

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

BSAH

- EDITORIAL
M. Palát: Rok starých ľudí 65
- PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE
V. Zaremba: Prevalence chronických chorob u osob nad 80 let věku 67
R. Šidlo, S. Vožehová, J. Novák, H. Zavázalová: Pohybová aktivita ve vyšším věku 71
Z. Kubín: Stav pohybové aktivity starých lidí (výsledky zdravotnické sondy) 75
J. Náhoda: Zvláštnosti stařeckých zlomenin 85
- METODICKÉ PRÍSPEVKY
M. Vojtěchovský: Léčebná komunita geriatrických pacientů 91
Q. Kämpel: Mentální retardace gerontopsychiatricky nemocných 95
M. Vojtěchovský, A. Langerová: Musikoterapie geriatrických pacientů 103
M. Lachová: Organizovaná hra dospělých a jej význam z terapeutického a rehabilitačního hlediska 107
- DOŠKOLEOVANIE
I. Drobňý: Vyhledávání skrytých chýb a chorôb antropologickými metodami u detí a mládeže 113
- HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ 120
- RECENZIE KNÍH . . . 70, 74, 84, 90, 94, 101, 102, 106, 121 — 126
- SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ 126
- SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP . . . 127

to publikácia sa vedie v prírastku dokumentácie BioSciences Information Service of Biological Abstracts a v dokumentácii Excerpta Medica.

is publication is included in the abstracting and indexing coverage of the BioSciences Information Service of Biological Abstracts.

s journal is indexed and abstracted by Excerpta Medica.

Rehabilitácia

Časopis pre otázky liečebnej a pracovnej rehabilitácie Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave

Vydáva Vydavateľstvo OBZOR, n. p., ul. Československej armády 35, 815 85 Bratislava

Vedúci redaktor: MUDr. Miroslav Palát, CSc.
Zástupca vedúceho redaktora: MUDr. Štefan Litomerický, CSc.

Redakčná rada:
Marta Bartovicová, Marta Fanová, Bohumil Chrást, Vladimír Kříž, Vladimír Lánik, Štefan Litomerický, Miroslav Palát (predseda), Marie Večeřová

Adresa redakcie: Kramáre, Limbová ul. 8, 833 05 Bratislava

Grafická úprava: Melánia Gajdošová

Tlačia: Nitrianske tlačiarne, n. p., 949 50 Nitra, ul. R. Jašíka 26

Cena jednotlivého čísla Kčs 6,—

Rozširuje: Vydavateľstvo OBZOR, n. p., administrácia časopisov, ul. Čs. armády 35, 815 85 Bratislava

Indexné číslo: 46 190
Registračné číslo: SŤI 10/9
Číslo vyšlo v apríli 1982

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK XV/1982

ČÍSLO 2

EDITORIAL...

ROK STARÝCH LUDÍ

Problematika procesu starnutia a otázky staroby sú v popredí záujmu nielen biológov, lekárov, psychológov, ale aj spoločnosti ako celku. Ako ukazuje vývoj, vek človeka sa predlžuje, rozvinuté krajiny majú stále viac starých ľudí. Objavujú sa aj nové problémy, ktoré súvisia s predlžovaním ľudského veku.

Organizácia spojených národov, vedomá si týchto skúseností, vyhlásila rok 1982 za Rok starého človeka. Skutočnosť, že práve táto medzinárodná organizácia venuje pozornosť starému človeku, svedčí o tom, aký významný problém predstavuje staroba a starý človek.

Aj v rehabilitačnej medicíne hrajú otázky staroby, starého človeka, chorôb starých ľudí a udržanie funkcií v starom veku základnú úlohu. Involúcia jednotlivých funkcií starnúceho organizmu a prítomnosť chorôb, ktoré ho postihujú, predstavujú záujmové pole veľkej oblasti rehabilitačnej medicíny. Už samotný proces starnutia, ktorý sa vlastne začína narodením človeka — niektorí považujú začiatok tohto procesu už v okamihu oplodnenia — je oblasťou, ktorej treba venovať veľkú pozornosť. Ide tu predovšetkým o otázky poklesu funkčnej zdatnosti organizmu ako celku a poklesu jednotlivých funkcií orgánových systémov, ako aj o otázky reálnej alebo možnej adaptácie na životné podmienky starnúceho alebo starého človeka. Celý okruh uzatvára psychosociálna oblasť takého človeka, modulovaná do určitej miery daným ekonomickým statusom. Celá štruktúra, daná biologicko-fyziologickou základňou s nadstavbou psychosociálnej homeostázy a ekonomickým rámcom, sa odráža taktiež v koncipovaní úloh a cieľov rehabilitačnej medicíny u starého človeka. Je isté, že starý človek býva častejšie a vážnejšie postihnutý najrôznejšími chorobami — je tu potrebné zdôrazniť, že súčasnosti nehovoríme o chorobách staroby, ale o chorobách typických pre starý vek — sú to choroby kardiovaskulárneho systému, choroby pohybového systému, kde sú na poprednom mieste ochorenia reumatického okruhu, ďalej sú to choroby respiračného systému a v neposlednom rade aj ochorenia onkologického charakteru. Všetky tieto ochorenia vyžadujú nielen základnú medicínsku starostlivosť medikamentózneho či chirurgického charakteru, ale predovšetkým vyžadujú komplexnú rehabilitačnú starostlivosť, najmä preto, že ide o choroby chronické a že ich priebeh má vždy za následok stratu rozsahu funkcie postihnutého systému a organizmu ako celku. Ako platí, že nemáme choroby staroby, ale choroby typické pre starý vek, rovnako platí, že pro-

striedky a metódy rehabilitačnej medicíny nie sú špecifické pre starý vek, ale predstavujú modifikovaný rehabilitačný program pre starých nemocných.

Cieľom modernej rehabilitačnej starostlivosti je zlepšiť kvalitu života. Toto neznamená iba obnovenie funkcií postihnutých základným patologickým procesom, ale znamená to súčasne získať celkový pocit fyzického a psychického zdravia a obnovenie stavu psychosociálnej homeostázy. A rehabilitačné programy vo svojej komplexnosti sa musia zamerať aj na tieto otázky a zdá sa, že práve u starého človeka táto oblasť je mnohokrát dôležitejšia ako otázka deficitu určitej funkcie v organizme. Treba zdôrazniť, že práve u starých ľudí popri stave prítomnej choroby s najrôznejším spektrom príznakov sa objavuje aj pocit osamelosti, ktorý nielen že vytvára osobitnú psychologickú situáciu, ale modifikuje celý priebeh chorobného procesu, ako aj proces reštitúcie a re-educácie. Výsledný vzorec daný stavom staroby, pocitom osamelosti a vedomím chronického ochorenia predstavuje pre každého mnohokrát neriešiteľnú úlohu. A zasiahnuť do všetkých hladín aktuálneho stavu u takého starého a chorého človeka je ťažkým medicínskym, psychologickým a psychosociálnym problémom. Zdá sa, že moderne koncipovaná a realizovaná rehabilitačná medicína tu má určité nádeje, pretože používa komplexné prostriedky zamerané nielen na biologicko-fyziologický substrát, ale aj na psychologickú štruktúru a psychosociálny základ. Záleží len na tom, aby v rehabilitačnej medicíne išlo práve o takýto komplex.

Dr. Miroslav Palát, Bratislava

Československá lekárska spoločnosť a Československá fyziatrická spoločnosť povorená Medzinárodnou saunologickou spoločnosťou v Helsinkách usporiadajú v dňoch 20. — 25. septembra 1982 VIII. Medzinárodný saunologický kongres v Piešťanoch.

Hlavné témy kongresu:

Sauna v medicíne

Historické a kultúrne pohľady na saunu

Technické zabezpečenie, architektúra, výstavba a prevádzka sáun

Festival filmov, fotografií, umeleckej tvorby o saune

Výstava typov sáun technických vybavení a potrieb, zdravotníckej techniky

Adresa sekretariátu kongresu:

Slovenská lekárska spoločnosť

Kongresové oddelenie

Mickiewiczova 18

813 22 Bratislava

PŮVODNÉ VEDECKÉ
A ODBORNÉ PRÁCE

PREVALENCE CHRONICKÝCH CHOROB U OSOB NAD 80 LET VĚKU

V. ZAREMBA

Ústav sociálního lékařství lékařské fakulty UK v Plzni

Vedoucí: doc. MUDr. V. Zaremba, CSc.

Souhrn: Na podkladě studia zdravotnické dokumentace 664 osob nad 80 let bylo zjištěno, že mezi nejčastější a společensky nejzávažnější chronické choroby patří v tomto věku choroby oběhové, pohybové, trávicí a dýchací soustavy. Pouze u 5,9 % osob nebyla zjištěna žádná chronická choroba.

Klíčová slova: Chronické choroby — prevalence — zdravotní péče.

Pro obraz celkové nemocnosti osob vyššího věku je typický vysoký výskyt chronických nemocí a jejich sdružování u téhož jedince (multimorbidity). Nemocnost chronickými chorobami stoupá s věkem [1].

V tomto sdělení předkládáme stručné údaje o prevalenci chronických chorob, jak vyplynuly z výzkumu osob nad 80 let věku.

Šetření bylo provedeno v r. 1977. Zahrnovalo 664 osoby (33 % mužů a 67 % žen). Šlo o reprezentativní vzorek občanů nad 80 let věku, kteří bydleli v Plzni a nebyli v době šetření v ústavním ošetřování. Údaje o výskytu chronických chorob jsme čerpali ze zdravotních záznamů obvodních lékařů.

Na jednu osobu připadalo průměrně 2,3 % diagnózy chronických chorob. Bez chronické choroby bylo 5,9 %, jen jedna choroba se vyskytla u 25,2 % osob. Dvěma nebo více chronickými chorobami trpělo 68,9 % a 39,1 % mělo tři nebo více chronických chorob.

Porovnáme-li naše údaje o celkové prevalenci chronických chorob s údaji zjišťovanými komplexními lékařskými prohlídkami, pak můžeme odhadnout, že v tomto věku je nepoznána asi třetina faktické nemocnosti chronickými chorobami. Tyto rozdíly mezi evidovanou a skutečnou nemocností nebudou u všech chorob stejné.

Nejčastěji se vyskytovaly choroby oběhové soustavy. Na tisíc osob připadalo 1015 diagnóz této skupiny, na všech diagnózách se podílely 43,9 %. Nebyly významné rozdíly mezi muži a ženami. Trpělo jimi více než dvě třetiny osob nad 80 let věku. Z nich na prvním místě byla ischemická choroba srdeční (častěji u mužů) a na druhém hypertenze (častěji u žen).

Druhé místo zaujímaly choroby svalové a kosterní soustavy. Jejich prevalence činila 413/1000 osob. Podstatně častěji se vyskytovaly u žen (417/1000) než u mužů (288/1000), a to zejména pokud šlo o osteoartrózy. U vertebrálního syndromu významné rozdíly nebyly zjištěny. Na všech diagnózách chronických chorob se podílely 17,9 % (u mužů 12,3 %, u žen 20,6 %). Chorobami pohybové soustavy trpěla skoro čtvrtina mužů a dvě pětiny žen.

V celkovém pořadí na třetím místě byly choroby trávicí soustavy. Na tisíc osob připadalo 155 diagnóz těchto chorob, bez významných rozdílů mezi muži a ženami. Na celkové prevalenci se podílely 6,7 %. U mužů šlo nejčastěji o kýly a peptický vřed, u žen o nemoci žlučníku a žlučových cest. Chorobami trávicí soustavy trpěl přibližně každý 6. — 7. muž a každá 7. žena.

Choroby dýchací soustavy zaujímaly celkově čtvrté místo: Na tisíc osob připadalo 140 diagnóz. U mužů byl výskyt 2,5krát vyšší než u žen. V chorobnosti mužů zaujímaly třetí místo, zatímco u žen až šesté místo. Na celkové prevalenci se podílely 6,1 % (u mužů 10,4 % a u žen 3,9 %). Trpěla jimi skoro čtvrtina všech mužů a méně než desetina žen.

Další místa zaujímaly nemoci očí, žláz s vnitřní sekrecí a poruchy výměny látkové, choroby močového a pohlavního ústrojí, zhoubné novotvary, duševní poruchy a infekční nemoci. Ostatní skupiny (mimo vyjmenované) měly prevalenci nižší než 50/1000 osob.

Na podkladě analýzy lze uzavřít, že mezi nejzávažnější chronické choroby ve vysokém věku patří choroby oběhové, pohybové, dýchací a trávicí soustavy (tab. 1). Na celkové prevalenci se tyto choroby podílejí skoro třemi čtvrtinami a jako hlavní diagnóza 84 %; nejčastěji se mezi sebou sdružují a jsou tak hlavní příčinou multimorbidity.

Z obrazu nemocnosti můžeme zhruba soudit na objem a diferencovanost potřeb zdravotní péče a na zatížení jednotlivých oborů léčebně preventivní péče. Obor rehabilitační je jedním z nejvíce zatížených. Proto také mezi hlavní úkoly rozvoje zdravotnictví v 7. pětiletce patří i rozšíření rehabilitace.

Péče o staré lidi musí být komplexní. Nestačí proto znát jen výskyt jednotlivých chorob, ale v praktické činnosti je třeba u každého jedince stanovit tzv. komplexní zdravotně sociální diagnózu (2), při níž důležitou úlohu hraje posouzení soběstačnosti a sociální situace starého člověka a zajištění pomoci druhé osoby.

Tabulka 1. Ukazatelé výskytu čtyř nejzávažnějších skupin chronických chorob u osob nad 80 let věku (n = 664)

Skupina chorob	Prevalence		Procento postižených osob	Podíl na hlavní příčině nepříznivého zdravotního stavu v %
	počet diagnóz na 1000 osob	struktura v %		
Choroby oběhové soustavy	1015,1	43,9	70,0	57,4
Choroby trávicí soustavy	412,6	17,9	35,2	16,5
Choroby svalové a kostrní soustavy	155,1	6,7	14,3	3,9
Choroby dýchací soustavy	140,1	6,1	13,9	6,2
Celkem tyto skupiny	1722,9	74,6	x	84,0

LITERATURA

1. PACOVSKÝ V., HERMANOVÁ H.: Zdraví a nemoc ve stáří. In: II. jihočeské gerontologické dny. Č. Budějovice 1977. Sborník přednášek a referátů, s. 95 — 97.
2. ZAREMBA V.: K problematice měření zdravotních potřeb ve vyšším věku. Čs. Zdrav., 26, 1978 — 4: 163 — 167.

Další literatura u autora.

Adresa autora: V. Z., Karlovarská 48, 301 67 Plzeň

В. Заремба

ПРЕВАЛИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ СТАРШЕ 80 ЛЕТ

Резюме

На основании изучения медико-санитарной документации 664 лиц старше 80 лет было установлено, что к наиболее частым и социально важным хроническим заболеваниям этого возраста относятся заболевания кровообращения, органов движения, пищеварения и дыхательной системы. Лишь у 5,9 % лиц не было обнаружено хроническое заболевание.

V. Zaremba

THE PREVALENCE OF CHRONIC DISEASES IN PERSONS OVER THE AGE OF 80

Summary

On the basis of a study of health documentation in 664 persons over the age of 80 it was determined that among the most frequent and socially most serious chronic diseases are in this age group, diseases of circulation, of the motor system and of the digestive and respiratory system. Only in 5,9 % of these persons no chronic disease was detected.

V. Zaremba

DIE PRÄVALENZ CHRONISCHER ERKRANKUNGEN BEI PERSONEN IM ALTER VON ÜBER 80 JAHREN

Zusammenfassung

Auf der Grundlage einer Untersuchung der medizinischen Dokumentation über 664 Personen im Alter von über 80 Jahren wurde festgestellt, daß in diesem Alter Erkrankungen des Blutkreislaufes, der Bewegungsorgane, des Verdauungs- und Atmungssystems zu den häufigsten und sozial beschwerlichsten gehören. Bloß bei 5,9 % aller beobachteten Personen wurde keinerlei chronische Erkrankung festgestellt.

V. Zaremba

LA PRÉÉMINENCE DES MALADIES CHRONIQUES CHEZ LES SUJETS DÉPASSANT L'ÂGE DE 80 ANS

Résumé

Sur la base d'une étude de documentation médicale chez 664 sujets âgés de plus de 80 ans, il fut constaté que les affections chroniques les plus fréquentes et plus graves à cet âge sont les troubles circulatoires, les troubles moteurs, les troubles de l'appareil digestif du système respiratoire. Chez 5,9 % de sujets seulement ne fut constatée aucune maladie chronique.

GERHARD LEKSZAS

HEILSPORT IN DER ORTHOPÄDIE

Léčebný sport v ortopedii

II. přepracované vydání, nakl. VEB Volk und Gesundheit Verlag, Berlin, 84 obr. a 32 tab., spolupráce H. König, Dipl. učitel sportu Dr. med. D. Riede a Dr. med. H. Runge

Monografie vyšla po čtyřech letech znovu s některými kapitolami přepracovanými, aktualizovanými a rozšířenými celkem o 50 stran. Rozšířená byla kapitola o „domácích úkolech“, a to také s využitím impanderů. Úkoly jsou diferencovány k možnostem a opět zpřístupněny názornými obrázky. Dále jsou podrobněji zpracovány bohaté zkušenosti známých her v Reideburgu, vložena kapitola o akceleraci růstu a zhoršení držení těla, přepracována a rozšířena kapitola o jízdě na koni, rozšířena kapitola o objektivizaci dynamické svalové síly a o využití konturografie. Je připojena kapitola o léčebném sportu jako odborném vyučovací předmětu, a nakonec koncepční prognosa léčebného sportu s vyjádřením potřeb ve vybavení personálním, prostorovým i materiálovém.

Kniha má nejenom informovat o současném stavu léčebného sportu v NDR, ale svými učebními návody zvyšovat jeho účinnost v praxi i dávat směr dalšímu společnému výzkumu. Současně má být určitým návodem k počínání pro široký okruh zainteresovaných pracovníků i studentů. Za hlavní prostředek považuje gymnastiku nemocných (synonymum: ortopedické ošetření cvičením) a sport, zatím co o dalších možnostech a součástech rehabilitace (např. o ergoterapii nebo léčebné výchově k soběstačnosti) se vyjadřuje velmi skoupě nebo vůbec ne. Autor vehementně obhajuje vlastní termín „léčebný sport (Heilsport)“, jenž má zachycovat profylaktický, léčebný i rehabilitační obsah pojmu, k němu se pak přiřazuje sport postižených, jakož i zdravotní a zvláštní školní sport. Pro nás poněkud neobvyklé je jakési oddělování terapie od rehabilitace.

Propracována je rozsáhlá kapitola me-

todických návodů na dvanáct cvičebních hodin, které jsou účelně uspořádány s patřičnou gradací a lze v nich pozorovat snahu o aplikaci zkušeností ze sportovní medicíny (autor má kvalifikaci pro ortopedii a sport. medicínu, jeden z uvedených spolupracovníků je diplomovaným sportovním učitelem, což je v mnoha ohledech přínosem.) Detailně je propracována kapitola o léčebném využití jízdy na koni, kde je zajímavé užití termínu „léčebný kůň (Therapiepferd)“ a sdělení, že dosud bylo v NDR vyškoleny na 180 pracovníků pro tuto činnost, což samo o sobě dává obraz o využití jedné z možností. Prospěšnou se jeví také nově vložená a dosti rozsáhlá kapitola o „páteřním programu“ pro pacienty s užitečnými radami nejen pro cvičení, ale i pro počínání si při běžných denních činnostech.

Celkem pak dílo představuje jistý ucelený systém, který byl propracováván po čtrnácti letech na společném pracovišti autorů na ortopedické klinice university M. Luthera v Halle a jeho součástí — rehabilitačním oddělení v Reideburgu. Kniha je zpracována s příslušnou důsledností, přesto se však nemůžeme zbavit dojmu, že systém je poplatný dosti šablonovitému způsobu myšlení, danému snad také úzkou návazností na základní obor, a že by nebylo na škodu využívat více obecných znalostí z aplikované fyziologie (např. při posilování, testování funkční zdatnosti a pod.) a zejména z neurofyziologie.

Kniha je vtištěna na křídovém papíru, černobílé obrázky i tabulky jsou zcela zřetelné, přehledné, vazba knihy je pevná na rozdíl od prvního vydání. Neměla by chybět v knihovně těch, kdož se o rehabilitaci vážně zajímají.

Dr. J. Stříbrný, Hrabyně

POHYBOVÁ AKTIVITA VE VYŠŠÍM VĚKU

R. ŠIDLO, S. VOŽEHOVÁ, J. NOVÁK, H. ZAVÁZALOVÁ

Ústav sociálního lékařství LF UK v Plzni

Vedoucí: doc. MUDr. V. Zaremba, CSc.

Ústav tělovýchovného lékařství LF UK v Plzni

Vedoucí: MUDr. M. Přibil

Souhrn: Autoři sledovali v souboru 920 osob ve stáří nad 60 let pohybovou aktivitu v minulosti a současnosti. Bylo zjištěno, že i ve vysokém věku je zájem o přiměřenou tělesnou činnost. Proto navrhuje, aby se zdravotní výchova věnovala intenzivně propagaci sportu jako jedné z cest prevence stárnutí již v nižších věkových skupinách; pro osoby vyššího věku by bylo účelné vytvořit podmínky k soustavnému cvičení, na jehož náplni by se podíleli lékaři, rehabilitační pracovníci a cvičitelé.

Klíčová slova: Pohybová aktivita — pracovní aktivita — sociální status — starý člověk — soustavné cvičení.

Zlepšováním zdravotních, sociálních i ekonomických podmínek roste u nás počet osob v poproduktivním věku podobně jako v ostatních vyspělých zemích. Tento přírůstek představuje závažný problém, jemuž naše společnost věnuje náležitou pozornost. Mimořádný význam pro udržení práce schopnosti v širším slova smyslu, soběstačnosti i pocitu užitečnosti pro okolí má dobrá pohybová aktivita, na kterou jsme se v tomto sdělení zaměřili.

Materiál a metody

Sledovaný soubor tvořilo 920 osob starších šedesát let, žijících trvale v Plzni. Šetření bylo provedeno v roce 1980 jako součást sběru údajů o zdravotní a sociální situaci osob vyššího věku. Pro potřeby ObvNV je prováděli studenti 6. ročníku v rámci praktické výuky. Bylo použito anonymního dotazníku, který zahrnoval tyto okruhy otázek: pracovní aktivita v současné době a v minulosti; druh sportovní činnosti v současné době a v minulosti; případný zájem o pohybovou činnost; kouření. Pro toto sdělení byly vybrány jen ony části, které se týkaly pohybové aktivity. Ke statistickému zhodnocení byl použit test chí kvadrát.

Výsledky

V souboru 920 osob, vytvořeném nenáhodně a tedy nereprezentativně (složení bylo určeno potřebami NV), bylo 353 mužů a 567 žen. Věkovou strukturu

uvádí tabulka 1. Relativně nepatrné zastoupení skupiny 60 — 64 let je způsobeno tím, že sociální odbory soustředily pozornost na osoby 65tileté a starší.

Tabulka 1. Složení souboru podle věku a pohlaví

Pohlaví Věk	Muži		Ženy		Celkem	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
60 — 64	10	1,1	21	2,3	31	3,4
65 — 69	127	13,8	188	20,4	315	34,2
70 — 74	126	13,7	174	18,9	300	32,6
75 — 79	58	6,3	108	11,7	166	18,0
80 — 84	29	3,2	54	5,9	83	9,1
85 a více	3	0,3	22	2,4	25	2,7
Celkem	353	38,4	567	61,6	920	100,0

Pohybová aktivita v minulosti byla mnohem intenzivnější u mužů, jichž sportovalo 274 (77,4 %) než u žen 307 (tj. 54,1 %). Rozdíl je statisticky významný na hladině 0,01. Šlo převážně o formy rekreační (závodně sportovalo 22 % mužů a 5 % žen). Muži uváděli nejčastěji kopanou (16 %), ZTV (13 %), cyklistiku (9 %), lyžování (8 %), lehkou atletiku (6 %), turistiku (5 %), dále veslování, házenou, hokej, jízdu na koni atd. Ženy prováděly nejvíce ZTV (23 %), lyžování (4 %), dále plavání, gymnastiku, cyklistiku, turistiku, bruslení, tenis, stolní tenis, atletiku, házenou, odbíjenou atd.

Pohybová činnost v současnosti je omezena na formy méně náročné a věnuje se jí 50 respondentů (5,5 % celkem, 7 % mužů a 5 % žen), muži statisticky významně častěji. Jde převážně o procházky a kondiční cvičení. Na otázku: „Kdy bych měl možnost, vybral bych si v současné době nejraději“: uvedlo 69 respondentů práci na zahrádce a procházky (30 % mužů a 65 % žen), pak kopanou, plavání a jogy.

Diskuse

Pohybová aktivita a sportovní činnost ovlivňují příznivě fyzický i psychický stav starších osob a podílí se na zachování soběstačnosti. Pravidelně prováděná tělesná výchova působí preventivně při vzniku celé řady chorob, hlavně civilizačních.

V našem souboru mohlo v minulosti, ale hlavně v současnosti mnohem více osob věnovat péči tělesné aktivitě. K pravidelnějšímu cvičení však dochází ve vyšším věku převážně až na doporučení lékaře. V této fázi lidského života má tedy tělesná výchova i léčebný význam. K naplnění složky preventivní a kurativní by bylo vhodné zaměřit tímto směrem zdravotní výchovu nejpozději ve čtvrtém či pátém deceniu, aby byl vypěstován návyk tělesné aktivity jako jedné z cest prevence stárnutí. Osobám vyššího věku je třeba umožnit pravidelná cvičení v dobách, kdy tělocvičny a hřiště jsou nevyužita (důchodcům

zpravidla na denní době nezáleží). Náplň hodin by bylo ovšem nutné připravit ve spolupráci lékařů, rehabilitačních pracovníků a cvičitelů. Snížily by se tak nároky na rehabilitační oddělení a řada osamělých občanů by našla možnost navázat nová přátelství.

Adresa autora: R. Š., Ústav sociálního lékařství LF UK, Plzeň

Р. Шидло, С. Вожегова, Й. Новак, Г. Завазалова
ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ В СТАРШЕМ ВОЗРАСТЕ

Резюме

V skupině 920 lidí v věku nad 60 let autoři studovali fyzickou aktivitu v minulosti a v současné době. Bylo zjištěno, že i v pokročilém věku lidé projevují zájem o vhodnou fyzickou aktivitu. Protože oni doporučují, aby sanitarno-hygienické výchovy bylo zaměřeno na intenzivní propagování sportu jako jednoho z cest prevence stárnutí již v mladších věkových skupinách; pro lidi staršího věku bylo by účelné vytvořit podmínky pro pravidelné cvičení, v sestavení kterých by měli účastníci lékaři, pracovníci rehabilitace a trenéři.

R. Šídlo, S. Vožehová, J. Novák, H. Zavázalová
PHYSICAL ACTIVITY IN ADVANCED AGE

Summary

In a group of 920 persons, age group over 60 years, physical activity of the past years and of the present time was followed up. It was found that also in advanced age there was a trend for adequate physical activity. It was therefore suggested that in health education intensive propagation should be devoted to sports, as one kind of prevention for aging, already in younger age groups. For persons of advanced age it would be useful to create conditions for systematic exercise, and physicians, physiotherapists and trainers should share in this programme.

R. Šídlo, S. Vožehová, J. Novák, H. Zavázalová
BEWEGUNGSAKTIVITÄT IN HÖHEREM ALTER

Zusammenfassung

Die Autoren beobachteten insgesamt 920 Personen im Alter von über 60 Jahren in bezug auf ihre Bewegungsaktivität in der Vergangenheit und Gegenwart. Es wurde festgestellt, daß auch im hohen Alter Interesse für eine angemessene körperliche Tätigkeit vorhanden ist. Daher empfehlen die Autoren, in der Gesundheitserziehung der Propaganda von Sporttätigkeit als einer Methode der Vorbeugung gegen das Altern schon in niedrigeren Altersstufen große Aufmerksamkeit zu schenken; für Personen in höherem Alter wäre es zweckmäßig, Voraussetzungen für systematisches Turnen zu schaffen, dessen Inhalt von Ärzten, Rehabilitationstherapeuten und Turninstruktoren gemeinschaftlich festgelegt würde.

R. Šídlo, S. Vožehová, J. Novák, H. Zavázalová
L' ACTIVITÉ MOTRICE DANS L' ÂGE AVANCÉ

Résumé

Les auteurs ont suivi dans un groupe de 920 personnes âgées de plus de 60 ans, la mobilité dans le passé et à l' époque actuelle. Il fut constaté que même dans l' âge

avancé un intérêt se manifestait pour l'activité physique conforme. Ils proposent que l'éducation médicale se consacre de façon plus intense à la propagation du sport comme l'une des voies de prévention de la vieillesse déjà à partir des groupes d'âges inférieures; pour les personnes plus âgées il conviendrait de créer des conditions favorables pour un exercice systématique à l'établissement duquel participeraient les médecins, le personnel de réadaptation et les instructeurs de culture physique.

F. G. PORTNOV

ELEKTROPUNKTURNAJA REFLEKSOTERAPIJA

Vydalo nakladatelství Zinatne, Riga 1980, 220 str.

Profesor Portnov je přednostou oddělení klinické biofysiky na medicínském institutu v Rize. Jeho monografie je věnována problematice akupunktury a elektroakupunktury, kterou se zabývá se svými spolupracovníky více než 25 let. Krom vlastních prací seznamuje autor čtenáře i s výsledky dalších, převážně zahraničních badatelů. Současně projevuje důkladné znalosti tradiční akupunktury.

První kapitola popisuje metodu „aerionické masáže“, kterou prof. Portnov vypracoval a prokázal tím, že aktivní oblasti kůže reagují na změny iontů v ovzduší. Další oddíl se věnuje morfologii a fyziologii kůže, zvláště z hlediska aktivních bodů. Autor zjistil úzký vztah aktivních bodů k cévám a nervům. Nově popisuje nahromadění žírných buněk v akupunkturálních bodech.

Stručně se autor zmiňuje o umístění aktivních bodů na tradičních drahách. Více místa věnuje naopak teoriím účinku akupunktury, který vysvětluje plně nervovými mechanismy. Vychází z anatomických poznatků o struktuře různých úrovní centrálního nervového systému, využívá

vratkové teorie bolesti i znalostí o účinku endorfinů.

V klinické části knihy je popis přístroje ELAP, který byl zkonstruován v Rize a nyní se v SSSR vyrábí. Přístroj provádí detekci bodů, elektrostimulaci různými proudy a mikroelektroforesu farmak do aktivních bodů. Dále uvádí autor statisticky podložené výsledky, získané při léčbě elektroakupunkturou u těchto onemocnění: vertebrogenní obtíže (ty pojímá bez přesnější diferenciace), astma bronchiální, alergická rinitida a při snížení krevního tlaku. U všech diagnos zahrnuje autor léčbu akupunkturou mezi jiné, tradiční typy léčby, které stručně charakterizuje.

V poslední kapitole uvádí autor své zkušenosti s elektropunkturou diagnostickou. Měřením kožního odporu v bodech srdeční dráhy zjistil u kardiaků průkazné odchylky ve srovnání s osobami zdravými.

Celá monografie se příznivě odlišuje od jiných publikací o akupunkturě tím, že neuvádí tradované, ale obvykle statisticky nepodložené účinky, nýbrž převážně výsledky vlastní práce, ať už experimentální, nebo klinické.

Dr. J. Votava, Praha

STAV POHYBOVÉ AKTIVITY STARÝCH LIDÍ (výsledky zdravotnické sondy)

Z. KUBÍN

Oddělení léčebné rehabilitace Fakultní nemocnice KÚNZ v Plzni
přednosta: MUDr. Zdeněk Kubín, CSc.

Souhrn: Formou chorobopisu vyšetřeno 595 osob věku od 60 let ve zdravotní sondě městského a venkovského obvodu Plzeňska a ve dvou domovech důchodců. Autor si všímá získaných údajů o limitujících faktorech pohybové aktivity, jako jsou prodělané nemoci hybného systému, bolesti kloubní a vyšší tělesná hmotnost. Sleduje i denní činnost a schopnost samoobsluhy. Současný životní styl civilizovaného člověka podle něho ovlivňuje výrazně i pohybovou aktivitu starce.

Klíčová slova: Pohybová aktivita — životní styl — starý člověk — denní činnost — samoobsluha.

Léčebná rehabilitace jako finalizující výsledky ostatních medicínských disciplín se musí nutně zajímat o geronty vzhledem k svému poslání resocializace, protože se podle Siggelkova² stará o obnovení a udržení tělesných a psychických funkcí. Snahou je zařadit staré osoby znovu do jejich zvyklého nebo pro jejich situaci lepšího nového prostředí, přičemž si můžeme dovolit zanedbat ekonomicko-produktivní aspekt. Obvykle nedostatečná lokomoční a činnostní schopnost je spouštěcím mechanismem pro přeměnu sociálních pozic a ztrátu mezilidských kontaktů. Rozhodli jsme se proto pro zdravotnickou sondu u osob časněho stáří, věku stařeckého a dlouhověkých v městské i venkovské populaci a v domovech důchodců, abychom zjistili jejich pohybovou a psychickou aktivitu.

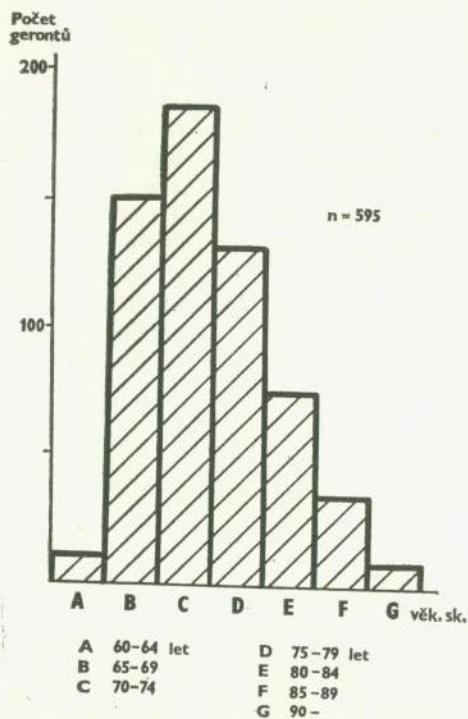
Sonda byla provedena vyšetřením formou podrobného chorobopisu, jehož nedílnou součástí bylo kompletní vyšetření svalů a hodnocení činnostní aktivity. Z takto získaného materiálu vyšetřením 595 osob věku od 60 let byla získána řada dat, z nichž vyjímáme jen ta podstatná. (Tabulka 1.)

Zjistili jsme, že údaje zdravotnických kartoték jsou nepřesné a pro naši práci se nehodí. Záměrně jsme raně stáří a věk stařecký rozdělili pro naše šetření po pětiletých skupinách, protože se domnívame, že toto rozdělení nejlépe vystihuje zvláštnosti a změny v hybnosti. Statisticky nevýznamnou se jeví skupina osob ve věku 60 — 64 let, protože v tomto životním období ještě řada osob pracuje a je většinou pro naše vyšetření nepostižitelná. (Graf 1, graf 2.) Polovina vyšetřovaných osob má nějaké stesky do bolestí v kloubech, výrazně však převažuje u obou pohlaví bolest lokalizovaná do kloubu kolenního.

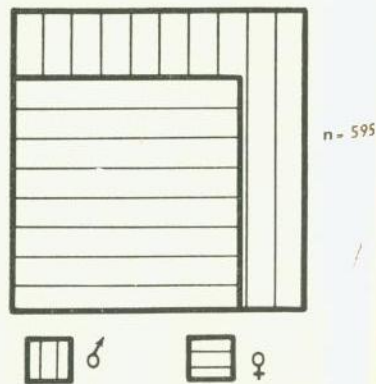
Tabulka 1. Věk vyšetřovaných ve sledovaných okrscích

Věk	♂ 233					♀ 362					součet
	PM	PJ	DDP	DDT	celk.	PM	PJ	DDP	DDT	celk.	
60-64	1			2	3	1		4	2	7	10
65-69	37	15		3	55	64	28	3	1	96	151
70-74	44	32	5	3	84	44	46	7	6	103	187
75-79	15	23	6	10	54	26	30	12	9	77	131
80-84	9	6	11		26	5	11	24	8	48	74
85-89		5	2	3	10	3	8	11	1	23	33
90-			1		1		1	5	2	8	9
celkem	106	81	25	21	233	143	124	66	29	362	595

PM — Plzeň — město obv. č. 44
 PJ — Plzeň — jih obv. č. 7
 DDP — Domov důchodců Plzeň — město
 DDT — Domov důchodců Tachov — Diana



Graf 1. Poměr vyšetřovaných ve věk. skupinách



Graf 2. Poměr vyšetřovaných žen a mužů

Tabulka 2. Bolesti v kloubech — převažující lokalita

Věk	♂					♀					celkem	%				
	O	C	RCP	CO	G	TC	O	C	RCP	CO			G	TC		
60-64				1							1	10	2	20,00		
65-69	4			1	6	14	1	8	3	12	24	3	151	76	50,33	
70-74	2	2			8	20	1	4	1	2	19	28	5	187	90	48,13
75-79	2			1	6	8	2	2		1	12	24	3	131	61	46,56
80-84	2				2	3					10	15	1	74	33	44,59
85-89					2						3	7		33	12	36,36
90-											1	1		2	22,22	
celkem	10	2	3		24	45	4	14	4	3	57	100	12	276		

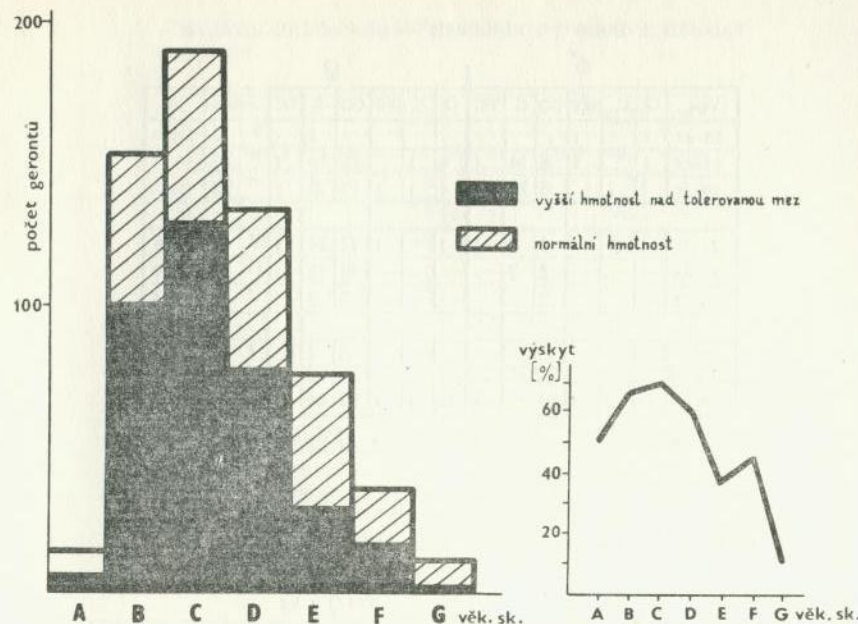
O — ramenní kloub CO — kyčelní kloub
 C — loketní kloub G — kolenní kloub
 RCP — zápěstní kloub TC — hlezenní kloub

Tabulka 3. Hmotnost vyšetřovaných

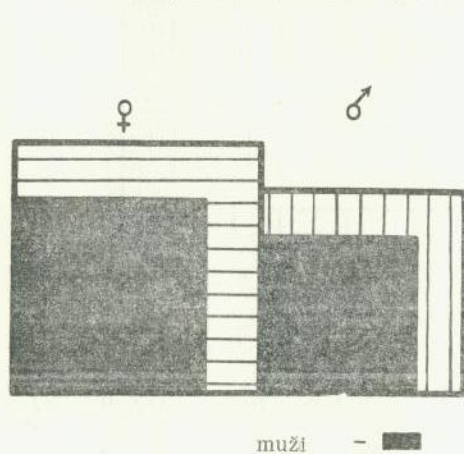
Věk	TH ♂ v kg							TH ♀ v kg							Σ	%		
	Tol.	<5	<10	<20	<30	<40	<	Tol.	<5	<10	<20	<30	<40	<			nevyš.	
60-64	1		1		2			4	2	1					1	80	5	50,00
65-69	21	5	13	9	4			25	10	28	21	13	4	3	3	151	102	67,55
70-74	26	7	28	21	2			30	29	19	9	4	1	1	1	187	130	69,52
75-79	25	6	16	7				27	3	22	14	9	1		1	131	78	59,54
80-84	15	2	7	2	1			30	3	5	6	1		1	1	74	28	37,84
85-89	3		3	2				13	2	7	1				2	33	15	45,45
90-	1							7		1						1	11,11	
celkem	92	20	68	41	9			136	20	93	61	32	9	6				
nadváha		233	138	59,23 %	-3 d			362	221	61,05 %	-5 g							

Tato skutečnost odpovídá tomu, že u žen jsou častější odchylky od osy ve směru genu varum a genu valgium i proto, že v anamnéze obou pohlaví jsou dosti častá traumatická poškození kolenních kloubů (Tabulka 2.).

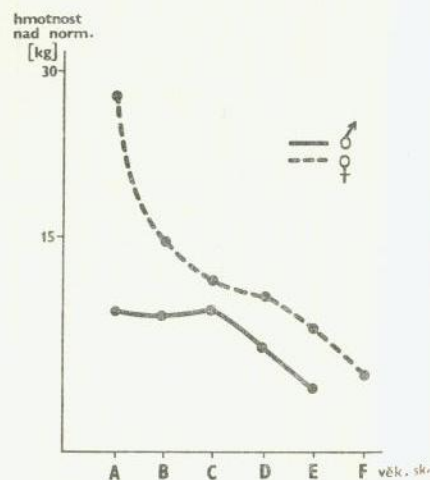
Pro naše hodnocení hmotnosti nad tolerovanou mez jsme mohli použít tzv. měřítka Broca-váhy anebo měřítka podle Jellifeho^{1/}. Rozhodli jsme se považovat za ideální hmotnost tu, která kolísá ± 2 kg kolem vypočtené Broca-váhy, protože ta dovoluje brát v úvahu i přestálé drobné poruchy ve výživě z různých příčin. Překvapilo nás, že největší přírůstek hmotnosti nad normu je mezi 65 — 74 lety a u žen nebylo zvláštností mít hmotnost vyšší i nad 40 kg přes tolerovanou mez. Pak se nedivíme, že řadě gerontů činí lokomoce obtíže a z přetížení kloubního aparátu se nakonec i zakóduje nechuť k pohybu vůbec (Tabulka 3, graf 3, 4, 5.).



Graf 3. Vyšetření hmotnosti gerontů



Graf 4. Vyšší hmotnost u žen a mužů



Graf 5. Průměrná vyšší hmotnost vyš. gerontů

Průměrná dávka denně ušlých km v aglomeraci vybavené místní dopravou a centry životních potřeb činí pro civilizovaného člověka 2 — 3 km. Stejná je lokomoční aktivita starých osob, avšak zářející je skutečnost, že mimo okresek bytu a byt samý se nepohybuje více jak čtvrtina vyšetřovaných mužů a zhruba necelé dvě třetiny vyšetřovaných žen. (Tabulka 4, 5, graf 6.).

Tabulka 4. Lokomoce vyšetřovaných ve vzdálenosti — denní počet ušlých km

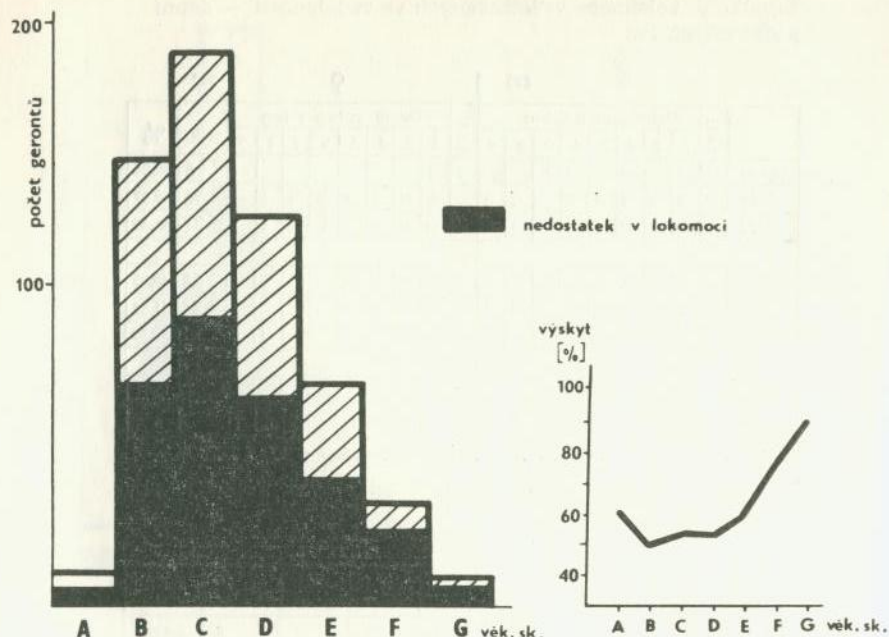
	♂ 233										♀ 362										celk.	%
	Leží	Denní pohyb v km									Leží	Denní pohyb v km										
	2	3	4	5	6	7	8	<	2	3	4	5	6	7	8	<						
60-64	1		1		1				2	1							¹⁰ 4	40,00				
65-69	1	3	7	4	8	2	1	3	16	11	5	8	5	1	2	¹⁵¹ 76	49,67					
70-74	10	11	13	5	3		4	4	6	13	11	7	3		1	1	1	¹⁸⁷ 87	46,52			
75-79	1	5	13	5	2	4		1	2	2	10	10	6	2	2	¹⁵¹ 64	48,85					
80-84	1	5	1	6	2	1	1	1	1	7	5	5	2		1	⁷⁴ 31	41,89					
85-89	2	1	1						4	5	1	1			1	³³ 10	30,30					
90-							1		2							⁹ 1	11,11					
součet	5	25	33	29	17	12	1	7	10	23	50	38	21	13	8	2	4	1				
	¹⁷² nepohybuje se 61 = 26,18 %										¹³⁷ nepohybuje se 225 = 62,15 %											

Tabulka 5. Nedostatek v lokomoci vztažený k věkovým skupinám a k počtu vyšetření

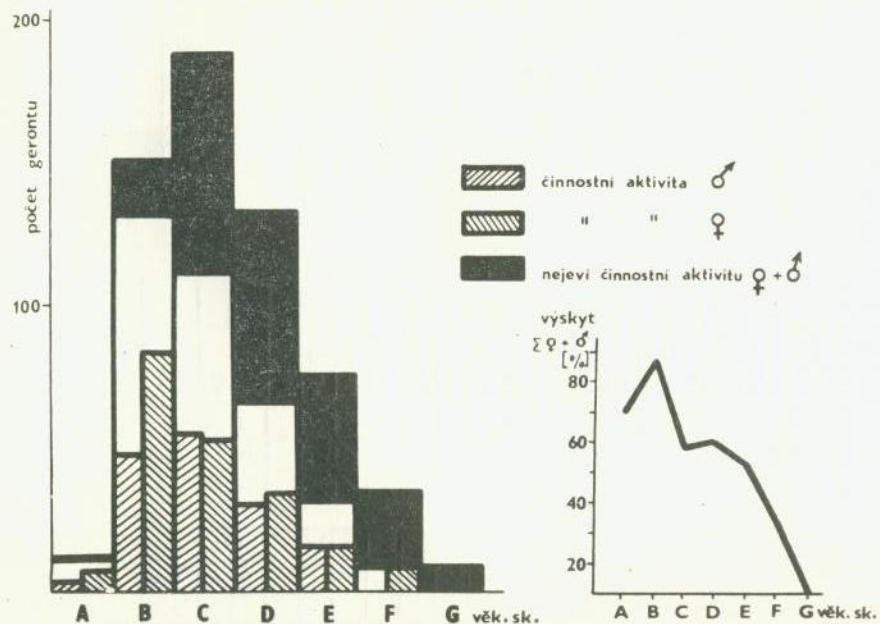
Věk	počet vyš.	ležící	bez lokom.	počet vyš.	ležící	bez lokom.	celkem	%
60-64	3			7	2	4	¹⁰ 6	60,00
65-69	55	1	26	96		48	¹⁵¹ 75	49,70
70-74	84		34	103	6	60	¹⁸⁷ 100	53,47
75-79	54	1	21	77	2	45	¹³¹ 69	52,67
80-84	26	1	7	48	7	28	⁷⁴ 43	58,10
85-89	10	2	4	23	4	15	³³ 25	75,75
90-	1		0	8	2	6	⁹ 8	88,89

Tabulka 6. Činnosti aktivita

Věk	♂														♀														%		
	nákup	dom. práce	péče o zvíře	péče o děti	péče o nemocného	šití, pletení	zahrad. práce	dřívna, údržba	brig. činnost	prac. v úlevě	prac. v plov. zam.	éluduje	vyučuje	veřejná činnost	jiné	nákup	dom. práce	péče o zvíře	péče o děti	péče o nemocného	šití, pletení	zahrad. práce	dřívna, údržba	brig. činnost	prac. v úlevě	prac. v plov. zam.	éluduje	vyučuje		veřejná činnost	jiné
60-64	1	3	1			1									3	4	1													⁹ 70,00	
65-69	1	4	8	4	3	1	13	1	8	13	16	15	1	4	4	8	4	3	1	13	16	15	1	4	3	1	4	2	2	¹⁵¹ 87,42	
70-74	1	6	5	15	1	7	1	3	3	1	3	20	15	1	1	6	5	15	1	7	1	3	3	1	3	20	15	1	1	¹⁸⁷ 58,82	
75-79	2	3	3	13	1	2	4	2		5	13	7	3		2	3	3	13	1	2	4	2		5	13	7	3		1	¹⁵¹ 50,38	
80-84	1	1	3	7	1	4	1	5		3	2	2	1	1	1	1	3	7	1	4	1	5		3	2	2	1	1	1	⁷⁴ 43,24	
85-89	1	1	5			2									1	1	5			2										³³ 24,24	
90-																															⁹ 0



Graf 6. Nedostatek v lokomoci



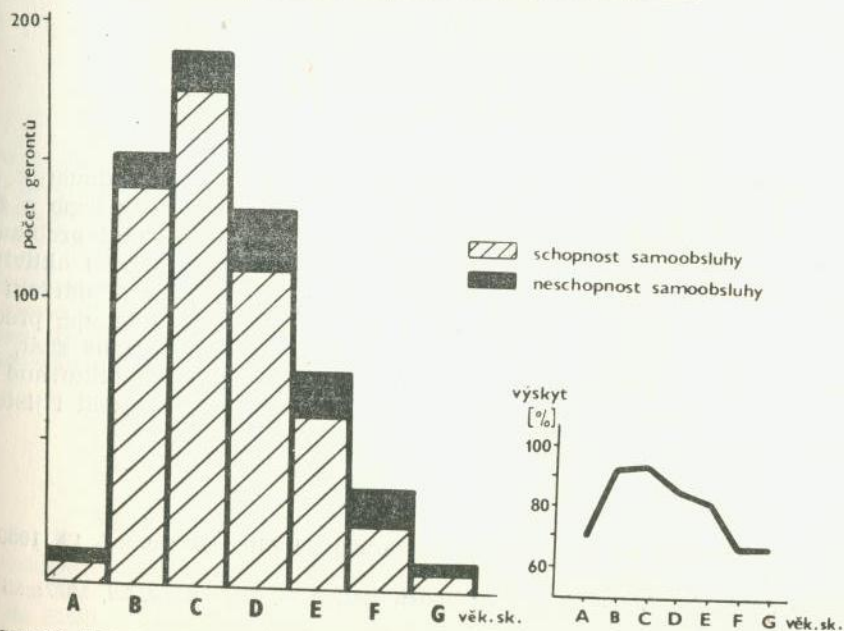
Graf 7. Činnosti aktivita

Údaje získané o činnosti aktivitě gerontů ukazují, že největší aktivita je v období 60 — 69 let věku. Týká se převážně práce na zahrádce, prací v domácnosti a péče o vnoučata. S přibývajícím věkem roste tendence být raději obsluhován (Tabulka 6, graf 7.).

Schopnost samoobsluhy vyšetřovaných gerontů je převážně velmi dobrá a největší kolem 65 — 74 let. Postupem věku klesá, pokles však není strmý

Tabulka 7. Schopnost samoobsluhy vyšetřovaných gerontů

Věk	♂					♀					celkem	%
	dobrá	dopomoc	odkaz na pomoc	příbor	lžice	dobrá	dopomoc	odkaz na pomoc	příbor	lžice		
60-64	3			1	2	4	1	2	3	4	¹⁰ 7	70,00
65-69	50	2	3	44	11	91	5		77	19	¹⁵¹ 141	93,38
70-74	79	4	1	65	19	95	3	5	78	25	¹⁶⁹ 174	93,05
75-79	42	5	7	31	23	70	5	2	41	36	¹³¹ 112	85,50
80-84	25		1	20	6	35	6	7	17	31	⁷⁴ 60	81,08
85-89	6	2	2	4	6	16	4	3	6	17	³³ 22	66,67
90-	1			1		5	1	2		7	⁹ 6	66,67
celkem	206	13	14	166	67	316	25	21	223	139	522	



Graf 8. Schopnost samoobsluhy

a mimo pomoc při oblékání a koupání jsou staré osoby schopny si provést většinu úkonů samy. Vyslovená závislost na pomoci druhé osoby je u těch, kteří prodělali závažná onemocnění nervové, interní a těžké onemocnění pohybového aparátu. Venkovská populace užívá při jídle většinou lžice, městská příboru (Tabulka 7, graf 8.).

Sledovali jsme i způsob lokomoce starých osob. I když převažuje celkem ideální chůze kyčelní, zbývá dost případů patologické chůze. Starý člověk musí jít raději namáhavější chůzí kyčelní, která umožní dobré nastoupení nohy a udrží těžiště v optimálním postavení. Nemůže si dovolit chůzi bez poloautomatických pohybů, protože pak je lokomoce nesnadná a může i ohrožovat starou osobu pádem, když chybí brzdící pohyb horních končetin (Tabulka 8.).

Tabulka 8. Typ lokomoce vyš. gerontů

Věk	Chůze								Souhyb HK			
	kyčelní	akrální	peroneál.	šouravá	parkin.	napadá	zvířecí	zvířecí	ideální	v lokti	bez souh. rameno	za osou
60-64	4	1		2			1			3	3	2
65-69	110	6	6	9		4		5	101	18	20	1
70-74	103	9	4	21		7	2	5	100	25	25	1
75-79	69	7	3	26	2	11	6	4	69	19	37	3
80-84	30	4	2	21		5	3	1	25	14	27	
85-89	9	1	2	5		3		2	9	4	9	
90-	4			3					2	2	3	
celkem	329	28	17	87	2	30	12	17	309	85	123	5
	63,03%			522					59,20%		522	

V našem sdělení se prokázalo, že současný životní styl vedoucí k chudé pohybové aktivitě se projevuje výrazně i do generace starých osob a že bez rozboru jednotlivých věkových skupin a komplexního pojmání problematiky stáří nelze vydávat šablonovité pokyny pro zvyšování pohybové aktivity gerontů. Snaha zastavit involuční proces vede často člověka k udržení toho, čeho předchozím životem dosáhl. Starý člověk, i když nerezignuje, přece jen postupem let z dosažených hodnot obvykle něco slevuje. Je třeba znát, v čem slevil podstatně a čeho se vzdává nerad a rozdělit námi rehabilitované osoby podle různých životních stylů, abychom z této pozice získali zpět i jistou pohybovou aktivitu starého člověka.

LITERATURA

1. RUIZ — TORRES, A.: Ungenügende Ernährung im Alter. Z. Geront. 13, 1980 — 1: 52 — 61.
2. ZIPPEL, CH.: Aspekte geriatrischer Rehabilitation. Z. Physiother. 29, 1977: 25 — 31.

Adresa autora: Z. K., Alešova 23, 320 24 Plzeň

З. Кубин
СОСТОЯНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СТАРЫХ ЛЮДЕЙ
(ИТОГИ МЕДИКО-САНИТАРНОГО ЗОНДАЖА)

Резюме

Формой истории болезни было обследовано 595 лиц в возрасте от 60 лет в медико-санитарном зондаже городского и сельского участков в окрестностях г. Пльзень и в двух домах пенсионеров. Автор обращает внимание на полученные данные о лимитирующих факторах двигательной активности, как напр. перенесенные заболевания двигательной системы, боли в суставах и чрезмерный вес. Он наблюдает и повседневную деятельность и способность к самообслуживанию. Современный образ жизни цивилизованного человека по его мнению сильно влияет и на двигательную активность старика.

Z. Kubin
EXERCISE ACTIVITY IN OLD PEOPLE (Results of a health investigation)

Summary

With the help of case histories 595 persons aged over 60 years were examined in the course of a municipal and rural health investigation in the district of Plzeň, at two pensioner's homes. The author recorded the gained dates about limiting factors of physical activity, such as consequences of diseases of the motor system, painful joints and increased body weight. Daily activities were also followed up and ability of self-sufficiency. According to the author does the present style of life of the civilized person influence significantly the physical activity of the old individual.

Z. Kubin
DER STAND DER BEWEGUNGSAKTIVITÄT ALTER MENSCHEN (Ergebnisse einer medizinischen Untersuchungs-sonde)

Zusammenfassung

In Form der Prüfung von Krankheitsbildern wurden 595 Personen im Alter von über 60 Jahren im Zuge einer medizinischen Untersuchungs-sonde in einem städtischen und einem ländlichen Distrikt in der Umgebung von Plzeň sowie in zwei Rentnerheimen beobachtet. Der Autor verfolgt dabei die gewonnenen Daten hinsichtlich der limitierenden Faktoren der Bewegungsaktivität wie überstandene Erkrankungen des Bewegungssystems, Gelenkschmerzen und Übergewicht. Er verfolgt auch ihre Alltags-tätigkeit und die Fähigkeit zur Selbstbetreuung. Der gegenwärtige Lebensstil des zivilisierten Menschen übt laut Ansicht des Autors wesentlichen Einfluß auch auf die Bewegungsaktivität der alten Menschen aus.

Z. Kubin
L'ÉTAT DE L'ACTIVITÉ MOTRICE DES VIEILLARDS (RÉSULTATS D'UNE EXPLORATION MÉDICALE)

Résumé

595 personnes, toutes âgées de plus de 60 ans, furent examinées et les données reportées sur leur bulletin de santé lors de l'exploration médicale de la banlieue et du district de Plzeň et dans deux Hospices de retraite. L'auteur prête attention aux données obtenues des facteurs limites de l'activité motrice, comme les troubles du systè-

me moteur, les douleurs articulaires et l'augmentation du poids. Il observe aussi l'activité quotidienne et l'aptitude aux libres-services. Selon l'auteur, le style de vie actuel de l'homme civilisé influence de façon expressive l'activité motrice du vieillard.

B. J. HARLAN, A. STARR, F. M. HARWIN

MANUAL OF CARDIAC SURGERY. VOL. II.

Příručka kardiologie. Sv. II.

Vydal Springer-Verlag, New York-Heidelberg-Berlin 1981
ISBN 3-540-90563-4

V roce 1980 vyšel v nakladatelství Springer-Verlag v New Yorku, Heidelbergu a Berlíně první svazek dvojdílné příručky kardiologie z pera prof. Harlana, Starra a Harwina [recenze v časopise Rehabilitácia 14, 1981, č. 3, str. 138]; v roce 1981 vychází druhý svazek tohoto díla moderní kardiologie. Číslování jednotlivých kapitol je pokračováním prvního svazku, takže druhý začíná kapitolou 14 a končí kapitolou 24. Rovněž stránkování druhého svazku navazuje na stránkování prvního dílu.

Jednotlivé kapitoly tohoto svazku věnují pozornost základním problémům kardiologie, především chlopňového aparátu, otázkám kardiologie Fallovy tetralogie a transpozice velkých cév. Jsou zařazeny i kapitoly o chirurgii komorového aneurysmu a postinfarktového komorového septálního defektu. Prakticky každá z kapitol je uvedena stanovením indikací

pro daný kardiologický zákrok, otázkami chirurgické strategie a technikou kardiologického zákroku včetně popisu jednotlivých kardiologických technik. Závěr kapitol představují výsledky těchto zákroků. Celá řada ilustrací, a především rozsáhlý přehled literatury dané tematické oblasti, zařazený vždy na závěr jednotlivých kapitol a uvedený na současný stav, doplňují tuto příručku, vydanou v řadě Comprehensive Manuals of Surgical Specialties.

Velkou výhodou recensovaného díla je jeho přehlednost, jeho názorné a informující ilustrace, takže celé dílo je vlastně kardiologickým atlasem, organicky doplněné zřetelným a dobře formulovaným textem, takže si jistě najde brzkou a trvalou cestu k chirurgům, zabývajícím se otázkami moderních zákroků na kardiálním systému.

Dr. P. Zeman, Praha

ZVLÁŠTNOSTI STAŘECKÝCH ZLOMENIN

J. NÁHODA

KŮNZ — Fakultní nemocnice v Plzni

Ortopedická klinika

Přednosta: prof. MUDr. J. Náhoda, DrSc.

Souhrn: Autor se stručně zmiňuje o typech zlomenin, přicházejících ve stáří nejčastěji. V prevenci těchto zlomenin upozorňuje na důležitost pravidelného udržování celkové tělesné kondice a na léčení stařecké osteoporózy. Indikace léčebného postupu závisí přímo na těchto dvou faktorech. U velmi starých lidí dáváme přednost uspokojivému funkčnímu výsledku před dokonalým výsledkem anatomickým.

Upozorňujeme na jednotlivé specifické zvláštnosti při léčení těchto zlomenin, kterými se liší od zlomenin mladého a středního věku. Hlavním problémem je maximální aktivita pacienta, soběstačnost a ztráta symptomů. Péče o pacienta je tak plánována a prováděna, aby došlo k co možná nejrychlejší restauraci normálních fyziologických funkcí. Zmiňuje se o některých specifických a obecných principech terapeutických, vedoucích ku dosažení tohoto cíle.

Klíčová slova: Zlomeniny — specifické zvláštnosti — starý člověk — prevence fraktur — osteoporóza.

Zlomeniny u starých lidí mají určité specifické zvláštnosti, které se týkají jak vzniku, tak typu zlomeniny i způsobu léčení a doléčování. Pro stáří jsou charakteristické určité zlomeniny, které zřídka vidíme v mládí nebo ve středním věku.

Podle statistik jsou ve věku přes 70 let nejčastější zlomeniny krčku stehenní kosti a pertrochanterické zlomeniny femoru — asi 35 %, na druhém místě je zlomenina Collesova — 16 %, další co do frekvence jsou zlomeniny krčku humeru — 14 %. Na čtvrtém místě jsou kompresivní fraktury těl obratlů. Zlomeniny jinde lokalizované jsou méně časté. Typickou zvláštností v anamnéze je neveliké násilí způsobující frakturu. Při vyšetřování musíme mít přirozeně na zřeteli možnost patologické zlomeniny jiné etiologie, např. metastázu tumoru, Milkmanův syndrom apod. Fraktury ve stáří se poměrně dobře hojí až na subkapitální zlomeninu krčku femoru, kde pro podstatnou poruchu prokrvení a nepříznivé staticko-dynamické poměry dochází velmi často k avaskulární nekróze hlavičky a k pakloubu.

Při léčení zlomenin u starých lidí je třeba vzít v úvahu celkovou fyzickou kondici pacienta, která je rozhodující. Konečná prognóza velmi závisí na výživě, stavu kardiiovaskulárního a respiračního aparátu, na mentální a emoční reakci na trauma. U starých lidí dochází k poměrně výraznějšímu vyždření posttraumatickému šoku, který při existující degeneraci orgánů, zejména sr-

dečního svalu a endokrinního aparátu je prvořadou otázkou, kterou chirurg musí řešit. Dalším nebezpečím pro pacienta je delší pobyt na lůžku. Nebojíme se u starých pacientů ani tak kalkulů ledvin z demineralizace skeletu jako komplikací z oblenění krevního oběhu — hypostázy v plicích, flebotrombózy, embolie, dekubitů a srdeční adynamie. Je třeba mobilizovat pacienta co nejdříve. Z možných léčebných metod volit takovou, která co nejméně pacienta obtěžuje a která dovoluje, aby nemocný v co možná nejkratší době opustil lůžko. Fixaci zlomeniny provádět co nejšetrněji, aby pacient měl co největší možnost pohybu částí postižené končetiny. Dbát o pohyb pacienta na lůžku. Dáváme přednost dobrému funkčnímu výsledku léčení v co nejkratší době před anatomickým výsledkem. Co možná nejkratší doba fixace dává možnost dobré rehabilitace funkce končetiny a celkového stavu nemocného.

V prevenci fraktur u starých lidí je třeba myslet na dva specifické faktory, které zvyšují frekvenci zlomenin ve vysokém věku. Je to zpomalení reflexů a osteoporóza. Starší lidé reagují pádem na nebezpečnou situaci. Nedovedou tedy rychle reagovat kontrolovaným úhybným pohybem tak, aby se zachránili, anebo nedovedou rychle odhadnout nebezpečí a rozhodnout se, jak akci mají zahájit. Jistě zde hraje mnohdy roli stařecká ateroskleróza, avšak velká část problému spočívá v neuromuskulární kontrole. Jokl ve studii o 1704 aktivních gymnastech mezi 60 až 82 léty věku prokázal statisticky, že trénovaná starší osoba má lepší kontrolu motorického aparátu nežli netrénovaná a dokonce lepší kontrolu než netrénovaná mladší osoba. Je známo, že soustavné tělesné cvičení má výborný inhibiční efekt na všechny projevy stárnutí. Zde se ukazuje důležitost systematického a kontrolovaného udržování fyzického stavu u starých lidí. Až do vzniku zlomeniny často nepoznaná osteoporóza je druhým faktorem, který predisponuje ku frakturám ve stáří a určuje predilekční místa zlomenin. Její diagnóza a terapie jsou nutné jak v prevenci, tak i při léčení zlomenin. Po šedesátem roce věku prudce stoupá křivka častosti fraktur ve stáří. Na jednu zlomeninu u mužů připadají tři zlomeniny žen. Při osteoporóze jde v podstatě o zmenšení počtu a zeslabení trabekul, které jsou normálně kalcifikovány. Základní chybou je redukce proteinové matrix kostí. Kost je proto křehčí a více lomivá, takže někdy může dojít ke stlačení pouhou vahou těla. Příkladem jsou vyklenutí intervertebrálních disků nebo spontánní kompresní fraktury těl obratlů při těžké osteoporóze. Osteoporotická kost se hojí dobře, ale pomaleji nežli normální kost. Vzhledem k tenké kortikalis je často osteosyntéza kovovými implantáty mechanicky nedostačující. Na tuto skutečnost je třeba myslet při léčení zlomenin u velmi starých lidí.

Etiologie osteoporózy je různá, ale nejčastější příčiny jsou: hormonální imbalance, která je častější u žen, faktor výživy a inaktivita s následným snížením tlaku na kostní tkáň. Stařecká osteoporóza může se po traumatu kombinovat s reflexní osteodystrofií (Sudeckova kostní atrofie) z neurovaskulární imbalance. Při Collesově zlomenině ve stáří přes 70 let bývá často distální partie radia pro značnou křehkost roztržena. Rovněž impakce fragmentů s následným zkrácením kosti vřetenní je častá. Je-li dislokace úlomků neveliká, upouštíme od přesné repozice a fixujeme dvěma sádrovými dlahami od metakarpofalangeálních kloubů až po loket v lehké volární flexi a ulnární dukci ruky. Předloktí je v pronaci. Po čtrnácti dnech změním obvaz a fixujeme ve fyziologické poloze na další čtyři týdny. Od počátku fixace doporučujeme

aktivní cvičení pohybů prstů, lokte a ramene. Je-li větší dislokace s eventuálním nebezpečím posttraumatické Madelungovy deformity s následnou nepříjemnou tenzní periostitidou z přetažení ulnárního kolaterálního vazů, přistupujeme k repozici za anestezie svodné nebo celkové podle stavu pacienta. Je třeba mít na paměti při léčení této fraktury ve stáří, že klinický výsledek není vždy shodný s rentgenogramem. Mobilizujeme-li zápěstí včas, nemusíme se obávat ani většího omezení pohybu ani Sudeckovy kostní atrofie.

Zlomeniny proximální části humeru ve stáří jsou rovněž velmi často komminutivní. Vzácné a charakteristické pro stáří jsou supratuberkulární zlomeniny anatomického krčku. Jsou častější u žen, a proto je Malgaine označil názvem „fractures des vieilles femmes“. Intrakapsulární zlomenina ohrožuje vitalitu hlavice. Naštěstí nejsou zlomeniny chirurgického krčku častější. Základem léčby je jednoduchost a včasná mobilizace. Léčíme je závěsným obvazem (handing cast), který uspokojivě reponuje i větší dislokace. Dáváme analgetika a po dvou týdnech počínáme s mírným cvičením. Po čtyřech týdnech snímáme závěs. V pátém až šestém týdnu při dobré péči o rehabilitaci dá většina pacientů ruku nad hlavu, i když nedosáhneme dokonale repozice. Repozici za blokády plexu brachiálního nebo v celkové anestezii rezervujeme pro těžké dislokace nebo pro luxační fraktury. Po repozici fixujeme Dessaultovým obvazem na dva až tři týdny. Je-li ohrožena životnost hlavice, nebo nepodaří-li se nám reponovat luxační frakturu, zasahujeme operativně tak, že nahradíme hlavicí endoprotézou. Dobré výsledky dává i pouhá exstirpace hlavice. Včasná mobilizace je i zde klíčem k úspěšnému obnovení bezbolestného pohybu v rameni. Artrodézu ve funkčním postavení provádíme při roztržitých zlomeninách jen u velmi dobře komponovaných pacientů.

Fraktury obratlových těl ve vysokém věku jsou prakticky vždy spojeny s osteoporózou. Predilekčně je postiženo osm distálních thorakálních a tři proximální lumbální obratle, z toho nejčastěji Th 12 a L 1. Většinou není přítomno postižení inervace. Jakékoliv pokusy o repozici hyperextenzí jsou neúčelné a přímo kontraindikovány, protože další nutná imobilizace zvětšuje osteoporózu. Bick a Copel demonstrovali 35 starých pacientů po manipulativním napravení, pouze v jednom případě byl rtg průkaz zřejmého rozvinutí komprimovaného obratle. Do další kontroly došlo u tohoto pacienta k opětovnému stlačení postiženého obratlového těla navzdory adekvátní imobilizaci. Ordinujeme rovně lůžko a rehabilitační cvičení k vytvoření svalového korzetu (Magnusova metoda). Energeticky léčíme osteoporózu (hormonální terapií prodloužíme na řadu period). Pečujeme o dobrou střevní peristaltiku, neboť zde není vzácnou komplikací paralytický ileus. Dáme zhotovit lehký podpurný korzet, ve kterém dovoluujeme pacientovi vstát z lůžka.

Intertrochanterické a pertrochanterické zlomeniny jsou asi v jedné čtvrtině tak rozsáhle roztržité, nebo je kost tak osteoporotická a celkový stav pacientů tak špatný, že nelze provést operativní fixaci. Tyto případy léčíme distrakcí v závěsu obou dolních končetin až do kalcifikace svalku, která nastává asi v osmém až desátém týdnu. Pak ordinujeme aktivní cvičení. Zatěžování dovoluujeme až po konsolidaci zlomeniny.

Zlomeniny krčku kosti stehenní u starých lidí léčíme vesměs operativně. Pokud to nedovoluje celkový stav pacienta, léčíme Zahradníčkovou extenzí ev. botičkou. Repozice a fixace sádrovou spikou není vhodná, neboť předpokládá

dlouhou imobilizaci. Kromě toho znehybnění úlomků není zde nikdy absolutní a to spolu se současnou poruchou prokrvení proximálního fragmentu dává možnost vzniku pakloubu. Pak léčíme valgizační osteotomií.

Ukazuje se, že není důvodu rozdělovat zlomeniny krčku na abdukční a addukční. Mechanismus zlomeniny je vždy týž: je to násilí působící ve směru zevní rotace. Rovina lomu není přesně transversální, ale více spirální a k proximálnímu fragmentu je připojena kostní lamela z dorzální partie krčku. Nemá-li dislokace veliká, fragmenty jsou zaklíněny, rovina lomu na skiagramu se zdá být více horizontální. Působí-li rotační násilí dále, fragmenty se oddalují a rovina lomu v předozadní rtg projekci se zdá být více vertikální. Ve skutečnosti však plocha lomu je vždy táž. Domníváme se, že prognóza hojení zlomeniny krčku přímo závisí na prokrvení centrálního fragmentu. Čím je zlomenina proximálnější, tím je stav výživy a hojení horší. Předpokladem úspěchu je správná repozice. Pro zhojení je lepší lehké valgózní postavení proximálního úlomku s intususcepcí krčku než-li repozice kortikalis na kortikalis. Viděli jsme často pakloub po anatomické repozici a dokonalé vnitřní fixaci.

Způsobů vnitřní fixace bylo navrženo. Hřeby, šrouby, destičky, kostní štěpy a kombinace hřebů s kostními štěpy. Operujeme uzavřenou metodou. Po operaci fixujeme lehkou spikou na 14 dní. Armstrong doporučuje nefixovat, dává pouze botu s horizontální příčkou připevněnou k podpatku, která zamezuje rotaci končetiny. Po sejmutí obvazu začínáme s rehabilitací. Průměrně do konce čtvrtého měsíce nedovolíme sebemenší zatěžování. Další léčebný postup závisí na rtg obraze postupu konsolidace zlomeniny.

U pacientů, kteří již před zlomeninou krčku kosti stehenní měli těžkou deformitu kyčle nebo koxartrózu, u subkapitálních fraktur krčku, kde předpokládáme avaskulární nekrózu hlavice, dále u pacientů s luxační zlomeninou krčku indikujeme vždy primární náhradu hlavice alloplastickou endoprotézou anebo totální protézou kyčle. Včasná cílená rehabilitace je zde metodou volby.

Adresa autora: J. N., Ortopedická klinika, Fakultní nemocnice, Plzeň

Й. Нагода
ОСОБЕННОСТИ СТАРЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ

Резюме

Автор вкратце касается типов в чаще всего встречающихся в старости переломов. В области предупреждения он обращает внимание на необходимость регулярной заботливости об общем физическом состоянии и на лечение старческого остеопороза. От этих двух факторов прямо зависит назначение лечебного метода. У людей преклонного возраста мы предпочитаем удовлетворительный функциональный результат абсолютному анатомическому результату.

Внимание обращается на отдельные специфические особенности при лечении этих переломов, которыми они отличаются от переломов в молодом и среднем возрасте. Основной проблемой является максимальная активность больного, самостоятельность и исчезновение симптомов. Забота о больном составляется и осуществляется таким образом, чтобы как можно скорее наступило возобновление нормальных физиологических функций. Автор касается некоторых частных и общих терапевтических принципов, ведущих к достижению этой цели.

J. Náhoda
PECULIARITIES OF FRACTURES IN THE SENIUM

Summary

The author briefly mentions the types of fractures occurring most frequently in old age. For prevention of these fractures he draws attention to the importance of the upkeep of general physical condition and to the treatment of senile osteoporosis. The indication of therapeutical approach depends directly upon those two factors. In very old persons priority is given to satisfactory functional results before excellent anatomic results.

Individual specific peculiarities in the treatment of fractures are presented which considerably differ from fractures in young and middle age. The chief problem is a maximal activity of the patient, independence and absence of symptoms. Therapy is planned and carried out in order to restore as quickly as possible physiological functions. The author also mentions some specific and general therapeutical principles leading to the achievement of the mentioned aim.

J. Náhoda
BESONDERHEITEN DER KNOCHENBRÜCHE BEI GREISEN

Zusammenfassung

Der Autor erwähnt kurz die im Greisenalter häufigsten Typen von Knochenbrüchen. Als Vorbeugungsmaßnahme gegen derartige Knochenbrüche hebt er die Bedeutung der regelmäßigen Pflege der allgemeinen physischen Kondition und der Behandlung der senilen Osteoporose hervor. Die Indikation des Heilverfahrens ist direkt von diesen beiden Faktoren abhängig. Bei sehr alten Menschen ist eine befriedigende Besserung der Funktionen einer vollkommenen anatomischen Wiederherstellung vorzuziehen.

Im weiteren erläutert der Autor verschiedene spezifische Besonderheiten bei der Behandlung dieser Knochenbrüche, mit denen sie sich von Knochenbrüchen der jungen und mittleren Altersstufe unterscheiden. Das Hauptproblem besteht in der Erzielung der maximalen Aktivität des Patienten, seiner Selbstgenügsamkeit sowie in der Beseitigung der Symptome. Die Betreuung des Patienten wird derart geplant und durchgeführt, daß eine schnellstmögliche Restauration des normalen physiologischen Funktionen eintritt. Es werden einige spezifische sowie auch allgemeine therapeutische Prinzipien dargelegt, die zu dem erwähnten Ergebnis führen.

J. Náhoda
LES PARTICULARITÉS DES FRACTURES DES VIEILLARDS

Résumé

L'auteur traite brièvement les fractures typiques les plus fréquentes dans la vieillesse. Dans la prévention de ces fractures, il fait observer l'importance du maintien régulier de la condition physique générale et la thérapie de l'ostéoporose des vieillards. L'indication du procédé thérapeutique dépend directement de ces deux facteurs. Chez les vieillards les plus âgés, on donne la préférence au résultat fonctionnel satisfaisant devant le résultat anatomique parfait.

Il attire l'attention sur plusieurs particularités spécifiques dans la thérapie de ces fractures qui diffèrent des fractures de l'âge jeune et moyen. Le problème principal est le maximum d'activité du patient, la suffisance à soi-même et la perte des symptômes. Les soins accordés au patient sont planifiés et effectués de façon à ce qu'il

soit possible de restaurer le plus rapidement les fonctions physiologiques normales. II mentionne certains principes thérapeutiques spécifiques et généraux permettant d'atteindre ce but.

V. FERÁK, Š. SRŠEŇ
GENETIKA ČLOVEKA

I. vydanie 1981 vydalo Slovenské pedagogické nakladateľstvo v Bratislave

V Slovenskom pedagogickom nakladateľstve v Bratislave vychádza v roku 1981 „Genetika človeka“—vysokoškolská učebnica pre prírodovedecké a pedagogické fakulty vysokých škôl. V Československu je relatívne málo monografií a učebníc o genetike, hoci tento medicínsko-prírodovedný odbor prekonal v uplynulých 20 rokoch explozívny vývoj. Ferákova a Sršňova učebnica predstavuje podľa názoru recenzenta vynikajúce dielo, ktoré sa v jednotlivých kapitolách zaoberá všetkými oblasťami modernej genetiky a rozoberá ich. V jednotlivých kapitolách opisujú autori predmet, metódy a členenie genetiky človeka (Ferák), molekulový základ dedičnosti (Ferák), cytogenetiku človeka (Sršeň), pravdepodobnosť a štatistiku v genetike človeka (Ferák). Ďalšie kapitoly venujú pozornosť genetickým javom v rodinách a rodokmeňoch (Ferák), otázkam mutácií a mutagenézy (Ferák), dedičnosti a prostrediu (Ferák), genetike populácie (Ferák), zaujímavej problematike dedičnosti normálnej variability (Fe-

rák) a genetike v medicíne (Sršeň). Posledné dve kapitoly vysokoškolskej učebnice sa zaoberajú rastom poznatkov, vývojom názorov v genetike človeka (Ferák, Sršeň) a slovníkom genetických termínov.

Hoci učebnica predstavuje rozsiahlejšie dielo tohto druhu, je vhodne doplnená početnými grafmi, obrázkami, tabuľkami a fotografiami. Prínosom učebnice je nesporné prehľad literatúry v závere každej kapitoly. Register ukončuje toto pozoruhodné dielo slovenských genetikov—jedného prírodovedca a jedného lekára. Učebnica „Genetika človeka“, ktorá je určená pre vysokoškolské štúdium na prírodovedeckých a pedagogických fakultách, nájde iste veľký ohlas medzi lekármi. Aj keď genetika človeka je súčasťou biológie na lekárskejších fakultách, treba zdôrazniť, že by bolo vhodné, aby sa s niektorými kapitolami tejto učebnice oboznámili aj lekári. Jednoducho preto, že tieto kapitoly sú dobré a pedagogicky významné.

Dr. M. Palát, Bratislava

A. MENKYNA, V. KRČMÉRY, J. ŠTEFANOVIČ, K. PAŠTEKOVÁ
TABELÁRIUM ANTIBIOTÍK

Vydalo Vydavateľstvo Osveta n. p. Martin 1981 — 1. vydanie

Vydavateľstvo Osveta v Martine pripravilo v roku 1981 do tlače drobnú príručku určenú pre orientáciu lekárov v súčasnej explózii antibiotickej terapie. Úvodom autori zdôrazňujú prečo volia formu tabuliek, lebo prakticky celá publikácia je usporiadaná do tabuliek. Tabuľková forma je totiž vysoko orientačná a každý lekár, odborný, závodný či prakticky nájde takto rýchlym spôsobom príslušnú informáciu.

Tabelárnou formou sú uvedené základné údaje o antibiotikách a chemoterapeutikách, dávkovanie a niektoré farmakologické vlastnosti antibiotík, niektoré vlastnosti antibiotík a chemoterapeutík, a niektoré zásady antibiotikoterapie v obvodných a závodných ambulanciách a na nemocničných oddeleniach. Krátky prehľad literatúry a orientujúci register ukončujú túto malú príručku.

Dr. M. Palát, Bratislava

METODICKÉ PRÍSPEVKY

LÉČEBNÁ KOMUNITA GERIATRICKÝCH PACIENTŮ

M. VOJTĚCHOVSKÝ

Psychiatrická léčebna Horní Bečkovice
Ředitelka: MUDr. V. Kazetská

Souhrn: Je referováno o osmiletých zkušenostech s aplikací terapeutické komunity v pojetí M. Jonese se zvláštním zaměřením na gerontopsychiatrické pacienty. Cílem principů terapeutické komunity je zvýšit mentální aktivitu institucionalizovaných starých osob a zabránit tak negativním jevům psychobiologickým, které doprovázejí nucenou dlouhodobou hospitalizací.

Klíčová slova: terapeutická komunita — geriatric — gerontopsychiatrie — rehabilitace — kondiční tělocvik — muzikoterapie — psychoterapie.

Denní režim starých lidí nuceně institucionalizovaných v DD, ÚSP, LDN či v psychiatrických léčebnách je charakterizován pasivním vztahem ke světu i k sobě. V popředí je nečinnost, bludný kruh bezcílných komunikací, společenská izolace, snížený repertoár aktivit, odcizení od světa, žalář samoty. Odrázkou toho je psychologická regrese, nárůst depresí, akcelerace procesu stárnutí (Štefanko 1974). Proti tomu je účinná jakákoliv mentální aktivace s cílem zabránit deterioraci mentálních i fyzických funkcí organismu, především zachovat činnost, tvořivost a zvýšit sociální komunikaci. Vhodným prostředkem jsou účinné principy terapeutické komunity (dále TK), jak byly formulovány M. Jonesem (1959), později rozpracovány na podmínky socialistického zdravotnictví v ČSSR (Kratochvíl 1979) a se zvláštním zaměřením na gerontopsychiatrické pacienty (Vojtěchovský et al. 1979).

Účinné faktory režimu TK jsou: aktivní podíl pacientů na léčbě, usnadňování možnosti vzájemných komunikací, zvyšování rovnoprávnosti v rozhodování, kolektivnost, sociální učení, indukce terapeutického prostředí a rituály, zvláště každodenní schůze celé TK s personálem. Tyto faktory byly prověřovány analýzou denního kontaktu lékařů a zdravotnického personálu s psychiatrickými pacienty ve věku 65 — 98 let na oddělení s lůžkovou kapacitou 40, s průměrnou ošetrovací dobou 6 týdnů, s nemocničními diagnostikovanými jako psychózy vyššího věku se zachovalou verbální komunikací. Styk zdravotníků s kolektivem pacientů je vymezen na 45 — 90 minut denně formou skupinového sedění v kruhu, umožňujícího vizuální kontakt se všemi přítomnými. Cílem denních setkání je posilovat zdravé složky osobnosti, urychlovat proces uzdravování psychoterapeutickými technikami v širším slova smyslu a nastolit vzájemnou důvěru včetně altruismu vyjádřeném „všichni si musíme pomáhat navzájem“.

Nejvýznamnější událostí je příchod nového pacienta, včetně rituálu přivítání, představení a přijetí kolektivem nemocných. Klademe důraz na prezentaci osobních problémů před kolektivem, zhodnocení vlastního života s pokusem o vymezení „zlatého věku“ — to jest nejšťastnější fáze života. Vyjádření projevů solidarity od spolupacientů i zdravotníků je vysoce emočně přijímáno všemi příchozími pacienty. Stejně slavnostní je i rozloučení s propouštěnými pacienty, hodnocení jejich osobnostních vlastností a mezilidských vztahů s možností veřejného vyjádření kritiky života na oddělení. Za významné považujeme přimět nemocného podívat se do své budoucnosti (formou vyjádřit tři přání a časové projekce očekávaných událostí v dimenzi zítra — deset let). Každodenní setkání dovolují konfrontovat názory pacientů i personálu a slouží k objasňování motivů abnormit v chování. Soudržnost kolektivu pacientů posilujeme skupinovým zpěvem písní, muzikoterapií a arteterapií.

Před léčebná setkání TK je zařazována půlhodinka kondičního tělocviku vsedě (dle Scharillové 1972) s míčovými hrami vsedě a s nácvikem paměti jmen spolupacientů ve vlastní modifikaci. Významné jsou pravidelné schůzky léčitelského týmu před zahájením TK. Lékařské vizity u lůžka bylo tak možno omezit na frekvenci jednou týdně. Denně jsou individuálně konzultováni pouze nemocní upoutaní na lůžko (cca 5 % lůžkové kapacity). Zavedením systému TK do klinické gerontopsychiatrie ovlivnilo příznivě časovou ekonomiku při trvale poddimenzovaném počtu ošetřujících lékařů. Usnadnilo zvládnout v kratším časovém období denní kontakt s nemocnými a prodloužilo vysoce významný interpersonální styk z původních několika málo minut při formálních vizitách u lůžka na mnohonásobek času denně.

Po tříměsíční absenci režimu TK z provozních důvodů při návratu k režimu klasických individuálních vizit byly vyhodnoceny tyto negativní konsekvence starého systému: rozklížil se kolektiv pacientů, chyběl především rituál přivítání a propouštění, poklesla interakce mezi nejlepšími se a duševně i tělesně více postiženými pacienty, posílil se obecně egocentrismus, narůstala lhostejnost vůči sobě navzájem, neřešily se aktuální krizové situace, ustupovala psychologická problematika do pozadí a pacienti větší mírou kladli důraz na sekundární tělesné obtíže.

Kolektiv pacientů a SZP akceptoval nastolení principů TK po tříměsíční pauze bez vážnějších výhrad.

Ukázalo se, že nejvýznamnějším faktorem přijetí principů TK u SZP je ujasnění si vlastního vztahu k problematice stáří, bez tohoto předpokladu jsou veškerá dobře míněná předsevzetí jen povrchní fráze.

Bylo by vhodné prověřit efektivnost systému TK i v jiných zařízeních, a to především s delší ošetřovací dobou, než jsou psychiatrické léčebny (LDN, DD, ÚSP, rehabilitační ústavy a pod.).

LITERATURA

1. JONES M.: Toward a clarification of the therapeutic community concept. *Brit. J. med. Psychol.*, 1959 — 32: 200 — 205.
2. KRATOCHVÍL S.: *Terapeutická komunita*. Academia, Praha, 1979.
3. SCHARLL M.: *Aktiv im Alter durch Gymnastik*. G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1972.
4. VOJTĚCHOVSKÝ M., SINGER V., ZIMANOVÁ J.: *Je kontakt se smrtí v nemocničním*

prostředí významnou či pomíjející událostí? Sborník referátů na 6. celostátním symposiu o aktuálních otázkách sociální psychiatrie. Kroměříž, 1979: 65 — 67, 92 — 93.

5. ŠTEFANKO V.: *Psychologie denního režimu starých lidí*. Disertační práce FF, katedry psychologie, 1974, Bratislava.

Adresa autora: M. V., Psychiatrická léčebna, 411 85 Horní Beřkovice

M. Войтеховски

ЛЕЧЕБНОЕ СООБЩЕСТВО ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Резюме

Должено о восьмилетнем опыте в деле использования терапевтического сообщества в понимании М. Ионеса с особой установкой на геронтопсихиатрических больных. Цель принципов этого сообщества состоит в том, чтобы повысить умственную активность старых больных, находящихся в учреждении и предотвратить, таким образом, отрицательные психобиологические явления, сопровождающие вынужденную длительную госпитализацию.

M. Vojtěchovský

THERAPEUTIC COMMUNITY OF GERIATRIC PATIENTS

Summary

A report is presented on eight years experience with the application of therapeutic community according to M. Jones, with special regard to geronto-psychiatric patients. The aim of the principle of therapeutic community is to increase mental activity of institutionalized old patients and to prevent thus psychobiological negative phenomena which accompany long hospitalization.

M. Vojtěchovský

THERAPEUTISCHE KOMMUNITÄTEN (KRANKENHAUSGRUPPEN) VON GERIATRIEPATIENTEN

Zusammenfassung

Es wird über achtjährige Erfahrungen mit der Anwendung von therapeutischen Kommunitäten im Sinne von M. Jones unter besonderer Ausrichtung auf Gerontopsychiatriepatienten berichtet. Mit den Prinzipien der therapeutischen Kommunitäten wird das Ziel verfolgt, die mentale Aktivität der institutionalisierten alten Menschen zu steigern und damit jenen negativen psychobiologischen Erscheinungen vorzubeugen, die eine erzwungene langzeitige Hospitalisierung begleiten.

M. Vojtěchovský

LA COMMUNAUTÉ DE TRAITEMENT (THÉRAPEUTIQUE) DES PATIENTS GÉRIATRIQUES

Résumé

L' article traite les expériences de huit années obtenues dans l' application de la communauté thérapeutique selon l' aspect de M. Jones orientée spécialement sur les patients gérontopsychiatriques. Le but des principes de la communauté thérapeutique consiste à augmenter l' activité mentale des vieillards institutionnalisés et prévenir ainsi les phénomènes négatifs psychobiologiques qui accompagnent l' hospitalisation forcée à long terme.

P.—F. MATZEN, H. K. FLEISSNER

ORTHOPÄDISCHER RÜNTGENATLAS

Ortopedický rentgenový atlas

Verlag Georg Thieme Verlag, Stuttgart — New York, 1980. 2. přepracované a rozšířené vydání. ISBN 3-13-455402-X

V nakladatelství Georg Thieme-Verlag vychází v druhém přepracovaném a doplněném vydání v roce 1980 dílo lipských autorů — prof. Matzena a prof. Fleissnera Ortopedický rentgenový atlas. Jde o velmi rozsáhlou publikaci, jejíž první vydání se objevilo v roce 1969, od té doby vyšlo anglické vydání [1970], japonské [1970], španělské [1970] a vydání italské [1970]. Jak vidět, atlas se velmi rozšířil prakticky v celém světě. Jde také o pozoruhodnou práci sestavenou na základě dlouholetých zkušeností obou autorů a s použitím velkého lipského archivu rentgenogramů. Ortopedický atlas má velké množství rentgenových reprodukcí, krátké spojovací texty vysvětlující jednotlivé otázky, s kterými se ortoped při své práci setkává, celá látka je sestavena do 27 ucelených kapitol. Věcný rejstřík ukončuje celý atlas.

Dílo je bezesporu atlasem, ne učebnicí, jak zdůrazňují autoři v předmluvě k druhému vydání. Toto také doznalo určité přepracování v porovnání s vydáním prvním a toto přepracování se týkalo především kapitoly o progresivní chronické polyartritidě, nové koncepci kapitoly o všeobecné rentgenové technice a normálním i porušeném hojení zlomenin kostí.

Atlas v úvodních kapitolách popisuje skelet a varianty jeho vývoje, zabývá se v dalších kapitolách vlivem obrny na tvar kostí, onemocněními podmíněnými špatnou výživou a poruchami metabolismu, otázkami změny skeletu následkem hormonálních poruch a některými vrozenými systémovými onemocněními skeletu. V dalších kapitolách rozebírají autoři otázky aseptických kostních nekróz, problematiku osteolýz, škody skeletu násled-

kem ozáření a škodami z opotřebování kostí a kloubů. V dalších kapitolách všichni mají si deformující ostiitidy, statickými deformacemi bez skoliózy, degenerativními onemocněními páteře. Chronická polyartritida, Bechterewova choroba, Sudeckova dystrofie a periartrikulární zvápenatění představují další kapitoly. Relativně rozsáhlá kapitola věnuje pozornost kostním nádorům. Skoliózy, chyby skeletu v oblasti trupu a vrozené vady končetin představují další část atlasu. Závěrečná kapitola se zabývá hojením kostí a poruchami tohoto hojení v rentgenovém obraze.

Jak vidět, Ortopedický rentgenový atlas se dotýká všech oblastí současné ortopedie z pohledu rentgenové dokumentace. Tato je také praktickým vrcholem této poměrně rozsáhlé publikace a výběr jednotlivých rentgenových snímků pro jednotlivé kapitoly svědčí o šťastné ruce obou autorů, kteří takto předkládají široké rentgenologické a ortopedické věřejnosti atlas velmi přehledně uspořádaný, dokonale vybavený jak z hlediska odborného—rentgenologického, tak i z hlediska formálního—polygrafického. Krátké spojovací texty, které se omezují skutečně na minimum a popisy jednotlivých rentgenogramů ilustrativním způsobem činí z publikace velmi cenné dílo, které poslouží především mladým ortopedům a rentgenologům, kteří se setkávají s problematikou onemocnění ortopedického kruhu. Poslouží jistě i zkušeným ortopedům, protože všechny kapitoly jsou zpracované přehledně a vybraným způsobem předkládají charakteristické jednotky reprezentující současnou ortopedii.

Dr. J. Novák, Praha

MENTÁLNÍ REHABILITACE GERONTOPSYCHIATRICKY NEMOCNÝCH

Q. KÜMPEL

Psychiatrická léčebna Opava
Ředitel: dr. Slavoj Hřebíček

Souhrn: Se stále vzrůstajícím počtem duševně alterovaných starých lidí se rozrůstá potřeba nových léčebných metod, které by omezily progresi duševních alterací ve stáří. Jednou z hlavních léčebných metod dlouhodobých chorob je rehabilitace v širokém slova smyslu a pochopitelně se musí stát i základní metodou v léčbě duševních chorob ve stáří.

Léčebná rehabilitace starých osob je však obtížnější než osob nižších věkových skupin a musí být komplexnější pro multimorbiditu starých lidí. Při rehabilitaci starých lidí je nutno se zaměřit na překonávání a kompenzaci funkčních ztrát, které jsou různorodé. Musíme starého nemocného naučit novým úkonům od jednoduchých motorických až po komplikované psychické a sociální. Do nedávné doby se však rehabilitace zaměřovala hlavně na úpravu motorických poruch a psychické funkce zůstávaly v pozadí rehabilitačního úsilí. V poslední době se však začíná objevovat nový aspekt rehabilitace a klade se velký důraz na úpravu psychického stavu nemocného, na jeho motivační spolupráci, na ožívování a nový nácvik paměťových a intelektových funkcí. Mentální rehabilitace, někdy blíže nazývaná psychoaktivační terapie, býva obtížnější než rehabilitace motorická a úspěch není dosahován tak rychle a výrazně jako při motorické rehabilitaci. Možnosti psychoaktivačních metod jsou však rozsáhlé a poskytují terapeutovi takovou možnost různých nápadů, že psychoaktivační metody se stávají stejně atraktivní a dosahují mnohdy překvapujících, i když skromných výsledků. Zatím jsou tyto metody vesměs doménou psychologů a psychiatrů, ale domnívám se, že v brzké době dojde k jejich širšímu uplatnění pro jejich velkou potřebnost a šíří uplatnění. Nejedná se pouze o terapii starých duševně alterovaných jedinců, ale tyto metody mohou být aplikovány s úspěchem v kolektivech s dlouhodobou hospitalizací, které trpí izolací od zevního světa a v kolektivech nemocných s pokořujícími zpracováními svých invalidizačních psychotraum.

V práci autor demonstruje některé metody, používané na gerontopsychiatrickém oddělení v Opavě, jejichž modifikaci lze uplatnit na mnohých jiných pracovištích.

Klíčová slova: Mentální rehabilitace — pracovní terapie — pohybová terapie — rekreační terapie — skupinová psychoterapie — léčebná komunita — paměťové funkce.

Mentální rehabilitace musí být léčbou komplexní, musí překonat velké obtíže získáváním motivačního náboje nemocných a musí být zahrnuta do celého léčebného režimu. Všechny úkoly, které dříve byly používány samostatně, musí být skloubeny v jeden celek s cílovým zaměřením. Obsahem

Je jak pracovní terapie, rekreační terapie, psychoterapeutické ovlivňování, formy léčebné komunity, konkrétní nácviky a procvičování paměti a mnoho dalších, dříve různě rozříštěných pracovních metod. Např. vhodné hry pomáhají udržet tělesné i duševní zdraví u starších lidí a pomáhají jim vytvářet určitou životní jistotu, kterou si ověřují ve vzájemných herních interakcích. Terapie herním rozptylováním může tvořit součást léčebného režimu, hlavně když se zaměří např. na tvořivou činnost a odvrací tím staršího pacienta od frustrace s vytvářením chybných vazeb s následnými hypochondriami. Diskusní kroužky o nejzákladnějších životních problémech současné doby pomáhají evokovat zájem nemocného o okolí a procvičují i krátkodobou paměť. A tak bychom mohli vyjmenovat mnoho dalších forem, které všechny můžeme zahrnout do mentální rehabilitace. Dá se říci, že v užití těchto metod nemohou být určena žádná pevná pravidla, že tvořivá iniciativa terapeuta nebo terapeutického kolektivu je samozřejmostí, neboť každý člověk vyžaduje individuální přístup a individuální náplň těchto terapeutických přístupů.

Předkládáme v krátkosti nárys metod, kterých používáme na našem oddělení a které mohou být vodítkem jak i jinde by bylo možno tyto metodiky zavádět a uplatňovat.

Mentální rehabilitaci můžeme na našem oddělení rozdělit do tří hlavních pracovních skupin.

1. Je to samozřejmě základní pracovní, pohybová terapie a rekreační terapie.
2. Skupinová psychoterapie a léčebná komunita.
3. Nácvik paměťových funkcí ve smyslu obnovení vyhasínajících funkcí a k udržení již existujících.

1. Běžná léčba zaměstnáním nebývá vždy starými lidmi akceptována kladně. Je mnohdy velmi obtížné motivovat staré nemocné k různým druhům pracovního úsilí, ovšem když tato motivace ve formě počátečního nařízení je vyvolána, pak se stává základem režimové léčby na oddělení. Současně s tím je důležitá pohybová terapie ve smyslu krátkých rozcviček, které vkládáme mezi dobu pracovní terapie. V ústavních podmínkách je velmi těžké zavést různorodou pracovní terapii pro nedostatek personálu i materiálu, ale přesto se podaří aspoň jednoduché ruční práce jak pro ženy, tak pro muže vymyslet; důležité je, aby to nebylo stereotypní vyšívání deček nebo lepení špejlí, ale aby činnost byla pokud možno různorodá a hlavně aby pacienta bavila a příliš neunavovala. Pohybová terapie má naučit staré nemocné jak správně využívat pohybu ke zlepšení svého zdravotního stavu a ukázat jim, že cvičení ve vyšším věku zdravotnímu stavu neškodí, ale naopak jim zlepšuje jejich životní jistotu a zájem o okolí. Důležité je pacientům vysvětlit, jaký praktický důsledek cvičení má a terapeut nikdy nesmí nemocné zahrnout složitými cviky, které nezvládají a vyvolávají jejich odpor. Navíc pohybová terapie musí učit pacienty sebekázně, která dovede, při jejím zvládnutí, zvýšit sebevědomí nemocného při překonávání i nepříjemných úkolů.

Rekreační terapie, nebo kulturní, doplňková terapie má opět různou náplň. Např. slavnostní odpoledne nebo večer, cílené sledování televize s diskusí, společenské hry, výlet, procházka. Všechny tyto akce mají vyburcovat nemocného ze stereotypní šedi ústavního života a navracet ho k prožívání příjemnějších okamžiků s nácvikem pocitu „těšit se na něco“. Podtrhuji, že tyto formy jsou výraznou a základní součástí aktivizování psychiky starého člověka.

2. Skupinová psychoterapie pomáhá terapeutovi jednak blíže nahlédnout do problémů, které starý člověk má ve svém okolí a které mnohdy bývají příčinou hospitalizace nebo institucionalisace starého člověka. Nemocným pak dává možnost vzájemné konverzáce, uvolnění pocitu nejistoty, ventilace nastávající úzkosti. Starší lidé v těchto sezeních poznávají, že stejné problémy a potíže mají i jiní a získávají korektní náhled na svou problematiku, která se jim zdá nezvládnutelná. Zároveň tato sezení pomáhají odbourávat i egocentrismus starého člověka, tento poznává, že nemůže být vždy středem pozornosti, ale že patří ke skupině lidí, která je na stejné sociální úrovni jako on a vyžaduje stejné životní podmínky jako on.

Velmi závažná, ale v provádění velmi obtížná, je forma léčebné komunity. Starý člověk má mít právo podílet se na tvoření svého životního stylu a svého životního prostředí, má mít právo účastnit se práce celého kolektivu na své vlastní péči a na péči, která je prováděna v celém ústavu, ve kterém žije. Tato praxe je však někdy velmi obtížně realizovatelná pro nekritičnost starých lidí, někdy pro jejich zvýšenou náročnost, lehké paranoidní přístupy, nebo až těžké pokořující stavy, které se do forem komunity promítají. Je někdy zapotřebí zkušeného terapeuta nebo terapeutického týmu, aby dovedli s danými jedinci ve vzájemné souhře skupinu vést a cíleně řídit její snažení. Vesměs však lze pozorovat, že účastníci komunity postavení „spolupracovníka“ vyloženě nezneužívají, ale naopak, když jsou jejich připomínky a návrhy brány v úvahu v dalším řešení života jejich uzavřené společnosti, je tento systém podněcuje k větší aktivitě a spolupráci.

3. K udržení existující intelektové úrovně starého člověka a k prohloubení jeho schopnosti orientace, eventuálně i logického uvažování, nebo k lepšímu využívání paměťových funkcí, mohou sloužit různé herní situace nebo psychologické testové metody.

Ovšem i běžné diskuse o současnosti a rozhovory o problémech prostředí nejbližšího okolí obyvatele v ústavě a nebo nemocného v nemocnici jsou určitým procvičováním orientace a paměti.

Na našem oddělení používáme různé sorting procedury, např. při řešení různých souborů obrázků nebo geometrických figur do smysluplných skupin, kdy objekt má hledat podobnost mezi obrázky a figurami a jejich společné znaky. Tato forma např. přináší ošetřovanému řadu problémových otázek, které mají jednak zaktivizovat jeho luciditu, jeho zájem o problém, pomoci logicky uspořádat myšlenkové zpracování vnímaného materiálu a využívat všech jeho schopností a možností intelektového potenciálu. Touto formou udržujeme jeho soudnost, výkonovou vůli, jeho ochotu v cílené manipulaci s předměty a k účelnému jednání ve styku s lidmi. Uvedené pochody, typické pro normální psychiku, probíhají totiž u starého člověka obtížněji a pozvolna vypadávají z jeho myšlenkových postupů a dochází k deterioraci jeho myšlení a jeho paměti. Z hlediska metodologického je to proces diskriminačního učení. Aplikacemi těchto metod sledujeme tři cíle:

1. ochránit nemocného nebo obyvatele před druhotnými škodami hospitalisace tím, že ho nutíme k aktivní psychické práci;
2. nacvičovat rozumové praktiky pro užití v běžném životě, tj. využíváním dosud disponibilních mentálních schopností při zacházení s věcmi i v mezilidském styku;

3. získat tím také možnost diagnostického zhodnocení úrovně pacientovy mentality.

Do stejné skupiny sorting metod můžeme zahrnout i známou hru Pexeso. Dále ve stejném zaměření jsme vyvinuli korálkovou metodu. Při této navlékání různých souborů korálků působíme obdobně, ale navíc se při ní procvičujeme hybnost drobných svalů ruky, jejichž funkce rychle ubývá ve stáří. Běžné psychologické testy, jako numerický kvadrát, testování reakčního času, laboratorní jazyk, performační testy aj. nám všechny mohou sloužit jako i cvikové, aktivační metody. Předpokladem zdárnosti jejich užití je časté střídání metod a individuální aplikace, aby nemocný byl schopen je zvládnout. Opakované nezvládnutí testu snižuje motivaci nemocného k dalším cvikům a zvyšuje jeho nezájem o spolupráci.

Na našem oddělení jsme např. zjistili, že použití jakékoliv z těchto metod nám zvyšuje aktivitu nemocného, což se projevilo v jeho zlepšené reaktivitě měřené formou reakčního času. Rozdíl mezi výsledky reakčního času měřené na jednoduchém přístroji nám ukázaly, že tato cvičení bezprostředně i následovně mají mnohdy větší efekt ve zvýšení pacientovy reaktivity než některá nooleptika anebo jiné somatické terapie.

Z á v ě r

Celý léčebný režim s běžnou náplní dne musí působit psychoaktivačně, protože všechna naše léčebná činnost musí aktivisovat chování, jednání i myšlení našeho nemocného. Speciální rehabilitační soubory mohou navíc cíleně ovlivňovat přímo intelektovou výkonnost ošetřovaného a psychoterapeutické metody jeho sociabilitu.

Adresa autora: Q. K., Psychiatrická léčebna, Opava

К. Кюмпел
УМСТВЕННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
БОЛЬНЫХ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКИХ

Резюме

По мере все возрастающего числа психически атерированных старых людей растет потребность в новых лечебных методах, органичивающих прогрессию психических атераций в старости. Одним из основных терапевтических методов при длительных заболеваниях является восстановительная терапия в широком смысле слова, которая, конечно, должна стать основным методом и в лечении психических заболеваний в старости.

У старых людей восстановительная терапия труднее, чем у лиц младших возрастных категорий. Благодаря поражению стариков несколькими заболеваниями одновременно, она должна быть комплекснее. При реабилитации старых людей следует обращать внимание на преодоление и компенсацию разного рода функциональных потерь. Мы должны обучать старика новым приемам, начиная самыми простыми моторными операциями вплоть до сложных психических и социальных. Между тем до недавнего времени реабилитация сосредоточивалась главным образом на коррекции двигательных расстройств, а психические функции оставались на заднем плане ее усилий. В последнее время появляется новый аспект реабилитации, согласно которому большое значение придается улучшению психического состояния больного, его мотивирующему сотрудничеству, оживлению и тренировке функций памяти и интеллекта. Проведение умственной реабилитации, иногда точнее называемой психоактивирующей терапией, труднее чем моторная реабилитация; успех наступает не так скоро и бывает не таким очевидным, как при моторной реабилитации, однако своей разнообразностью психоактивирующие методы дают терапевту

такие широкие возможности, что становятся одинаково привлекательными. С их помощью достигают часто удивительных, хотя и скромных результатов. Пока эти методы применяются преимущественно психологами и психиатрами, но я полагаю, что вскоре они будут все больше применяться вследствие их большой необходимости и возможностей применения. Речь идет не только о терапии старых, психически атерированных больных, а об их успешном применении в коллективах долговременно госпитализированных больных, страдающих изоляцией от внешнего мира и в коллективах больных, упорно преодолевающих инвалидизирующие их психотравмы.

Автор демонстрирует в работе некоторые методы, применяемые в геронтопсихиатрическом отделении в г. Опава, модификации которых применимы на многих других местах работы.

Q. Kumpel

MENTAL REHABILITATION IN GERONTOPSYCHIATRIC PATIENTS

Summary

With the increasing number of old patients with psychical alterations, increases also the need for new therapeutical methods preventing progressive psychic alterations in old age. One of the main therapeutical methods in chronic diseases is rehabilitation in the wider sense of the word, and it must naturally become the basic method in the treatment of mental diseases in old age.

Medical rehabilitation in old people is, however, more difficult than in younger age groups, and must be more complex and suitable for the multimorbidity of these persons. Rehabilitation in old people must necessarily be adepoted in order to overcome and compensate functional losses which are manifold. The old person must be taught new actions, from simple motoric exercise to complicated psychic and social ones. Up to recent times rehabilitation has been aimed chiefly to adaptation of motoric defects and psychical functions remained in the background of the aims of rehabilitation. Recently, however, new aspects of rehabilitation are being discovered and great emphasis is being laid on adaptation of psychic conditions of the patient, on the motivation, in motivated collaboration, on revival and practise of the function of memory and intellect. Mental rehabilitation, so-called psycho-activating therapy is more difficult than motoric rehabilitation and its effect is not as fast and as evident. Possibilities of psycho-activating rehabilitation are, however, great and provide for the therapist a large range of ideas, so that psycho-activating methods are becoming also attractive and results are often surprising, even though the results may be modest. So far these methods have been the domain of psychologists and psychiatrists, but I believe that they will soon be applied more widely, due to their utility and wide range of application. It does not only concern therapy for old psychically altered individuals, but these methods can be successfully applied in groups of patients with long-term hospitalization suffering from isolation from the outside world, and they can also be applied in groups of patients suffering from psychotraumas due to invalidisation.

The author presents in the paper some methods applied at the gerontopsychiatric department in Opava, and with modifications at many other places.

Q. Kumpel

DIE MENTALE REHABILITATIONSBEHANDLUNG GERONTOPSYCHIATRISCH ERKRANKTER

Zusammenfassung

Mit der ständig wachsenden Anzahl der geistig alterierten alten Menschen wird auch der Bedarf an neuen Heilmethoden, die Progression geistiger Alterationen in hohem

Alter einschränken können, immer größer. Eine der wichtigsten Heilmethoden langdauernder Krankheiten ist eben die Rehabilitation im weitesten Sinne des Wortes. Sie muß natürlich auch die grundlegende Methode der Behandlung von geistigen Erkrankungen in hohem Alter sein. Die Rehabilitationsbehandlung von alten Menschen ist jedoch komplizierter als die bei Personen jüngerer Altersstufen. Sie muß infolge der Multimorbidität alter Menschen auch komplexer sein. Bei der Rehabilitation alter Menschen muß man sich auf die Überwindung und Kompensation von Funktionsverlusten orientieren, die unterschiedlich sein können. Man muß den alten Patienten neue Verrichtungen beibringen, von einfachen motorischen bis hin zu komplizierten psychischen und sozialen. Bis in die jüngste Vergangenheit war jedoch die Rehabilitation vor allem auf die Überwindung motorischer Störungen ausgerichtet, während die psychischen Funktionen innerhalb der Rehabilitationsbestrebungen im Hintergrund blieben. In letzter Zeit beginnt man jedoch einem neuen Aspekt der Rehabilitation mehr Aufmerksamkeit zu widmen, und zwar wird die Wiederherstellung des psychischen Zustandes des Patienten, seiner motivationsmäßigen Zusammenarbeit, die Wiederbelebung sowie die Neuerwerbung von Gedächtnis — und Intellektfunktionen mit Nachdruck angestrebt. Die mentale Rehabilitation, manchmal treffender als psychische Aktivierungstherapie bezeichnet, ist meist schwieriger als die motorische Rehabilitation und man erzielt die Erfolge nicht so schnell und markant wie bei der motorischen Rehabilitation. Es gibt jedoch sehr viele Möglichkeiten der Anwendung psychischer Aktivierungsmethoden und sie bieten dem Therapeuten eine solche Fülle von möglichen Einfällen, daß die psychischen Aktivierungsmethoden gleichermaßen attraktiv werden und zu häufig überraschenden, wenngleich bescheidenen Erfolgen führen. Bislang sind diese Methoden durchwegs eine Domäne der Psychologen und Psychiatern, der Autor vertritt jedoch die Ansicht, daß sie bald eine breitere Anwendung erfahren werden, da sie überaus notwendig und auf einem breiten Gebiet anwendbar sind. Sie sind dabei nicht nur auf die Anwendung bei geistig alterierten alten Menschen beschränkt, sondern sie können mit Erfolg auch bei der Betreuung von langfristig hospitalisierten Patientengruppen nützlich sein, die durch die Isolierung von der Außenwelt leiden, ebenso wie von Patientengruppen mit depressiver Verarbeitung ihrer invalidisierenden Psychotraumata.

Der Autor demonstriert in der Schrift einige Methoden, die an der gerontopsychiatrischen Abteilung in Opava angewendet werden, die aber mit gewissen Modifikationen auch an vielen anderen Arbeitsstätten angewandt werden können.

Q. Kümpel

LA RÉADAPTATION MENTALE DES MALADES GÉRONTOPSYCHIATRIQUES

Résumé

Avec le nombre sans cesse croissant d'altérations mentales des vieillards, augmente aussi la nécessité de nouvelles méthodes thérapeutiques qui limiteraient la progressivité des altérations mentales dans la vieillesse. L'une des principales méthodes thérapeutiques des maladies à long terme est la réadaptation dans le sens le plus large du mot et elle doit devenir, évidemment aussi, la méthode de base dans la thérapie des altérations mentales dans la vieillesse.

La réadaptation médicale des vieillards est plus difficile que celle des groupes de personnes d'âge inférieur et doit être plus complexe vu la multimorbidité des vieillards. Dans cette réadaptation, il convient de surmonter et compenser les pertes fonctionnelles qui sont hétérogènes. Elle consiste à contracter au vieillard affecté des fonctions nouvelles à partir des simples motrices jusqu'à celles psychiques et sociales compliquées. Tout récemment encore, la réadaptation s'orientait principalement sur

la thérapie des troubles moteurs laissant en retard les fonctions psychiques de l'effort de réadaptation. Tout dernièrement, s'est manifesté un nouvel aspect de réadaptation, accentuant la nécessité de la thérapie de l'état psychique du malade sur sa motivation collaboratrice, la vivification et l'entraînement nouveau des fonctions de mémorisation et d'intellection. La réadaptation mentale, parfois appelée aussi la thérapie psychoactive, est souvent plus difficile que la réadaptation motrice et les méthodes ne sont pas si rapides et si expressifs que dans la réadaptation motrice. Les méthodes psychoactives sont cependant plus étendues et offrent au thérapeute une telle diversité d'idées que les méthodes psychoactives deviennent également attractives et atteignent parfois des résultats étonnants, quoique modestes. Ces méthodes sont cependant le domaine des psychologues et des psychiatres, mais à mon avis, leur application deviendra bientôt plus vaste vu la nécessité d'une application intense. Il ne s'agit pas seulement de la thérapie des vieux sujets altérés mentalement, mais ces méthodes peuvent aussi s'appliquer avec succès dans les collectifs hospitalisés à long terme qui souffrent de l'isolement du monde environnant et les collectifs avec l'élaboration préjudiciable de leurs traumatismes psychiques d'invalidité.

Dans son travail, l'auteur démontre certaines méthodes appliquées au Département Gérontopsychiatrique à Opava qui modifiées peuvent s'appliquer dans bien d'autres postes de travail.

G. FRIEDMANN, E. BÜCHELER, P. THURN

GANZKÖRPER-COMPUTERTOMOGRAPHIE

Čelotělová komputerová tomografie

Vydal Georg Thieme Verlag, Stuttgart — New York, 1981,
ISBN 3-13-544901-X

Komputerovou tomografií jsme poznali především z prací, které se zabývaly diagnostikou v oblasti mozku a lebky, v posledních letech se však tato vysoce moderní metoda dostává v rentgenologii i do oblasti diagnostiky ostatních systémů. Tuto možnost nezaručují jen dobré zkušenosti při použití komputerové tomografie v diagnostice mozkových poruch, ale především další technický vývoj, který připravil nové možnosti „zobrazení“ i ostatních částí těla a ve větším rozsahu.

Monografie autorů Friedmanna (je ředitelem Radiologického ústavu kolínské university), Büchelera (má stejnou funkci na Radiologické klinice v Hamburku) a Thurna (je přednostou Radiologické kliniky bonnské university) představuje současný pohled na celou problematiku možnosti jak použít komputerové techniky v diagnostice jednotlivých onemocnění, postihujících nejrůznější oblasti lidského těla. Na vypracování jednotlivých kapitol této monografie se zúčastnilo celkem 21 odborníků předních německých rentgenologických a radiologických pracovišť. Kniha má klasické dělení látky. Po krátkém úvodě následují dvě obecné kapitoly — o technice a zaznamenávání obrazů a o otázkách ochrany před zářením. Další kapitoly už podle topografických celků věnují pozornost speciálním otázkám diagnostiky pomocí komputerové tomografie. Kapitola o hlavě se zabývá problematikou vyšetření mozku a intrakraniálních struktur, orbity a obličejové části lebky a parafaryngeálního prostoru. V dalších kapitolách se potom diskutuje o otázkách vyšetření páteře a míchy, krku, hrudníku a jeho orgánů, břicha a abdominálních struktur, pánve, končetin.

Sériová komputerová tomografie a programování ozáření tvoří závěrečné kapitoly této rozsáhlé monografie.

Věcný rejstřík ukončuje celé dílo, doplněné překrásnými obrázky originálních záznamů, některými schémata a tabulkami. Literatura k jednotlivým kapitolám je uvedena vždy na konci kapitol a dává další informaci o možných pramenech.

Komputerová diagnostika jako moderní vyšetřovací metoda našla dnes plně uplatnění především v současné neuroradiologii a stala se velmi cennou pomocnicí v neurologické diagnostice. Jsou však oblasti, kde tato nová metoda se pomalu dále uplatňuje a jak ukazuje monografie německých autorů Friedmanna, Büchelera a Thurna nebude dlouho trvat a stane se standardní vyšetřovací metodou i v os-

P. NÁDVORNÍK

ÚRAZY NERVOVEJ SÚSTAVY

Vydavateľstvo Osveta, Martin, 1981, I. vydanie

Čitateľ dostáva do rúk knihu, v ktorej ho autor veľmi prehľadne a komplexne zoznamuje s celou problematikou úrazov nervovej sústavy a s najnovšími poznatkami a liečebnými chirurgickými postupmi v neurotraumatológii.

Knihá je rozdelená do troch kapitol. V prvej kapitole nazvanej Úrazy hlavy a mozgu sa autor venuje celej problematike týchto úrazov od ich príčin a mechanizmov cez poranenie hlavy a mozgu, po ich diagnostiku, techniku chirurgických výkonov, rehabilitáciu a kúpeľné doliečovanie, s posudzovaním pracovnej schopnosti týchto pacientov. V druhej časti Úrazy chrbtice a miechy — obdobným spôsobom opisuje problematiku týchto úrazov od ich príčin a mechanizmov vzniku, po diagnostiku, ošetrovanie a operačné spôsoby ich ošetrovania. Kapitola je uzavretá krátkym prehľadom o rehabilitačnom doliečovaní týchto pacientov a posudzovaní ich pracovnej schopnosti. Tretia kapitola je ve-

tatných oblastiach medicíny. Je pravda, že náklady spojené s použitím komputerovej tomografie, vrátane nákladů na zajištění přístrojové techniky, jsou velmi vysoké, zkušenosti však ukazují, že tyto náklady mají svoje opodstatnění z dvou důvodů — předně komputerová tomografie urychluje celý diagnostický proces a za druhé tato metoda představuje neinvazivní způsob vyšetření.

Friedmanova, Büchelerova a Thurnova Celotělová komputerová tomografie se jistě stane standardním dílem o této oblasti. Je vysoko informující, dobře vybavená a ilustrativně předkládá čtenáři nová fakta o onemocněních nejrůznějších orgánů těla z hlediska diagnostiky.

Dr. M. Kuba, Brno

novaná úrazom periférnych nervov, v ktorej sa čitateľ podrobne oboznámi s príčinami a mechanizmami ich vzniku, klinickými prejavmi poranenia periférnych nervov. Podrobne oboznamuje s technikou chirurgických výkonov pri liečbe týchto poranení periférnych nervov, o možnosti a spôsobe transplantácie nervov. Kapitolu uzatvára autor prehľadom rehabilitačných možností doliečovania a základnou problematikou pri posudzovaní pracovnej neschopnosti.

Knihu dopĺňa obrazová príloha so 48 inštruktívnymi obrázkami vo farbe.

Knihá je nesporne prínosom nielen pre neurochirurgov-neurotraumatológov, ale aj pre odborníkov z odborov, ktoré s neurotraumatológiou hraničia. Poskytuje prehľad najnovších poznatkov v oblasti úrazového poškodenia nervovej sústavy a súčasne možnosti ich chirurgického liečenia.

Dr. M. Benčíková, Bratislava

MUSIKOTERAPIE GERIATRICKÝCH PACIENTŮ

M. VOJTĚCHOVSKÝ, A. LANGEROVÁ

Psychiatrická léčebna Horní Beřkovic
Ředitelka: MUDr. Vl. Kazetská

Souhrn: Jsou uvedeny zkušenosti vyplývající ze šestiletého provozování muzikoterapie na rehabilitačním oddělení pro nemocné trpící psychickými poruchami ve vyšším věku. Aktivní a receptivní muzikoterapie patří k nejmocnějším aktivačním prostředkům a je indikována i u nejvážnějších psychických alterací, kde ostatní psychotherapeutické techniky selhávají.

Klíčová slova: muzikoterapie — geriatrie — psychosy — demence — terapeutická komunita.

Jedna z novějších definic muzikoterapie říká, že je to pečlivě předepsaná dávka hudby buď poslechem, nebo spoluúčastí, ordinovaná pod lékařským dohledem a ovlivňující nejrůznější funkce organismu. Skutečná muzikoterapie však začíná až tehdy, když se cíleně použijí hudební praprvky (melodie, rytmus a harmonie). Pěstovala se již ve starověku a udržuje se v lékařství až do doby dnešní. Muzikoterapie se v ČSSR pěstuje jen okrajově, sporadicky a amatérsky podle osobního zaangažování hudebně orientovaného specialisty, nejčastěji dětského neurologa nebo pedopsychiatra. V muzikoterapii (dále MT) se u nás uplatňují především ti, u nichž došlo ke šťastné kombinaci hudebního a biologického vzdělání. Použití MT v geriatrii je rozšířeno více v zahraničí než u nás. V našem zařízení je MT zařazena do principu terapeutické komunity od r. 1973. Po šestileté praxi jsme dospěli k názoru, že hudba je v geriatrické medicíně jeden z nejmocnějších aktivačních mentálních prostředků, mobilizující obranné mechanismy ke zdolávání psychologických regresivních epifenomenů, podílejících se na resignaci starého člověka trpícího nejrůznějšími chorobami stáří. MT má v psychologické léčbě starých osob řadu předností před verbálními technikami. V geriatrii platí více než jinde pravidlo, že tento způsob hudebního ovlivňování člověka neklade obvykle psychický odpor, nevyžaduje od pacientů intelektuální práci a logiku, a proto jej lze aplikovat i tam, kde pacient není schopen přijmout mluvené slovo. Z těchto důvodů je MT účinná nejen u psychos v seniu, ale i u demencí, afasií u hemiparetiků a parkinsoniků. Kloníme se k názoru, že efektivnost MT aplikované u nervových a duševních chorob ve stáří lze chápat ve smyslu nespecifického působení hudby především na chorobou ještě nedotčenou oblast psychiky (např. u demencí a afasií), a jen výjimečně na sám chorobný proces (u afektivních psychos, zvláště u melancholií).

V tomto smyslu lze nejlépe aplikovat principy aktivní skupinové MT, především kolektivní zpěv starých lidových písní, národních písní a šlágrů, buď s doprovodem Orffova instrumentaria, nebo českou variantou tzv. hry na vlastní tělo. Hudba pak vnáší do prázdňého života starých lidí novou dimenzi: pocit radosti ze spolupráce a spoluúčasti na činnosti. Ve shodě s jinými autory lze považovat aktivní MT za cennou komunikativní formu psychoterapie, která zlepšuje sociální vztahy, obnovuje důvěru a zlepšuje svalovou koordinaci. Umožňuje projevit se neverbálně i u těch, kde mluvené slovo chybí a navozuje tak cenné emoce na melodicko-rytmické podněty. Pokud se týká možnosti skupinové receptivní MT v geriatrii, je rozhodující otázkou volba skladeb. To znamená limitovat výběr pouze na ty skladby, na které pacienti ještě stačí, a které odpovídají úrovni jejich nároků. Naši gerontopsychiatři pacienti preferují jednoznačně hudbu svého mládí, tj. skladby z dvacátých a třicátých let. Základní stupeň vzdělání limituje možnosti náslechu hudby klasické, ke které přistupují naši staří hospitalizovaní nemocní se skepsí, s nedůvěrou a často i s odporem. Musikoterapeut musí proto ustoupit od svých hudebních představ a hodnot a akceptovat práci s písní lidovou, národní a se šlágrem. Pro pojetí geriatrické MT je významný přínos lipské školy (Schwabe), že hudbou lze ovlivnit regulační pochody modulující svalové napětí a významnou měrou tak působit na nejrůznější algie často efektivněji než cestou farmakologickou. Pro léčbu hudbou je významné zachovávat pravidla isoprincipu dle Altschulerové. Volit pro nemocného hudbu, která vzhledem k tempu, síle a rytmu odráží náladu pacienta. Je proto cenné určovat tzv. osobní tempo tůkání (tappingu), a volit pak hudbu v tomto tempu (u zdravých je to frekvence kolem 100 — 120/min.— tedy odpovídající allegro). Tempa rychlejší neb pomalejší mohou vyvolat napětí a snížit výkon. Naučí-li se pacient rozlišovat vliv rytmu na tensi a relaxaci, je v jeho silách se lépe ovládat. U depresivních nemocných volíme spíše smutné melodie v molových toninách, u agitovaných přecházíme od skladeb rychlých ke skladbám v tempu moderata a uklidňujícím. Geriatři nemocní dávají přednost sudým rytmům, zvláště na dvě a na čtyři, rytmus nejlépe udržují synchronním tleskáním neb hrou na vlastní tělo. Hudbu lze modifikovat kombinací s pohybem, alternovat melodické prvky s rytmickými, a to ve smyslu Orffovy these, že hudba se má stát hrou a potěšením v pravém slova smyslu.

S MT principy se setkává nově přichozí pacient na našem oddělení již při vstupu: při rituálu oficiálního přijetí terapeutickou komunitou pacientů je vyzván, aby si vzpomněl na nejoblíbenější píseň svého mládí. Kolektiv nemocných mu ji pak zazpívá. V následném pohovoru jsou asociovány vzpomínky na dobu, kdy tuto píseň zpíval neb slýchal, takže hudební ukázka navodí atmosféru dávných dob a podnítl jej k zamyšlením nad smyslem života, což je již mostem k aplikaci technik verbální gerontopsychiatrie.

Aktivní MT je prováděna na rehabilitačním oddělení našeho primariátu denně v trvání 30 minut jako relaxační část po předchozí rozvíčce vsedě. Patří k nejoblíbenějším programům našeho psychoterapeutického snažení v rámci systému léčebné komunity. Při absenci musikoterapeutů neb lékaře se vytváří „samořídící skupina“, která v aktivní MT pokračuje iniciativně sama. Myslím, že je to dostatečným důkazem pro to, že naši duševně nemocní staří lidé po hudbě lační. Jsme přesvědčeni, že MT lze aplikovat i v jiných typech zdra-

vatnických institucí, než jsou psychiatrické léčebny. Vhodnou lokalitou jsou LDN, DD, ÚSP a speciální rehabilitační ústavy.

LITERATURA

- HEIZMAN, J.: Muzykoterapia grupowa w warunkach oddzialu geratrycnego. Psychoterapia, Krakow, Marec 1976 — XVI: 15 — 18.
- POLIŠENSKÝ, M.: Musikoterapie. Účelová pomůcka pro vnitřní potřebu. Vydala Psychiatrická léčebna v Kroměříži, 1979.
- SCHÁNILCOVÁ, J., ZAPPNER, V.: Teoretické a praktické aspekty výběru a použití hudby při receptivní skupinové terapii. Musikoterapeutické listy, Praha č. 1, 1979: 6 — 8.
- SCHWABE, CH.: Musiktherapie bei Neurosen und funktionellen Störungen. 3. Aufl. 1974, VEB G. Fisher Verlag, Jena.
- WITTGENSTEIN, O. G.: Melancholie und Musik — vom David bis heute. Zschr. Musik u. Med. April 1977: 31 — 40.

Adresa autora: M. V., Psychiatrická léčebna 411 85 Horní Beřkovice

M. Войтеховски, А. Лангерова

MУЗИКОТЕРАПИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Резюме

В статье описан опыт, вытекающий из шестилетнего проведения музыкотерапии в отделении восстановительной терапии больных, страдающих психическими расстройствами в старческом возрасте. Активная и рецентивная музыкотерапия относятся к наиболее эффективным активизирующим средствам; она предназначена даже в случаях наиболее тяжелых психических альтераций, когда другие психотерапевтические методы оказываются неудачными.

M. Vojtěchovský, A. Langerová

MUSICOTHERAPY IN GERIATRIC PATIENTS

Summary

The paper presents experience from six years applied musicotherapy at the Department of Rehabilitation for patients suffering from psychic defects in advanced age. Active and receptive musicotherapy is one of the most effective means of activation, and is indicated also in the most severe psychic alterations where other psychotherapeutic techniques have failed.

M. Vojtěchovský, A. Langerová

MUSIKTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG VON GERIATRIEPATIENTEN

Zusammenfassung

In der Schrift werden Erfahrungen vermittelt, die sich aus einer sechsjährigen musiktherapeutischen Praxis an der Rehabilitationsabteilung für an psychischen Störungen leidende Patienten in fortgeschrittenem Alter ergeben. Eine aktive und rezeptive Musiktherapie ist eine der wirksamsten Aktivierungsmittel und ist auch bei den schwerwiegendsten psychischen Alterationen indiziert, wo die übrigen psychotherapeutischen Techniken meist versagen.

M. Vojtěchovský, A. Langerová
LA MUSICOTHÉRAPIE DES PATIENTS GÉRIATRIQUES

R é s u m é

L' article traite les expériences résultant d' une pratique de musicothérapie de 6 ans au Département de Réhabilitation des malades affectés de troubles psychiques dans l' âge avancé. La musicothérapie active et réceptive appartient aux moyens d' activation les plus efficaces et elle est indiquée même dans les altérations psychiques plus graves là où les techniques psychothérapeutiques suivantes échouent.

G. STEFAN, E. MOST
ECHOKARDIOGRAPHIE

Echokardiografia

Vydal Georg Thieme Verlag Stuttgart New York 1981
ISBN 3-13-586401-4

Jednou z veľmi dôležitých vyšetrovacích metód súčasnej kardiológie je echokardiografia, ktorá pri správnej aplikácii dovoľuje posúdiť morfológické zmeny a funkčné zmeny na srdci. Posledných 15 rokov prinieslo aj značné technické zlepšenie echokardiografickej techniky. Z jednodimenzionálnej M-echokardiografie sa prechádza na dvojdimenzionálnu echokardiografickú techniku.

Dr. Stefan a doc. Most pripravili vo vydavateľstve Georg Thieme Verlag v Stuttgarte monografiu venovanú echokardiografickej vyšetrovacej metóde, ktorá predstavuje úvod a praktické využitie tejto vyšetrovacej techniky. Monografia má svoju všeobecnú časť, kde sa hovorí o vývoji echokardiografie a o vyšetrovaní ultrazvukom, a svoju špeciálnu časť, ktorá v jednotlivých kapitolách sa zameriava na príslušné vyšetrenia jednotlivých porúch srdca. Hovorí sa o vyšetrovaní funkcie chlopní, o pomeroch veľkosti a funkcie ľavej komory, o kardiomyopatiách, o koronárnej srdcovej chorobe a srdcovom in-

farkte. V ďalších kapitolách autori venujú pozornosť pravej komore, ľavej a pravej predsieni, predsieňovému septu, tumorom srdca a ochoreniam perikardu. Diskutuje sa o otázkach kongenitálnych vicií, poruchách srdcového rytmu, poruchách vedenia podráždenia, možnostiach použitia kontrastných látok v echokardiografii a chybných interpretáciách echokardiografických záznamov.

V dodatku je publikovaný echokardiografický protokol, tabuľka normálnych hodnôt a niektoré ďalšie diagramy a vzorce. Za každou kapitolou je priradený prehľad literatúry. Kniha je bohato dokumentovaná jednotlivými originálnymi echokardiogramami a celým radom trojfarebných schém, ktoré veľmi ilustratívne a najmä pedagogicky vysvetľujú jednotlivé časti echokardiogramom.

Monografia Stefana a Mosta predstavuje praktickú príručku pre každého, kto sa touto vyšetrovacou metódou zaoberá.

Dr. M. Palát, Bratislava

ORGANIZOVANÁ HRA DOSPELÝCH A JEJ VÝZNAM Z TERAPEUTICKÉHO A REHABILITAČNÉHO HĽADISKA

M. LACHOVÁ

Fyziatricko-rehabilitačné oddelenie FN, Bratislava
Primárka: MUDr. V. Lániková

Súhrn: V živote dospelého jedinca hra umožňuje psychickú relaxáciu a aktiváciu intelektuálnych schopností. Najdôležitejší prínos má hra z liečebno-výchovného hľadiska vo výchove a prevýchove.

Hrou sa rozvíja predovšetkým vytrvalosť, rýchlosť, obratnosť, cieľavedomosť, čo sa v rehabilitácii využíva pre priaznivý psychofyziologický účinok a vysoký emocionálny náboj a výdatne napomáha pri resocializácii pacienta. Práve pre liečebné účinky môžeme hru všestranne využívať v rehabilitácii.

V rámci rehabilitačného procesu u psychiatrických pacientov sme si overili možnosť využitia súťaživých hier. Súťaživé hry svojím charakterom dali možnosť každému členovi aktívne sa zaradiť do skupiny.

Na malej experimentálnej vzorke sa nám podarilo dosiahnuť pomerne vysokú účinnosť tejto metodiky.

Realizácia herných stretnutí má veľký význam v liečebno-rehabilitačnom procese, pretože hra napomáha pri psychickej, resocializácii a readaptácii pacienta na realitu života.

Kľúčové slová: hra — úlohy hry — rehabilitačný proces — rehabilitácia v psychiatrii — terapeutické využitie.

Hra má aj v živote dospelého jedinca významnú úlohu. Obohacuje život vo svojich najrozmanitejších formách. Umožňuje psychickú relaxáciu a aktiváciu intelektuálnych schopností. Podľa Příhodu (1970) je hra spontánna a dobrovoľná činnosť, ktorá prináša uspokojenie a radosť.

Najdôležitejší prínos má hra z liečebno-výchovného hľadiska vo výchove a prevýchove. Z tohto hľadiska je jej význam v tom, že:

- je prirodzenou formou učenia, umožňuje zdokonaľovať zručnosti, rozvíjať schopnosti a získavať vedomosti,
- uľahčuje pochopiť realitu (medziľudské vzťahy, postoje, hodnotový systém, vlastné zážitky), v ktorej jedinec žije,
- pozitívne motivuje a aktivuje tvorivé sily osobnosti,
- umožňuje prijateľným spôsobom uvoľniť negatívne city, napätie,
- uľahčuje sebavyjadrenie a sebarealizáciu.

Horňáková [1977] uvádza, že ak bol psychosociálny vývin u dieťaťa z nejakých dôvodov narušený a u dospelého sa prejavili poruchy v oblasti emotivity, adaptability a sociálneho správania, hra sa pri odbornom využití všetkých jej možností môže stať zvlášť účinným nástrojom pomoci v zmysle liečebnom.

Psychoanalytici nachádzajú v hre charakteristický odraz jednotlivých fáz vývoja libida integratívnej a autonómnej funkcie ja [ego], i vnútorných štruktúrnych konfliktov osobnosti a konečne úrovne a formúl interakcie medzi vplyvmi konkrétneho prostredia a dynamickým stavom psychického aparátu. Zapletal [1973] hovorí, že niet ani jedinej telesnej alebo duševnej vlastnosti, ktorú by nerozvíjala určitá skupina hier. Na tejto rôznorodosti vidíme, že hry sú vlastne účinným prostriedkom k všeobecnému rozvoju tela i ducha. Hráť pripisuje dôležitú funkciu v tom zmysle, že majú významné miesto pri pestovaní pevnej vôle a v sebaovládaní.

Mrkvička [1972] sa zmieňuje o hre v tom zmysle, že sa v nej prežíva realita, bezprostrednosť, sloboda. Zastáva názor, že hra umožňuje odreagovanie sa od každodenných povinností.

Schurrer [1972] považuje hru za najpríjemnejší a najprirodzenejší spôsob učenia, ale i zdroj duševného zdravia, rekreácie a obnovy duševných síl.

Z psychohygienického hľadiska nadobúdajú hry v dnešnom období čoraz väčší význam v každodennom živote človeka. Hra obnovuje duševné sily, umožňuje získať nové zážitky. Je vhodným prostriedkom na odreagovanie. V oblasti psychohygieny sa uplatňuje v najrôznejších formách, ako sú napr. športové hry, spoločenské hry, atď.

S hrami je spojený optimizmus, veselosť aj humor, ktoré sú dôležitými psychohygienickými činiteľmi. Svoj podiel na psychohygienickom pôsobení hier má aj skupinová hra. Skupina pri hre sleduje jeden cieľ, členovia sa navzájom ovplyvňujú, a preto sa musia do určitej miery navzájom prispôbovať. Počas tohto prispôbovania sa modelujú individuálne názory a vlastnosti. V hre sa tiež vytvárajú podmienky pre neformálne prijímanie a rešpektovanie osobnosti.

Hry majú veľký prínos a špecifický význam aj v psychiatrickej praxi u dospelých. Zamestnávajú pacientov vo voľnom čase, pomáhajú im tráviť voľné chvíle medzi liečebnými procedúrami, prispievajú k prehlbovaniu a zintenzívňovaniu medziľudskej komunikácie aj k duševnému zaujatiu pacientov. Sú vhodnými prostriedkami v rehabilitačnej a rekreačnej činnosti pacientov. Prinášajú emocionálne zážitky, dávajú možnosť pre sebarealizáciu a sebauplatnenie.

Pretože hry sa realizujú vždy v nejakej skupine, poskytujú možnosť pacientom nadviazať nové kontakty.

Rekreačné činnosti u psychotikov majú osobitný význam. V psychiatrii sú súčasťou rehabilitačného procesu.

Kondáš [1976] zaraďuje rekreačné činnosti v psychiatrii pod pojem „rozptyľujúce činnosti“. K rozptyľujúcim činnostiam pr'raduje rôzne formy hier a tvrdí, že ich cieľom je plne zaujať duševnú aktivitu psychotika primeraným a zdravým smerom. Pre alkoholikov môžu znamenať aktiváciu predošlých záujmov a ukazovať možnosť zábavy bez potreby alkoholu. Pre neurotikov sú formou rozptýlenia, pričom odvádzajú ich pozornosť od vlastných problémov a konfliktov. Sú zároveň modelom pre primeranú medziosobnú komunikáciu (Kondáš, Heřmánek, 1976, s. 230).

Pri rehabilitácii pacientov z indikačnej oblasti psychiatrickej sa využívajú hry ako jedna z foriem rehabilitačného postupu, ktorý má pomôcť pacienta resocializovať.

Kerssenbrock a Slavíčková [in Skaličková, 1971, s. 180] o uplatnení hier v rehabilitácii psychiatrických pacientov hovoria, že: „Pri liečení duševne chorých sa uplatňujú hry ako výdatný prostriedok k celkovému zlepšeniu kondície. Pri vysokej emocionalite hier si účastník ani neuvedomuje množstvo vykonanej práce a s tým súvisiacu únavu. Cieľ hry — zvíťaziť nad súperom a zachovať fair play, sú závažnými výchovnými momentmi.“

Pri oligofrénii doporučujú títo autori jednoduché hry, ako sú napr. rôzne naháňačky, štafetové hry, vybíjaná a pod.

Pre neurotických pacientov doporučujú mierne súťaživé hry, ktoré sú pre neurotikov veľmi prospešné.

Pri obsedantných a depresívnych formách neurózy doporučujú akékoľvek hry.

Pri anxiózných a exhaustívnych stavoch pre začiatok navrhujú jednoduché nácvikové formy odbíjanej.

Pri maniodepresívnych psychózach doporučujú pri depresívnych stavoch futbal, pri manických stavoch odbíjanú.

Pre schizofrénnych pacientov doporučujú tiež odbíjanú. Hrou sa teda rozvíja predovšetkým vytrvalosť, rýchlosť, obratnosť, cieľavedomosť, čo sa v rehabilitácii využíva pre priaznivý psychofyziológický účinok a vysoký emocionálny náboj a výdatne napomáha pri resocializácii pacienta.

Práve pre tieto liečebné účinky môžeme hry všestranne využívať v procese rehabilitácie. Pomocou hry môžeme pacientom ukázať spôsob správneho riešenia konfliktov a spôsob, ako sa s nimi vyrovnáť, pretože v podmienkach hry môžeme stavať konflikty do takých situácií, ktoré pacient musí samostatne riešiť. Pri nevhodnom riešení im môžeme zase ukázať správnu cestu a nedirektívnou formou — pomocou hry ich priviesť k vlastnému a samostatnému riešeniu konfliktových situácií. Pomocou hry sa v skupine môžu vytvoriť situácie na odkrytie problému, a to tak, aby sa s ním jedinec mohol vyrovnáť a porozmýšľať o ňom. Z toho vyplýva, že hry učia jedincov vyrovnávať sa s problémami v rôznych situáciách.

V terapeutickom procese pomocou hry môžeme vytvárať situácie, v ktorých pacienti majú možnosť vzájomne si pomáhať a uvedomiť si svoju úlohu v medziľudských vzťahoch. Pomocou podmienok v hre môžeme tiež vytvoriť situácie, v ktorých pacienti majú možnosť učiť sa rešpektovať iných. Skupinová hra pacientom umožňuje nájsť si nové a uspokojivé formy správania. Hry učia pacientov nepriateľstvo vyjadriť symbolicky, obmedzovať, prípadne kanalizovať agresivitu, umožňujú nácvik nových sociálnych aktivít. U psychotických pacientov sa snažíme voliť čo najjednoduchšie hry, ktoré nie sú náročné. Predovšetkým sa snažíme o to, aby pacienti medzi sebou nadviazali vzájomné vzťahy. Pomocou hier sa snažíme vytvoriť takú atmosféru, aby sa každý cítil rovnocenným členom skupiny a aby pacient mal pocit sebaistoty, aby cítil, že ho skupina prijíma a chápe jeho problémy. Je nutné, aby sme pomocou hry u pacientov prebudili záujem o činnosť, postavili pred nich nové ciele, ktoré majú zmysel pre reálny život. Snažíme sa o to, aby znovu získali záujem o spoločenské prostredie a prácu.

Podľa charakteru duševného ochorenia treba ciele liečebno-výchovného pôsobenia stavať individuálne. U psychóz si možno za ciele liečebno-výchovného pôsobenia postaviť:

1. nadviazanie kontaktu a vzťahu dôvery,
 - a) pacient — terapeut

- b) pacient — pacient
 - c) pacient — skupina
2. konfrontáciu pacienta s realitou,
 - a) vlastných problémov
 - b) problémov iných pacientov
 - c) problémov skupiny
 3. podporu pacienta v období remisie,
 4. obohatenie prežívania emocionálne kladnými zážitkami.

Najčastejším príznakom psychického ochorenia sú narušené schopnosti nadviazania interpersonálneho kontaktu, cit dôvery a sebadôvery. Na upravenie týchto vlastností osobnosti môžeme pozitívne využívať aj niektoré špeciálne hry. Hrou vytvárame v terapeutickej skupine také situácie, v ktorých je pacient neustále v konfrontácii s realitou. Tým, že pred pacienta stavíme skutočné problémy, konfrontujeme ho s realitou a môžeme dosiahnuť to, že pacient problémy a konflikty, do ktorých sa dostane, bude riešiť sám. Keďže hra vyvoláva radostnú náladu, veselosť a optimizmus, má aj prínos pre podporu pacienta v remisii. Môže byť účinným prostriedkom na odstránenie obavy zo sociálneho styku, pretože v skupine umožňuje vytváranie pozitívnych sociálnych stykov. Hry svojím vysokým emocionálnym nábojom prispievajú k obohateniu citového života pacienta. Umožňujú získanie spontánnych korektívnych zážitkov v čase hospitalizácie.

Na Fyziatricko-rehabilitačnom oddelení FN v Bratislave sme u pacientov poukázali z Psychiatrickej kliniky počas ich rehabilitačného procesu využívali súťaživé hry. Každý člen skupiny mal určenú úlohu a aj celá skupina mala určený presný cieľ. Súťaživé hry svojím charakterom dali možnosť každému členovi aktívne sa zaradiť do skupiny. Jednotlivci získali pozitívnu vnútornú skúsenosť, že boli tiež platnými členmi skupiny, lebo v súťaži mal každý svoju úlohu a každý prispel k vytýčenému cieľu.

V terapeutickom procese sme pomocou súťaživých hier mohli zvyšovať sebedôveru u členov, ktorí boli utiahnutí, depresívni, alebo anxiózní.

Terapeutické využitie organizovanej hry má v rámci rehabilitačnej starostlivosti veľký význam a možno touto technikou, ak je správne aplikovaná, dosiahnuť značné úspechy v rámci resocializácie a reintegrácie pacienta do normálnych podmienok každodenného života.

Práve preto sme sa rozhodli pokúsiť sa o overenie možnosti súťaživých hier v rámci rehabilitačného procesu u psychiatrických pacientov. Túto metódu sme aplikovali ako novú, ktorá tu ešte doposiaľ použitá nebola, a podarilo sa nám, hoci na pomerne malej experimentálnej vzorke, dosiahnuť pomerne vysokú účinnosť tejto metodiky.

Súťaživé hry však treba využívať v rámci rehabilitácie u psychiatrických pacientov cielavedome a plánovite, pretože len tak budú úspešne podporovať doliečovací proces.

Adresa autorky: M. L., Na kalvárii č. 20, 809 00 Bratislava.

LITERATÚRA

- BUJKO, J.: Hrová skupina ako terapeutický prostriedok u dospelých na psychiatrickej klinike, Diplomová práca na Pd FUK — Trnava, 1979, 74 s.
- HORNÁKOVÁ, M.: Špeciálne prednášky z terapie hrou na Pd FUK — Trnava, 1977—78.
- KONDÁŠ, O. — HERMÁNEK, S.: Psychológia v liečebnej rehabilitácii, Osveta, Martin, 1976.
- MILLAROVÁ, S.: Psychologie hry, Panoráma, Praha, 1978.
- MRKVIČKA, R.: Člověk v akci, Panoráma, Praha, 1972.
- PŘÍHODA, V.: Ontogeneze lidské psychiky III., Praha, 1979.
- SCHURER, M.: Dítě a hra, Emka, Praha, 1972.
- SKALIČKOVÁ, O. A KOL.: Rehabilitace v psychiatrii, Avicenum, Praha, 1971.
- ZAPLETAL, M.: Encyklopedie her, Olympia, Praha, 1973.

M. Лахова

ОРГАНИЗОВАННАЯ ИГРА ВЗРОСЛЫХ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ С ЛЕЧЕБНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ

Резюме

В жизни взрослого человека игра дает возможность психической релаксации и активизации интеллектуальных способностей. Важнейшее значение с лечебно-воспитательной точки зрения имеет игра в деле воспитания и перевоспитания.

При помощи игры развивается прежде всего выносливость, быстрота, ловкость и целеустремленность, что используется в реабилитации из-за благоприятного психофизиологического действия и высокого эмоционального содержания, способствуя эффективной ресоциализации больного. Именно ввиду ее лечебных свойств можно игру всесторонне использовать в реабилитации. В рамках курса реабилитации у психиатрических пациентов мы проверяли возможность использования игр-соревнований. Игры-соревнования по своему характеру дали возможность каждому члену активно включиться в группу.

На небольшом экспериментальном образце нам удалось достигнуть сравнительно высокой эффективности этой методики.

Осуществление игр-соревнований имеет большое значение в лечебно-восстановительном процессе, так как игра помогает психической ресоциализации и реадaptации больного к реальной жизни.

M. Lachová

ORGANIZED GAMES FOR ADULTS, THEIR SIGNIFICANCE FROM THE ASPECTS OF THERAPY AND REHABILITATION

Summary

In the life of adults games provide relaxation and activation of intellectual abilities. Games contribute most significantly to therapy, education and reeducation.

Games support endurance, skill, quickness and purposeful activity which is in rehabilitation a favourable psychological effect and a highly emotional change helping effectively the resocialisation of the patients. For its therapeutical effect can games be versatilly applied in rehabilitation. During the process of rehabilitation in psychiatric patients the authors have been able to verify the possibilities of games of competition. These games by their character provide each member with the possibility to become part of the group.

In a small experimental sample the authors have been able to achieve a comparatively high effectivity of this method.

The realization of game meetings is of great significance in the process of rehabilitation and therapy, because games support psychical resocialization and re-adaptation of patients for the reality of life.

M. Lachová

ORGANISIERTES SPIEL FÜR ERWACHSENE UND SEINE BEDEUTUNG VOM GESICHTSPUNKT DER THERAPIE UND REHABILITATION

Zusammenfassung

Im Leben des erwachsenen Individuums ermöglicht das Spiel psychische Entspannung sowie Aktivierung intellektueller Fähigkeiten. Den wichtigsten Beitrag leistet das Spiel vom Gesichtspunkt der Heilerziehung als Mittel zur Erziehung und Umerziehung. Durch Spiel werden vor allem die Ausdauer, Schnelligkeit, Geschicklichkeit, Zielstrebigkeit entwickelt, was innerhalb der Rehabilitationsbehandlung wegen der günstigen psychophysiologischen Wirkung sowie wegen der hohen emotionalen Spannung genutzt wird, im Interesse der Förderung der Resozialisierung des Patienten. Eben wegen dieser Heilwirkungen kann das Spiel innerhalb der Rehabilitationsbehandlung vielseitig genutzt werden.

Im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung von psychiatrischen Patienten wurde die Möglichkeit der Anwendung von Wettbewerbsspielen untersucht. Die Wettbewerbsspiele brachten aufgrund ihrer spezifischen Natur jedem Mitglied die Möglichkeit zur aktiven Einordnung in die Gruppe.

An einem kleinen experimentellen Patientengut gelang es, eine verhältnismäßig große Wirksamkeit dieser Methodik zu erreichen. Spielbegengungen der Patienten sind für den Prozeß der Rehabilitationsbehandlung von großer Bedeutung, da das Spiel die psychische Resozialisierung sowie die Readaptation des Patienten an die Realität des Lebens fördert.

M. Lachová

LE JEU ORGANISÉ DES ADULTES ET SON IMPORTANCE DU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE ET DE LA RÉADAPTATION

Résumé

Dans la vie d'un sujet adulte le jeu permet une relaxation psychique et une activation des facultés intellectuelles. L'apport principal du jeu consiste dans le traitement éducatif et rééducatif.

Le jeu permet de développer, avant tout, la persévérance, la rapidité, l'habileté, la confiance en soi qui sont dans la réadaptation appliqués pour leur effet psychophysiologique favorable et leur charge émotionnelle supérieure. Dans la resocialisation du patient son aide est importante et vu ses effets thérapeutiques, le jeu peut s'appliquer parfaitement dans la réadaptation.

Dans le cadre du procédé thérapeutique chez les patients psychiatriques, nous avons contrôlé la possibilité de l'application des jeux de concours. Par leur caractère ces jeux ont donné à chacun le moyen de se classer activement dans le groupe.

Sur un petit groupe expérimental nous sommes parvenus à obtenir un bon effet de cette méthode.

La réalisation des rencontres a une grande importance dans le procédé thérapeutique et dans la réadaptation vu que le jeu contribue à la resocialisation psychique et la réadaptation du patient dans la réalité vitale.

DOŠKOĽOVANIE

VYHLADÁVANIE SKRYTÝCH CHÝB A CHORÔB ANTROPOLOGICKÝMI METÓDAMI U DETÍ A MLÁDEŽE

I. DROBNÝ

Katedra biológie a patobiológie dieťaťa Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského, Trnava

Súhrn: Autor predkladá návrh antropometrického a antroposkopického preventívneho hromadného vyšetrenia detí a mládeže, ktorého cieľom bude prispieť k včasnému odhaľovaniu niektorých chýb a chorôb. Prínos antropologických metód pre medicínsku prax rozdeľuje autor do troch častí:

- na základné zmeny rastového trendu priamo upozorniť na patologický proces /napr. pri intrakraniálnych expanziách v ranom detstve/;
- na základe zmeny rastového trendu signalizovať možné chorobné stavy alebo procesy, ako aj nevhodné modifikácie prostredia;
- na základe sledovania rastovej a vývinovej dynamiky prispieť ku kontrole vhodnosti terapie.

V závere autor upozorňuje na potrebu pri posudzovaní dosiahnutej úrovne telesného rastu a vývinu uplatňovať korekciu pre genetické faktory, ako aj pre faktory sociálno-ekonomického prostredia.

Kľúčové slová: Antropologické metódy — skryté choroby — telesné postihnutie — antropologický skrining — antroposkopia — antropometria

Problematiku potreby skriningového vyšetrenia obyvateľstva s cieľom vyhľadávania skrytých chýb a chorôb, ako aj zástoja antropologických metód v rámci tohto systému sme na všeobecnej úrovni rozobrali v predchádzajúcej štúdií — Drobny /1981/. V predloženej práci sa budeme zaoberať problematikou antropometrického skriningu u detí a mládeže, to znamená, do ukončenia telesného rastu a vývinu, do dosiahnutia dospelosti.

Kým u dospelých sme schopní na základe poznania podielu niektorých komponentov v stavbe tela vytvoriť skupiny „rizikových pacientov“ /jednotlivcov ohrozených nadnáhodne častým výskytom určitých ochorení/ a iba zriedkavo na základe rastu niektorých častí tela upozorniť na endokrinopatiu /akromegalia/, prípadne výskyt iných syndrémov, pri použití antropometrických metód v rámci skriningu v detskom veku môžeme odhaliť podstatne širšiu paletu chorôb a chýb. Považujeme preto za potrebné venovať zvýšenú pozornosť skriningu u detí a mládeže, pretože starostlivosť o deti je základom preventívnej medicínskej starostlivosti.

Na základe antropometrického vyšetrenia zameraného na skrining môžeme pozitívny nález (zistenie odchýlok poukazujúcich na podozrenie zo skrytej [zачínajúcej] choroby alebo chyby) rozdeliť na dve skupiny:

- V prvom rade sú to priame zistenia patologicky podmienených zmien teles-

nej veľkosti, proporcionality celého tela alebo jeho časti. Na základe takéhto zistenia možno odporúčať podrobné špeciálne medicínske, ale aj podrobnejšie antropometrické a antroposkopické vyšetrenie (druhostupňový skrínig). Do tejto skupiny môžeme zaradiť poruchy rastu neurokránia (napr. intrakraniálne expanzie), zmenenú produkciu STH a pod.

— Druhú skupinu tvoria hlavne rastové retardácie, pri ktorých nevieme poukázať na ich príčinu, a preto tu odporúčame podrobnejšie medicínske vyšetrenie formulované všeobecnejšie.

Toto rozdelenie využitia antropologických metód pri vyhľadávaní skrytých chýb a chorôb sme formulovali na základe poznania zmien rastovej dynamiky dosiahnutej úrovne rastu tela ako celku alebo jeho jednotlivých častí u detí a mládeže postihnutých určitými ochoreniami.

Venujme teraz pozornosť stručnému zhrnutiu doterajších poznatkov o patologicky zmenenom raste a vývine.

V druhom rade si všimnime krátkodobé ochorenia, pri ktorých deťom podávajú antibiotiká. Niektorí autori, napr. Kubát et al. (1971), Bakičová a Lipková (1975), ktorí analyzovali súvislosť medzi dosiahnutou úrovňou telesného rastu a častou ochorenia (pri liečbe antibiotikami), prišli k záveru, že deti, ktoré častejšie ochorejú (výraznejšia súvislosť je u dievčat) na krátkodobé choroby, sú po stránke telesných rozmerov (hlavne výška tela) väčšie.

Samostatne budeme venovať pozornosť rastovým zmenám pri endokrinopatiách, pričom čerpáme hlavne z prehľadných referátov, ktoré publikovali Royer (1965) a Lelong et al. (1965).

Pri apláziách predného laloku hypofýzy pôrodná dĺžka je normálna, rastová retardácia sa začne prejavovať neskôr. Typickým obrazom zníženej produkcie STH je nanizmus. Klinicky sa prejavuje až po druhom roku života. U postihnutých sa neobjavuje dospievanie, čo vyvoláva súčasný defekt gonádotropínov, oneskoruje sa osifikácia, osifikačné štrbiny ostávajú otvorené asi do 35. roku života. Typickým znakom hypofyzárneho nanizmu je proporcionálne zmenšenie postavy.

Hypofyzárny gigantizmus jej vyvolaný hyperprodukciou STH pred uzatvorením epifyzárnych štrbín dlhých kostí. U postihnutých je typické proporcionálne zväčšenie postavy.

Pri neliečených hypofunkciách štítnej žľazy novorodenci bývajú kratší, ale sú ťažší. Tento nález môžeme použiť pri vyhľadávaní novorodencov postihnutých hypofunkciou štítnej žľazy (na základe pomeru dĺžky a hmotnosti tela). Typickým obrazom neliečenej hypofunkcie štítnej žľazy je nanizmus, pre ktorý sú charakteristické krátke končatiny. Epifyzárne štrbiny ostávajú otvorené aj u dospelého, postihnutí však narastú do výšky. Kostný vek je na úrovni polovice kalendárneho veku (prípadne ešte nižší).

Pri hyperfunkcií štítnej žľazy asi u polovice postihnutých dochádza k akcelerácii lineárneho rastu. Táto akcelerácia sa objavuje hlavne u mladších pacientov, nie je závislá od stupňa hyperfunkcie. Sprievodným prejavom je aj urýchlenie kostného dozrievania. Spoločným výsledkom je, že neliečení pacienti sú podpriemerne vysokí.

U detí postihnutých Addisonovou chorobou (hypokorticismus) je mierna výšková retardácia, veľkosť retardácie je závislá od dĺžky trvania neliečenej choroby. Pri hyperkorticismoch (Cushingov syndróm) u detí sa tiež objavuje

retardácia rastu do výšky, ktorej veľkosť je úmerná dĺžke trvania neliečenej choroby. Kostné dozrievanie je menej postihnuté.

Ďalšia skupina hormónov, ktorým budeme venovať pozornosť, sú androgény produkované kôrou nadobličiek a testés. Pri nadobličkovej hyperplázii dochádza k urýchleniu kostného dozrievania, ktoré je o to výraznejšie, o čo dlhšie trvá neliečená choroba. Pri hypogonadizmoch výška tela býva normálna, kostné dozrievanie je retardované, svalstvo je málo vyvinuté, axilárne a pubikálne ochlpenie sa vyvíja mierne retardovane. Pri testikulárnych tumoroch sa objavuje dramaticky akcelerácia rastu do výšky (predbieha o 2 až 5 rokov). Všeobecne možno povedať, že androgény počnúc pubertou výrazne urýchľujú kostné dozrievanie, menej rast tela do výšky.

Hypogonadizmy u dievčat retardujú kostné dozrievanie, mierne akcelerujú rast do výšky, sekundárne pohlavné znaky a menarché chýbajú. Pri hyperestrogénii je výrazne akcelerovaná kostná zrelosť, menej rast do výšky.

Pri endokrinopatiách, ktoré sme rozoberali (STH, tyreoidné hormóny, androgény), je dôležité venovať pozornosť týmto vzťahom: kostný vek k výškovému veku; dĺžka horného segmentu tela k výške dolného segmentu; výška tela k hmotnosti tela; šírka ramien k šírke panvy.

Retardáciu rastu tela do výšky, ale zvýšenú telesnú hmotnosť a retardáciu vývinu nachádzame aj u detských diabetikov (diabetes mellitus) — Slezáková (1980).

Samostatne, aj keď veľmi stručne, považujeme za potrebné venovať pozornosť obezite, hlavne v súvislosti s narastaním jej výskytu u nás, najmä u detí a mládeže. Treba povedať, že doteraz nepoznáme ideálnu hodnotu telesnej hmotnosti. Existujúce odporúčania na stanovenie ideálnej (optimálnej) hmotnosti tela sa opierajú o dohady, ktoré v niektorých prípadoch možno považovať za kvalifikované. Posudzovanie obezity na základe telesnej hmotnosti, prípadne pomeru výšky a hmotnosti tela s prihliadnutím na vek, je však nepresné, potrebné je orientovať sa na stanovenie množstva telesného tuku.

Ďalej budeme venovať pozornosť patologickým procesom a stavom, pri ktorých na základe antropometrického vyšetrenia môžeme odporúčať konkrétne medicínske vyšetrenie:

Prvú skupinu tvoria poruchy rastu neurokránia. Zmeraním horizontálneho obvodu hlavy pri narodení a vo veku 1. — 2. mesiaca, porovnaním získaných hodnôt s normou, resp. s predchádzajúcou nameranou individuálnou hodnotou, môžeme sa vyjadriť o normálnej alebo abnormálne zmenenej rastovej dynamike neurokránia, prípadne o normálnej veľkosti alebo abnormálnej veľkosti neurokránia. Pri výraznom zrýchlení rastu neurokránia možno vysloviť kvalifikované podozrenie na intrakraniálnu expanziu (hydrocefalus, tumor, cysta). Pochopiteľne určenie diagnózy je možné iba na základe príslušného a podrobného medicínskeho vyšetrenia. Pri mimoriadne malej hlave, resp. zastavení rastu neurokránia, na základe následného neurologického vyšetrenia možno diferencovať či ide o mikrocefalus, totálnu synostózu lebečných švov alebo iba o extravariant normálneho nálezu — malú hlavu. Vyslovenie podozrenia na kraniostenózu je možné na základe aspektívneho hodnotenia tvaru neurokránia, spresnenie možno robiť na základe podrobnej kranioetrie a antroposkopie s využitím poznatkov, ktoré publikovali Fetter a Dittich (1958). Tu treba upozorniť, že v rámci širšie koncipovaného skrínigu od roku 1969 sa v zdravotníckej praxi

v SSR používa aj technika na vyhľadávanie patologicky zmeneného rastu neurokránia — BARGAROVÁ, BENKO, DROBNÝ ET AL. (1969). Vyhodnotenie prínosu tejto techniky publikovali: DROBNÝ, BENKO A BROZMANOVÁ (1981). Druhú skupinu tvoria pacienti postihnutí chondrodystrofiou, pre ktorých je charakteristické popri zmenšení výšky tela (skrátene dolných končatín) aj menšia hmotnosť tela — DROBNÝ (1975).

Poslednú skupinu patologických procesov a stavov, ktoré podmieňujú rastovú a vývinovú retardáciu, môžeme nazvať vrodené chyby a chronické choroby. Známe sú údaje o celkovej rastovej a vývinovej retardácii u detí postihnutých vrodenou srdcovou chybou, u ktorých do chirurgického riešenia stavu sa zvyšuje rastová a vývinová retardácia, po operácii dochádza k odstraňovaniu retardácie zrýchlením telesného rastu a vývinu; to sa výraznejšie prejavuje u dievčat než u chlapcov — SLEZÁKOVÁ (1977).

U skupín telesne postihnutých, ktorí sú v ústave sociálnej starostlivosti, vo všetkých skupinách chorôb a defektov pozorujeme rastovú retardáciu výšky aj hmotnosti tela. Materiál tvorili postihnutí skoliózami, svalovými dystrofiami, st. po polyomyelitíde, st. po myelodysplázii, DMO a pod. — DROBNÝ (1975).

Rastovú a vývinovú retardáciu pozorujeme u mentálne retardovaných detí a mládeže v osobitných školách, ako zistili napr.: ŠIMKOVÁ (1968), BUDAY (1974), DROBNÝ A KOL. (1980), i keď tu značnú časť rastovej retardácie podmieňuje prostredie, ako tvrdia DROBNÝ A ŠTEFUNKO (1980).

Miernu rastovú a vývinovú retardáciu pozorujeme aj u detí a mládeže postihnutých ulkusovou chorobou žalúdka a dvanástnika — SLEZÁKOVÁ, DROBNÝ, HEJDIŠ (1980).

V tejto skupine postihnutých a chorých na základe zistenia rastovej a vývinovej retardácie (aj akcelerácie) môžeme iba všeobecne odporúčať celkové medicínske vyšetrenie a sledovanie. Zvlášť v tejto skupine detí a mládeže platí, že samotné zistenie rastovej a vývinovej retardácie nemôže s určitou zreteľnosťou znamenať prítomnosť chorobného procesu alebo stavu, pretože menšie hodnoty základných telesných rozmerov môžu byť vyvolané aj činiteľmi prostredia, prípadne môže ísť o geneticky podmienený stav zapadajúci do normálnej variability. Dôležité je preto pri konštatovaní noriem počítat s korekciami pre sociálno-ekonomické prostredie a pre genetické faktory (na podklade výšky a hmotnosti tela rodičov, prípadne aj ostatných telesných rozmerov).

Ak by sme teraz zhrnuli telesné charakteristiky, ktoré boli v dosiahnutej úrovni rastu alebo rastovej a vývojovej rýchlosti zmenené v období od narodenia do dosiahnutia dospelosti, sú to: výška (dĺžka) tela, hmotnosť tela, obvod hlavy, dĺžka končatín, šírka ramien, šírka panvy, hrúbky kožných rias (podkožná vrstva tuku), sekundárne pohlavné znaky a kostný vek.

V rámci antropologického skríningu u detí a mládeže odporúčame sledovať tieto telesné rozmery:

1. výška (dĺžka) tela,
2. výška (dĺžka) v sede,
3. hmotnosť tela,
4. horizontálny obvod hlavy,
5. vzdialenosť: suprasternále — omfalion,
6. vzdialenosť: omfalion — symfyzion,
7. šírka ramien,

8. šírka panvy,
9. hrúbky kožných rias (lopatka, rameno, brucho),
10. sekundárne pohlavné znaky.

Rozmery 1, 2, 3 a 9 považujeme za potrebné sledovať od narodenia do dosiahnutia dospelosti; rozmery 4, 5 a 6 iba v novorodeneckom období; rozmery č. 7, 8 a 10 iba počas puberty.

V prvom roku považujeme za vhodné antropometrické vyšetrenie realizovať vo veku 0, 1, 3, 6, 9 a 12 mesiacov, potom raz za rok. Pre uskutočnenie odporúčaných vyšetrení možno využiť existujúce zdravotnícke zariadenia: pôrodnice, detské poradne, zdravotníckych pracovníkov v predškolských kolektívnych výchovných zariadeniach a pracovníkov školskej zdravotníckej služby. Získané údaje a celkový záver antropometrického vyšetrenia by bolo možné zapísať do zdravotníckych záznamov. Doriešiť by bolo treba formu, resp. miesto vypočítania potrebných indexov pre hodnotenie proporcionality. Pre výpočet indexov, pravda, možno na príslušné pracoviská dodať nomogramy. Stanovenie hraníc normálnosti, to znamená pozitívneho nálezu, by bolo možné či už na základe štatistickej analýzy normálnej variability sledovaných znakov, ako aj na základe vyšetrenia reprezentatívnej vzorky zdravých a postihnutých jednotlivcov; operatívne posúdenie jednotlivcov by sa robilo priamo na pracovisku, ktoré by realizovalo vyšetrenie. Otvorenou ostáva otázka podrobnejšieho antropometrického a antroposkopického vyšetrenia a sledovania — vlastne teda druhostupňového skríningu. V existujúcej sieti zdravotníckych zariadení, ani vedecko-výskumných pracovísk nemáme príslušné pracovisko, ani pracovníkov. Pre podporu zriaďovania takýchto pracovísk hovorí aj skutočnosť, že v mnohých prípadoch antropometrickými metódami možno kontrolovať vhodnosť použitej terapie.

Samostatným problémom ostáva otázka stanovenia kostného veku, ktorá je náročná na techniku, čas a zaškoleného pracovníka, pritom však čo sa týka citlivosti, je najspoľahlivejšia; nemôže však samotné vyšetrenie kostného veku nahradiť vyšetrenie ostatných znakov, iba ich podstatne doplniť a spresniť.

Na základe vlastných skúseností a na základe publikovaných výsledkov iných autorov možno vysloviť presvedčenie, že využitie antropometrie a antroposkopie v zdravotníckej praxi by mohlo priniesť dobré výsledky v záujme zdravia našej mladej generácie.

LITERATÚRA

1. BAKIČOVÁ, Z., LIPKOVÁ, V.: Somatický vývin detí od 0 do 6 rokov vo vzťahu k chorobnosti a liečbe antibiotikami. Zprávy Čs. spol. antrop. XXVIII, 1975 — 3: 53 — 54.
2. BARGAROVÁ, BENKO, DROBNÝ A KOL.: Screeningová metóda určenia vývoja dieťaťa od 4. týždňov do 18. mesiacov. Odbor starostlivosti o ženu a dieťa Ministerstva zdravotníctva SSR, Bratislava, 2. 4. 1969.
3. BUDAY, J.: Anthropometrische Untersuchung olegophrener Kinder. Acta Paediatrica Acad. Sci. Hungaricae, 15, 3 — 4, 1974: 255 — 274.
4. DROBNÝ, I.: Výška a váha detí a mládeže s telesnými defektmi. Zprávy Čs. spol. antrop. XXVIII, 1975 — 3: 72 — 74.
5. DROBNÝ, I., ŠTEFUNKO, M.: Sekulárny trend u mentálne retardovaných. Anthropologie 1980. V tlači.
6. DROBNÝ, I., BENKO, J., BROZMANOVÁ, M.: New observation in the neurocranium

- growth in hydrocephalus. ACTA F. R. N. Univ. Comen., Anthropol. XXVI — XXVII, 1980 (1978 — 79): 59 — 76.
7. DROBNÝ, I.: Antropologické metódy v systéme preventívneho hromadného vyšetrenia obyvateľstva pri vyhľadávaní skrytých chýb a chorôb. Rehabilitácia, 1981, v tlači.
 8. FETTER, V., DITTRICH, J.: Kefalometrie jako diagnostická pomůcka při léčení pat-
hologických lebečních deformit. Przegł. Antropologiczny, XXIV, 1958: 97 — 108.
 9. KUBÁT, K. et al.: Vztah akutní nemocnosti v předškolním věku k váze a výšce
v šestém roce. Čs. Pediat. 26, 1971 — 3: 105 — 106.
 10. LELONG, M. et al.: Les facteurs endocriniens de la croissance (Hypophyse excep-
tée). In: La croissance normale; 20^e Congrès des Pédiatres de Langue Française,
t. II, 1965: 299 — 370.
 11. ROYER, P.: Croissance et hormone de croissance hypophysaire. In: La croissance
normale, 20^e Congrès des Pédiatres de Langue Française, t. II, 1965: 277 — 296.
 12. SLEZÁKOVÁ, J.: Somatický rast a vývin detí s vrodenými srdcovými chybami. Kan-
didátska dizertačná práca, Prírodovedecká fakulta UK v Bratislave, 1977.
 13. SLEZÁKOVÁ, J.: Vplyv diabetes mellitus na rastové a vývinové charakteristiky po-
stihnutých detí. In: DROBNÝ, I. a kol.: Etiológia defektu a deficitu a jej determi-
nácia pracovnej schopnosti. Záverečná správa (Katedra biológie a patobiológie
dieťaťa Pedagogickej fakulty UK), Trnava, 1980.
 14. SLEZÁKOVÁ, J., DROBNÝ, I., HEJDIŠ, M.: Telesný rast detí a mládeže postihnutých
ulkusovou chorobou. In: BRŤKA, J. a kol.: Sociálna a pracovná integrácia postih-
nutých jedincov. SPN, 1980, v tlači.
 15. ŠIMKOVÁ, N.: Telesná charakteristika mentálne retardovaných detí. Psychol. a pa-
topsychol. dieťaťa 4, 1968 — 3: 229 — 243.

Adresa autora: I. D., Katedra biológie a patobiológie dieťaťa PF UK, Trnava.

И. Дробны

ВЫЯВЛЕНИЕ СКРЫТЫХ ПОРОКОВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТЕЙ
И МОЛОДЕЖИ ПУТЕМ АНТРОПОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ

Резюме

Автор предлагает метод антропометрического и антропологического профилак-
тического массово обследования детей и молодежи, целью которого является спо-
собствовать раннему выявлению некоторых пороков и болезней. Вклад антрополо-
гических методов в медицинскую практику разделяет автор в три части:

- на основании изменения кривой роста обратить внимание прямо на патологический процесс (напр. при интракраниальных экспансиях в раннем детстве);
- на основании изменения кривой роста сигнализировать о возможных болезнен-
ных состояниях или процессах, равно как и о непригодных модификациях сре-
ды;
- на основании наблюдений за динамикой роста и развития способствовать кон-
тролю пригодности терапии.

В заключение автор подчеркивает необходимость применения коррекции для ге-
нетических факторов, равно как для факторов социально-экономической среды при
обсуждении достигнутого уровня роста и развития тела.

I. Drobny

ANTHROPOLOGIC METHODS FOR THE DETECTION OF LATENT DE-
FACTS AND DISEASES IN CHILDREN AND IN YOUNG PEOPLE

Summary

The author is presenting a plan for anthropometric and anthroposcopic screening
of children and young people. Its aim is to contribute to early detection of some

defects and diseases. The author divides the contribution of anthropologic methods
for medical practice into three parts:

- on the basis of the trend of growing to draw directly attention to a pathological
process (intercranial expansion in early childhood),
- on the basis of alteration in the trend of growing to note possible pathological
conditions or processes and also unsuitable modifications of environment,
- on the basis of a follow up of the dynamics of growing and development, to contri-
bute to the control of suitable therapy.

In conclusion the author indicates, in the estimation of the level of the reached
physiological growth and development, the need for correction in genetic factors for
social and economic environment.

I. Drobny

FESTELLUNG VERBORGENER SCHÄDEN UND KRANKHEITEN BEI KIN-
DERN UND JUGENDLICHEN MIT ANTHROPOLOGISCHEN METHODEN

Zusammenfassung

Der Autor unterbreitet einen Vorschlag zur umfassenden präventiven anthropome-
trischen und anthroposkopischen Untersuchung von Kindern und Jugendlichen mit
dem Ziel, zur frühzeitigen Feststellung einiger Schäden und Krankheiten beizutragen.
Der Autor gliedert den Nutzen der anthropologischen Methoden für die medizinische
Praxis in drei Teile:

- aufgrund von Veränderungen des Wachstumstrends direkt auf einen pathologischen
Prozeß aufmerksam zu machen (z. B. bei intrakranialen Expansionen in früher
Kindheit);
- aufgrund von Veränderungen des Wachstumstrends mögliche Krankheitszustände
oder — prozesse sowie ungünstige Modifikationen der Umwelt zu signalisieren;
- aufgrund der Beobachtung der Wachstums— und Entwicklungsdynamik zur Kontrol-
le der Angemessenheit der Therapie beizutragen.

Abschließend macht der Autor auf die Notwendigkeit aufmerksam, bei der Beurtei-
lung des erreichten Niveaus des körperlichen Wachstums und der Entwicklungsstufe
auch eine Korrektur in Anbetracht der genetischen Faktoren sowie der sozialökono-
mischen Umweltfaktoren einzuführen.

I. Drobny

LES RECHERCHES DES DÉFAUTS ET MALADIES CACHÉS PAR DES
MÉTHODES ANTHROPOLOGIQUES CHEZ LES ENFANTS ET LES ADO-
LESCENTS

Résumé

L'auteur présente un projet d'examen anthropométrique et anthroposcopique pré-
ventif en masse des enfants et adolescents dont le but sera de contribuer à la décou-
verte opportune de certains défauts et maladies. L'auteur partage l'apport des mé-
thodes anthropologiques pour la pratique médicale en trois parties différentes:

- d'après les changements du trend de croissance, attirer l'attention directe sur le
procédé pathologique (dans les expansions intracraniennes dès la plus tendre
enfance);
- d'après les changements du trend de croissance, signaler les états ou les procé-
dés maladifs possibles, ainsi que l'inopportunité des modifications du milieu de vie;
- d'après le contrôle de la dynamique de croissance et de développement, contribuer
au contrôle de la convenance thérapeutique.

En conclusion, l'auteur attire l'attention sur la nécessité, d'imposer dans l'appré-

ciation du niveau de croissance et de développement physique obtenu, la correction pour les facteurs génétiques ainsi que pour les facteurs du milieu de vie social-économique.

HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ

PRIM. MUDR. FRANTIŠEK PICEK — 70 LET

Ano, prednostovi rehabilitačného oddelenia OÚNZ Praha 6, MUDr. Františka Píckovi bolo opravdu 13. 4. 1982 sedemdesiat let, presto, že jeho vzhľad a pracovný i životný elán tomu zďaleka neodpovedá a i mladší mu to uprímne závidí.

Pamätníci znajú MUDr. Pícku (tehdy jako medika) ešte jako státního reprezentanta v košíkové (Olympiáda Berlín 1936) i v odbíjení. Snad právě tato sportovní anamnéza ho vedla celý život směrem k rehabilitaci a nutno říci, že se na rozvoji celého oboru FBLR významně podílel. Za války již jako obvodní lékař v Týništi nad Orlicí, v Opatovicích a v Bohdanči zaváděl cvičení pro děti s ortopedickými vadami. V tomto těžkém období pomáhal jak mohl — od udržování české kultury jako režisér i herec-ochotník, přes pomoc lékaře v oddalování nástupu na nucené práce do Říše, až po aktivní činnost v ilegálním odboji, takže nepřekvapilo, že byl zvolen předsedou ilegálního národního výboru v Bohdanči a po osvobození předsedou MěNV.

Již v červenci 1945 organizuje nadšené úsilí mnoha lidí, kterým se podařilo zahájit činnost lázní v Bohdanči. Po absolvování kursu balneologie (vedeného prof. Lenochem) se stává primářem těchto lázní, které tehdy patřily horníkům. Rozšiřuje klasické balneologické procedury o léčebnou tělesnou výchovu a dokazuje její účinnost i v bohaté osvětové činnosti. Uvědomuje si potřebu lepšího využití mož-

ností lázní (dnes bychom řekli racionálnějšího využití) a za pomoci lázeňských pacientů-horníků (v dnešní terminologii v rámci léčby prací) buduje během jedné sezóny krytou a vytápěnou kolonádu, která spojila lázeňské objekty a umožnila přechod ze sezónního provozu na celoroční, a tím více než zdvojnásobit kapacitu lázní. Při zřizování krajských národních výborů vykonává současně s prací v lázních i funkci přednosty zdravotního odboru KNV Pardubice.

V lednu 1952 je jmenován ředitelem Státního rehabilitačního ústavu Kladrub, kde ihned začíná řešit tehdejší nepřizpůsobivou personální situaci. Postupně zvyšuje kvalifikaci pracovníků a získává i nové pracovníky. Je náročný vůči sobě, personálu rehabilitačního ústavu i vůči pacientům. Zavádí náročný, ale maximálně účelný celodenní rehabilitační režim, kterým si Rehabilitační ústav v Kladrubech získal světovou pověst. Dokázal získat mezinárodní podporu pro výstavbu nové budovy pro léčebnou rehabilitaci a spojovací tunel s hlavní budovou, což byla stavební akce, jejichž obdobu se nepodařilo zrealizovat v SÚR po celých dalších třicet let existence ústavu. Ukončením stavebních prací se zvýšila kapacita ústavu ze 132 na 210 lůžek. Z jeho iniciativy a s pomocí KNV bylo v ústavu zřízeno i přeškolovací středisko, kde těžce tělesně postižení možnost přeškolení do deseti oborů pro nové zaměstnání, což bylo vynikající (a dnes už neexistující) realizací požadavku návaznosti léčebné a pracovní rehabilitace.

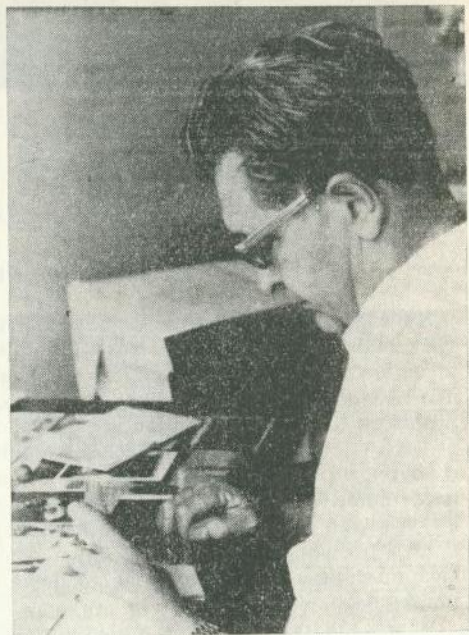
Od roku 1956 pracuje v Praze jako krajský odborník pro rehabilitaci a primář rehabilitačního oddělení Fakultní nemocnice II a od roku 1963 je na svém nynějším působišti.

Několik let vyučoval na zdravotnické škole a na škole sociálně právní. Navrhl, organizoval i vedl kurzy pro nevidomé maséry. V bezprostřední praxi racionálně kombinoval základní metody léčebné rehabilitace — léčebnou tělesnou výchovu a léčbu prací s módními metodami manuální medicíny, klasické akupunktury i jejich vhodného použití přímo laickou veřejností (mobilizační cviky, akupresura).

Byl autorem mnoha článků a brožur, které jednak popularizovaly rehabilitaci, jednak přinášely cenné a konkrétní rady zdravotně postiženým občanům. Měl připravenou spolu s manželkou MUDr. Gabrielou Píckovou učebnici léčby prací, jejichž převážnou část použili další spoluautoři ve skriptech katedry rehabilitace ÚDV SZP Brno: Léčba prací. Často přednášel laické veřejnosti i na odborních seminářích, jak na úseku rehabilitace, tak na úseku preventivní a zvláštní tělesné výchovy. V roce 1981 zavedl jako jeden z prvních Poradenskou službu pro tělesně postižené.

Je nositelem medaile za ilegální odboj, stříbrného odznaku BSP, několikrát byl nejlepším pracovníkem OÚNZ Praha 6 a v roce 1981 mu byl udělen Čestný odznak vlády ČSSR a ÚRO za vynikající výsledky pracovní iniciativy.

Během své životní praxe se nebál řešit konfliktní situace i dlouholeté problémy a zavádět věci zcela nové. Občas nenalezl pochopení některých spolupracovníků, podřízených i nadřízených, což je nutné riziko každého vedoucího pracovníka, který chce vymyslet a realizovat něco nového, a to zvláště v oboru, jehož rozsah, náplň i význam se tak prudce vyvíjely a měnily.



Mohu-li mu při příležitosti významného životního jubilea poděkovat za vše pozitivní, čím přispěl k rozvoji dnešního oboru fyziatrie, balneologie a léčebné rehabilitace i k realizaci rehabilitace v celé její šíři, tak jak ji jednoznačně zdůraznil loňský Mezinárodní rok invalidů, přeji mu současně za všechny, se kterými spolupracoval, i za ty, kterým ochotně pomohl, aby se mu i nadále jeho práce dařila a aby mu pevně zdraví i dobré lidské zázemí umožnilo ještě mnoho let aktivního života.

Dr. Vladimír Kříž,

MZ ČSP

RŮ Kladruby

Redakcia časopisu Rehabilitácia sa pripája k blahoželaniu pri príležitosti životného jubilea prim. MUDr. Františka Pícku s práním veľa zdravia, pracovných a osobných úspechov

G. KLUMBIES
HYPNOETHERAPIE

Terapia hypnózu

Vydalo S. Hirzel Verlag Leipzig 1981, vydanie prvé

Hypnóza ako liečebná metóda má a vždy mala svojich veľkých zástancov, ale aj odporcov, obdobia všeobecného záujmu, ako aj popierania. Terapia hypnózu, dielo profesora Gerharda Klumbiesa pôsobiaceho v Jene, je výsledkom oživeného záujmu o hypnózu. Kniha je vlastne súborom prác autorov — hypnotizérov prakticky zo všetkých socialistických krajín, ktorí v nich prezentujú svoje skúsenosti s používaním tejto metódy. Kniha je rozdelená na dve časti.

V prácach prvej časti je podaný systematický a vyčerpávajúci prehľad dejín vzniku a vývoja hypnózy ako psychoterapeutickej metódy v Európe, ako aj podiel anglosasky hovoriacich krajín pri jej ďalšom rozvoji. Zaujímavé sú podané súčasne

H. H. MARX

MEDIZINISCHE BEGUTACHTUNG. GRUNDLAGEN UND PRAXIS

Posudkové lekárstvo. Základy a prax

IV. prepracované a rozšírené vydanie

Vydal Georg Thieme Verlag Stuttgart — New York 1981

ISBN 3-1337-6004-1

Vo 4. vydaní, ktoré je vydaním prepracovaným a doplneným, vychádza vo vydavateľstve G. Thiemeho v Stuttgarte roku 1981 „Posudkové lekárstvo“ od prof. Marxa a ďalších 18 spolupracovníkov. Prvé vydanie tejto publikácie vyšlo roku 1967, 2. o dva roky neskoršie a tretie roku 1977.

Marxova monografia je kompendium posudkovej činnosti a prináša detailné informácie nielen o posudzovaní pacientov pri ochoreniach, ale zaoberá sa aj niektorými všeobecnými problémami posudkového lekárstva, ako je napr. posudková činnosť ako lekárska úloha, právne základy posudzovania v systéme sociál. zabezpe-

čenosti s aplikovaním hypnózy v socialistických krajinách, úspechy aj úskalia, nové spôsoby a možnosti výskumu pomocou hypnózy, spôsob výcviku hypnotizérov a zásady práce hypnotizéra.

Práce v druhej časti na základe bohatého kazuistického materiálu rozoberajú praktické použitie a výsledky pri jej aplikácii v skupinovej psychoterapii, pri liečení neuróz, alkoholikov, pri sexuálnych poruchách, pri ovplyvňovaní bolesti, pri autogénnej abreakcii.

Terapia hypnózu, hoci je to rozsahom malé dielo (91 strán), predsa však poskytuje množstvo podnetných a aktuálnych informácií, ktoré zaujmú každého odborníka.

A. Sedláková, Bratislava

čenia, otázky posudzovania z hľadiska poistenia a pod. Veľká časť knihy je venovaná jednotlivým ochoreniam, zostaveným do kapitol podľa klasických orgánových systémov. Pozoruhodná je kapitola o posudkových problémoch u detí a dorastu. V prílohe sú uvedené niektoré príklady posudkovej činnosti z praxe, niektoré nomogramy a tabuľky. Vecný register ukončuje toto základné dielo posudkového lekárstva v nemeckej literatúre.

Posudkové lekárstvo je veľmi dôležitou oblasťou v súčasnej medicíne. Nie je iba oblasťou, ktorá sa zaoberá práceneschopnosťou a práceneschopnosťou a príslušnými nemocenskými dávkami, ale aj ak-

tívnou medicínskou oblasťou, ktorá slúži na to, aby posúdila zdravotný stav postihnutého pacienta, jeho funkčné rezervy a jeho možnosti uplatnenia v pracovných činnostiach. Je interdisciplinárnu oblasťou, kde sa stretávajú rôzne medicínske odbory, čo znamená, že lekár, ktorý vykonáva posudkovú činnosť, musí byť oboznámený s problematikou najrôznejších

medicínskych oblastí. Marxova monografia prináša celkový pohľad na túto problematiku a bude iste vhodnou a žiadanou publikáciou na stole každého posudkového lekára a lekárov, ktorí sa vo svojej praxi stretávajú s posudzovaním najmä chronických ochorení.

Dr. J. Breznický, Bratislava

DIAPHYSÄRE UND METAPHYSÄRE VERLETZUNGEN IM WACHSTUMSALTER,

HEFTE ZUR UNFALLHEILKUNDE

Diafyzárne a metafyzárne poranenia v období rastu

Springer — Verlag Berlin, Heidelberg New York 1981

Prof. F. Klapp, klinický pracovník traumatologického oddelenia chirurgickej kliniky univerzity Hamburg /Saar, predkladá stanovisko k liečbe dia — a metafyzárnych zlomenín v období pred ukončením rastu. Podľa jeho názoru starostlivo vykonaná konzervatívna liečba takýchto typov zlomenín v spomínanom období býva úspešná. Použitie osteosyntézy v tejto vekovej skupine sa vykonáva iba vo výnimočných prípadoch. Najzávažnejšie indikácie pre operatívnu stabilizáciu predstavujú otvorené zlomeniny III. stupňa, rovnako ako zlomeniny s prítomným polytraumatizmom u detí. Vlastná osteosyntéza sa považuje za veľmi zodpovedný operačný výkon, pri ktorom sa vo väčšej miere musia zohľadniť anatomické a fyziologické zvláštnosti, s ďalekosiahlejším možnými následkami, s ktorými je potrebné oveľa viac počítať ako u dospelých.

Vlastné pokusy autora monografie sa zaoberajú reparačnými schopnosťami pri spomínanom traumatizme za použitia osteosyntéz a cieľom je osvetliť niekoľko problémov v tejto oblasti.

1. Autor zistil, že tesne naložené serkláže, prípadne ligatúry, nespôsobia na neporanených kostiach nekrozu periostu alebo kortikalis. Periostálny svalok je zásobený zo strany medulárne transkortikálne prebiehajúcich ciev. Tieto sa veľmi rýchlo napoja na tkanivá priľahlých mäkkých častí. Bezprostredne pod serklážou či ligatúrou možno zistiť vaskularizáciu. Po vykonaní jednoduchej či dvojitej osteotómie s následnou osteosyntézou pomocou platničky, ak sú splnené podmienky stability, nedochádza k nekroze periostu a kortikalis. Medulárny cievny systém následkom chirurgického výkonu býva poškodený, čo sa týka najmä zásobenia cievami

v kortikálnej časti kostného tkaniva. Javí sa tu určitá snaha pomocou metafyzárnych ciev, a to najmä prostredníctvom transkortikálnych anastomóz vytvorí kompenzátorne cieвне zásobenie až do fázy, kým nie je nutritívna artéria rekonštruovaná.

Odtoková cesta cez žilný systém z kortikálneho tkaniva prechádza do venózneho riečišťa periostu, ale je možná aj drenážou žilnej sústavy medzi lamerálnym implantátom a kortikálnou časťou kosti.

2. Pri vykonávaní stabilnej osteosyntézy, aj pri súčasnom deperiostovaní diafýzy, prípadne pri vytvorení cylindrického fragmentu, je možné hojenie zlomeniny bez patologických prejavov. Medulárny cievny systém môže zregenerovať a tvorí dominujúcu zložku pre cieвне zásobenie kortikálnej časti diafýzy. Po deperiostovaní sa tvorí pomerne rýchlo okosticový regenerát. Cievny kortikálnej časti diafýzy sa môžu vytvárať a prechádzať pod kovovou lamelou, napojiť sa na periost a v povrchových častiach potom obopinajú okraje platničky, prípadne závitý skrutiek.

Ak sa vyskytnú instabilita, dochádza k porušeniu regenerácie medulárnych ciev. Dokonca periost, ktorý sa nachádza pod uvoľnenou kovovou lamelou, sa poruší. Tvorba svalku je nepravidelná, neúplná, takže sekundárne kostné hojenie, najmä pri deperiostovaní, je zväčša nedostatočné. Možno usúdiť, že izolovaný kortikálny segment pri nestabilnej aplikácii osteosyntézy pomocou metalickej platničky nemá predpoklady revaskularizácie. Táto podlieha nekroze, podobne zněkrotizujú aj hlavné úlomky, najmä v kortikálnej časti skeletu. Popri týchto ťažkých patologických zmenách v hojení zlomeniny vzniknú rozsiahle poruchy na epifyzárnej platni-

ke. Tieto poruchy v zásobení ciev v metafýze sa týkajú predovšetkým nutritívnej artérie a majú za následok zhoršenie pomerov pri odbúravaní chrupavky. Aj pri revaskularizácii môže toto rozsiahle porušenie chrupavky rasovej zóny vyústiť do následného trvalého poškodenia. Možno teda konštatovať, že tu ťažší a dlhší stav poškodenia ciev, ktorý spôsobuje rozsiahla osteosyntéza, zapríčini následné poškodenie rastovej zóny epifýzy. Chrupavka sa na viacerých miestach pod kovovou lamelou láme a dislokuje sa smerom k metafýze. Súčasne sa poškodzujú epifyzárne cievy. Taktó vznikajú podmienky pre vznik kostných trámčov a rastová zóna osifikuje. Poškodenie rastovej zóny spojené s poruchou rastu bolo zistené v kombinácii instability a aplikácii lamelárneho kovového implantátu.

3. Diafyzárne kostné tkanivo v priebehu rastu mení na základe fyziologických vplyvov svoj tvar a veľkosť, tento proces prebieha v dôsledku diferencovanej prístavy a odbúravaní na základe účasti zo strany periostu a endostu. Tieto pochody sa odrážajú v kortikálnej zóne diafýzy. Naložená serkláž, prípadne ligatúra nemusia mať za následok štruktúrne zmeny patologického rázu v priľahlom susediacom kostnom tkanive. Na jednej strane dochádza k podpore rastu novotvorbou, prostredníctvom apozície, ktorá zdanlivo prechádza do kortikalizácie, čím na druhej strane v kontralaterálnej časti dochádza k odbúravaní kortikálnej zóny. V dôsledku kovovej platničky pri endofixácii nedochádza ani za podmienok nepoškodeného periostu k zrastu typu apozície. Naliehaním platničky je jeho rozvinutie porušené. Kortikálna časť diafýzy, ktorá je v styku s kovom, najmä pod kovovou platničkou, má za následok odbúravanie kostného tkaniva v endostálnej časti, pri ktorej nemožno dokázať kostnú regeneráciu na strane periostu. Tým dochádza k stenčeniu kortikálnej časti diafýzy, a po

J. CHR. CORDES, B. ZEIBIG

PHYSIOTHERAPIE. HYDRO- UND ELEKTROTHERAPIE

Fyzioterapia. Hydro- a elektroterapia

Vydal VEB Verlag Volk und Gesundheit — Berlin 1981

V edičnom rade „Fyzioterapia“ vychádza v roku 1981 vo vydavateľstve Veb Verlag Volk und Gesundheit ďalšia učebnica pre odborné školy stredných zdravotníckych pracovníkov o otázkach hydro- a elektroterapie.

odstránení osteosyntetického materiálu to môže byť príčinou refraktúry. Časť kostného tkaniva regeneruje v oblasti okrajov kovovej platničky a často dochádza k slútuácii, že ju prerastie.

4. Rozvoj epifyzárnej chrupavky podporuje pevnosť a svalové napätie. Jednostranné preťaženie periostu v kraji manžety má za následok reakciu chrupavky v smere hypertrofického rastu. Uplatňuje sa tu dávnejšie známe zistenie Volkmana, ktorý tvrdí, že pri dekompresii vzniká stimulácia k nadmernému zrastu, kým za podmienok tlaku vzrast zaostáva. Kontrolné vyšetrenia ukázali, že bez prerušenia, prípadne za rekonštrukcie hlavných štruktúr nemusí vzniknúť poškodenie rastu. Najdôležitejšou zložkou pri hypertrofickom raste sa ukázal stupeň prekvapenia v oblasti epifyzárnych ciev. Pri zlomeninách diafýz platia pri podpore rastu tieto poznatky rovnako ako rozsah poranenia periostu a korešpondujúcich mäkkých štruktúr.

Autor sa v publikácii snažil objasniť aj pomocou experimentov priaznivý či škodlivý vplyv osteosyntézy v detskom veku. Vychádza zo stanoviska, že na niektorých klinikách pokladajú za pokrok v detskej traumatológii operácie zlomenín u rastúceho organizmu. Podľa jeho názoru uvažlivými konzervatívnymi metódami sa dosiahne u týchto prípadov lepší výsledok. Iné pracoviská sa držia tvrdošijne iba konzervatívnych liečebných postupov, a to aj v tých prípadoch, kde by operačný výkon mohol zabrániť následným patologickým zmenám v raste a vo vývoji. Hoci sa niektorí z chirurgov domnievajú, že rozhodnutie pre ten-ktorý postup závisí od intuície rozhodujúceho lekára, nemožno obísť racionálne stanovisko. Záverom autor prehľasuje, že osteosyntéza, najmä v detskom veku, predstavuje veľmi zodpovedný výkon, ktorý sa má urobiť, ak sú splnené sprísnené indikačné kritériá.

Dr. Imrich Kamenický, Bratislava

V jednotlivých kapitolách autori podrobne hovoria o hydroterapii, balneo- a klimatoterapii, terapii aerosólmi, fototerapii. V ďalších kapitolách o otázkach elektrodiagnostiky a elektroterapie a o otázkach aplikácie ultrazvuku. V dodatku je niekoľko

prehľadov, týkajúcich sa predovšetkých podávaní hydroterapeutických procedúr, a je priložená schéma segmentálnej kožnej inervácie podľa Hansena a Schliacka. Vecný register ukončuje túto pomerne málo rozsiahlu, ale vysoko informujúcu učebnicu, určenú pre základné stredné zdravotnícke školy, odbor rehabilitačný pracovník.

Jednotlivé kapitoly sú doplnené celým

radom peroviek a fotografií, ktoré dokumentujú text. Kapitoly sú prehľadne napísané, s vyznačením základných informácií pre študentov a študentky zdravotníckych škôl.

Knihu možno uvítať ako dobrý prehľad hydroterapie a elektroterapie pre zdravotnícku profesie.

Dr. M. Palát, Bratislava

T. SROGOŇ, J. CACH, J. MÁTEJ, J. SCHUBERT

DEJINY ŠKOLSTVA A PEDAGOGIKY

Vydalo Slovenské pedagogické nakladateľstvo, Bratislava, 1981, vydanie prvé

V spolupráci popredných slovenských a českých historiografov vyšla v minulých mesiacoch vysokoškolská učebnica dejín školstva a pedagogiky, ktorá vyplní medzeru v študijnej literatúre tejto významnej pedagogickej disciplíny.

Učebnica podáva komplexný prehľad o stave školskej praxe a pedagogických názoroch v jednotlivých ekonomicko-spoločenských formáciách a zachytáva všetky zmeny, ku ktorým dochádzalo vo vývoji ľudskej spoločnosti v oblasti výchovy, vzdelávania a pedagogických názorov významných pedagógov a mysliteľov.

Učebnica sa člení na časti:

- I. Škola a pedagogické myslenie v prvotnej, otrokárskej a feudálnej spoločnosti.
- II. Škola a pedagogika v období vzniku a rozvoja kapitalistickej spoločnosti.
- III. Škola a pedagogika v epoche imperalizmu.
- IV. Škola a pedagogika v epoche socializmu a postupného prechodu ku komunizmu.

Periodizácia dejín a školstva je založená na sociálno-triednej štruktúre. Každá časť obsahuje viacero kapitol, v závere ktorých autori uvádzajú odporúčanú literatúru pre tých, ktorí majú záujem o hlbšie preniknutie do problematiky.

Súčasne so svetovými dejinami sú v učebnici proporcionálne rozoberané aj otázky dejín českého a slovenského školstva

a pedagogiky. Treba oceniť skutočnosť, že je to prvá učebnica dejín školstva a pedagogiky u nás, ktorá je písaná na marxisticko-leninských pozíciách. Marxisticko-leninské chápanie kultúrneho a vzdelanostného dedičstva minulosti v oblasti dejín pedagogiky je rozoberané v učebnici z pohľadu kritického hodnotenia pokrokových a revolučných tradícií výchovy a vzdelávania. Osobitnú pozornosť venovali autori pomarxistickému obdobiu, keď pod vplyvom robotníckeho hnutia vznikajú názory na triednu výchovu a vzdelávania, ako aj obdobie vývoja školstva a pedagogického myslenia v období budovania socializmu. Súbežne s významnými obdobiami sú spracované aj kapitoly vývoja školstva a pedagogiky prvého socialistického štátu — Sovietskeho zväzu, ktoré tak prehľadne a súborne spracované nenájeme v žiadnej u nás vydanéj publikácii, ktorá sa zaoberá vývojom a dejinami školstva.

Učebnica, určená pre študentov pedagogických fakúlt, bude veľkým prínosom aj pre pedagógov a učiteľov, ktorí sa zaoberajú výchovou a ďalším vzdelávaním. Poznávanie výchovy, vzdelávania a pedagogických názorov veľkých mysliteľov a pedagógov starého Grécka, Komenského, Rousseaua, Pestalozziho, Ušinského, Makarenka, našich národných buditeľov a ďalších umožní nahliadnúť do histórie a výchovy na rôznych stupňoch spoločenského vývoja svetových a našich dejín. Na učebnicu nadväzuje „Výber prameňov k

dejinám školstva a pedagogiky“, ktorý vyšiel súčasne s touto publikáciou.

Štúdium a čítanie diel veľkých mysliteľov kultúry a pedagogiky pomáha aj v

súčasnosti riešiť aktuálne otázky školskej teórie a praxe, pred ktorými stojí naša spoločnosť.

Dr. M. Bartovicová, Bratislava

W. GENSCHOREK

FERDINAND SAUERBRUCH — EIN LEBEN FÜR DIE CHIRURGIE

Ferdinand Sauerbruch — Život pre chirurgiu

4. vydanie 1980, vydalo Vydavateľstvo S. Hirzel Verlag Leipzig
BSB B. C. Teubner Verlagsgesellschaft

Prof. Ferdinand Sauerbruch predstavuje jeden z vrcholov európskej a svetovej chirurgie, je vlastným otcom torakálnej chirurgie. Dr. Genschorek spracoval biografiu prof. Sauerbrucha v drobnej publikácii doplnenej 88 vyobrazeniami, kde vylíčil jednotlivé životné etapy slávneho Sauerbrucha. Kniha vyšla v edícii Humanisti činu — vynikajúci lekári v službe ľudstvu, vydávanej nakladateľstvom S. Hirzel v Lipsku

Genschorekova publikácia je veľmi zaujímavá napísaná a v jej jednotlivých kapitolách sa zaoberá detstvom a dospievaním, ďalej štúdiami a lekárskou čin-

nosťou prof. Sauerbrucha, ktorý pôsobil na niekoľkých chirurgických klinikách, predovšetkým vo Wroclavi, Zürichu, v Mnichove a na berlínskej Charite. Prof. Sauerbruch nemal ľahký život, cieľavedome však sledoval všetky aktuálne otázky chirurgie a prispel zásadným spôsobom k jej rozvoju.

Kniha je veľmi informatívna, ľahko sa číta a odporúčame ju každému, kto sa zaoberá históriou medicíny a najmä históriou chirurgie. Je však veľmi dobrým čítaním pre každého lekára.

PhDr. R. Palátová, Bratislava

SPRAVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ

ZÁVERY CELOSTÁTNÉ KONFERENCIE ČESKOSLOVENSKE REHABILITAČNÉ SPOLEČNOSTI K MEZINÁRODNÉMU ROKU INVALIDŮ 1981 — 17. A 18. LISTOPADU 1981

Rehabilitace tak, jak byla definována na IX. konferenci ministrů zdravotnictví a sociálních věcí zemí socialistického tábora, která se konala v r. 1967, a jak je i shodně definována Světovou zdravotnickou organizací, je pro řešení problémů invalidity neobyčejně důležitá.

Jde o soustavu opatření zdravotních, sociálněekonomických, pracovních a pedagogických, zaměřených na prevenci dočasné nebo trvalé pracovní neschopnosti

a účinné a včasné navrácení nemocných a invalidů do společensky užitečné práce. Konference doporučuje řešit tuto multidisciplinární problematiku navázáním na zkušenosti z komisí pro Mezinárodní rok invalidů a vytvořit stálé rehabilitační komise na všech úrovních, s důrazem na praktickou činnost jejich nejnižších článků, tj. rehabilitačních komisí při jednotlivých národních výborech. Toto řešení je v souladu s posilováním lidsprávy v ter-

riténu a v souladu s posilováním linie prvního kontaktu.

Tato organizace umožní zlepšit návaznost léčebné a pracovní rehabilitace, vytvářet podmínky pro zkvalitnění protetiké péče, zlepšit styk rodičů postižených dětí s komisemi pro koordinovanou péči národních výborů a zkvalitnit poradenské služby, dodržovat zásady pro plánování, projektování a schvalování i výstavbu veřejných budov a prostranství bez architektonických bariér. Zlepšit informovanost o všech problémech rehabilitace, kde především se pocítují nedostatky v informo-

vanosti rehabilitantů (osob potřebujících rehabilitaci), jako např. v oblasti o dávkách sociálního zabezpečení a službách sociální péče.

Jako členové rehabilitačních komisí jsou důležití odborníci léčebné rehabilitace, posudkového lékařství (krátkodobého i dlouhodobého), zástupci protetiky, dorostový lékař, zástupci odborů, zástupce Svazu invalidů a popřípadě i zástupce místního výrobního podniku, který vytvoří podmínky pro pracovní uplatnění invalidních osob.

Vo Viedni sa koná v júni 1982 medzinárodná konferencia o otázkach starých ľudí, ktorú usporiada Organizácia spojených národov. Iste sa stane podnetom k systematickému úsiliu o riešenie zdravotných, psychologických, sociálnych a pracovných otázok u starých ľudí.

SPRAVY Z USTAVOV PRE ĎALSIE VZDELÁVANIE SZP

V Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně se ve dnech 23. listopadu — 4. prosince 1981 uskutečnily závěrečné zkoušky pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova.

Dvouleté náročné studium ukončilo a specializaci získalo 52 rehabilitačních pracovníků:

Bartová Hana
Bohuslavová Věra
Cibulec Jiří
Divišová Svatava
Dřevíková Hana
Dusíková Ludmila
Florianová Jitka
Fučíková Eva
Gregorková Anna
Hamáškova Lubomíra
Hamplová Alžběta
Horáková Blanka
Hrbáčková Lenka
Hromádková Ivana
Janská Zuzana
Jelínková Miluše
Jílková Marie

OÚNZ Jindřichův Hradec
OÚNZ Jablonec nad Nisou
OÚNZ Frýdek Místek
Čs. státní lázně Jeseník
OÚNZ Praha 2
Čs. státní lázně Luhačovice
FNsP Brno
ÚSP Brno
KÚNZ Ostrava
KÚNZ
PL Opava
Čs. st. lázně Janské Lázně
KÚNZ Ostrava
OÚNZ Most
Čs. státní lázně Třeboň
OÚNZ Most
OÚNZ Ústí nad Orlicí

Kačírek Josef
Kovalčíková Milena
Kramná Jitka
Kreslová Zdena
Kroniková Milada
Makkiová Alena
Matolínová Vendula
Novotná Svatava
Nekolová Blažena
Ondřejková Hana
Otepková Božena
Pallová Olga
Pelcová Eva
Pozlarova Marie
Pražmová Zuzana
Sládková Alena
Rašticová Karla
Rejchrtová Štěpánka
Růžičková Jitka
Ředínová Lubomíra
Studénková Stanislava
Šmejkalová Hana
Škeříková Zuzana
Škvarková Milica
Škutová Helena
Šlapák Vlastimil
Štelzer Antonín
Štruncová Hana
Švarcová Ivana
Schveinerová Milada
Tůma Milan
Valičková Věra
Velartová Jarmila
Vlášková Milada
Veselá Marie

OÚNZ Mladá Boleslav
KÚNZ Ostrava
KÚNZ Ostrava
OÚNZ Blansko
OÚNZ Česká Lípa
FN Chomutov
FN Praha 2
KÚNZ Praha
OÚNZ Praha
KNsP České Budějovice
ÚŽZ Olomouc
OÚNZ Nový Jičín
MÚNZ Brno
Čs. státní lázně Bohdaneč
OÚNZ Praha 2
MÚNZ Brno
OÚNZ Uherské Hradiště
OÚNZ Hradec Králové
OÚNZ Pardubice
KNsP České Budějovice
ÚSP Brno
OÚNZ Praha 1
OÚNZ Praha 4
DUL Opařany
FN 10, Praha 10
OÚNZ Prachatice
Čs. státní lázně Janské Lázně
Vojenská nemocnice Plzeň
OÚNZ Pelhřimov
Thomayerova nemocnice, Praha 4
OÚNZ Hodonín
OÚNZ Frýdek Místek
KÚNZ Ostrava
OÚNZ Písek
Čs. státní lázně Železnice
B. Chlubnová, Br

V dňoch 8., 10. a 11. decembra 1981 sa uskutočnili záverečné skúšky pomaturitnej špecializačného štúdia v úseku práce liečebná telesná výchova. Skúšky prebiehali na školiacej báze katedry RP Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP v Bratislave. Na skúšky boli pozvaných poslucháčok záverečnej skúšky sa zúčastnilo 13 rehabilitačných poslucháčok, z ktorých 8 kandidátok záverečnú skúšku úspešne absolvovalo.

Bartková Mária
Farkašová Magdaléna
Husovská Xénia
Kuklišová Eva
Kusková Vlasta
Melicháčová Marta
Šenderáková Magdaléna
Stredanská Mária

NsP akad. L. Déreera, Bratislava
NsP Trebišov
NsP Kežmarok
OÚNZ Poprad
OÚNZ Senica
Čsl. štátne kúpele Sliač
OÚNZ — PL Prešov
Čsl. štátne kúpele Piešťany
Dr. M. Bartovicová, Bratislava