování organismu.

15.45 hodin

Návštěva nově zrekonstruovaného pavilónu E
včetně snoezelenu





Prof. Dr. Frant. Hamza



Hamzova léčebna
Luže-Košumberk
VÁŠ REHABILITAČNÍ ÚSTAV



HAMZŮV ROK 2018

150. VÝROČÍ NAROZENÍ
prof. Dr. FRANTIŠKA HAMZY

Profesor MUDr. František Hamza * 7. 3. 1868 Kletečná u Humpolce † 4. 6. 1930 Brno



- V letech 1888 - 1897 lékařská studia na Karlově univerzitě,
- Od roku 1893 byl starostou „Spolku českých mediků“ a napsal publikaci K dějinám českých mediků (Linhartová, 2008).
- Zapojil se i do hnutí pokrokové mládeže „Omladina“ a musel se v letech 1893 – 1894 skrývat před rakouskou policií (Borská, 1992).
- Promoval jako M.U.Dr. dne 15. 7. 1897.
- V listopadu 1897 nastoupil místo obvodního lékaře v Luži.
- 1901 byla 1. 5. otevřena první budova „M.U.Dra Františka Hamzy Sanatoria pro skrofulosní“.
- 1902 postavena druhá budova Sanatoria – tehdy Purkyňovy lázně.
- 1901 – 1902 se údajně uskutečnila první návštěva T. G. Masaryka (Borská, 1992).
- V roce 1908 založil v Luži sirotčinec (spolu s továrníkem Hessem); dnes je to po rozsáhlé rekonstrukci „Dům s pečovatelskou službou“ (Borská, 1992).
- V roce 1905 inicioval založení české protirakovinné společnosti (Maydl).
- Krátce po otevření ústavu zavedl doposud neužívané způsoby léčby. Především hygienicko – dietetickou terapii a pohybovou terapii, při níž využíval zejména přirozených přírodních zdrojů – slunce a příznivé klima - terapii ovzduším, rozpracoval systém postupů, které dnes patří do ergoterapie (Hamza, 1923).
- 1905 zakoupil na Východočeské průmyslové, zemědělské, národopisné a umělecké výstavě v Pardubicích za cenu palivového dřeva dva dřevěné pavilony, které nazval po svých profesorech Maydlův (chirurg, průkopník nových směrů v anesteziologii) a Eisseltův (internista) a rozšířil počet lůžek Sanatoria (Kozlíková kronika – kronika města Luže).
- 1906 při pobytu v Krucemburku u Ždírcce nad Doubravou navštívil podruhé ústav T. G. Masaryk (Almanach obce Krucemburk, 2001).
- 1905 – díky podpoře prof. E. Meixnera byl Praze otevřen první preventivní protituberkulózní dispenzář; jeho činnost později Hamza propracoval ve svém návrhu Lidových ústavů (Linhartová, 2008).
- Již v roce 1907 byly léčebné úspěchy MUDr. Hamzy srovnatelné s nejslavnějšími evropskými ústavu (Linhartová, 2008).
- 15. 4. 1908 zahájila v Luži činnost první ústavní škola v Evropě, využívala i „školu v přírodě“ (archiv HL).
- V říjnu 1918 povolal Hamzu jeho přítel ze studií MUDr. Vavro Šrobár do Prahy (jako první ministr zdravotnictví nové republiky), do funkce sekčního šéfa odboru sociálních věcí (Linhartová, 2008).
- Hamza se mohl soustředit na vytvoření základny pro boj s tuberkulózou. Výsledkem jeho snažení byl vznik Masarykovy ligy proti tuberkulóze. Na ustavující valné hromadě dne 12. 7. 1919, byl Hamza zvolen jejím jednatelem a začal vydávat první časopis o tuberkulóze: Věstník Masarykovy ligy proti tuberkulóze (Linhartová, 2008).
- V r. 1921 dopracoval Hamza strukturu a osnovu Československého úřadu pro zdravotní sociální péči, včetně obsahové úvahy a text tohoto dokumentu uveřejnil pod názvem „Úvahy o sociální péči zdravotní“.
- 1. října 1922 nastoupil na žádost E. Babáka do Brněnské lékařské fakulty, která tím rokem zahajovala už čtvrtý studijní rok, ale kde bylo „potřeba zahájit školení v sociálním lékařství“, které považoval Babák za nejvýše potřebné k dovršení vzdělání moderního lékaře“ (Linhartová, 2008).
- Prof. Hamzovi patří také jistý podíl na budování dnešního Masarykova onkologického ústavu, který byl v Brně slavnostně uveden do provozu 13. ledna 1935, tehdy jako první protirakovinný ústav toho druhu v Československé republice. Ústav byl výsledkem sedmileté práce Spolku „Dům útěchy“, založeného v r. 1928 z iniciativy Lucie Bakešové (1853-1935) s podporou jejího syna, tehdy i ve světě známého chirurga doc. Jaroslava Bakeše (1871-1930). F. Hamza se bohužel konečné podoby společného díla už nedožil, ale měl to štěstí, že stál na samém počátku zrodu tohoto mimořádného nápadu, zčásti náhodou, zčásti po právu (Linhartová, 2008).
- 11. listopadu 1929 přednášel naposled.
- Ještě 1. 1. 1930 byl v Brně jmenován prvním řádným profesorem sociálního lékařství (archiv HL).
- Zemřel v Brně dne 4. června 1930 (archiv HL).

Literatura: Ilona Borská, Kdo byl Hamza

Věra Linhartová, Skutkem a pravdou milovat lidi

František Hamza, Zemský ústav pro skrofulosní děti v Luži



**Hamzova léčebna
Luže-Košumberk**
VÁŠ REHABILITAČNÍ ÚSTAV



**Hamzova léčebna
Luže-Košumberk**
VÁŠ REHABILITAČNÍ ÚSTAV

HAMZŮV ROK 2018

pod záštitou hejtmána Pardubického kraje Martina Netolického
1. náměstka hejtmána Pardubického kraje Romana Líška
radního pro zdravotnictví Pardubického kraje Ladislava Valtra

21.
února



Emise známek České pošty s portrétem prof. Dr. Františka Hamzy, které proběhne na Hlavní poště v Praze. Půjde o jeho uvedení do série známek významných osobností ČR. Léčebna se bude aktivně účastnit.

7.
března



Výroční den narození prof. Dr. Františka Hamzy; vydání příležitostné série osmi známek včetně obálky prvního dne, která proběhne přímo v Hamzově léčebně. Námětem budou osobnosti a významná místa vázaná k léčebně a městu Luže.

17.
dubna



13. jarní otevření Hamzova parku a arboreta

24.
dubna



III. košumberský den
Respirační fyzioterapie
celorepubliková odborná zdravotnická konference

25.
dubna



„Setkání k oslavě 150. výročí narození prof. Dr. Františka Hamzy“
hlavní samostatná slavnostní akce připomínající osobnost a dílo profesora Hamzy *NEVEŘEJNĚ*

21.
května



Den ošetrovatelství; setkání zaměstnanců HL *NEVEŘEJNĚ*

21.
června



Mše k oslavě osobnosti prof. Dr. Františka Hamzy v Poutním chrámu Panny Marie Pomocné na Chlumku v Luži. Po mši bude krátká prohlídka kostela s odborným výkladem. Další část programu bude v Konferenčním sálu HL a bude připomínat Den květů.

24.
července



Letní den v Hamzově léčebně; Handicap Tour 2018
50. košumberské sportovní hry,
Den otevřených dveří v HL, pozvánka i na hipoterapii

23.
srpna



Botanické družení, spolupořadatel Unie botanických zahrad ČR *NEVEŘEJNĚ*

8.
září



Kilometry pro Spinálku;
mezinárodní akce – Den poranění míchy, ke kterému se opět aktivně připojí Spinální rehabilitační jednotka v Hamzově léčebně

18.
října



půlkulaté 15. podzimní zavírání Hamzova parku a arboreta, tentokrát s krásným překvapením



**PARDUBICKÝ
KRAJ**



Prof. MUDr. František Hamza na známkách



Upozornění nejen pro filatelisty!

Jedná se o mimořádný souběž vydání známek na identické téma, které je spojeno se jménem prof. Dr. Františka Hamzy. Už dne 21. 2. 2018 bude totiž v Praze na pobočce „hlavní“ pošty také vydána známka prof. Dr. Františka Hamzy, jako součást série známek Osobnosti České republiky. Hamzova léčebna předpokládá zájem o nákup kombinace této známky (ve tvaru FDC, tedy s obálkou prvního dne vydání) se známkovým sešitkem HL. Léčebna proto již předem připravila možnost tohoto zakoupení buď uvedeném termínu 7. 3. 2018, nebo pozdějším nákupem na výše uvedené adrese.

Hamzova léčebna a město Luže vydává 7. března jedinečnou příležitostnou sérii osmi známek ve známkovém sešitku.

Námětem jednotlivých známek jsou osobnosti a významná místa vázaná k léčebně a městu Luže. Výše nominální hodnoty na známkách je vyjádřena jednopísmenným symbolem, který odpovídá cenám dle Ceníku základních poštovních služeb v aktuálním znění. Tato naše série známek je označena symbolem A, který odpovídá ceně 19 Kč (nově od 1. 2. 2018) za vnitrostátní Obvyčejné psaní - standard do 50g. Známký lze běžně používat na obvyčejný dopis.

Nákup známkového sešitku bude možný 7. 3. 2018 v Konferenčním sále Hamzovy léčebny, při „Výročním dnu narození prof. Dr. Františka Hamzy“. K této příležitosti bude v léčebně zřízena příležitostná poštovní přepážka České pošty, kde bude možnost nechat si ozrazit pouze v tento den známkový sešitek speciálně vyrobeným příležitostným razítkem. Po tomto datu si budou moci zájemci známkový sešitek zakoupit v Informačním centru Hamzovy léčebny, na vyžádání na dobírku na adrese info@hamzova-lecebna.cz. Dále pak bude možný nákup v Informačním centru města Luže a na E-shopu města



**PARDUBICKÝ
KRAJ**

Ze zaslaných abstraktů sestavila

MUDr. Alena Klapalová

Kontakt - Hamzova léčebna

Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé
Košumberk 80, 538 54 Luže
Tel. +420-469 648 147, Fax +420-469 648 147
www.hamzova-lecebna.cz
e-mail: info@hamzova-lecebna.cz

a tým Aesculap Akademie

Kontakt na organizátora

Aesculap Akademie, B. Braun Medical s.r.o.
V Parku 2335/20, CZ-148 00 Praha 4
Tel. +420-271 091 666, Fax +420-271 091 652
www.aesculap-akademie.cz
e-mail: aesculap-akademie.cz@bbraun.com

