

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

OBSAH

■	<i>M. Palát</i> : Časový faktor v rehabilitácii	129
■	PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE	
	<i>P. Jouza, D. Bartsch</i> : Rehabilitace disfunkcí čelistních kloubů metodou dle Schulteho a naše zkušenosti s ní	131
	<i>M. Palát</i> : Možnosti a hranice evaluácie v procese liečebnej rehabilitácie v kardiológii	147
■	METODICKÉ PRÍSPEVKY	
	<i>N. Gašparíková</i> : Liečebná telesná výchova pri imobilizačnom syndróme u geriatrických pacientov	153
	<i>M. Mikulajová</i> : Pracovná motivácia ako faktor sociálnej rehabilitácie a pracovného znovuzaradenia schizofreníkov	159
	<i>M. Lachová, V. Lániková</i> : Psychoterapia a možnosti cieľenej aplikácie muzikoterapie v rehabilitačnom programe	167
■	SÚBORNÉ REFERÁTY	
	<i>M. Palát, Š. Kišoň</i> : Súčasná problematika hyperlipoproteínémie	173
■	HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ	182
■	RECENZIE KNÍH 145, 146, 151, 152, 158, 166, 172, 183, 184, 186, 187, 188	189, 190
■	SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ	189, 190
■	SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP	191

Táto publikácia sa vedie v prírastku dokumentácie BioSciences Information Service of Biological Abstracts.

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

Re **habilitácia**

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, 893 36 Bratislava



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



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

Adresa redakcie: Kramáre, Limbová ul. 8, 809 46 Bratislava



Grafická úprava: Melánia Gajdošová



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



Vychádza štvrťročne, cena jednotlivého čísla Kčs 6,—



*Rozširuje: Vydavateľstvo OBZOR, n. p., administrácia časopisov,
ul. Čs. armády 35, 893 36 Bratislava*



*Indexné číslo: 46 190
Registračné číslo: SÚTI 10/9*

Re habilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK XII/1979

ČÍSLO 3

EDITORIAL ...

ČASOVÝ FAKTOR V REHABILITACI

Rehabilitačná medicína, ktorá v posledných deseti letech dosáhla veľkého rozšírení i úspechů, predstavuje lekářský obor, ktorý má svoje špecifické postavení jak z hľadiska cílů, tak i z hľadiska volby prostředků. Cílem rehabilitačních programů jistě zůstává snaha obnovit fyzickou a pracovní samostatnost u vybraných skupin chorob pomocí redukčních, fyzikálně medicínských a psychosociálních metod. A při volbě prostředků saháme jistě k takovým prostředkům, které komplexním způsobem zasáhnou do patologického procesu postihujícího určitou funkci s cílem obnovit tuto funkci, resp. ji zlepšit.

V každém případě, tedy i z hľadiska cílů rehabilitační medicíny i z hľadiska prostředků, používaných v tomto lekářském oboru musíme v současnosti počítat s takzvaným časovým faktorem. Pod časovým faktorem rozumíme především časový úsek daný začátkem onemocnění anebo dobou úrazu anebo operace a obnovením postižené funkce následkem onemocnění, úrazového postižení anebo operativního zákroku. Je pochopitelné, že časový faktor je rozdílný jak z hľadiska choroby samé, tak i z hľadiska závažnosti této choroby, chcete-li stadia choroby. Rozeznáváme tedy u těch chorob, které jsou indikované pro rehabilitační choroby, kvalitativní aspekt — to je druh a charakter choroby, a aspekt kvantitativní — to je stupeň funkčního postižení při dané chorobě.

Zamyslíme-li se nad časovým faktorem v rehabilitaci pod tímto zorným úhlem, tu vidíme, že časový faktor je ovlivněný jak kvalitativním, tak kvantitativním aspektem daného onemocnění. Průběh každého onemocnění, bez ohledu na to, jaký druh terapie použijeme, má svoje pravidla. Akutní onemocnění — prototypem mohou být na příklad infekční choroby — mají při současných terapeutických možnostech velmi rychlý a zdárný průběh. Časový faktor u těchto onemocnění je faktorem naprosto zanedbatelným, především z hľadiska účelné adekvátní a cílené terapie.

Časový faktor však není zanedbatelný, jestliže jde o postižení chronické, mu-

tilující úraz nebo těžkou operaci s následným výpadem funkce. V takových případech časový faktor často představuje jeden z nejdůležitějších aspektů, s kterým je nutno počítat v rámci komplexní terapie a především v rámci cílené rehabilitační léčby. Taktický léčebný program zaměřený na druh a charakter onemocnění, musí být doplněn strategickým dlouhodobým léčebným programem, zaměřeným na stupeň funkčního poškození. Výsledek takové úvahy musí být nutně podmíněn i úvahou o časovém faktoru.

Prakticky to tedy znamená, že každá stavba rehabilitačního programu jako samostatné léčebné jednotky anebo jako součásti komplexního léčebného přístupu k nemocnému musí nutně vycházet z časové závislosti, přičemž hledáme odpověď na dvě otázky:

1. v jakém časovém sledu bude probíhat příslušné onemocnění a jaká bude časová prognóza tohoto onemocnění,

2. v jakém časovém sledu a v jaké následnosti je nutno tvořit rehabilitační program a použít jednotlivé metody současné rehabilitace a jaká bude funkční prognóza tohoto onemocnění.

Pod časovou prognózou rozumíme ten časový úsek, který je potřebný k ukončení především léčebné intervence, pod funkční prognózou rozumíme ten časový úsek, který je potřebný k obnovení postižené funkce. Časová prognóza a funkční prognóza nemusi z hlediska trvání být totožné. Při této příležitosti je potřebné podotknout, že pod funkční prognózou se v širším smyslu rozumí taktéž fyziologická výkonnost dané funkce, v souvislosti zde uvedené hovoříme jen o časovém trvání, jak je uvedené, jako o jednom z důležitých faktorů celkové funkční výkonnosti. Z uvedeného vyplývá důležitost časového faktoru v současné rehabilitaci. Jsme toho názoru, že časový faktor v současné rehabilitační medicíně bude hrát v budoucnosti jednu z hlavních úloh celého rehabilitačního programu. Vývoj každé choroby, její průběh a její komplikace jsou jistě podmíněné. Do tohoto děje zasahuje jistě mnoho dalších faktorů. V naší se nám však zdá nutně počítat právě s pohledem na tento časový průběh i faktorem času v opačnom procese — v procese léčení resp. v procese restituce funkce.

O časovém faktoru se v současnosti hovoří v chirurgii, časový faktor hraje svoji roli v procese stárnutí, časový faktor je faktorem určujícím každý vývoj. Zdá se tedy nutně seznámit se s tímto pojmem i v oblasti současné rehabilitační medicíny, a to už z praktického důvodu — dvojfázové reedukační metody se stávají reálnou skutečností rehabilitačních programů u celé řady onemocnění.

Dr. M. Palát, Bratislava

V dňoch 22.—27. júna 1980 sa bude konať vo Winnipegu v Kanade XIV. svetový kongres Rehabilitation International. Základnou témou kongresu je „Prevencia — integrácia priority pre 80. roky“. Informácie o tomto kongrese podá: Congress Secretariat 1980 World Congress

c/o Canadian Rehabilitation Council for the Disabled P. O. Box 1980
Winnipeg, Manitoba, Canada R3C 3R3

**PŮVODNÉ VEDECKÉ
A ODBORNÉ PRÁCE****REHABILITACE DISFUNKCÍ ČELISTNÍCH
KLOUBŮ METODOU DLE SCHULTEHO A NAŠE
ZKUŠENOSTI**

P. JOUZA, D. BARTSCH

*Zubní odd. NsP II. typu v Mostě,
Vedoucí: MUDr. Jaroslav Zeman**Rehabilitační odd. NsP II. typu v Mostě,
Vedoucí: MUDr. Dušan Bartsch*

Souhrn: Autoři detailně seznamují čtenáře s léčením disfunkcí čelistních kloubů metodou prof. Schultheho z university v Tübingen a svými drobnými modifikacemi této metody. V další části svého příspěvku uvádí zajímavé kasuistiky svých pacientů. Závěrem doporučují tuto metodu pro svou jednoduchost a efektivnost k většímu rozšíření a současně upozorňují, že nejlepší prevencí proti vzniku disfunkce TMK je včasné a komplexní protetické ošetřování defektů podpůrných zubních zón.

Klíčová slova: Disfunkce čelistních kloubů — rehabilitace — Schultheho metoda — vlastní zkušenosti.

Od počátku 20. století se mnoho autorů zabývalo problematikou bolestí kolem čelistního kloubu, ale téměř po celou jeho první polovinu se věřilo, že protetické a později případné chirurgické léčení je definitivním řešením tohoto problému. V období druhé světové války se nazírání na tento problém mění a původní statické řešení okluse přechází v řešení dynamické a současně se začínají brát v úvahu všechny, tzn. nejenom žvýkající svaly kolem čelistního kloubu, jejich funkce a rehabilitace.

Disfunkce TMK je dle nás i dalších autorů velmi rozšířené onemocnění, i když v řadě případů probíhá zpočátku bez subjektivních obtíží. Pacient k nám přichází většinou s bolestmi různé intenzity a lokalizace, bolestmi v okolí kloubu, bolestmi v okolí uší, sluchovými poruchami a zvukovými jevy v kloubu jako lupání, klapání, vrzání apod. V zásadě lze říci, že čím je lokalizace bolestí vzdálenější od dutiny ústní, tím později se k nám pacient dostává. Většinou pak přichází z neurologie či ortorhinolaryngologie, jestliže jejich dlouhodobá symptomatická terapie nevedla k cíli. Řešíme tyto případy komplexně a spolupráce stomatologa, rehabilitačního lékaře, rentgenologa, ortorhinolaryngologa a neurologa se ukázala jako plodná, i když zatížení jednotlivých členů

P. JOUZA, D. BARTSCH / REHABILITACE DISFUNKCÍ ČELISTNÍCH KLOUBŮ METODOU DLE SCHULTEHO A NAŠE ZKUŠENOSTI S NÍ

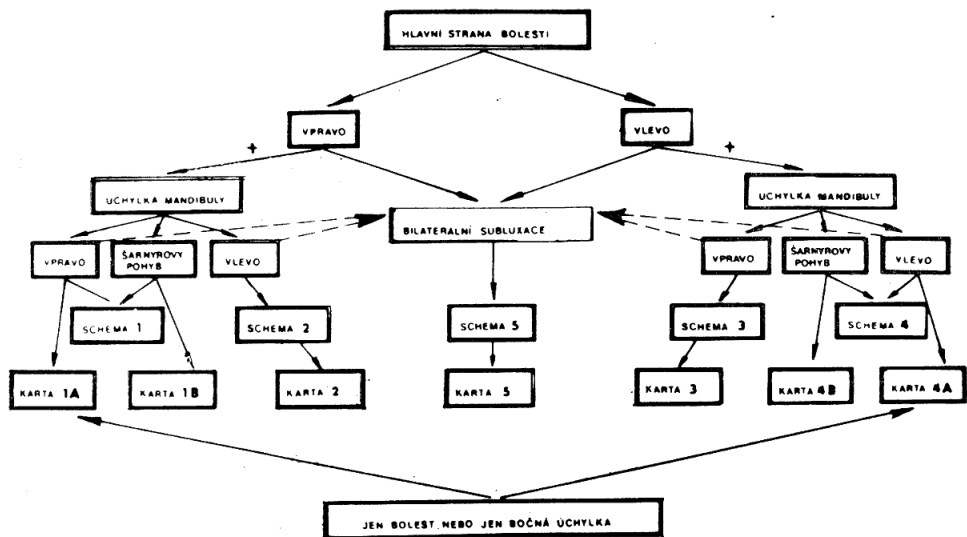
týmu není rovnoměrné. Největší zatížení nese stomatolog, který současně vykonává funkci koordinátora, rehabilitační lékař a nejmenší pak rentgenolog. K tomu bych chtěl poznamenat, že se ukázalo vhodným, jestliže na každém oddělení řeší tyto problémy jeden určený pracovník.

Když jsme před téměř třemi roky začínali řešit první případy, postupovali jsme dle práce Bílého. Tato metoda vyžadovala v rámci vyšetření každého pacienta provést rtg čelistních kloubů ve třech polohách, tj. otevřená, zavřená a vynucená, neboť základním principem je zvýšení skusu a odstranění artikulačních překážek pomocí nákusné dlahy různého provedení, kterou pacient nosil přibližně půl roku. Během této doby prováděl zpočátku pasivní rehabilitaci a po jejím skončení, v našem případě po třech týdnech, jej rehabilitační pracovník zacvičil do systému autorehabilitace, kterou pak prováděl dlouhodobě sám. Po půl roce jsme dlahu odstranili a vyčkali, zda se obtíže vrátí. Jestliže se tak stalo, vrátili sme dlahu zpět a zvýšení skusu jsme provedli pomocí fixních náhrad, případně nových snímacích náhrad podle rozsahu defektů. V původním malém vzorku jsme sice zbavili bolesti všechny pacienty, ale tento způsob byl velice náročný na čas, materiál a zapojení stomatologické laboratoře. Ústup bolesti jsme pozorovali až po třech až čtyřech týdnech od nasazení dlah a zahájení rehabilitace, tzn. minimálně po pěti až osmi týdnech od přijetí do léčení. Proto nás při studiu postupně získávaná literatury velmi zaujala práce prof. Schultheho z univerzity v Tübingen, kterou publikoval v roce 1970, a její kritika v roce 1972.

Metodika

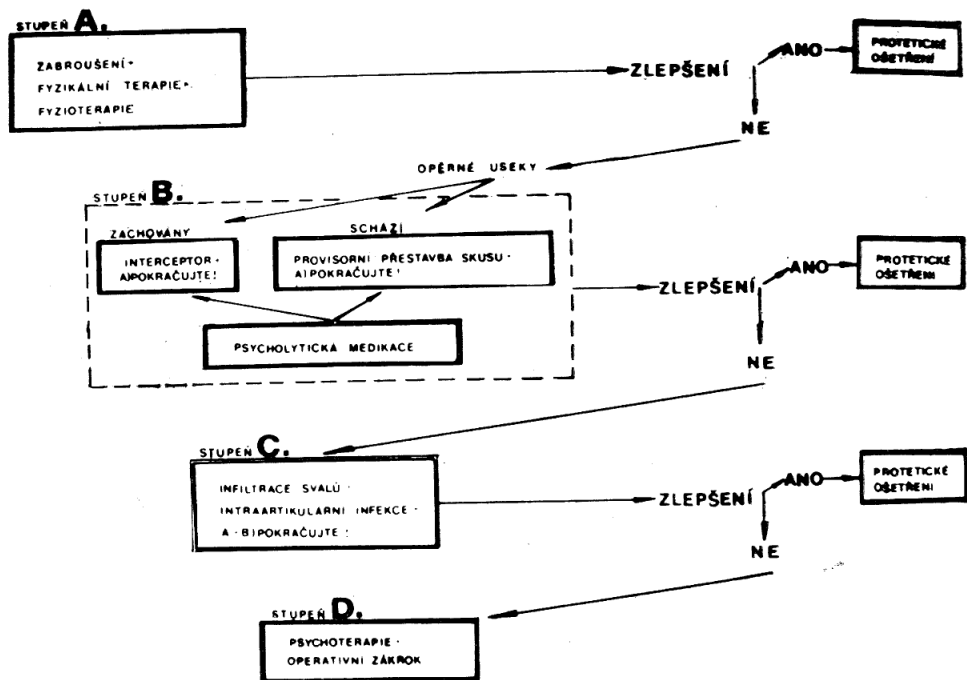
Schulte v tomto, jak sám říká, „fysioterapeutickém programu“, rozdělil pacienty do pěti základních skupin na základě korelace mezi hlavní stranou bolesti a stranovou úchylnou dolní čelisti [viz tab. 1].

Na tab. 2 je znázorněno schéma stupňovité terapie, tak jak je vypracoval Schulte. Při stupni A) provedeme v prvním sezení nejprve zhruba artikulaci



Tabulka 1.

P. JOUZA, D. BARTSCH / REHABILITACE DISFUNKCÍ ČELISTNÍCH KLOUBŮ METODOU DLE SCHULTEHO A NAŠE ZKUŠENOSTI S NÍ

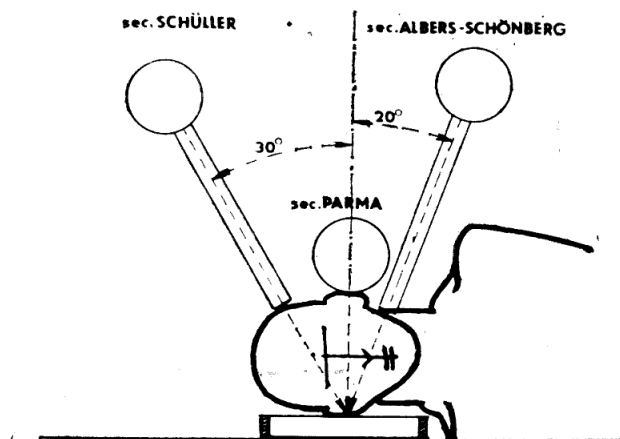


Tabulka 2.

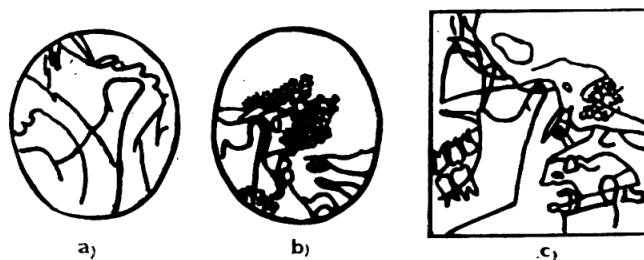
pomocí přibroušení s ohledem na excesivní zbrousené plochy a pacienta poučíme o parafunkcích — mají si všimnout polohy ve spánku — a samozřejmě o správné technice cvičení. Nenastane-li zřetelné zlepšení po osmi až deseti dnech, je třeba pomocí schématu přeskoušet dosavadní analýzu. Při tom se vzájemně hodnotí poznatky o pozorování parafunkcí a údaje o poloze ve spánku. Teprve nyní přejdeme při anamnéze cílevědomě také na psychosomatické faktory, jako jsou konfliktní situace doma nebo v zaměstnání, zkoušky apod. Pokud se ani při této funkční analýze neseťkáme s úspěchem, přejdeme ke stupni B). U této skupiny rozeznáváme skus s oboustranně zachovanými a podpůrnými zónami používáme k uvolnění svalů a zamezení centrální okluse, zvláště při polykacím aktu, nákusné dlahy. Těto dlahy dáváme přednost proto, že se může nosit přes den, aniž brání řeči, při čemž zabraňuje při polykání naprázdno centrální oklusi a isometrické kontrakci žvýkacích svalů. U pacientů, kteří mají mohutnější hrbolky na okluzních plochách zubů a velmi ploché zakřivení zubního oblouku, nebo v případech, je-li pacient mladší, nebo nemůžeme užít nákusné dlahy předchozího typu, uplatníme dlahu s nákusnou frontální deskou. Při oboustranné ztrátě podpůrných zón anebo při vybočení dolní čelisti používáme dlahu s postranním nákusem, ale tuto dlahu zbroúsíme tak, aby při konečném skusu nebyla dolní čelist vedena dorsokraniálním směrem. Při tomto stupni také používáme příležitostně psychologické medikace, pokud anamnéza ukazuje na nějaký dominantní psychosomatický faktor — např. Dia-

P. JOUZA, D. BARTSCH / REHABILITACE DISFUNKCÍ ČELISTNÍCH KLOUBŮ METODOU DLE SCHULTEHO A NAŠE ZKUŠENOSTI S NÍ

zepam Spofa. Dále pokračuje pacient ve fyzioterapii sám. Jestliže se ani těmito zásahy nedosáhne po osmi až deseti dnech žádného zlepšení, přistoupíme ke stupni C). Zde, převyšují-li bolesti v kloubu, aplikujeme interartikulárně injekci Kenalogu 50 v dávce 2,5–4 mg [Kenalog 40 ředíme 1 % Mesocianem bez adrenalinu v poměru 1 : 3], nebo Hydrocortison Spofa solubile v dávce 0,5 ml a eventuálně současně infiltrujeme kontrahované úseky žvýkacích svalů 1 % Mesocianem bez adrenalinu, zvláště pak zadní břicho m. biventer. V této fázi aplikujeme také teplo, ale nikdy ne před a po aplikaci Mesocainu. Těmito třemi stupni se nám dosud podařilo pomoci téměř všem našim pacientům. Schulte doporučuje v případě neúspěchu po osmi až deseti dnech přistoupit ke stupni D). Do tohoto stupně patří psychoterapie a případná příprava k operativnímu výkonu.



Obr. 1. Na snímku jsou schematicky zachyceny nejčastěji používané projekce TMK včetně projekce Parmovy. Jsou zde znázorněny jak dřevěný tunel, tak úzké dlouhé tubusy u obou dalších projekcí.

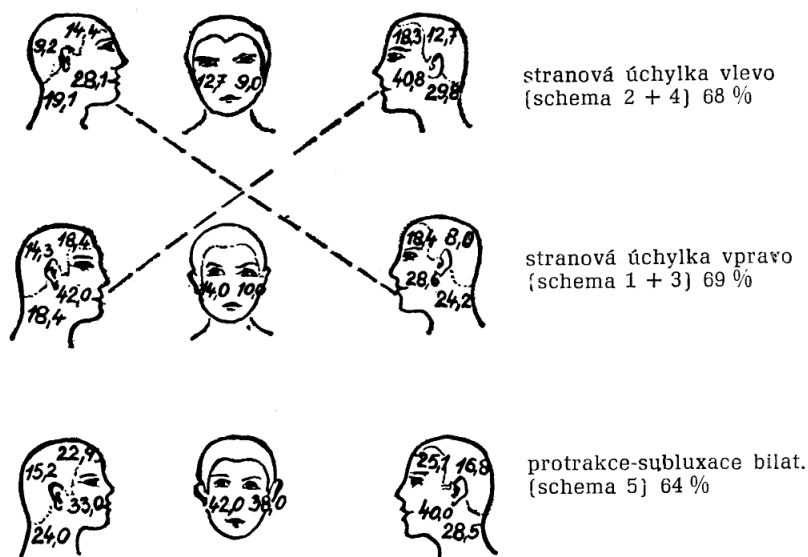


Obr. 2. Skicy rtg obrazu projekcí dle:
a) Albers-Schonberga
b) Schüllera
c) Parmy

P. JOUZA, D. BARTSCH / REHABILITACE DISFUNKCÍ ČELISTNÍCH KLOUBŮ METODOU DLE SCHULTEHO A NAŠE ZKUŠENOSTI S NÍ

Neúspěchy podle Schulteho zčásti působí chyby původní diferenciální diagnózy (byly nalezeny zastaralé fraktury jazyčky, neuralgie trigeminu apod.). Třináct procent pacientů zůstalo bez možnosti kontroly, ale předpokládá se, že většina z nich je bez obtíží, neboť se ukázalo, že část pacientů, jakmile ztratí bolesti, nepovažuje za nutné docházet na další kontroly.

Kromě použití Kenalogu 40 jsme původní metodu poněkud modifikovali i v použití rtg vyšetřovacích metod. Především považujeme za nutné upozornit, že rtg vyšetřovací metody jsou schopny zaznamenat pouze dostatečně veliké defekty, tzn. jestliže je například v celém rozsahu otevíracího pohybu slyšet při auskultaci drápot a na rtg snímku jsou kloubní plochy hladké, musíme předpokládat, že jde o drobné artrotické změny. My používáme rtg vyšetření jako výběrovou, pomocnou diagnostickou metodu k vyloučení suspektivních fraktur či artrotických změn, k vyloučení tumorosních procesů u starších pacientů a k upřesnění diagnózy při diskrepanci mezi pohmatovým a poslechovým nálezem. Princip snímkování TMK využívá různého sklonu centrálního paprsku. Výjimku tvoří pouze projekce dle Parmy, která je přísně kolmá a využívá faktu, že předmět blíže filmu se zobrazí ostře, zatím co předmět vzdálený je rozkreslen. Tuto projekci používá Schulte. U nás tato metoda není dovolena pro



Obr. 3. Znázornění četnosti postižení jednotlivých svalů dle Schulteho. Při pohledu zezhora dolů jsou na bočních pohledech přední a zadní část m. temporalis, m. masseter a za úhlem čelisti zadní bříško m. biventer. Ve frontálním pohledu jsou pak nálezy pro m. pterygoideus lateralis. Celkové množství pro jednotlivé skupiny je udáno nad těmito třemi pohledy — pro pacienty se stranovou úchylnkou je stejnostranná korelace s m. masseter. U pacientů se sub. luxací je nápadně vysoká účast m. pterygoideus let. a levého m. masseter. U této skupiny je úchylnka doleva častější.

nebezpečí vzniku kontaktní radiodermatitidy. Nám se nejvíce osvědčila metoda dle Schüllera. Aby byly snímky vzájemně srovnatelné, snímkuje se bez Bucky clony na dřevěném tunelu, do kterého se zasouvá kazeta a pacient po dobu vyšetřování nemění svou polohu vůči podložce.

V následující části chceme čtenáři seznámit s vlastními autorehabilitačními cviky. Každý náš pacient obdrží po vyšetření brožurku se všemi typy cvičení, ve které mu ošetřující výrazně označí skupiny cviků vhodných pro jeho typ poruchy. Cviky 1—4 jsou společné pro všechny typy poruch. Cviky 5 a 6 jsou vždy ve dvou variantách zrcadlově proti sobě obrácené. Je ale účelné, aby pacient obdržel jasný popis cviku pro svůj případ, a ne aby jej musel „obracet“. Pro poruchy bez stranové úchylny pak existuje ještě třetí „symetrická“ varianta těchto cviků. Do skupiny měly být dle Schulteho zařazovány pouze případy oboustranných subluxací, ale nám se osvědčilo zařazovat sem i pacienty s oboustrannou luxací a pacienty s kombinovanou poruchou (subluxace + luxace). Tato skupina měla původně vlastní cviky, ale Schulte ve své „kritice“ doporučil zařazení úvodních čtyř cviků i do této skupiny.

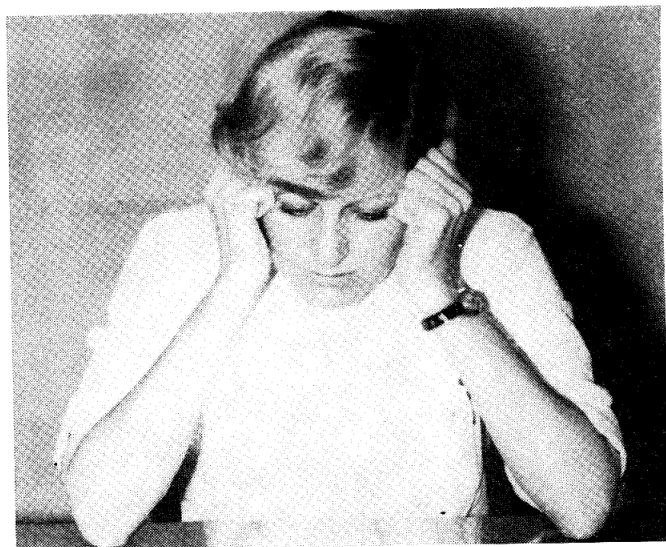
Celý komplex cvičení se provádí alespoň třikrát denně, nejlépe ráno, v poledne a večer. Lépe je ovšem častěji.



Obr. 4.

Obr. 4. Cvik 1 — Lokty opřeme o stůl s oběma rukama (palec, ukazováček a prostředník) hnětíme silně 3 min. svaly tváře, vyhledáváme bolestivá místa a mezi prsty i když to bolí, silně „rozmačkáváme“.

Obr. 5. Cvik 2 — Lokty opřeme o stůl, zatáté ruce tlačíme na spánky a provádíme krouživé masážní pohyby 3 min. silným tlakem. Najdeme-li zvláště bolestivá místa, masírujeme je další 2 min. jen prostředníkem a ukazovákem.



Obr. 5.



Obr. 6.

Obr. 6. Cvik 2 — V jamce pod ušními lalůčky najdete hodně citlivá místa. Možná, že se vám podaří nahmatat hodně bolestivý bod. Toto místo pak masírujete malými krouživými pohyby bříšky ukazováček silným tlakem po dobu 2—3 min.



Obr. 7.



Obr. 8.

Obr. 7. Cvik 4 — Skloňte hlavu a palcem a ukazováčkem obou rukou uchopte zadní a dolní okraj dolní čelisti. Palce leží na dolní straně čelisti a ukazováčky na svalech tváře. Nyní zřetelně cítíte dolní čelist mezi prsty. Masírujete 3 min. silným tlakem a palce při tom stlačte pokud možno vysoko vzhůru do měkkých tkání.



Obr. 9.



Obr. 10.

Obr. 8. Cvik 5 — (skupina 1a a 3). Levý loket opřete o stůl a levou polovinu brady opřete do levé ruky. Rty jsou trochu pootvorené, dolní čelist tlačíte proti levé ruce silou doleva, jako kdyby jste chtěli odtlačit ruku pryč. Při tomto maximálním tlaku nesmí ale ruka povolít. Dolní čelist se nesmí pohybovat. Kontrolujte se v zrcadle! Tlak musí působit po dobu 10 sec.

Obr. 9. Cvik 5 — (skupina 4aa 2). Pravý loket opřete o stůl, pravou polovinu brady opřete do levé ruky. Rty jsou trochu pootvorené, dolní čelist tlačíte proti pravé ruce silou doprava, jako kdybyste chtěli odtlačit ruku pryč. Při tomto maximálním tlaku nesmí ale ruka povolít. Dolní čelist se nesmí pohybovat. Kontrolujte se v zrcadle! Tlak musí působit po dobu 10 sec.

Obr. 10 Cvik 5 — (skupina 1b a 4b). Oba lokty opřete o stůl a bradu opřete do obou rukou. Rty jsou trochu pootvorené, dolní čelist tlačíte silně vpřed do rukou, jako kdybyste je chtěli odtlačit pryč. Přitom proti levé ruce tlačíte troch silněji než proti ruce pravé. Při tomto maximálním tlaku nesmí však ruce povolít. Dolní čelist se nesmí pohybovat. Tlak musí působit po dobu 10 sec. Pak následuje uvolňovací cvik a desetkrát vše opakovat.

Obr. 11. Cvik 5 — (uvolnění). Následuje vždy po působení tlaku — stejný pro všechny léčebné skupiny. Opřete čelo do obou rukou a nechte dolní čelist viset volně, jako by vám „nepatřila“. Zatřepejte přitom hlavou a zkuste nechat dolní čelist „houpat se sem a tam“. Toto cvičení opakujte desetkrát za sebou a přitom vždy střídějte napětí a uvolnění.



Obr. 11.



Obr. 12.



Obr. 13.

Obr. 12. Cvik 6 — Na tomto snímku vidíte základ tohoto cviku. Pacient sedí před zrcadlem rozděleným na svislé poloviny silnější tmavou bavlnkou a otevírá ústa tak, aby se střed dolní čelisti neodchyloval na stranu. Jazyk při tom tlačí u každé léčebné skupiny jiným směrem. Cvik opakuje desetkrát. Vzdálenost obou čelistí se zvolna zvětšuje.

Obr. 13. Cvik 5 — (pro 5. skupinu). Cvičí se u stolu se zrcadlem rozděleným na svislé poloviny silnější tmavou bavlnkou. Hlavu nastavte tak, aby ní procházela středem obličeje. Jazyk zvedněte nahoru tak, aby se

ORGANIZAČNÍ PODKLADY PRO PROVOZ ÚSEKU ERGOTERAPIE

I. PĚKNÁ

*Rehabilitační ústav v Kladrubech,
Ředitel: MUDr. Vladimír Kříž*

Souhrn: Úsek ergoterapie je nedílnou součástí rehabilitačního oddělení. Je možné pracovat již v minimálním prostoru 20 m². Jsou uvedeny poznámky k vybavení, organizaci práce, zajištění podmínek bezpečnosti při práci.

Na úseku ergoterapie mohou pracovat rehabilitační pracovníci, zdravotní sestry, nižší zdrav. pracovníci, techničtí pracovníci léčby prací a výtvarníci. Uvádějí se možnosti jejich platového zařazení a jejich pracovní povinnosti.

Hospodaření materiálem je možné při dodržení směrnic ministerstva zdravotnictví provádět několika způsoby. Jsou uvedeny příklady.

Klíčová slova: Úsek ergoterapie — prostor — vybavení — pracovníci (povinnosti, platové zařazení), — hospodaření materiálem.

Prostor a vybavení provozoven

Pokud jsou na úseku ergoterapie zřízeny specializované dílny pro léčbu prací, platí pro jejich vybavení a provoz stejné předpisy jako pro kterékoliv dílny na výrobním úseku.

Požadavek na prostor v provozovně pro zdravého pracovníka je 13 m³ vzdušného prostoru a 2 m² podlahové plochy nezastavěné nábytkem ani zařízením a mimo spojovací cesty mezi pracovišti.

V rehabilitačních odděleních nemocnic a poliklinik se zřizují úseky ergoterapie v posledních letech adaptací různých prostor. Podle zkušeností z ostravských pracovišť [cit. s. Klusoňovou], je nejmenší vhodný prostor pro pracovní léčbu prací 20 m², t.j. alespoň 4 pracovní místa. Počítá se s tím, že se pacienti v pracovních střídají během dne.

Pokud se pracuje s pacienty těžko postiženými, kde je třeba provádět individuální nácvik úchopové funkce ruky, nácvik činností sebeobsluhy, individuální nácvik s protézami a ortézami pro HK, individuální výcvik psaní rukou, má být pro to vyhrazen zvláštní prostor nebo oddělený kout, který má být klidný, čistý a teplý.

chy obhospodařuje. S ním je nutno dohodnout rozsah ploch používaných pro léčbu prací i charakter činností tak, aby práce pacientů rehabilitačního oddělení účelně přispívala ke zlepšování prostředí zdravotnického zařízení. Tento cíl by měl být i hlavním popudem pro pochopení zdravotního i technického vedení ústavu pro rozvoj a potřebnou podporu této oblasti léčby prací.

Protože každé zdravotnické zařízení musí mít údržbu areálu zajištěnou, a to většinou svými provozními zaměstnanci, šetří tímto způsobem prováděné práce kapacitu těchto pracovníků, a umožňují hospodářskému vedení uvolněnou kapacitu provozních zaměstnanců využít jediným způsobem. V rámci dohody rehabilitačního oddělení s vedením zařízení může být dojednána i konkrétní spolupráce provozních pracovníků zařízení s rehabilitačními pracovníky v tom zmyslu, že provozní pracovník zde může v předem dojednané době plnit funkci technického pracovníka léčby prací. Může to mít pro něj i ekonomický efekt, protože může dostávat příplatek za vedení skupiny pracovníků (kterými jsou v tomto případě pacienti rehabilitačního oddělení). Přitom část prací může vést rehabilitační pracovník sám a druhou část ve spolupráci s technickým pracovníkem.

Viditelný efekt této formy léčby prací může zlepšit i postavení rehabilitačního oddělení ve zdravotnickém zařízení působením jak na zdravotnickou, tak na hospodářskou část personálu zařízení. Cíleně vedené práce rehabilitačních pracovníků s pacienty venku totiž představují i veřejné seznamování veškerého personálu s činnostmi rehabilitačního oddělení.

Je dokonce i možné, že když zdravotnický personál na příklad různých oddělení nemocnice uvidí venku pracující pacienty, napadne ho, že by se této veřejně demonstrované metody léčby prací mohla zúčastnit i řada pacientů jejich oddělení, u nichž je dosud ani nenapadlo předepsat jim léčebnou rehabilitaci. Známe dokonce i případy, kdy iniciativa zúčastnit se této formy rehabilitace vychází i ze samých pacientů, kteří žádají ošetřující lékaře o předpis těchto prací, protože sami vidí, že by na ně také stačili a mimo jiné je jim pouhý pobyt venku příjemnější, než nepříjemná izolace hospitalizovaných pacientů na lůžkovém oddělení nebo ambulanci pacientů doma.

Nevýhodou venkovních prací je jejich závislost na počasí. Většinou však nebývá organizačním problémem při nevhodném počasí tuto činnost vynechat.

Zavedení této formy léčby prací může být i vítanou formou socialistické iniciativy pracovníků rehabilitačního oddělení. Vždyť se týká takového závažného a sledovaného úkolu, jako je zlepšování životního a pracovního prostředí. Počítáme-li pouze s vnějším efektem těchto činností, můžeme docílit zlepšení nejen čistoty a estetického vzhledu zdravotnického zařízení, a to jednak pro léčebnou rehabilitaci pacientů, jednak pro rekreaci personálu. Vždyť konkrétním výsledkem léčby prací venku může být na příklad vybudování a udržování travnaté plochy pro cvičení, či hřišť a procházkových tras v areálu nemocnice. Řada rehabilitačních oddělení může takto získat část venkovních zařízení, která jsou dosud známá jen z rehabilitačních ústavů či lázní. Domníváme se, že rehabilitační charakter těchto venkovních zařízení i vlastní rehabilitační provoz v nich by mohl podstatně ovlivnit tolik žádoucí rehabilitační charakter většiny typů našich zdravotnických zařízení a byl by i propagací potřeby rozvoje rehabilitace v tomto zařízení. Na rehabilitační pracovníky, kteří by tyto činnosti ordinovali a řídili, by tato práce kladla některé neobvyklé nároky.

K ZAČLENĚNÍ LÉČBY PRACÍ DO CELOSPOLEČENSKÉHO SYSTÉMU REHABILITACE

např. ukládají povinnost zaměstnávat občany se změněnou pracovní schopností (ZPS), vytvářet podmínky pro zaměstnávání osob se ZPS, poskytují jim i výhody při přijímání osob s těžkým zdravotním poškozením (TZP), jejichž pracovní uplatnění je možné pouze za mimořádně upravených podmínek.

Ad 3. Výchovná opatření se týkají především postižených osob. Patří sem např. systém jejich školního vzdělávání, preference postižených osob při výběru kvalifikace, zajištění kvalifikace v mimořádně přizpůsobených podmínkách (pracovní habilitace) a podobně. Součástí by měla být i výchova postižených k optimálnímu vztahu ke zdravým osobám, ke společnosti i mezi postiženými samými. Na druhé straně je však nutné zaměřit kulturně-výchovnou práci na zdravé občany, aby tito byli od dětství soustavně vychováváni k harmonickému soužití s postiženými občany (= integrace postižených občanů). Zjevně či skrytě se projevující snahy o vyčlenění postižených osob z běžného společenského života (= segregace invalidů) jsou důkazem nedostatečného výchovného působení právě v této oblasti.

Ad 4. Zdravotnická opatření na úseku celospolečenské rehabilitace se musí promítnout do direktivního i metodického řízení všech medicínských oborů. Působení současných specialistů pro léčebnou rehabilitaci představuje totiž jen malou část nutného podílu resortu zdravotnictví v celospolečenském systému rehabilitačních opatření.

Všechna tato opatření se musí vzájemně prolínat, vytvářet pevnou síť rehabilitace, v níž slabost kteréhokoliv místa znamená nedokonalost této sítě a tím oddálení, znesnadnění nebo znemožnění dosáhnout jediného a konečného cíle rehabilitace, to je racionalisace postiženého člověka.

Toto je základní filozofická myšlenka rehabilitace a ten, kdo ji nepochopil, nemůže rehabilitaci správně plánovat, řídit ani prakticky provádět.

Vzhledem k tomu, že je třeba stále propagovat potřebu rozvoje léčebné rehabilitace, je nutné vždy také zdůrazňovat, že léčebná rehabilitace, jako celek i její jednotlivé části — léčebná výchova k soběstačnosti, léčebná tělesná výchova, léčba prací a některé druhy fyzikální terapie nejsou pouze terapeutické, všeobecné komplexní terapie, ale mají své zcela specifické nejen terapeutické, ale i diagnostické metody. Na diagnostickou složku léčebné rehabilitaci se totiž často zapomíná, snad také proto, že používaná terminologie vlastně obsahuje jen terapeutickou složku (léčebná rehabilitace, léčebná tělesná výchova, léčba prací apod.). Vlastní a specifické diagnostické i terapeutické metody jsou totiž základním argumentem pro samostatný základní medicínský obor s rehabilitační náplní (ať už se jmenuje jakkoliv). Je zajímavé, jak se na jedné straně složitě a těžko obhájuje základní specializace lékařů pro rehabilitaci, když na druhé straně je zcela plně uznávána a dlouholetými praktickými zkušenostmi prověřena nutnost specializace středního zdravotnického personálu, tedy rehabilitačních pracovníků, včetně jejich pregraduální (školní) i postgraduální přípravy (atestace, kursy, školící místa).

Psychologicko-sociálněekonomickým argumentem speciálně pro potřebný rozvoj léčby prací je její významné ovlivňování pacientů v obecném psychologickém smyslu, že totiž rehabilitovaný člověk i při léčení pracuje. Uchováваме tedy v jeho psychice pocit, že je i v „pracovní neschopnosti“ schopen určitých pracovních činností. Dokazujeme mu, že jeho pracovní schopnost během léčebné rehabilitace stoupá, a tím ho od začátku jeho rehabilitace vedeme k tomu, že se po ukončení rehabilitace do pracovního procesu zase vrátí. To je velice důležitý psychologický význam léčení prací. Psychologicky zde působí i sám název procedury — léčba prací, a to je také jeden z důvodů, proč ne-

ZPŮSOBY UPLATNĚNÍ LÉČBY PRACÍ V REHABILITACI

V. Kříž

ANWENDUNGSWEISEN DER ARBEITSTHERAPIE IN DER REHABILITATIONSBEHANDLUNG

Zusammenfassung

Die Arbeitstherapie kann innerhalb des Systems der Rehabilitationstherapie angewandt werden als

1. gezielte, auf den funktional geschädigten Bereich ausgerichtete Behandlungsprozedur,
 2. gezielte, auf den funktional nicht geschädigten Bereich ausgerichtete Behandlungsprozedur,
 3. eine auf die Hebung der Körpertüchtigkeit und Leistungsfähigkeit ausgerichtete
 4. gezielte, auf die Erneuerung allgemeiner und spezifischer Arbeitgeschicklichkeit und Arbeitsausdauer ausgerichtete Behandlungsprozedur, Behandlungsprozedur,
 5. gezielte, auf die Einübung neuer Arbeitgeschicklichkeiten ausgerichtete Behandlungsprozedur,
 6. Diagnostik-Methode zur Feststellung allgemeiner Arbeitgeschicklichkeiten, der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie der Arbeitsausdauer,
 7. psychotherapeutische Methode durch die Behandlung mittels Beschäftigung.
- Der Autor gibt im Artikel eine nähere Erläuterung der einzelnen Anwendungsformen der Arbeitstherapie.

V. Kříž

MÉTHODES D'APPLICATION DU TRAITEMENT PAR LE TRAVAIL DANS LA RÉADAPTATION

Résumé

- Le traitement par le travail peut s'exploiter dans la réadaptation comme
1. un procédé de thérapie approprié, orienté sur la région fonctionnellement affectée
 2. un procédé de thérapie approprié orienté sur la région non fonctionnellement affectée
 3. un procédé de thérapie orienté sur l'augmentation de l'aptitude et capacité physiques
 4. un procédé de thérapie approprié orienté sur le rétablissement des aptitudes générales et spécifiques professionnelles et d'endurance professionnelle
 5. un procédé de thérapie approprié orienté sur l'exercice de nouvelles aptitudes professionnelles
 6. une méthode diagnostique pour la détermination des aptitudes générales professionnelles, de l'habileté et capacité professionnelles et d'endurance professionnelle
 7. une méthode de psychothérapie sous forme de thérapie par l'occupation
- L'auteur donne dans l'article une explication plus large des différentes formes de l'exploitation du traitement par le travail.

ZPŮSOBY UPLATNĚNÍ LÉČBY PRACÍ V REHABILITACI

používání protézy. Částečně je obdobná i situace u monoplegií a paraplegií dolních končetin, kdy končetina (buť i s určitými pomůckami) je schopna plnit svoji opornou funkci a zachování pocitu končetiny v centrální nervové soustavě můžeme alespoň částečně využít pro opornou funkci končetiny, i když konečný efekt, t. j. stabilní stoj či chůze, docílujeme nácvikem zcela jiných pohybových řetězců a jiných zdrojů aference.

K obnově utlumených stereotypů můžeme využít odvedení pacientovy pozornosti od vlastního těla na prováděnou práci. Často tímto způsobem dokážeme pacientovi, že postižená končetina je použitelná. Na příklad pacienti, kteří se sami nepřinutí zatížit plně dolní končetiny, pokud jsou třeba v zápalu práce nuceni přenést nějaký předmět aniž si to uvědomí, zapomenou na berly a kráčejí po místnosti bez nich. Na druhé straně však tato fixace pozornosti pouze na prováděnou práci může být i nebezpečná, protože totéž co bylo v předchozím případě žádoucí, občas provedou i pacienti, kteří dolní končetiny zatěžovat nesmí!

V další fázi již se v rámci léčby prací věnujeme těm funkcím postižené končetiny, jichž narušení si zjistíme kineziologickým rozbořením (od testovacího rozsahu pohybů a síly svalové až po rozbor jednoduchých i složitých pohybových vzorců).

Na příklad z hlediska rozsahu pohybů můžeme volit takové práce, které vyžadují maximálně možné napětí kloubního pouzdra a kolemkloubních struktur (např. v oblasti ramenního kloubu práce vyžadující pohyb při hranici maximální anteflexe nebo abdukce, retroflexe nebo obou rotací). Cílem je tedy udržet kloubní pohyblivost v momentálním rozsahu a zabránit dalšímu zkracování měkkých struktur kolem cíleně procvičovaného kloubu.

Rozsah pohybů potřebných či požadovaných při práci můžeme zvolit i tak, že cíleně dosahujeme krajních poloh či snažíme se je silou nebo švihem překonat. Pak je to autoregresní procedura, která však vzhledem ke své rizikovitosti musí být předepsána lékařem a v případě potřeby i kontrolována v průběhu léčby. Účinnost autoregresních pohybů můžeme zvětšovat zvýšením rychlosti pohybu před dorazem, zvýšením setrvačné hmoty končetiny o váhu nástroje nebo použitím delší páky nástroje. K autoregresu můžeme využívat i hmotnosti pacientova těla, např. při pletí záhonu, kde pacient je ve vzoru klečmo, pracuje zdravou horní končetinou a je opřen o postiženou ruku, což pro ni představuje autoregres do extenze prstů (hlavně MP kloubů) a do dorzální flexe zápěstí. Stejně tak na příklad nucená poloha v podřepu může působit autoregresně na dorzální flexi v hlezenných kloubech (pacient nesmí zvedat paty) a na flexi v kolenních a kyčelních kloubech. Ke zvětšování pohybu v hleznu může sloužit i práce v stoji na různých nakloněných rovinách (tak zvaný „stoj na klínu“). Zde je nutno připomenout, že úhel podložky, na níž pacient stojí, má být nepatrně větší než je maximálně možný úhel plochy celého chodidla. Za zmínku stojí i to, že u hlezenného kloubu, kde je možnost pohybu jen v rozsahu plantární flexe, můžeme autoregresně působit i postupným snižováním podpatku obuvi. Při postižených hlezenných kloubu a zvláště pak při celodenní intenzivní rehabilitaci je však záhodno uvážit, zda i v rámci léčby prací chceme redresně kloub zatěžovat, či zda je účelnější spokojit se pouze se statickým zatěžováním dolní končetiny (za účelem rekalcifikace). V tomto druhém případě pak naopak volíme takovou výšku podpatku či sklon podložky, aby hlezenný kloub nebyl v maximálně možném krajním postavení.

ORGANIZAČNÍ PODKLADY PRO PROVOZ ÚSEKU ERGOTERAPIE

8. O svých postupech a výsledcích svého pozorování a hodnocení pacienta vede dokumentaci a podává pravidelná sdělení lékařů.
9. Provádí hodnocení a testování pracovní zdatnosti pacientů.
10. U osob se změněnou pracovní schopností by měl ve spolupráci se sociálními pracovníky zdravotnického zařízení a příslušnými pracovníky na závodě dávat návrh, jakým způsobem lze ulehčit pracovní podmínky pacientovi po návratu do zaměstnání úpravou pracovního místa, pracovních nástrojů, příp. úpravou pracovního postupu.
11. Nepracují-li na úseku ergoterapie techničtí pracovníci LP, odpovídá za vybavení a hospodaření materiálem a inventářem a za zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a vede hospodářsko-technickou dokumentaci.
12. Může také provádět výcvik k soběstačnosti v sebeobsluze a v činnostech denního života a výcvik v komunikačních dovednostech.
13. Navrhuje pacientovi vhodné kompenzační pomůcky, typ individuálního vozíka a úpravy v bytě, případně i sám zhotovuje drobné pomůcky a úpravy oděvu.
14. Provádí výcvik v zacházení s protézami a ortézami horních končetin a zácvik v používání invalidního vozíku a zácvik v používání kompenzačních pomůcek pro sebeobsahu.
15. Provádí hodnocení a testování soběstačné zdatnosti pacientů.

Povinnosti technického pracovníka LP (příp. výtvarníka)

Jsou-li odborníci kvalifikovaní v určitém technickém oboru, např. zámečníci, truhláři, krejčí, soustružníci, lakýrníci, knihaři, aranžéři, záhradníci aj. — a výtvarníci. Tito pracovníci vedou svěřenou dílnu nebo úsek po stránce technické.

1. Technický pracovník LP odpovídá za vybavení a hospodaření inventářem a materiálem, za správný technologický postup při výrobě a za zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.
2. Spolu s rehabilitačním pracovníkem sestavuje plán práce svěřené dílny nebo úseku tak, aby v něm byly zastoupeny všechny činnosti, které jsou žádoucí z ergoterapeutického hlediska.
3. Přípravuje materiál, nákresy, vzory výrobků, pomůcky a jednotlivé dílčí pracovní úkoly, instruuje pacienty o správném technologickém postupu a vede pacienty po stránce bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.
4. Bez dovolení rehabilitačního pracovníka nesmí měnit druh pracovní činnosti, výchovný pozici pacienta, určené pracovní nástroje, určenou váhu břemen, čas určený na léčbu prací v denním programu pacienta, případně, jiné důležité příkazy, kterými rehabilitační pracovník plní ordinaci provedenou lékařem.
5. Zúčastňuje se provádění speciálních pracovních testů a hodnocení pracovní zdatnosti pacientů podle své kvalifikace.
6. Vede hospodářsko-technickou dokumentaci na svém úseku.
7. Výtvarník vede zpravidla výtvarnou dílnu. Vzhledem k své kvalifikaci odpovídá za výtvarnou úroveň všech výrobků léčby prací.

Hospodaření materiálem. Jsou možné tři způsoby:

- I. z p ů s o b

MOŽNOSTI A HRANICE EVALUÁCIE V PROCESE LIEČEBNEJ REHABILITÁCIE V KARDIOLÓGII

M. PALÁT

*Rehabilitačné oddelenie Dérerovej nemocnice, Bratislava
Prednosta: MUDr. Miroslav Palát, CSc.*

Súhrn: Nedeliteľnou súčasťou rehabilitačného programu u kardiologicky chorého je evaluácia, ktorá slúži na objektívne posúdenie efektu rehabilitačných metód. Podobne ako rehabilitačné metódy, tak aj evaluačné metódy musia byť štandardizované, reprodukovateľné a musia priniesť objektívny názor. Evaluácia funkčného stavu kardiakov je základom funkčnej diagnostiky vôbec, pretože stanovuje kritériá, ktoré charakterizujú aktuálny funkčný stav postihnutého jedinca. Evaluačné metódy majú však svoje hranice, ktoré dovoľujú napríklad stanovenie prognózy v rámci komplexného posúdenia chorého človeka. Súčasne určitým spôsobom charakterizujú možnosti adaptácie chorého na rehabilitačné opatrenia a možnosti adaptácie rehabilitačných opatrení na chorého človeka.

Kľúčové slová: Evalučné metódy — rehabilitácia v kardiológii — adaptácia — unitárna koncepcia choroby.

Súčasťou rehabilitačného programu u kardiologicky chorých je evaluácia — proces, ktorý slúži na objektivizáciu efektu rehabilitačných metód. Rehabilitácia ako súbor opatrení, ktoré vedú k obnoveniu fyzickej a pracovnej samostatnosti u chronicky chorých, našla svoje pevné miesto i v oblasti modernej kardiológie. Kardiovaskulárny program počíta s účasťou modernej rehabilitácie na svojej realizácii. Výsledky mnohých domácich i medzinárodných štúdií dnes jednoznačne ukazujú na význam komplexných rehabilitačných programov v procese zasahovania proti chronickým chorobám srdca a ciev, predovšetkým v boji proti koronárnej chorobe. Modifikoval sa iba cieľ rehabilitácie a sekundárnej prevencie u koronárnej choroby — v minulosti sme formulovali naše snahy znížením morbidity a mortality koronárnej choroby, dnes skôr hovoríme o prevencii invalidity než o znížení mortality. Výsledky niektorých štúdií ukazujú, že efekt rehabilitačných opatrení nespočíva v predĺžení života, t. j. v znížení mortality, ale vo zvýšení životnej kvality, teda v prevencii invalidity.

Každý terapeutický zásah, či už ide o chirurgický výkon, farmakoterapiu, fyzikálnu terapiu alebo psychoterapiu, aby sa stal súčasťou komplexného zásahu do chorého organizmu, musí spĺňať v princípe dve podmienky:

1. musí byť štandardný pri zachovaní individuálneho rozptylu,
2. musí byť objektívne hodnotiteľný.

Štandardizácia terapeutických metód, a to isté platí i pre metódy evaluácie, je základným kmeňom akéhokoľvek zásahu do chorého organizmu.

Celý proces — diagnostika, terapia, rehabilitácia aj sekundárna prevencia v oblasti kardiovaskulárnych ochorení predovšetkým pri koronárnej chorobe — vyžaduje dnes zmenu klasického myslenia lekára. Jednotlivé fázy tohto procesu nie sú osobitné kapitoly zásahu do chorého organizmu, všetky fázy tvoria organický celok, v rámci ktorého jednotlivé fázy na seba nadväzujú a prelínajú sa. Skúsenosti ukazujú, že treba uvažovať o unitárnej koncepcii choroby a jej liečenia. Atomizácia poznatkov viedla k detailnému pohľadu na chorého človeka, mala však za následok, že chorý človek sa stal súborom detailov a terapeutický postoj ovládol pohľad na pestrú detailnú symptomatológiu bez jednotnacej koncepcie. Unitárna koncepcia chronickej choroby a jej liečenia čaká na svoju realizáciu a práve tu môže súčasná rehabilitácia zohrať základnú úlohu.

Evaluácia funkčného stavu chronicky chorých je základom funkčnej diagnostiky vôbec, pretože na základe objektívneho vyšetrenia určí kritériá charakterizujúce súčasný funkčný stav jedinca. Evaluácia má však aj druhú stránku — môže pomocou rovnakých metód a za rovnakých podmienok posúdiť efekt akéhokoľvek terapeutického zásahu, teda aj efekt terapeutických metód. Zatiaľ čo z hľadiska diagnostického procesu evaluačné metódy nám poskytujú informácie o aktuálnom stave pacienta v okamihu vyšetrenia, z hľadiska rehabilitačného procesu získavame informácie nielen o aktuálnom stave chorého v momente vyšetrenia, ale i o dynamike celého chorobného procesu a efektu rehabilitačných opatrení v dynamickom slede. Evaluácia má teda v rehabilitácii širšiu platnosť a môže poskytnúť väčšie množstvo dát práve z aspektu unitárnej koncepcie chronickej choroby a jej liečenia. Zdá sa, že evaluačné metodiky v procese rehabilitácie práve pri chorobách srdca a ciev majú z hľadiska unitárnej koncepcie chronickej choroby a jej liečenia centrálnu postavenie pre svoju dynamiku v posúdení celého liečebného procesu.

Iný okruh otázok z hľadiska evaluácie funkčného stavu pri chronických kardiopatiách predstavuje okruh možných metód, použiteľných pre evaluáciu kardiovaskulárnej funkcie. Existuje v súčasnosti celý rad metód, posudzujúcich kardiovaskulárnu funkciu ako celok, alebo čiastkové funkcie kardiovaskulárneho systému. V zásade tieto metodiky možno rozdeliť na jednoduché a zložité metodiky; medzi ne patria aj metodiky, ktoré vyžadujú zložité prístrojové vybavenie. Každá metodika vhodná pre evaluáciu funkcie kardiovaskulárneho systému má svoju špecifitu a má aj svoju validitu. Tieto vlastnosti príslušných metodík sú rozhodujúce pre ich indikácie.

Dnes možno povedať, že popri diagnostických metódach súčasnej kardiológie pomaly sa dostávajú do popredia aj evaluačné metódy súčasnej rehabilitácie v kardiológii. Existuje celý rad centier v rámci rehabilitačných oddelení, resp. v rámci kardiovaskulárnych pracovísk, ktoré sa zaoberajú evaluáciou kardiovaskulárnej funkcie z hľadiska výsledkov redukačných programov. Toto je iba jedna stránka veci. Redukácia ako prototyp použitia telesných cvičení v rámci rehabilitačného programu napríklad u chorých po infarkte myokardu predsta-

vuje iba jednu časť rehabilitácie. Psychosociálna stránka rehabilitačných programov, podľa súčasných názorov práve taká dôležitá ako stránka pohybovej reedukácie, nenašla zatiaľ svoju evaluačnú metodiku. V súčasnosti relatívne dobre a relatívne ľahko vieme posúdiť funkciu kardiovaskulárneho systému u chorých po infarkte myokardu použitím napríklad námahových testov, veľmi ťažko však objektívne hodnotíme psychosociálne reakcie a psychosociálny status v danej fáze choroby — tieto evaluačné metódy treba určiť a formulovať. Dotazníky, ktoré sa v súčasnosti používajú, nie sú dokonalé a dávajú iba neúplnú informáciu, ktorá mnohokrát nie je objektívnym vyjadrením status quo, ale len subjektívnym názorom vyšetrovaného kardiaka. Psychologické testy predstavujú v súčasnej evaluácii procesu rehabilitácie kardiakov skôr kvalitatívnu reakciu než kvantitatívne vyjadrenie psychických a psychologických zmien, podmienených chorobou a reakciou na rehabilitačné opatrenia s reakciou na samostatnú chorobu. Ako vidieť z uvedeného, existuje celý rad fyziologických a psychologických vyšetrovacích metód, ktoré môžeme použiť úspešne alebo menej úspešne pri evaluácii stavu chorého s chronickou chorobou srdca a ciev. Ide skôr o deskriptívne kritériá, iste veľmi cenné, ktoré podávajú iba čiastkový nekomplexný pohľad na zdravotný a funkčný stav chorého kardiaka. Napriek tomu sú tieto čísla potrebné. Je dostatok možností aspoň parciálne posúdiť funkčný stav chorého a jeho zmeny v priebehu rehabilitačného procesu.

Závažnú problematiku nepredstavujú možnosti evaluácie, ale hranice, ktoré dovoľujú napríklad stanovenie prognózy na základe evaluačného vyšetrenia — teda vlastné komplexné posúdenie chorého človeka. Táto evaluačná prognostika je totiž faktorom základnej dôležitosti pre celý priebeh rehabilitačného procesu. My sami musíme komplex rehabilitačných opatrení adaptovať na chronicky chorého kardiaka. Problematika tejto adaptácie rehabilitačných opatrení na chorého je podľa mŕjho názoru alfou a omegou rehabilitačného myslenia vôbec. Rehabilitácia ako súbor opatrení musí adaptovať, musí sa prispôbiť chorému, jeho zdravotnému stavu, jeho psychosociálnemu výrazu. Informácie rozhodujúce o tejto adaptácii nám môžu poskytnúť výsledky evaluačných vyšetrení. Adaptácia rehabilitačných opatrení na chorého je priamo úmerná dostatočnému množstvu objektívnych dát o chronicky chorom kardiakovi, dynamike vývoja jeho choroby a vplyvu rehabilitačných opatrení na tento dynamický vývoj. Tu sú naše možnosti relatívne malé, obmedzené a neúplné. Nešpočíva to v možnostiach, ale v ich realizácii.

Zdá sa, že budúcnosť bude musieť pristúpiť k riešeniu týchto závažných otázok modernej rehabilitácie v kardiológii a iste aj v iných oblastiach súčasnej rehabilitácie.

Prestavba rehabilitačného myslenia s prijatím unitárnej koncepcie choroby a jej liečenia a realizáciou adaptácie rehabilitačných opatrení na chronika sú hranice, ktoré ukazujú všetky možnosti aj pre oblasť evaluácie v súčasnej rehabilitácii v kardiológii.

LITERATÚRA U AUTORA.

Adresa autora: Dr. M. P., Rehabilitačné oddelenie, Dérerova nemocnica, 809 46 Bratislava, Kramáre, Limbová ul. 5

M. PALÁT / MOŽNOSTI A HRANICE EVALUÁCIE V PROCESE LIEČEBNEJ REHABILITÁCIE V KARDIOLÓGII

M. Palát

ВОЗМОЖНОСТИ И ПРЕДЕЛЫ ОЦЕНКИ В ПРОЦЕССЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КАРДИОЛОГИИ

Резюме

Неотъемлемой составной частью программы восстановительной терапии у сердечных больных является оценка, служащая для объективного обсуждения эффекта восстановительно-терапевтических методов. Методы восстановительной терапии, равно как и методы оценки должны быть стандартизованы и воспроизводимы, они должны сообщить объективное мнение. Оценка функционального состояния сердечных больных является основой функциональной диагностики вообще, так как она устанавливает критерии, характеризующие актуальное функциональное состояние пораженного индивида. Оценочные методы имеют, однако, свои пределы, которые дают возможность, например, постановления прогноза в рамках комплексного обсуждения больного человека. Одновременно определенным образом характеризуются и возможности адаптации больного к восстановительно-терапевтическим мерам, равно как и адаптации восстановительной терапии к больному человеку.

M. Palát

POSSIBILITIES AND LIMITS OF EVALUATION IN THE PROCESS OF MEDICAL REHABILITATION IN CARDIOLOGY

Summary

An inseparable part of the rehabilitation programme in cardiac patients is evaluation which serves the objective estimation of the effect of rehabilitation methods. Similarly like rehabilitation methods, methods of evaluation must be standardized, they must be reproductable and must provide objective notions. The evaluation of functional conditions of the cardiac patient is the basis of proper functional diagnosis, because it determines criteria characterizing the real functional state of the afflicted individual. Methods of evaluation have however their limitations which, e. g. allow to determine prognoses within the complex consideration of the sick person. At the same time it characterizes the possibilities of adaptation of the patient to rehabilitation measures and adaptation of rehabilitation measures to the patient.

M. Palát

MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER EVALVATION IM PROZES DER REHABILITATIONSBEHANDLUNG IN DER KARDIOLOGIE

Zusammenfassung

Die Evaluation, ein Mittel zur objektiven Wertung der Auswirkung von Rehabilitationsmethoden, ist ein untrennbarer Bestandteil des Rehabilitationsprogramms von Patienten der Kardiologie. Ebenso wie die Rehabilitationsmethoden müssen auch die Evaluationsmethoden standardisiert werden, sie müssen reproduzierbar sein und zu objektiven Feststellungen führen. Die Evaluation des Funktionszustandes der Herzpatienten ist die Grundlage der Funktionsdiagnostik schlechthin, da sie die Kriterien bestimmt, die den aktuellen Funktionszustand des betroffenen Individuums charakterisieren. Die Evaluationsmethoden haben jedoch auch Grenzen ihrer Anwendbarkeit, z. B. in bezug auf die Möglichkeit der Feststellung von Prognosen in Rahmen der umfassenden Beur-

M. PALÁT / MOŽNOSTI A HRANICE EVALUÁCIE V PROCESE LIEČEBNEJ REHABILITÁCIE V KARDIOLÓGII

teilung des Kranken. Zugleich charakterisieren sie auch auf eine bestimmte Weise die Möglichkeiten der Anpassung des Patienten an die Rehabilitationsmaßnahmen, aber auch der Anpassung der Rehabilitationsmaßnahmen an die Möglichkeiten des Patienten.

M. Palát

LES POSSIBILITÉS ET LIMITES D'ÉVALUATION DANS LE PROCESSUS DE LA RÉADAPTION MÉDICALE EN CARDIOLOGIE

Résumé

La partie inséparable du programme de réadaptation chez les cardiaques est l'évaluation servant à apprécier l'effet des méthodes. Tant les méthodes de réadaptation que celles de l'évaluation doivent être standardisées avec possibilité de reproduction et apport d'une opinion objective. L'évaluation de l'état fonctionnel des cardiaques est la base du diagnostic fonctionnel en général, vu qu'elle détermine les critères qui caractérisent l'état fonctionnel actuel du sujet affecté. Les méthodes d'évaluation possèdent cependant leurs limites permettant, par exemple, la détermination du pronostic dans le cadre de l'appréciation complexe du malade. En même temps, elles caractérisent aussi d'une certaine manière, les possibilités d'adaptation du malade aux mesures de réadaptation mais aussi l'adaptation des mesures de réadaptation au malade.

W. KEITEL

DIFFERENTIALDIAGNOSTIK DER GELENKERKRANKUNGEN
Diferenciálna diagnostika kĺbových chorôb

VEB Gustav Fischer Verlag, Jena 1976, 287 strán, 94 obr., 40 tab., cena DM 35,—.

Autorom je vysoko erudovaný reumatológ, prednosta popredného reumatologického ústavu v NDR.

Knihu uvádza návodom k účelnej diagnostickej stratégii v oblasti chorôb kĺbov: pri prvom diagnostickom kroku treba predovšetkým rozhodnúť, či skutočne ide o dokázateľnú účasť kĺbov v patologickom procese; v kladnom prípade musí byť snahou ďalšieho diagnostického kroku rozlíšiť, či ide o artralgiu alebo objektívne dokázateľnú artritídu. Cieľom tretieho kroku je pomocou klinického rozboru čo najviac zúžiť okruh do úvahy prichádzajúcich chorôb a konečný, štvrtý krok má prispieť aplikáciou pomocných vyšetrení ku konečnému diagnostickému doriešeniu.

V ďalšom autor opisuje špeciálne diagnostické techniky od návodu ku klinickému vyšetrovaniu cez röntgendiagnostiku, cez opis rozboru synoviálneho výpotku po

výpočet niektorých dosiaľ nerutinných vyšetrovacích postupov.

V systematike kĺbových chorôb uvádza diagnostické znaky a príznaky jednotlivých jednotiek, a to najmä v zameraní na ich včasnú diagnostiku. Zaoberá sa okruhom progresívnej polyartritídy a jej variantov, ankylozujúcou spondylartritídou, reumatickou horúčkou, kolagenózami; nasleduje návod na diagnostiku bakteriálnych a mykotických artritíd pri vírusových ochoreniach, artritíd na báze alergickej. Prechádza na degeneratívne formy, na arthropatie metabolické, neuropatické, enteropatické, arthropatie v priebehu endokrinných chorôb, kĺbové prejavy pri sarkoidóze, Schönlein-Henochovej purpore, pri hemofíliách, leukózach, pri hypertrofickej osteoartropatii, makroglobulinémií. Charakterizuje villonodulárnu synovitídu, chondromatózu, recidivujúcu polychondri-

tídu. Pri každej skupine ochorení uvádza aktuálne diagnostické kritériá, odporúčané renovovanými reumatologickými fórami; pripojuje vlastné kritické postoje.

Po zdôvodnení, že k včasným prejavom najzávažnejších osteopatií patria ťažkosti v oblasti pohybového ústroja, rozoberá v samostatnej kapitole symptomatológiu osteopatií, ktoré treba brať diferenciálno-diagnosticky do úvahy pri diagnostike chorôb kĺbov (od osteoporózy cez primárny hyperparathyreodizmus, osteomaláciu, infekčné osteitídy, aseptické kostné nekrózy až po kostné tumory a genotypické osteopatie).

S podobným cieľom, uľahčiť diagnostiku per exclusionem, rozoberá v ďalšej kapitole diagnostické schémy ochorení „mäkkých tkanív“ (myopatie, polymyalgia rheumatica, tendoperiostózy, tendosynovitídy a burzitídy, panikulitídy a panikulózy, neurogénne a vaskulárne podmienené bolestivé stavy).

Rozsiahlu kapitolu (vyše 75 strán) venuje zložitým otázkam rozlíšenia chorobných procesov, prejavujúcich sa monoartrikálne (resp. vôbec lokalizovane). Po vyzdvihnutí niektorých spoločných zásad diferenciálnej diagnostiky monoartritídy rozoberá — z aspektov diferenciálnej diagnostiky — procesy v topografickom slede: oblasť ramenného kĺbu (inkl. hor-

ných častí chrčtice a hrudníka), oblasť lakťa, zápästia, prstov ruky; podobne na dolných končatinách oblasť bedrového kĺbu (inkl. panvy a dolných častí chrčtice), oblasť kolena, talokrurálneho kĺbu, tarzu a prstov nohy. Umné spracovanie tejto kapitoly je svedectvom o hĺbke autorových skúseností v tejto náročnej problematike.

V záverečnej kapitole zabezpečuje autor ešte ďalší spôsob diferenciálno-diagnostického prístupu: na 40 stranách uvádza ľahko použiteľný abecedný register symptómov (spolu 600 symptómov!); každý symptóm bližšie charakterizuje a kvantifikuje jeho zastúpenie pri jednotlivých chorobách.

Súhrnom možno konštatovať, že kniha predstavuje veľmi inštruktívny návod (zodpovedajúci dnešnému stavu poznania), ako čo najracionálnejšie postupovať na takom zložitom úseku, akým je diferenciálna diagnostika kĺbových chorôb. Kniha je koncipovaná tak, že sa stane — hoci ju spísal reumatológ — cenným pomocníkom nielen reumatológom, ale takisto ortopédom, fyziatrom, neurológom, internistom, pediátrom, t. j. pomocníkom vo všetkých medicínskych disciplínach, ktoré majú dočinenia s ochoreniami v kĺbovou lokalizáciou a symptomatológiou.

Dr. S. Hüttl, Piešťany

W. LENZ

MEDIZINISCHE GENETIK

Lekárska genetika

Vydalo vydavateľstvo Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1979, ako štvrté prepracované vydanie, 390 strán, 63 obrázkov, 96 tabuliek, cena DM 19,80. ISBN 3-13-371304-3.

V štvrtom prepracovanom vydaní vychádza v stuttgartskom vydavateľstve Georga Thiemeho začiatkom tohto roku dnes už klasická lekárska genetika od profesora Lenza. Lekárska genetika, ktorá prekonalá v posledných tridsiatich rokoch pozoruhodný vývoj, stala sa v súčasnosti klinickým odborom. Profesor Lenz, ktorý je jedným zo špičkových odborníkov v oblasti klinickej genetiky, pripravil do tlače pozoruhodnú učebnicu lekárskej genetiky. V jednotlivých kapitolách sa zaoberá mor-

fologickými aj biochemickými aspektmi tohto vedného odboru. Osobitná pozornosť sa venuje mutáciám a polygénii. Záverečné kapitoly sa zaoberajú problematikou egzogénnych škôd pred pôrodom a praktickým použitím ľudskej genetiky. Početné obrázky, schémy, mikrofotografie a tabuľky dopĺňujú túto monografiu, ktorá sa stala štandardným dielom v oblasti lekárskej genetiky. Početná literatúra a vecný register ukončujú Lenzovu monografiu.

Dr. M. Palát, Bratislava

METODICKÉ PRÍSPEVKY**LIEČEBNÁ TELESNÁ VÝCHOVA PRI IMOBILIZAČNOM SYNDRÓME U GERIATRICKÝCH PACIENTOV**

N. GAŠPARÍKOVÁ

*Ústav tuberkulózy a respiračných chorôb, Bratislava — Podunajské Biskupice,
Riaditeľ: Doc. MUDr. K. Virsik, DrSc.*

*Fyziatricko — rehabilitačné oddelenie,
Prednosta: MUDr. S. Litomerický, CSc.*

Súhrn: Metodický príspevok sa zameriava na rehabilitáciu imobilizačného syndrómu u pacientov geriatrického oddelenia. Poukazuje sa v ňom na odlišnosť prístupu a použitých metód vzhľadom na mladšie vekové skupiny. Dôležitá je motivácia a nadviazanie kontaktu s pacientom. Z hľadiska rehabilitácie možno rozdeliť pacientov na dve skupiny: 1. neschopných spolupráce, 2. pacientov so zachovanou druhou signálnou sústavou, schopných spolupracovať, u ktorých sa snažíme o čo najrýchlejšiu aktiváciu a mobilizáciu. Spočiatku robíme nácvik základných pohybov, potrebných pre sebaobsluhu na posteli, reštitúciu posturálnych funkcií, zlepšovanie koordinácie, svalovej sily a úchopovej schopnosti ruky, neskôr nácvik bežných denných činností mimo postele a pripravujeme pacienta pre život v domácom prostredí.

Kľúčové slová: Imobilizačný syndróm — aktivácia a mobilizácia pacienta — schopnosť sebaobsluhy.

Dlhodobé ležanie na posteli vedie u pacienta k viac-menej výraznému imobilizačnému syndrómu, ktorý vystupuje do popredia veľmi skoro najmä u starých ľudí. Imobilizácia chorého pôsobí nepriaznivo takmer na všetky systémy a orgány a na zhoršenie ich funkcie (Š. Litomerický, 1977). Preto je veľmi dôležité zamerať sa čím prv na celkovú mobilizáciu pacienta (M. H. Miller, 1975).

V starobe sa vyskytujú väčšinou viaceré ochorenia, tzv. multimorbidita, pričom je obvyčajne v popredí jedno základné ochorenie, na ktoré sa predovšetkým zameriava rehabilitačné úsilie.

N. GAŠPARÍKOVÁ / LIEČEBNÁ TELESNÁ VÝCHOVA PRI IMOBILIZAČNOM SYNDRÓME U GERIATRICKÝCH PACIENTOV

Spôsob prístupu, vyšetrovacie metódy i samotná rehabilitácia v geriatrickej sa líšia od metód, používaných v rehabilitácii ostatných vekových skupín, pretože starobou každé ochorenie nadobúda zvláštny charakter, má svoje zvláštne prejavy a prognózu. Musíme brať ohľad aj na zvýšenú únavnosť a zníženú adaptačnú schopnosť starých ľudí. (R. Grumbach, A. Blanc, 1973).

Veľmi dôležitý je prvý kontakt s pacientom. Treba mať na zreteli okrem somatických zmien aj psychické zvláštnosti starého človeka. Často sa stretávame s pasivitou, depresiou a negativizmom, podporovanom ešte zakorenenými predsudkami proti akémukoľvek pohybu starca, najmä v chorobe. Dlhodobým ležaním a telesnou i duševnou pasivitou sa tlmia rozličné, i tak už oslabené podmienené spoje a pohybové návyky, pacient sa cíti čoraz slabší. Takto vzniká bludný kruh a bude už úlohou rehabilitačného pracovníka nájsť najvhodnejšie prostriedky na jeho prerušenie. Umenie získať si dôveru vyžaduje veľkú trepezlivosť a etický prístup k pacientovi a má nesmierny význam pre konečný efekt rehabilitácie. Rehabilitačný pracovník musí byť dostatočne erudovaný aj v psychológii, aby vedel nájsť vhodnú motiváciu, čo býva u starých ľudí často veľkým problémom.

Základné ciele rehabilitačného úsilia u pacientov s imobilizačným syndrómom sú:

1. dosiahnuť čo najoptimálnejšiu pohyblivosť v kĺboch a zlepšenie svalovej sily,
2. získať čo najvyšší stupeň samostatnosti a nezávislosti od druhej osoby,
3. výcvik prípadných kompenzačných a substitučných pohybov pre zvládnutie úkonov dennej potreby,
4. zlepšiť mentálne a zmyslové funkcie, snaha obnoviť možnosť kontaktu.

Pacientov s imobilizačným syndrómom z hľadiska rehabilitácie možno rozdeliť na dve skupiny:

1. pacienti neschopní spolupráce následkom rozsiahlej centrálnej lézie, ťažkej sklerózy, demencie, pacienti soporózní, komatózní atď.
2. pacienti so zachovanou druhou signálnou sústavou, ktorí sú schopní spolupracovať.

U chorých prvej skupiny je bázou starostlivosti dôkladné ošetrovanie, ktoré spočíva najmä v:

a) zamedzení tvorby dekubitov, a to hlavne menením polohy pacienta (otáčaním na bok, zmenou polohy trupu podkladaním, ľahkou masážou chrbta a končatín, rozličnými pomôckami a pod.),

b) polohovaní končatín proti tvorbe kontraktúr,

c) pasívnych pohyboch končatinami pre zachovanie čo najväčšej exkurzie v zhyboch,

d) dychových cvičeniach, ktoré slúžia na zlepšenie pľúcnej ventilácie a ako prevencia respiračných ťažkostí, spôsobených dlhodobým ležaním (napr. pneumónia). Pacientovi pri dýchaní pomáhame manuálne, pričom sa snažíme zosynchronizovať pohyby našich rúk s rytmom jeho dýchania, alebo použijeme dýchací pás.

Rehabilitácia druhej skupiny pacientov, a to schopných spolupráce, má odlišný charakter. Snažíme sa o celkovú aktiváciu v rámci fyzických a psychických možností chorého. Ide najmä o:

1. boj proti dekubitom a kontraktúram, predovšetkým zmenou polohy a polohovaním. Snahou je predchádzať, alebo aspoň obmedziť tuhnutie a skracovanie tkanív. Poučíme pacienta, aby sa snažil spolupracovať pri menení polohy,

prípadne sa snažil samostatne zaujať správnu polohu. Zo začiatku sa volí polohovanie antalgické, aby sa tlmila bolestivosť a obranný reflexný spazmus, ktorý je podmienený bolestivosťou. Po ústupe bolesti uložíme pacienta do polohy čo najfyziologickejšej. Polohu chorého často meníme, otáčame ho na bok, meníme polohu trupu voči panve a polohu končatín, pričom vyzývame pacienta k aktívnej spolupráci.

2. pohybovú mobilizáciu pacienta na posteli.

U starých ľudí sa snažíme predovšetkým o reštitúciu tých pohybov, ktoré budú potrebovať pre základné úkony sebaobsluhy. Súbor komplexných pohybov pre nácvik činností dennej potreby pomáha už počas imobilizácie zlepšovať svalovú silu a koordináciu. Cieľom je snaha:

a) zlepšovať pohyblivosť na lôžku — otáčanie sa na ľavý, na pravý bok, snaha nadvihnúť panvu, posúvať sa nohami, napraviť si samostatne do správnej polohy, nadvíhovať sa s použitím rozličných pomôcok a pod.,

b) zdokonaľovanie úchopovej schopnosti rúk, pričom si všímame spôsob úchopu, silu úchopu, schopnosť koordinácie (napr. ruky vo vzťahu k predmetom, potom voči sebe navzájom, atď.),

c) nácvik bežných denných činností na posteli, napr. dosahovanie predmetov na stolíku, rozsvietenie lampy, stisnutie tlačidla na zvončeku, schopnosť uchopiť pohár a napiť sa, najesť sa, učešať sa, umyť sa a pod. Správne a potrebné je, keď pri nácviku týchto úkonov spolupracuje a dozerá aj ostatný ošetrojúci personál (sestra, sanitárka, servírka),

d) výcvik svalstva, potrebného pre posturálne funkcie — aktívne asistované, aktívne a rezistované cvičenie svalov trupu a končatín. Vo vhodných prípadoch používame aj rozličné stimulačné a facilitačné techniky (napr. využitie normálnych a patologických reflexov, rytmickú stabilizáciu, Kabatove pohybové vzorce a pod.),

e) v rámci komplexnosti rehabilitačného ošetrovania využívame aj rozličné vodoliečebné a elektroliečebné procedúry,

f) dôležité je zamerať pozornosť aj na mentálnu a zmyslové funkcie pacienta, snažiť sa o ich udržanie, prípadne zlepšenie, pričom často treba spolupracovať s liečebným pedagógom a psychológom.

3. Po tejto základnej príprave pacienta prechádzame z horizontálnej polohy do vertikálnej. Treba sa vyvarovať rýchlym a prudkým pohybom a dbať, aby prechod do vertikály nebol príliš náhly, ale postupný. Tým sa vyhneme najmä závratom, ktoré sú u týchto chorých veľmi časté. Vhodná je občasná kontrola pulzu, tlaku, dychovej frekvencie.

Pacienta naučíme najprv posadiť sa na posteli čo najekonomickejším a pre neho najvýhodnejším spôsobom, postupne sa posadzuje do kresla, prisunutého k posteli a čas sedenia pomaly predlžujeme.

Chorého postavíme často s pomocou dvoch osôb, pretože tento spôsob mu dodáva istotu a znižuje jeho strach z pádu. Nácvik kroku a chôdze robíme zo začiatku naboso a používame slovný doprovod, čo pacientovi pomáha vybaviť si pohybové stereotypy, utlmené ležaním.

Chorého učíme samostatne sa posadiť a postaviť, postupne zvyšujeme vzdialenosť, ktorú má pacient prejsť, prípadne opakujeme nácvik viackrát za deň.

N. GAŠPARÍKOVÁ / LIEČEBNÁ TELESNÁ VÝCHOVA PRI IMOBILIZAČNOM SYNDRÓME U GERIATRICKÝCH PACIENTOV

Postupne prechádzame na chôdzu s pomocou jednej osoby, alebo s rozličnými pomôckami (G aparát, barle, palica).

Keď sa pacient v chôdzi zdokonalí a zbaví pocitu neistoty a strachu, dbáme aj na určitú korekciu držania tela a chôdze, pretože starý človek prejavuje tendenciu k flekčnému držaniu a šúchavej chôdzi.

Pod dozorom a za pomoci rehabilitačného pracovníka a ostatného personálu vyžadujeme od pacienta, aby si úkony dennej potreby vykonával pokiaľ možno samostatne, učíme ho prípadné substitučné a kompenzačné pohyby pre dosiahnutie sebaobsluhy.

V prípade, keď sa nám podarí pacienta zmobilizovať natoľko, že je schopný vykonávať základné pohybové funkcie a potrebnú sebaobsluhu, pripravujeme ho na prechod do domáceho prostredia. Pacient má často strach z návratu domov, preto ho na prechod z nemocnice do domáceho ošetrovania treba pripraviť čo najsvedomitejšie, inštruovať aj príbuzných, alebo opatrovateľky. Už počas hospitalizácie treba oboznámiť rodinu s rehabilitáciou chorého, s jej vykonávaním a významom. Podľa možnosti treba umožniť pacientovi po prepustení ambulantnú rehabilitačnú starostlivosť, prípadne kontrolu na fyziatrisko-rehabilitačnom oddelení. Dôležité je motivovať ho k ďalšej aktivite.

LITERATÚRA

1. LITOMERICKÝ, Š.: Imobilizačný syndróm u osôb vyššieho veku a jeho dôsledky, *Lekársky obzor* 26/1977, 12.706—707.
2. MILLER, M. H.: Iatrogenic and nursigenic effect of prolonged immobilization of the III aged. *J. Amer. Ger. Soc.* 23, 1975, 8, s. 360—369.
3. GRUMBACK, R. — BLANC, A.: Syndrom d'immobilisation chez les personnes âgées. *Nouv. Presse. Méd.* 1973, 2, s. 1989—1991.

Adresa autora: N. G. ÚTRCH, Podunajské Biskupice,
834 00 Bratislava.

Н. Гашпарикова

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ИММОБИЛИЗАЦИОННОМ СИНДРОМЕ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Резюме

Методическая статья, посвященная физической культуре при иммобилизационном синдроме больных старческого возраста. В ней подчеркивается разный подход и методы по сравнению с низшими возрастными категориями. Важна мотивация и установление контакта с больным. С точки зрения лечебной физкультуры возможно разделить больных на две группы: 1. больные, неспособные к сотрудничеству, 2. больные с сохранившейся второй сигнальной системой, способные к сотрудничеству, у которых мы стремимся достигнуть как можно быстрее активизации и мобилизации. Сперва обрабатываем у них основные движения, необходимые для функций самообслуживания на постели, восстанавливаем постуральные функции, стремимся улучшить координацию, мышечную силу и хватательную способность руки, затем приучаем к привычным повседневным видам деятельности вне постели и подготавливаем больных к жизни в нормальной среде.

N. GAŠPARÍKOVÁ / LIEČEBNÁ TELESNÁ VÝCHOVA PRI IMOBILIZAČNOM SYNDRÓME U GERIATRICKÝCH PACIENTOV

N. Gašparíková

EXERCISE THERAPY IN THE IMMOBILISATION SYNDROME IN GERIATRIC PATIENTS

S u m m a r y

The methodologic contribution deals with rehabilitation of the syndrome of immobilisation in patients of the higher age category. The dissimilarity of approach and applied methods compared with those in younger age groups is being pointed out. Important is motivation and finding contact with the patient. From the point of view of rehabilitation patients can be classified for two groups: 1. those incapable of cooperation, 2. patients with retained second signal system who are capable of cooperation; in these cases we are trying for an as fast as possible activation and mobilisation. At the beginning we practise basic movements necessary for acts of selfservice on the bed, the restitution of postural functions, improvement of coordination, muscle strength and gripping capability of the hands. Later we practise usual daily activities out of bed and prepare the patient for life in normal environment.

N. Gašparíková

HEILGYMNASTIK BEI IMMOBILISATIONSSYNDROMEN VON GERIATRIEPATIENTEN

Z u s a m m e n f a s s u n g

Dieser methodische Beitrag behandelt die Rehabilitation bei Immobilisationssyndromen von Patienten in höherem Alter. Es wird auf die Notwendigkeit eines im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen unterschiedlichen Herangehens und der Anwendung anderer Methoden hingewiesen. Von Wichtigkeit ist die Motivation sowie die Kontaktanknüpfung mit den Patienten. Vom Gesichtspunkt der Rehabilitation können die Patienten in zwei Gruppen geteilt werden: 1. Zur Zusammenarbeit unfähige, 2. Patienten mit funktionierendem zweitem Signalsystem, die zur Zusammenarbeit fähig sind und bei denen wir bemüht sind eine möglichst schnelle Aktivierung und Mobilisierung zu erreichen. Anfangs üben wir die grundlegenden Bewegungen ein, die zu den Verrichtungen der Selbstbedienung im Krankenbett, zur Restitution der posturalen Funktionen, zur Besserung der Koordination, der Muskelkraft sowie der Grieffähigkeit der Hand notwendig sind, später kommt dann die Übung gängiger alltäglicher Tätigkeiten außerhalb des Bettes und schließlich wird der Patient auf die Rückkehr zum Leben im normalen Milieu vorbereitet.

N. Gašparíková

LA KINÉSITHÉRAPIE LORS D'UN SYNDROME D'IMMOBILISATION DANS LA GÉRIATRIE

R é s u m é

Cette contribution méthodique s'oriente sur la réadaptation du syndrome d'immobilisation chez les vieillards. On y présente la différence d'accès et les méthodes appliquées chez des groupes de patients plus jeunes. Très importante est la motivation et le contact avec les malades. Du point de vue de la réadaptation, on divise les patients en deux groupes: 1. ceux qui ne sont pas à même de collaborer, 2. ceux dont le second système de signal fut conservé, aptes à collaborer et chez lesquels on s'efforce à une activité et mobilité rapides. Au début, on effectue un entraînement des

mouvements de base nécessaires aux opérations d'autoservice chez les patients alités, la restitution des fonctions posturales, l'amélioration de la coordination, de la force musculaire et la faculté de saisie de la main, plus tard l'entraînement des activités quotidiennes courantes avec le patient alité que l'on prépare à la vie dans un milieu normal.

J. P. HENRY, P. M. STEPHENS

STRES, HEALTH AND THE SOCIAL ENVIRONMENT.

Stress, zdraví a sociální prostředí.

*Vydal Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York
1977, 282 stran, 171 obr. Cena DM 66,—. ISBN 3-540-90293-7.*

V edici Topics in Environmental Physiology and Medicine vydává Springer-Verlag v roce 1977 pozoruhodnou monografii, kterou napsali dr. J. P. Henry a dr. P. M. Stephensová z Fyziologického ústavu lékařské fakulty jihu kalifornské univerzity v Los Angeles.

Monografie se zabývá problematikou psychosociálního stresu, jeho vlivu na zdraví a současně otázkou sociálního prostředí, sociálních vztahů, chování a jeho poruch. V kapitolách, doplněných rozsáhlou bibliografií, slovníčkem sociobiologických termínů, autorským a věcným rejstříkem, diskutuje se o jednotlivých aspektech uvedené tematiky. Početné obrázky a grafy doplňují text jednotlivých kapitol a ilustrují předkládané závěry.

Vycházejíc z neurofyziologických poznatků především o funkci limbického systému, funkci jednotlivých hemisfér mozkových a interhemisferálních spojů, zaměřují se oba autoři především na oblast chování. Na modelu zvířat i na modelu lidského chování dokumentují, že limbický systém a striální struktury jsou místem neuronálních komplexů, zodpovědných za emoce a chování v rámci jedince i v rámci druhu, tak jak to formulovali

v roce 1972 Mac Lean. „Biogramatika“, kterou nahradili Tiger a Fox termínem instinkt, neurčuje jen chování, ale i formy, přicházející do úvahy. Diskutuje se o otázce stressu (Cannon) a distresu (Selye) a poukazuje se na biologicko-fyziologickou podstatu tohoto fenomenu. Na modelu některých onemocnění (na příklad hypertensivní choroby) hovoří se o možném zařazení mezi psychosomatické choroby.

Chování jedince a změny tohoto chování vlivem psychosociálních faktorů a výraz těchto změn v patologické klasifikaci jsou náplň některých dalších kapitol. Člověk žijící v stabilní společnosti, spojený s kulturním zázemím a rodinným okolím nevykazuje na příklad vzestup krevního tlaku v závislosti na věku. Je tu uvedeno velké množství velmi zajímavých pozorování nejrůznějších autorů, která přispívají velmi pozitivně k jednotlivým řešeným otázkám.

Monografie Henryho a Stephensové je bezesporu nejen zajímavá z hlediska zpracování, moderní z hlediska tematiky, ale je také velmi instruktivní a přesvědčující pro každého.

Dr. M. Palát, Bratislava

PRACOVNÁ MOTIVÁCIA AKO FAKTOR SOCIÁLNEJ REHABILITÁCIE A PRACOVNÉHO ZNOVUZARADENIA SCHIZOFRENIKOV

M. MIKULAJOVÁ

*Katedra psychológie FFUK
Vedúci: Doc. PhDr. O. Kondáš, CSc.*

Súhrn: V práci sa pojednáva o problematike sociálnej rehabilitácie, osobnosti chorého, so zameraním na schizofrénnych pacientov. Schizofrénne ochorenie špecificky zasahuje aj oblasť motivácie správanie chorého. Robil sa výskum u dvadsiatich piatich pacientov s rôznymi formami schizofrénie, pozoroval sa kontakt s pracovným a sociálnym prostredím. Výsledky získané výskumom budú vyhodnotené a interpretované.

Kľúčové slová: Sociálna rehabilitácia — pracovná motivácia — schizofrénia — pracovné zaradenie.

Úspechy súčasnej medicíny, podmienené zdokonaľovaním diagnostiky a úspechmi farmakologickej a inej liečby, ktorá skracuje termíny hospitalizácie spôsobujú, že do popredia záujmu lekárov a klinických psychológov sa dostáva návrat pacientov do spoločenského a rodinného života. Rehabilitácia — znovuzískanie osobného a spoločenského postavenia pacientov a invalidov [Kabanov, 1973], sa rýchlo rozvíja ako jedno z odvetví súčasnej medicínskej starostlivosti.

Spoločná práca lekárov a psychológov sa uplatňuje tak vo všetkých sférach medicíny: v klinikách vnútorných ochorení, v chirurgii, neurológii, pediatrii, psychiatrii, atď. Rehabilitácia v psychiatrii sa sústreďuje na celú osobnosť chorého, na reštitúciu postihnutých duševných funkcií a schopností, na úsilie predchádzať ich ďalšie zhoršovanie, ale aj na potláčanie patologických prejavov a vytesňovanie chorobných obsahov myslenia. Jej ciele sú teda širšie ako v iných odboroch medicíny [Kondáš — Heřmánek, 1976].

V súčasnosti sú prostriedky praktickej rehabilitačnej práce v klinikách rôznorodé. Svedčia o tom výsledky práce našich aj zahraničných psychológov, najmä sovietskych. Rozpracúvajú sa otázky psychologickéj diagnostiky práceschopnosti a riešia sa problémy, ktoré vznikajú pri sociálno-pracovnom zaradení duševne chorých (Rubinštejn S. J., 1976, 1977). Ale treba využívať aj ďalšie rezervy.

Jednou z nich je aj oblasť pracovnej činnosti a motivácie chorých. Zaradenie pacienta do pracovného procesu je dávno osvedčený terapeutický činiteľ, ktorý má veľký význam najmä v liečbe psychotikov, pretože sprostredkuje ich adekvátny styk s realitou. Akonáhle však začíname skúmať pracovnú činnosť a motiváciu, narazíme

M. MIKULAJOVÁ / PRACOVNÁ MOTIVÁCIA AKO FAKTOR SOCIÁLNEJ REHABILITÁCIE A PRACOVNÉHO ZNOVUZARADENIA SCHIZOFRENIKOV

hneď na dávno známy problém: práceschopnosť psychicky chorých nevyplýva bezprostredne z ich klinického zdravotného stavu. Tento vzťah je zložito sprostredkovaný a determinujúcim činiteľom v ňom nie sú materiálne faktory výroby, ale sféra medziľudských vzťahov (Mjasiscev V. N., 1935).

Na špecifikum pracovnej motivácie poukázal už S. L. Rubinštejn (Rubinštejn S. L., 1946), ktorý zdôrazňoval, že v práci nie je podstatná len technická stránka, ale predovšetkým vzťah človeka k nej. V tomto vzťahu najčastejšie spočívajú základné motívy pracovnej činnosti. Čiže existujú objektívne a subjektívne determinanty pracovnej činnosti. Subjektívne determinanty sa predovšetkým prejavujú v postojoch ľudí k práci.

Vroom (1971) experimentálne analyzoval pracovné postoje a zistil, že postoje k rolám v organizácii sú v pozitívnom vzájomnom vzťahu so zárobkom ich nositeľov, so stupňom akceptovanosti spolupracovníkmi, so stupňom dôležitosti, ktorú role prikladajú nadriadení, s množstvom rôznych operácií, vykonávaných v zamestnaní, s veľkosťou vplyvu ich rozhodovania a s úrovňou v ich organizácii. Ďalej zistil najvyššiu fluktuáciu u osôb s najmenšími možnosťami neformálnej interakcie. Tieto vzťahy nám umožňujú nazrieť do motivačnej sféry pracovnej činnosti.

Keď hovoríme o subjektívnych determinantoch pracovnej činnosti, musíme analyzovať ešte jeden faktor, a to vzťah človeka k sebe, jeho sebahodnotenie a úroveň aspirácií. Na prvý pohľad sa môže zdať, že taká intímna sféra osobnosti je vzdialená oblasti pracovnej činnosti. Ale nie je to tak. Veď sebahodnotenie a úroveň aspirácií sú dôležitým motivačným činiteľom ľudského správania (Homola, 1977). Človek sa potrebuje realizovať, uplatniť svoje schopnosti a nároky. Každý jednotlivec má určitú oblasť, v ktorej sa tieto potreby realizujú. Pre jedných sú to profesionálne záujmy, pre iných rodinné prostredie alebo intímne vzťahy, atď. Pracovná činnosť poskytuje rôzne spôsoby uplatnenia, pretože vyžaduje jednak určitý pracovný výkon a znalosti, umožňuje človeku kontakt s inými ľuďmi, dáva možnosť získať určité postavenie na pracovisku a garantuje materiálnu odmenu, teda zabezpečuje danú životnú úroveň pracovníka. Preto predstavy človeka o svojej osobnosti a jeho aspirácie sa považujú za jeden z motivačných faktorov pracovnej činnosti.

U schizofrénnych pacientov sa často vyskytujú priamo ako súčasť choroby skreslené, neadekvátne predstavy o sebe a ako ich dôsledok — vytyčovanie neadekvátnych cieľov činnosti a prostriedkov na ich dosiahnutie, čo vedie k ich značnej dekompenzácii. Preto sa pokladá za dôležité venovať pozornosť tejto sfére osobnosti chorých pri riešení úloh ich rehabilitácie.

Problematika sociálnej rehabilitácie zahrňuje aj vplyv sociálneho okolia na osobnosť chorého, kde veľkú úlohu hrá rodinná atmosféra, v ktorej pacient žije. Prokúpek (v Skaličková a kol., 1971) poukazuje na skutočnosť, že hyperprotektívne postoje príbuzných voči chorému sú tak isto škodlivé ako bagatelizujúce postoje. Nenásilné a prirodzené spôsoby správania, rešpektovanie chorého, zohľadňovanie jeho schopnosti samostatne sa rozhodovať, uplatňovať svoje pocity zodpovednosti sa musia voliť individuálne, prihliadajúc na akútny stav. Ďalej autor píše, že príbuzní nemávajú vždy dostatok schopnosti na vedenie chorých, niekedy prehliadajú ich psychopatologické symptómy, inokedy ich zveličujú. Zvlášť zložitá je situácia, ak príbuzní chorých sami majú psychopatologické úchylky. Vo všetkých prípadoch je dôležité, podotýka autor, aby ich zdravotno-výchovné akcie cieľavedome vo všeobecnosti informovali o for-

M. MIKULAJOVÁ / PRACOVNÁ MOTIVÁCIA AKO FAKTOR SOCIÁLNEJ REHABILITÁCIE A PRACOVNEHO ZNOVUZARADENIA SCHIZOFRENIKOV

movaní vzťahov k chorým a v konkrétnych prípadoch aby im poskytli potrebné individuálne informácie. Preto rodinné prostredie považujeme za jeden zo zdrojov motivácie pracovnej činnosti chorých.

Na základe údajov z literatúry a vlastného klinického predvýskumu (1976) sa pridržiavame klasifikácie motívov pracovnej činnosti, ktorá sa vzťahuje na psychicky zdravých aj chorých ľudí. Túto činnosť realizujú motívy „bezprostredne pracovné“ a motívy „sociálne“. Do prvej skupiny patria tie, ktoré sú zamerané priamo na obsah vykonávanej činnosti. Dominujúcim motívom je tu záujem o prácu, ktorú človek vykonáva. Stretávame sa tu prevažne pri tvorivých činnostiach a len zriedkakedy pri stereotypných činnostiach. Do druhej skupiny patria motívy, ktoré prekračujú rámec samotnej pracovnej činnosti. Patria sem: materiálna zainteresovanosť, styk s ľuďmi, spoločenské postavenie, akceptovanosť zo strany kolegov, dobré vzťahy s priamym nadriadeným a plnenie si pracovných povinností, aby sa človek vyhol konfliktom, utvrdzovanie predstáv o vlastnej osobnosti a realizovanie aspirácií.

Pretože každá ľudská činnosť je polymotivovaná (Leontiev A. N., 1975), dá sa predpokladať, že bezprostredne pracovné aj sociálne motívy sa do určitej miery podieľajú na realizácii pracovnej činnosti a dávajú jej zmysel. Avšak dominovanie jednotlivých motívov už určuje osobnosť ako taká s jej postojmi a sociálnymi interakciami.

Schizofrénnе ochorenie špecificky zasahuje aj oblasť motivácie správania: chorí sa stávajú pasívnymi, autistickými, ich vzťah k realite sa mení a nadobúda formálny ráz, mnohé hodnoty strácajú pre chorého zmysel. Choroba vedie k dezadaptácii osobnosti.

Experiment

Cielom našej experimentálnej práce bol výskum motivačných činiteľov pracovnej činnosti u schizofrénnych pacientov a vplyv týchto činiteľov na ich celkovú adaptáciu.

Zaujímalo nás, aké motívy usmerňujú chorých na prácu, akú úlohu tu hrá ich predstava o sebe a aké sú možné psychologické spôsoby kompenzácie porúch pracovnej činnosti u týchto chorých.

Hypotéza

Predpokladali sme, že chorí, ktorí si zachovali záujem o určitú prácu alebo styk s ľuďmi, a taktiež tí, ktorí majú relatívne adekvátne predstavy o sebe, pracujú a sú relatívne dobre adaptovaní. Ďalej sme predpokladali, že správny vzťah rodinných príslušníkov môže kompenzovať ochudobnenú pracovnú motiváciu chorých a korigovať ich sebahodnotenie a aspirácie, čo vedie k lepšej adaptácii.

Klinicko-psychologický výskum

Výskum sa uskutočnil vo výbere 25 pacientov, mužov a žien vo veku od 20 do 50 rokov s rôznymi formami schizofrénie. Kritériom výberu pokusných osôb bol zachovaný kontakt s pracovným a sociálnym prostredím, t. j. do výberu neboli pojatí dlhodobe invalidizovaní chronickí schizofrenici.

Použili sme tieto klinicko-psychologické metodiky: štúdium chorobopisov, klinická beseda, zameraná prevažne na vzťah pacienta na pracovisku a v rodine, ďalej Lurijov piktogram a metodika utvárania pojmov na výskum pamäti a myslenia, škály na seba-

M. MIKULAJOVÁ / PRACOVNÁ MOTIVÁCIA AKO FAKTOR SOCIÁLNEJ REHABILITÁCIE A PRACOVNÉHO ZNOUZARADENIA SCHIZOFRENIKOV

hodnotenie (podľa T. Dembovej a S. J. Rubinštejnovej) a 10 obrázkov z TAT, ktoré provokujú na tému práce a rodinných vzťahov.

Výsledky a diskusia

Materiál, získaný vo výskume, sme kvalitatívne analyzovali vo forme faktorov, vplyvajúcich na pracovnú činnosť chorých: pacientov vek, diagnóza, vek, v ktorom ochorel, úroveň intelektu, vzdelanie získané premorbidne a počas choroby, pomery na pracovisku, postoje k práci (sféry konfliktov), pomery v rodine (sféry konfliktov) a adekvátnosť sebahodnotenia a ašpiráciej úrovne.

Výsledky ukazujú, že vykonávanie pracovnej činnosti najviac usmerňovali pracovné postoje, rodinné pomery a typ sebahodnotenia a ašpirácií. Kvalitatívna analýza týchto faktorov ukázala toto:

Postoje k práci:

- sú kladné, ak chorý premorbidne získal určité vzdelanie a prejavoval záujem o svoju prácu. Počas choroby nestratil záujem o ňu a naďalej pracuje. Zmena zamestnania je obyčajne opodstatnená;
- sú záporné, ak sa premorbidne u chorého nesformovali kladné postoje. Má neúplnú kvalifikáciu, prácu aj pracovisko si volí náhodne, bez záujmu;
- sú narušené, ak premorbidne boli kladné, ale počas choroby chorý vykonával buď príliš jednoduchú, alebo príliš zložitú prácu, ktorá nezodpovedá jeho psychickému stavu.

Analýza rodinných pomerov ukázala, že môžeme hovoriť o týchto typoch rodín:

- „chápajúca“ je rodina, ktorej členovia chápu, že pacient je psychicky chorý, že vyžaduje opateru a pomoc a poskytuje mu ju;
- „kladne pôsobiacia“ je rodina, ktorá sa správa podobne, ale nepokladá pacienta za chorého, ale len za „čudáka“;
- „závislá“ je rodina, ktorej členovia sú závislí od pacientovej opateru (napr. starí a chorí alebo deti);
- „konfliktná“ je rodina, v ktorej sú chronické konflikty vyvolané buď pacientovou chorobou alebo inou príčinou. Príčina je dôležitá;
- „patologická“ je rodina, v ktorej je viac psychicky chorých, a teda aj indukcia patologických foriem správania;
- „hyperstarostlivá“ je rodina, ktorej členovia utvárajú pacientovi špeciálnu životosprávu a režim a tým ho pripravujú o normálnu aktivitu a iniciatívu;
- osamelí ľudia sú chorí, ktorí žijú sami a pritom si zachovávajú styk s vonkajším svetom alebo sú autistickí.

Sebahodnotenie a úroveň ašpirácií môžu byť takéto:

- relatívne adekvátne, ak chorý má adekvátne predstavy o svojej osobe, osobnostných vlastnostiach a schopnostiach,
- neadekvátne zvýšené, ak neguje fakt svojho duševného ochorenia a preceňuje sa,

M. MIKULAJOVÁ / PRACOVNÁ MOTIVÁCIA AKO FAKTOR SOCIÁLNEJ REHABILITÁCIE A PRACOVNÉHO ZNOVUZARADENIA SCHIZOFRENIKOV

-- neadekvátne znížené, konfliktné, ak sa snaží kompenzovať nedôveru voči sebe a svojim schopnostiam prostredníctvom neadekvátne náročných životných cieľov. Takto sa snaží byť úspešný v očiach druhých, a tým aj vo vlastných očiach.

Z hľadiska celkového hodnotenia:

Chorí sú rôzne adaptovaní na podmienky, v ktorých žijú. Získali sme určitý prehľad najdôležitejších faktorov, ktoré ovplyvňujú ich adaptáciu a ktoré sa dajú konfrontovať s údajmi z citovanej literatúry.

Na najlepšie adaptovaní boli tí chorí, ktorí mali kladné postoje a realistický vzťah k práci. Motívmi pracovnej činnosti zvyčajne u nich bol záujem o prácu a styk s ľuďmi. Kladne pôsobila aj tá skutočnosť, že chorí si zachovali relatívne adekvátne predstavy o sebe. V týchto prípadoch bola zásluha rodiny na ich adaptácii minimálna. Ale chorých s poruchami myslenia a nekritickým vzťahom k sebe rodina kladne usmerňovala („chápajúce a kladne pôsobiace“ rodiny) a zabezpečovala im vhodné zamestnanie.

Horšie adaptovaní boli chorí, ktorí nepracovali z vlastnej iniciatívy, ale nútili ich k tomu vonkajšie okolnosti. Narušené postoje k práci sa tu kompenzovali buď pocitom zodpovednosti voči členom rodiny, ktorí boli na chorých odkázaní („závislé“ rodiny), alebo ich pracovnú činnosť organizovali a zabezpečovali zdraví členovia rodiny („chápajúce a kladne pôsobiace“ rodiny). V prvom prípade pracovným motívom bola predovšetkým materiálna zainteresovanosť, v druhom prípade plnenie si povinností a vyhýbanie sa konfliktom doma a na pracovisku. U týchto chorých sme nezistili závislosť medzi predstavami o sebe a pracovnou činnosťou. Rodinné prostredie bolo faktorom, kladne pôsobiacim na ich adaptáciu.

Relatívne zle adaptovaní boli chorí, ktorých pracovné zaradenie objektívne nezodpovedalo ich zdravotnému stavu. Postoje k práci mali títo chorí narušené. Pracovali buď z vlastnej iniciatívy alebo boli nútení pracovať, avšak spoločným negatívnym faktorom, ktorý im prekážal nájsť si vhodné pracovné uplatnenie, bol ich neadekvátny vzťah k sebe. Alebo boli voči sebe nekritickí, alebo hypochondricky zveličovali svoje problémy. Druhou vážnou prekážkou bol záporný vzťah rodiny a jej patologický vplyv na chorého („konfliktné a patologické“ rodiny), alebo osamelosť týchto ľudí.

Najhoršie adaptovaní boli dočasne nezamestnaní chorí. Obyčajne vyjadrovali záporný vzťah k práci. Tí, ktorí premorbidne dlho pracovali, obyčajne boli neskôr schopní sami sa niekde uchytiť. Motivuje ich k tomu hlavne styk s ľuďmi. Chorí, ktorí nemali premorbidné skúsenosti dobrého pracovného zaradenia, snažia sa nepracovať, a ak sú čas od času nútení ísť do zamestnania pre nedostatok materiálnych prostriedkov, často menia pracoviská. Príčinou ich zlej adaptovanosti boli aj neadekvátne predstavy o sebe a minimálne možnosti ich korekcie, pretože niektorí mali „konfliktné“ alebo „patologické“ rodiny, iní boli osamelí.

Vo vymedzení dôsledkov pre prax treba poukázať na obsahovú stránku pracovnej motivácie schizofrénnych pacientov. Výsledky ukázali, že také motívy, ako záujem o konkrétnu prácu, styk s ľuďmi, adekvátne predstavy o sebe, zodpovednosť za členov rodiny, ktorí sú na chorého odkázaní a snaha plniť si po-

M. MIKULAJOVÁ / PRACOVNÁ MOTIVÁCIA AKO FAKTOR SOCIÁLNEJ REHABILITÁCIE A PRACOVNÉHO ZNOVUZARADENIA SCHIZOFRENÍKOV

vinnosti a vyhýbať sa konfliktom doma aj v zamestnaní kladne usmerňujú chorých na prácu.

Také motívy, ako túžba po úspechu a spoločenskom postavení a ocenení, ktorého cieľom je kompenzácia vlastnej menejcennosti, a hypochondricky skreslené predstavy o sebe, záporne usmerňujú pracovnú činnosť chorých z hľadiska možností ich optimálnej adaptácie.

Rodinné pomery majú veľký vplyv na celkový duševný stav chorého a na jeho zaradenie do sociálneho prostredia. Môžu čiastočne kompenzovať nedostatok pracovnej motivácie, ale môžu aj negatívne vplývať na pacientovu osobnosť.

Stanovené hypotézy výskum potvrdil. Pokladáme za dôležité, aby psychológovia, ktorí pôsobia na úseku pracovnej rehabilitácie duševne chorých, venovali pozornosť korekcii sebahodnotenia a aspirácii chorých, ich predstáv o sebe. Takáto korekcia obyčajne prebieha v rodinách, v ktorých je správny vzťah k chorému, ale vo väčšine prípadov nie je vedomá, ale spontánna. Preto predpokladáme, že psychoterapeutické besedy by boli užitočné nielen pre chorých, ale aj pre ich rodinných príslušníkov, aby boli oboznámení s tým, ako môžu pomôcť svojim chorým.

LITERATÚRA

1. HOMOLA, M.: Motivace lidského chování; SPN, Praha, 1977, s. 253—262, 301—307.
2. KONDÁŠ, O. — HEŘMÁNEK, S.: Psychológia v liečebnej rehabilitácii. Osveta Martin, 1976, s. 223.
3. Leontiev, A. N.: Dejateľnosť — Soznanie — Ličnosť. Nauka Moskva, 1975.
4. MJASIŠČEV, V. N.: Rabotopospolnosť i bolezni ličnosti. In: Nevropatologia, psichiatrija i psihogigiena, t. 4, vyp. 9—10, 1935.
5. Rubištejn, S. J.: O trudovoj dejateľnosti psichičeski boľnych. In: Vestnik MGU, 1977/1.
6. RUBIŠTEJN, S. J.: O trudoustrojstve i trudovych rekomendacijach psichičeski boľnym. In: Experimentaľnyje issledovanija v patopsichologii. Moskva, 1976.
7. RUBIŠTEJN, S. L.: Osnovy obščej psihologii. Moskva, 1976.
8. SKALIČKOVÁ, O. a kol.: Rehabilitace v psichiatrii. Praha, Avicenum, 1971, s. 389.
9. VROOM, V.: Sociálna psychológia práce. Acta laboris, Bratislava, 1972, s. 6—11.

Adresa autorky: M. M., Katedra psychológie FFUK, 801 00 Bratislava, Gondova 2.

М. Микудайова

ТРУДОВАЯ МОТИВАЦИЯ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ЗАЧИСЛЕНИЯ ШИЗОФРЕНИКОВ В ТРУДОВОЙ ПРОЦЕСС

Резюме

В статье рассматривается проблематика социальной реабилитации личности больного с установкой на шизофренических больных. Заболевание шизофренией специфическим образом захватывает и область мотивации поведения больного. Проведены исследования у 25 больных с разными формами шизофрении с наблюдением контакта с рабочей и социальной средой. Результаты, полученные исследованием, будут обсуждаться и интерпретироваться.

**M. MIKULAJOVÁ / PRACOVNÁ MOTIVÁCIA AKO FAKTOR SOCIÁLNEJ REHABILITÁCIE
A PRACOVNÉHO ZNOVUZARADENIA SCHIZOFRENÍKOV**

M. Mikulajová

WORKING MOTIVATION AS FACTOR OF SOCIAL REHABILITATION AND WORKING REINTEGRATION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

S u m m a r y

The paper deals with the problem of social rehabilitation, the personality of the patient, particularly of schizophrenic patients. Schizophrenic diseases specifically also touch the sphere of motivation of behaviour of the patient. Research was carried out in 25 patients with various forms of schizophrenia and the contact with working and social environment was followed up. Results gained from this research will be evaluated and interpreted.

M. Mikulajová

DIE ARBEITSMOTIVATION ALS FAKTOR DER SOZIALEN REHABILITATION UND DER WIEDEREINORDNUNG VON SCHIZOPHRENİKERN

Z u s a m m e n f a s s u n g

In dieser Arbeit wird die Problematik der sozialen Rehabilitation, der Persönlichkeit des Patienten in Fällen von Schizophrenie behandelt. Die schizophrene Erkrankung erfaßt auf spezifische Art auch den Bereich der Verhaltensmotivation des Patienten. Es wird über eine an fünfundzwanzig Patienten durchgeführte Untersuchung berichtet, wobei es sich um verschiedenartige Formen der Schizophrenie handelte. Beobachtet wurde der Kontakt der Patienten mit dem Arbeits- und Gesellschaftsmilieu. Die bei der Untersuchung gewonnenen Ergebnisse sollen gewertet und interpretiert werden.

M. Mikulajová

LA MOTIVATION PROFESSIONNELLE COMME FACTEUR DE RÉADAPTATION SOCIALE ET D'INCORPORATION AU TRAVAIL DES SCHIZOPHRÈNES

R é s u m é

L'article traite la problématique de réadaptation sociale, l'individualité du malade avec l'orientation sur les patients affectés de schizophrénie. L'affection schizophrénique affecte spécifiquement aussi le domaine de motivation de la conduite du malade. La recherche effectuée chez 25 malades affectés de diverses formes de schizophrénie orientée sur l'observation de leur contact avec les milieux de travail et social. Les résultats obtenus par la recherche seront appréciés et interprétés.

H. STROHKENDL
FUNKTIONELLE KLASSIFIZIERUNG FÜR DEN ROLLSTUHL-SPORT

Funkční klasifikace pro sport vozičkářů
*Vydal Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg —
New York 1978*

Brožovanou knížku obsahující na 103 stranách 42 obrázků a 28 tabulek vydalo v roce 1978 nakladatelství Springer-Verlag Berlin — Heidelberg — New York v rámci Heidelberské nadace pro rehabilitaci jako 5. knihu ediční řady Rehabilitation und Prävention. Cena neudána.

Po zcela stručném obecném úvodu se autor detailně zabývá rozdělováním sportovců, kteří se pohybují na invalidním vozíku, do tříd podle jejich funkčního postižení. Vychází z klasifikace Mezinárodních her ve Stoke Mandeville, které se dosud používá buď doslovně, nebo s menšími či většími úpravami na celém světě. U nás se touto klasifikací zabýval V. Srdečný, jehož práce bohužel nejsou citovány v poměrně bohatém seznamu literatury.

MUDr. Strohkendl konstatuje, že stokemandevillská klasifikace, vycházející především z výše míšní léze, má tu nevýhodu, že některé kategorie jsou z hlediska funkčního postižení příliš široké, takže nejvíce postižený v téže kategorii prakticky nemá šanci, aby se vyrovnal těm, kteří jsou v téže kategorii relativně nejméně postižení [např. ve třídě IV jsou sportovci s totální lézí třetího bederního segmentu].

Potíže jsou i se zařazováním postižených, kde není léze přesně ohraničena segmentem, např. u inkompletních lézí míchy či už stavů po poliomyelitidě. Zvláště je kritizována klasifikace ve třídách IV — VI, která vychází z prostých součtů deficitů proti normálnímu svalovému testu, aniž běže v úvahu odlišnou funkční významnost testovaných svalových skupin. Také funkční stav muskulatury amputovaných na dolních končetinách může být horší než u některých paraplegiků. [Poznámka recenzenta: u některých zemích nejsou oboustranně amputovaní pohybující se na vozíku zařazeni do klasifikace sportů pro vozičkáře]. Přitom je nutno mít na zřeteli, že jednotlivé sportovní disciplíny jsou různě náročné vzhledem k rozsahu postižení, takže není mož-

né použít téhož třídění, na příklad pro vrhy a pro plování.

Nejrozsáhlejší část této publikace, doložená tabulkami a fotografiemi, je věnována rozboru funkce zádových a břišních svalů a svalů kolem kyčelního kloubu, a to vzhledem k jejich významu pro aktivní hybnost při sportech na vozíku. Z tohoto rozboru autor vyvodil řadu komplexních testovacích cviků, v nichž jsou obsaženy prvky některých sportů. Validitu těchto testů pak ověřoval na 104 paraplegických a podle výsledků vybral čtyři nejinvalidnější. Těchto testovacích cviků pak používá k rozdělení vozičkářů do pěti skupin podle toho, jak jsou schopni při sezení na vozíku pohybovat trupem. (Skupina I — neschopní pohybu trupem, skupina V — schopní všech pohybů trupem vsedě — nejtěžší testovací cvik: zvednutí basketbalového míče ležícího u zadní kola vozíku oběma rukama). Dále srovnával tuto novou klasifikaci s klasifikací stokemandevillskou. Shoda u obou způsobů klasifikace byla v 58 % u paraplegiků a 49 % u ostatních postižení. U 305 sportovců rozdělených podle nové klasifikace (a v ní ještě podle postižených míšních segmentů) pak posuzoval jejich konkrétní sportovní výkony (100 m, oštěp, koula, disk). Podle těchto uváděných výsledků se zdá být nové funkční hodnocení „spravedlivější“ než stokemandevillské.

Na straně 80 jsou uvedeny tabulky pro aplikaci této nové funkční klasifikace pro tyto disciplíny: košíkovou a disk (5 tříd), oštěp, kouli, stolní tenis a jízdu na vozíku (4 třídy) a šerm (2 třídy). V závěru jsou pak uvedeny formuláře pro vyšetřování sportovců za účelem rozdělení do tříd.

Souhrnně je možno hodnotit tuto publikaci jako další přínos pro standardizaci třídění sportovců-vozičkářů. Není zatím možné objektivně posoudit, zda autorova nová klasifikace je pravdě ta nejlepší.

Dr. V. Kříž, Kladruby

PSYCHOTERAPIA A MOŽNOSTI CIELENEJ APLIKÁCIE MUZIKOTERAPIE V REHABILITAČNOM PROGRAME

M. LACHOVÁ, V. LÁNIKOVÁ

*Fyziatrisko-rehabilitačné oddelenie FN, Bratislava
Vedúci: MUDr. V. Lániková*

Súhrn: Muzikoterapia predstavuje v súčasnosti jednu z mnohých liečebno-výchovných metód, zameraných na výchovu psychicky, somaticky a sociálne narušených jedincov. Realizuje sa pomocou špecifických postupov a spôsobov výrazovými prostriedkami hudobného umenia.

Aplikovali sme muzikoterapiu u neurotikov, u ktorých sa podarilo dosiahnuť zážitok psychického a somatického uvoľnenia a pozitívne ovplyvniť emocionálnu. V dotazníku hodnotenia nálad sme zaznamenali výrazné zlepšenie a pacienti sa na ďalšie muzikoterapeutické sedenie tešili.

Muzikoterapia sa javí byť vhodnou liečebno-rehabilitačnou metódou, ktorá napomáha psychickej resocializácii a readaptácii pacienta na podmienky hospitalizácie a na návrat do normálnych podmienok života.

Kľúčové slová: Muzikoterapia — rehabilitačný proces — neurózy — psychoterapia.

Liečebná a výchovná sila hudobného umenia, o ktorej sa v súčasnosti často píše, vzťahuje sa na zdravú i na porušenú osobnosť. Líšia sa však spôsoby sprostredkovania a postupy, ktorými sa aktualizujú mnohostranné, hlboko emocionálne a eticky pôsobiace možnosti hudobného umenia. Práve tieto odlišnosti pri sprostredkovaní bezprostrednej a aktívnej komunikácie vnímateľa s hudobným dielom rozpracúva muzikoterapia.

Muzikoterapia predstavuje v súčasnosti jednu z moderných liečebno-výchovných metód, zameraných na výchovu a prevýchovu psychicky, somaticky a sociálne narušených jedincov.

Realizuje sa pomocou špecifických postupov a spôsobov výrazovými prostriedkami hudobného umenia [Mátejová, 1974/75, 76].

Z prác zahraničných autorov v oblasti muzikoterapie vyplýva, že muzikoterapia sa najčastejšie viaže k niektorým druhom psychicky, somaticky alebo sociálne narušených jedincov a realizuje sa v ambulantných alebo klinických podmienkach.

Obsah muzikoterapie tvorí sústava metodických postupov, spôsobov a špeci-fických prostriedkov ich realizácie.

Základnými zložkami obsahu liečebno-výchovného programu muzikoterapie sú:

1. aktívna zložka,
2. receptívna zložka muzikoterapie.

Podľa Mátejovej a Mašuru (1978) sa v oblasti aktívnej zložky muzikoterapie prevažne pri všetkých druhoch psychického, somatického a sociálneho narušenia ako vhodné osvedčili tieto činnosti:

- a) vokálny prejav,
- b) hudobno-pohybové hry a cvičenia,
- c) rytmické cvičenia a hry s aplikáciou inštrumentálnej improvizácie,
- d) psychická a somatická relaxácia prostredníctvom hudby,
- e) hudobné rozprávky alebo príbehy,
- f) pantomíma s hudbou,
- g) muzikomalba a asociatívne kreslenie stimulované hudbou,
- h) dramatické etudy, scény a spoločenské hry výrazovo umocnené hudbou.

Základná funkcia receptívnej zložky muzikoterapie podľa Mátejovej spočíva v inten-zívnom pôsobení na psychiku vnímateľa pomocou aktívnej percepcie hudby pri zachovaní fyziologického pokoja.

Receptívna zložka muzikoterapie je tou „časťou liečebno-výchovného programu, ktor-á spôsobom aktívnej i pasívnej percepcie hudby pri fyziologickom pokoji napomáha procesu odreagovania, relaxácie i pozitívnej stimulácie“ (Mátejová, 1974/75, 76).

Podľa Mátejovej sa receptívna zložka muzikoterapie realizuje v dvoch výrazne odliš-ných polohách:

1. ako spôsob zámerné pasívneho pôsobenia, tzv. psychická a somatická relaxácia prostredníctvom hudby, zameraná na komplexné uvoľnenie vnímateľa,
2. ako spôsob cielenej, vysoko stimulujúcej hudobnej percepcie. Podľa Bednárovej a Mátejovej (1972) možno situáciu uvedomenej hudobnej percepcie z aspektov dvojfunkčnosti jej účinkov diferencovať na:
 1. fázu dynamického odreagovania,
 2. fázu pozitívnej stimulácie.

Vo fáze aktívneho receptívneho vnímania hudby ide o spôsob cielenej a zámerné vyvolávanej konfrontácie výrazového charakteru hudby a jej deja s vnútorným, sub-jektívnym zážitkovým svetom vnímateľa. Súčasne sa umožní symbolická transpozícia subjektom často patologicky deformovaných zážitkov do dynamiky deja hudby, ktorý je nositeľom špecificky pôsobiacich výrazových audio-emocionálnych faktorov procesu primárneho odreagovania.

Vo fáze pozitívnej stimulácie ide o aplikáciu takých hudobných diel, ktoré svojím emocionálnym, dynamickým charakterom a cieľnými esteticko-etickými a výchovnými tendenciami bezprostredne ovplyvňujú psychiku, činnosť ho stimulujú a pozitívne formujú jeho vzťahy a postoje k životnej realite. Hudobné skladby vhodné na aplikáciu v tejto fáze receptívneho vnímania majú mať výrazne pozitívny stimulačný charakter. účinnok intenzívnej emocionálnej aktivizácie, ktorá napomáha vyrovnáť sa s psychicky labilným neurotickým zameraním správania a viesť k aktívnemu riešeniu konfliktov a súčasne prispievať k regulácii funkčne podmienených vegetatívnych a polysympto-matických orgánových porúch (Schwabe, 1966).

Ako uvádza Schwabe (1966), počúvanie hudby môže viesť k priamej konfrontácii so životnými a skúsenostnými zážitkami. Dopusiaľ málo uvedomené konfliktové situácie sa touto cestou transformujú a dostávajú sa na dosah konkrétnych myšlienkových predstáv. Tento typ hudobného zážitku možno považovať za bezprostrednú percepciu bez nárokov na akékoľvek znalosti alebo schopnosti v oblasti hudobného umenia.

M. LACHOVÁ, V. LÁNIKOVÁ / PSYCHOTERAPIA A MOŽNOSTI CIELENEJ APLIKÁCIE MUZIKOTERAPIE V REHABILITAČNOM PROGRAME

Muzikoterapia sa realizuje v dvoch základných formách:

1. individuálna forma muzikoterapie,
2. skupinová forma muzikoterapie.

Individuálna forma muzikoterapie sa podľa experimentálne overených skúseností indikuje iba v závažných, diagnosticky opodstatnených prípadoch.

Kohlerová (1971) považuje individuálnu formu muzikoterapie za indikovateľnú u tých jednotlivcov, ktorí na základe narušeného vývinu, často od detstva, majú zábrany v možnostiach emocionálneho prejavu, svoj nesprávny postoj chcú prevažne racionálne kompenzovať a odmietajú sa priznať k svojim pocitom.

Autorka rozoznáva cieleňú a necieleňú formu individuálnej muzikoterapie. Keď sa muzikoterapia realizuje v úzko ohraničenej terapeutickú situácii, ide o cieleňú pôsobenie. Táto terapeutická situácia sa vzťahuje v rámci celkovej psychoterapie na ohraničenú fázu pôsobenia na jednotlivca.

Necieleňú formu muzikoterapie charakterizuje aplikácia všeobecne ozdravujúceho pôsobenia hudby, bez špecifického terapeutického zamerania na individuálnu situáciu každého jednotlivca. Ideálne podmienky pre realizáciu takej mnohostrannej a všestranne pôsobiacej metódy, akou je muzikoterapia, vytvára iba skupinová forma muzikoterapie.

Podľa Schwabeho (1966) je hudba v skupinovej muzikoterapii komunikatívnym systémom, ktorý cez situáciu hry vedie k sociálnemu postojú, v ktorom má úlohu cieleňú navodiť stav napätia a uvoľnenia.

Mátejová cituje Koffer-Ulrichovú (1967), ktorá za cieľ skupinovej muzikoterapie považuje resocializáciu jednotlivca so zreteľom na jeho začlenenie sa do spoločnosti.

Podľa Kohlerovej (1971) hudba ako spontánne a elementárne vyjadrenie sa bezprostredne viaže na špecifickú atmosféru skupinovej emocionálnej komunikácie. Privádza k spoločnému zážitku a vytvára podmienky pre nadviazanie sociálneho kontaktu. Atmosféra hudobnej komunikácie v skupine pôsobí ako špecificky uvoľňujúci faktor a psychicky harmonizuje osobnosť. Jednotlivé terapeutické skupiny si vyžadujú citlivú modifikáciu obsahu, oriem a metodických postupov v muzikoterapii.

V rámci Fyziatrcko-rehabilitačného oddelenia FN v Bratislave sme doposiaľ aplikovali muzikoterapiu v indikačnej oblasti psychiatrickej u tých pacientov, ktorých ošetrojúci lekár odporúčal do tejto skupiny. Z diagnostického hľadiska to boli prevažne neurotici, u ktorých podstatnú úlohu hrá napätie a uvoľnenie. V priebehu muzikoterapeutického sedenia sa nám podarilo dosiahnuť takmer u všetkých pacientov zážitok psychického a somatického uvoľnenia a pozitívne ovplyvniť emocionálne prežívanie hudby v zmysle príjemnej nálady. Pacienti, ktorí sa zúčastnili prvýkrát muzikoterapeutického sedenia sa na ďalšie sedenie tešili a podľa dotazníka nálad došlo k výraznému zlepšeniu, ktoré pretrvávalo.

K realizácii cieleňú muzikoterapie treba, aby mala terapeutický efekt, pôsobila uvoľňujúco a súčasne pacienta pozitívne stimulovala, aby bola k dispozícii samostatná miestnosť a kompletne audio-vizuálne vybavenie, ako stereo-gramofón, stereomagnetofón, svetelná hudba, vybraná súprava hudobných ná-

M. LACHOVÁ, V. LÁNIKOVÁ / PSYCHOTERAPIA A MOŽNOSTI CIELENEJ APLIKÁCIE MUZIKOTERAPIE V REHABILITAČNOM PROGRAME

strojov z Orrfovho inštrumentária a niektoré vhodné hudobné nástroje, ktoré by sa dali využiť pri priamom hudobnom zaangažovaní.

Muzikoterapiu má a zodpovedne môže vykonávať vysokoškolský pracovník — liečebný pedagóg, ktorý je v hudobnom umení orientovaný a ktorý vie aktívne aplikovať viaceré liečebno-výchovné techniky.

Doposiaľ sme aplikovali niektoré zložky muzikoterapie na Psychiatrickej klinike FN v Bratislave u neurotických pacientov. V budúcnosti by sme chceli realizovať muzikoterapiu aj u pacientov dispenzarizovaných na Fyziatrisko-rehabilitačnom oddelení, kde sú ťažké poškodenia organizmu, dlhodobá hospitalizácia, ako sú amputácie, náhle cievne mozgové príhody, transverzálne lézie, mnohopočetné úrazy. U všetkých týchto ochorení vzniká druhotné psychické poškodenie, ktoré možno psychoterapeuticky ovplyvniť.

Moderné liečebno-výchovné techniky, ktoré sa v súčasnosti zavádzajú do terapeutickkej praxe, môžu byť vysoko efektívne, keď sa podarí zabezpečiť všetky podmienky potrebné na ich realizáciu. V každom prípade predstavuje muzikoterapia vhodnú liečebno-rehabilitačnú metódu, ktorá napomáha psychickej resocializácii a readaptácii pacienta na podmienky hospitalizácie a na návrat do normálnych podmienok života.

LITERATÚRA

1. BEDNÁROVÁ, V. — MÁTEJOVÁ, Z.: Hudba ako dôležitý pomocný prostriedok u mladistvého, *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, č. 4, 1972.
2. KOHLER, CH. (Ed.): *Muzikotherapie, Theorie und Methodik*, Jena, 1971, 178 s.
3. MÁTEJOVÁ, Z.: Prednášky z muzikoterapie na PdFUK, 1974/75, 76.
4. MÁTEJOVÁ, Z.: Konzultácie z muzikoterapie na Ústave detskej psychológie a patopsychológie dieťaťa, Bratislava, 1978.
5. SCHWABE, CH.: *Muzikotherapie*, VEB, G. Fischer, Jena, 1966, 162 s.

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

М. Лахова, В. Ланикова
ПСИХОТЕРАПИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ
ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЙ МУЗИКОТЕРАПИИ В ПРОГРАММЕ
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Резюме

Музикотерапія представляє в наші часи один з багатьох лікувально-відновительних методів, направлених на виховання психічески, соматически і соціально порушених осіб. Вона реалізується шляхом спеціальних процесів і способів виразивними засобами музичального мистецтва.

Ми застосовували музикотерапію у невротических хворих, у яких вдалося викликати психіческе і соматическе розслаблення і позитивно впливати на емоційність. В анкеті оцінки настроєнь ми відзначили різке покращення і хворі з радістю очікували нових музичально-терапевтичних сеансів.

Музикотерапія виявляється зручним лікувально-відновительним методом, сприяючим психіческій ресоціалізації і реадптації хворого до умов госпіталізації і до повернення до нормальних умов життя.

**M. LACHOVÁ, V. LÁNIKOVÁ / PSYCHOTERAPIA A MOŽNOSTI CIELENEJ APLIKÁCIE
MUZIKOTERAPIE V REHABILITAČNOM PROGRAME**

M. Lachová, V. Lániková

PSYCHOTHERAPY AND POSSIBILITIES OF AIMED APPLICATION OF MUSIC THERAPY IN THE REHABILITATION PROGRAMME

S u m m a r y

Music therapy represents today one of the many therapeutically educational methods aiming towards the education of psychically, somatically and socially disturbed individuals. This therapy is carried out by specific approaches and methods of pronounced means of musical art.

We have applied music therapy in neurotic patients and we have succeeded in achieving a sensation of psychic and somatic relaxation and positive influence on emotion. In the questionnaire of evaluation of moods we have registered a pronounced improvement and patients were looking forward to the next sitting of music therapy.

Music therapy proves to be a suitable therapeutic rehabilitation method which helps the psychic resocialization and readaptation of the patient to hospitalization conditions and also for the return to normal living conditions.

M. Lachová, V. Lániková

DIE PSYCHOTHERAPIE UND MÖGLICHKEITEN DER GEZIELTEN ANWENDUNG DER MUSIKTHERAPIE IM REHABILITATIONSPROGRAMM

Z u s a m m e n f a s s u n g

Die Musiktherapie ist gegenwärtig eine von vielen therapeutischerzieherischen Methoden zur Erziehung von psychisch, somatisch und sozial gestörten Personen. Sie wird mit Hilfe spezifischer Vorgangsweisen und Anwendungsarten der Ausdrucksmittel der Musikkunst verwirklicht. Die Autoren wandten die Musiktherapie bei Neurotikern an, bei denen es gelang, ein Erlebnis der psychischen und somatischen Lockerung zu erreichen und damit die Emotionalität positiv zu beeinflussen. Im Fragebogen zur Wertung der Stimmung wurde eine markante Besserung verzeichnet und die Patienten freuten sich auf die folgenden musiktherapeutischen Séancen. Die Musiktherapie erscheint als eine geeignete Therapie- und Rehabilitationsmethode, die die psychische Resozialisierung und Readaptation des Patienten auf die Hospitalisierungsbedingungen sowie auf die Rückkehr in die normalen Lebensbedingungen fördert.

M. Lachová, V. Lániková

LA PSYCHOTHÉRAPIE ET LA POSSIBILITÉ D'APPLICATION DE LA MUSICOTHÉRAPIE DANS LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION

R é s u m é

La musicothérapie représente actuellement l'une des nombreuses méthodes thérapeutiques-éducatives orientées sur la rééducation des handicapés psychiques, somatiques et sociaux. L'application se fait par les méthodes et modalités spécifiques et les formes d'art-thérapie. On a appliqué la musicothérapie chez les sujets affectés de névroses chez lesquels on est parvenu à obtenir des impressions de décharges psychiques et somatiques et à influencer de façon positive l'émotion. Dans questionnaire d'appré-

M. LACHOVÁ, V. LÁNIKOVÁ / PSYCHOTERAPIA A MOŽNOSTI CIELENEJ AFLIKÁCIE MUZIKOTERAPIE V REHABILITAČNOM PROGRAME

ciation des humeurs on a enregistré une amélioration expressive et les patients manifestaient une certaine joie pendant la participation à la thérapie suivante.

La musicothérapie se manifeste comme une méthode thérapeutique rééducative active favorisant la resocialisation et réadaptation psychique du patient aux comportements pendant l'hospitalisation ainsi que lors du retour dans les conditions de la vie normale.

H. BEGEMANN, J. RASTETTER

ATLAS DER KLINISCHEN HÄMATOLOGIE

Atlas klinickej hematológie

Vydal Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York, 1978. 3. celkom prepracované vydanie, 275 strán, 228 obrázkov, 11 tabuliek, cena DM 298,— ISBN 3-540-08702-8.

Prof. Begemann a prof. Rastetter v spolupráci s doc. Huhnom a prof. Mohrom vydávajú r. 1978 tretie vydanie dnes už klasického atlasu klinickej hematológie. Toto tretie vydanie je celkom prepracované a uvedené na súčasný stav poznatkov. Atlas je vlastne nástupcom Heilmeyerovej a Begemannovej monografie o hematológii, ktorá vyšla v r. 1955 a ktorá sa dočkala od prvého vydania okrem tretieho nemeckého vydania ďalších dvoch anglických vydání, dvoch španielskych vydání, jedného talianskeho a jedného japonského vydania. Toto svetové rozšírenie svedčí o kvalite tohto atlasu.

Tretie vydanie je úplne prepracované textovo aj ilustračne aj keď sa zachoval základný koncept diela. Atlas sa skladá z dvoch častí. Metodická časť sa zaoberá punkčnou technikou, metódami farbenia vrátane metód používaných v detekcii parazitov. Obrazová časť venuje pozornosť jednotlivým kapitolám klinickej hematológie. V jednotlivých oddieloch tejto obrazovej časti je uvedený prehľad bunkových elementov krvi, kostnej drene a lymfatického tkaniva. Ďalej sa zaoberá morfológickými obrazmi krvných buniek a krvných

elementov kostnej drene za normálnych a patologických okolností, otázkam morfológie lymfatických uzlín a sleziny a punktátmi z tumorov. Krátka kapitola sa venuje otázkam herpes zoster a lupus eruthematodes a posledná kapitola je venovaná problematike krvných parazitov. Vecný register ukončuje túto jedinečnú učebnicu modernej hematológie. Krátke spojovacie texty dopĺňujú obrazovú časť atlasu.

Hematológia je dnes už klasická lekárska disciplína. Morfológické základy tohto klinického odboru sú dávno známe. Begemannov a Rastetterov Atlas však predstavuje moderné vyjadrenie klasických ználostí, doplnené súčasným, moderným poňatím klinickej hematológie. Fascinujúce sú predovšetkým ilustrácie, nákresy a celá obrazová dokumentácia, vrátane mikrofotografií spočívajúcich na elektrónkovom mikroskopickom zázornení.

„Atlas klinickej hematológie“ predstavuje štandardné dielo v oblasti klinickej hematológie, ktoré sa dôstojným spôsobom radí medzi svetové učebnice.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

SÚBORNÉ REFERÁTY**SÚČASNÁ PROBLEMATIKA
HYPERLIPOPROTEINÉMIE**

M. PALÁT, Š. KIŠOŇ

*Rehabilitačné oddelenie NsP akad. L. Dérera, Bratislava
Prednosta: MUDr. Miroslav Palát, CSc.**Oddelenie hromadne vyrábaných liečivých prípravkov
lekárne 10-00-12**Vedúci: RNDr. PhMr. Stefan Kišoň*

Súhrn: Hyperlipoproteinémie predstavujú podľa súčasného stavu poznatkov jeden zo závažných rizikových faktorov pre vznik aterosklerózy. V práci sa opisujú jednotlivé typy lipidových látok, klasifikácia hyperlipoproteinémí podľa Fredricksona, niektoré zásady komplexnej prevencie a liečby hyperlipoproteinémí. Zároveň sa uvádza prehľad liečiv s hypolipidemizujúcim účinkom, s prihliadnutím na možnosti ich použitia v našej terapeutickú praxi.

Kľúčové slová: Hyperlipoproteinémie — klasifikácia hyperlipoproteinémí — komplexná liečba — farmakoterapia.

Plnenie úloh kardiovaskulárneho programu podnecuje k systematickému sledovaniu rizikových faktorov, ktoré môžu byť príčinou vzniku a postupného vývoja niektorých kardiovaskulárnych ochorení. Podľa súčasného stavu poznatkov medzi tieto faktory sa zaraďuje najmä systémová hypertenzia a aterogénne rizikové faktory: psychosomatický alebo mentálny stres, fajčenie, nadmerný príjem kalórií a obezita, hyperlipoproteinémia, diabetes mellitus, fyzická inaktivita a iné, ktoré postupne môžu viesť až k najzávažnejšej forme kardiovaskulárnych ochorení — k ateroskleróze koronárnych tepien s klinickými príznakmi, označovanými ako koronárna choroba srdca. Preto sa problematike aterosklerózy, infarktu myokardu a akútneho mozgového cievneho príhodu venuje zvýšená pozornosť vo výskume i v klinickej praxi u nás i v zahraničí [1, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 13, 14].

Hyperlipoproteinémia alebo hyperlipidémia je skupina ochorení, charakterizovaná zvýšenými hladinami lipidických látok v krvi, čo sa prejavuje typickými klinickými príznakmi.

Vo vode rozpustné lipidové frakcie krvnej plazmy obsahujú bielkovinový nosič a vlastnú lipidickú zložku. Lipidickú zložku môžu tvoriť triglyceridy, fosfolipidy a cholesterol, ktoré spolu s bielkovinovým nosičom — plazmatickým proteínom — vytvárajú charakteristické zlúčeniny odlišujúce sa niektorými fyzikálnymi vlastnosťami. Typ lipidu v proteíne je dôležitý z hľadiska veľkosti molekuly. Typ proteínu rozhoduje o imunologických vlastnostiach lipoproteínu. Podľa fyzikálnych a imunologických vlastností môžeme lipidy špecifikovať.

Triglyceridy sú z biochemického hľadiska tzv. neutrálne tuky, biologicky veľmi dôležité pre ľudský organizmus. Po chemickej stránke sú to estery trojsýtného alkoholu glycerolu s tromi masnými kyselinami (palmitová, stearová a nenasýtená kyselina olejová).

Fosfolipidy sú esterami glycerolu + dvoch masných kyselín + fosfátu. Sú to stabilné zložky buniek, najmä nervového systému (4).

Cholesterol z biochemického hľadiska patrí medzi biologicky významné steroly. Je prekurzorom steroidných hormónov a žľazových kyselín (4, 6). V posledných rokoch je predmetom zvýšeného záujmu výskumných a klinických pracovníkov, v súvislosti s jeho úlohou v etiológii a v procese vývoja aterosklerózy. Je známe, že podstatou aterosklerotického procesu je ukladanie cholesterolu do cievnej steny. Mechanizmus tohto patologického procesu však nie je dosiaľ objasnený. V najnovších prácach sú publikované nové objavy, ktoré umožňujú utvorenie novšieho patogenetického modelu aterosklerózy (4, 5, 13, 14). V týchto nových prácach sa vychádza z predpokladu, že cholesterol plazmy pozostáva z dvoch funkčných komponentov. Jedným z nich je cholesterol, ktorý nesie plazma do periférnych buniek, druhý komponent tvorí cholesterol nesený z periférnych buniek do pečene, odkiaľ sa vylučuje spolu so žľazou vo forme kyselín. Rizikovým cholesterolom je ten, ktorý putuje do periférnych buniek, lebo je potenciálnym zdrojom cholesterolu, ktorý infiltruje steny ciev (14).

Hyperlipoproteinémia môže byť primárna (sporadická alebo familiárna), alebo sekundárna. Primárna hyperlipoproteinémia je podmienená poruchami metabolizmu lipidov. Sekundárna sa vyskytuje v priebehu iných základných ochorení, napríklad pri poruchách metabolizmu niektorých látok (neliečený diabetes mellitus, poruchy odbúravania glykogénu), pri endokrinných ochoreniach (napr. hypotyreóza) alebo pri iných orgánových ochoreniach (napríklad pankreatidída, obštrukcia žľazových ciest, dysglobulinémia, nefrotický syndróm, plazmocytóm, etylizmus a iné). Hyperlipoproteinémia ako jeden zo spomínaných závažných rizikových faktorov sa často vyskytuje v priemyselne vyspelých krajinách, v ktorých postihuje asi 15 — 20 — 25 % obyvateľstva.

Klasifikácia (fenotypizácia) hyperlipoproteinémie

Pre praktické použitie zostavil Fredrickson (National Heart and Lung Institut, Bethesda, USA) klasifikáciu hyperlipoproteinémii. Primárne hyperlipoproteinémie rozdelil do piatich typov (tab. 1). Hyperlipoproteinémia I. typu je zväčša dedičná. Vyskytuje sa zriedkavo a objavuje sa už v detskom veku. Klinicky sa prejavuje xantómami na koži, hepatosplenomegáliou a abdominálnymi krízami, t. j. bolestivými atakmi v brušnej dutine, ktoré majú kolikový charakter.

Hyperlipoproteinémia II. typu je častá porucha. Takisto je dedičná. Klinicky

Tabuľka 1. Typizácia hyperlipoproteínmií podľa Fredricksona

T y p	I hypertriglyceridémia, hyperchylomi- kroémia	Ila hypercholes- terolémia	Ilb zmiešaná hy- perlipidémia	III hyperlipidé- mia indukto- vaná glycid- mi	IV endogénna hyperglyce- ridémia	V endogénna a exogénna hy- pertriglyceri- démia
Klinický výskyt	zriedka	asi 30 %	asi 15 %	asi 5—10 %	asi 50 %	asi 5—10 %
Znaky:						
sérum	mliečne	čire	čire až skalené	čire až skalené	čire až mliečne	skalené až mliečne
triglyceridy	zvýšené	normálne	zvýšené	zvýšené	zvýšené	zvýšené
cholesterol	normálny	zvýšený	zvýšený	zvýšený	normálny zvýšený	normálny zvýšený
Liečba	vylúčenie tukov	vylúčenie cho- lesterolu, ob- medzenie tukov	zníženie ka- lorií, obme- dzenie tukov a cholesterolu	zníženie ka- lorií, zníženie cukru, obme- dzenie cho- lesterolu	zníženie ka- lorií, zníženie cukrov, obme- dzenie tukov	zníženie ka- lorií, zníženie tukov

Tabuľka 2. Prehľad niektorých liečiv s hypolipidemizujúcim účinkom

Liečivo	Názov prípravku a aplikačná forma	Výrobca	
Klofibrát	CLOFIBRAT caps 250 mg	Spofa	TV
	MISCLERON caps 250 mg	Chinoïn	X
	ATROMID S caps 250 mg	ICI, Angl.	R
Kyselina klofibrínová	REGADRIN drg 250 mg, 400 mg	AWD, NDR	X
Klofibrát + inozitol nikotínát	NORMALIP caps (500 mg + 400 mg) LIPOREDUCT caps (250 mg + 400 mg)	Mack, NSR	X
		Adenylchemie	X
Calcium pangamicum	CALGAM tabl 50 mg	Medexport	PD
Heparín	HEPARIN inj	Spofa	TV
	HEPARIN retard inj	Spofa	TV
Heparinoid	HEPAROID forte sublinq. tabl.	Spofa	TV
Anabolické hormóny	DEMALON a STENOLON tabl 1 a 5 mg	Spofa	TV
	SUPERANABOLON inj oleosa 25 mg	Spofa	TV
	TURINABOL depot inj oleosa 50 mg	Germed	PD
Cholestyramín	QUESTRAN pulv	Mead Johnson	PD
	CUEMID pulv	Merck-Sharp	R
Cholestipol	COLESTID gran	Upjohn	X
DEAE — Sephadex	DEAE-Sephadex pulv	Pharmacia	PD
Dextrotyroxín-Na	CHOLOXIN tabl 1, 2, 4 a 6 mg	Baxter	X
Kyselina askorbová	CELASKON tabl inj á 100 mg	Spofa	TV
	CELASKON tabl effervescentes 500 mg	Spofa	TV
	ASCORUTIN drg	Spofa	TV
Kyselina nikotínová	PEVITON drg 150 mg	Spofa	TV
Aethanolaminum nicoticum	NEOPEVITON inj 3 %	Spofa	TV
Kys. nikotínová + riboflavín	NICOFLAVIN inj	Spofa	TV
Nikofuranóza (tetra-nikotinyolfuranóza)	BRADILAN drg 250 mg	Bracco	PD
	ROMANIL drg 250 mg	Polfa	X
beta-Pyridylcarbinolum tartaricum	RONICOL tabl, retard tabl.	Roche	X
	NILTUVIN retard drg	Egypt, MER	X
Kys. nikotínová + esenciálne fosfolipidy	LIPOSTABIL inj (PD), caps (len R)	Nattermann	R
Pyrinol-karbamát	PRODECTIN tabl 250 mg	Richter, MER	R

Vysvetlivky: TV = tuzemská výroba prípravku (Spofa)

PD = plánovaný dovoz prípravku

R = prípravok je v ČSSR len registrovaný

X = prípravok nie je v ČSSR registrovaný a nemožno ho predpisovať

sa pozorujú xantómy na koži a na šlachách, niekedy na arcus corneae a častou komplikáciou je skorá koronárna choroba, prípadne iné poruchy prekrvenia.

Pri hyperlipoproteínemii III. typu sa niekedy zjavujú xantómy a pozoruje sa ukladanie lipidov, napríklad na rukách v ryhách dlaní.

Hyperlipoproteínémia IV. typu je najčastejšie primárna aj sekundárna forma. Klinicky je bez symptómov, zisťujú sa však vysoké hodnoty triglyceridov a niekedy zvýšené hodnoty cholesterolu. Komplikáciou je koronárna insuficiencia, častý výskyt infarktu myokardu a porúch periférneho prekrvenia.

Hyperlipoproteínémia V. typu nie je častá. Vyskytuje sa v dospelom veku. Klinickými príznakmi sú xantómy a abdominálne krízy, niekedy hepatosplenomegália.

Sekundárne hyperlipoproteínémie majú rovnaký lipoproteínový obraz v krvnom sére ako primárne hyperlipoproteínémie. Majú však rozdielny pôvod. Vyskytujú sa v priebehu iných základných ochorení, ktoré komplikujú.

Niektoré zásady pri komplexnej liečbe hyperlipoproteínemii

Prvoradou indikáciou pre racionálnu, systematickú a komplexnú liečbu hyperlipoproteínemii je maximálne zníženie rizika aterosklerotických kardiovaskulárnych príhod. Patogenéza aterosklerózy nie je ešte dostatočne objasnená, preto ani kazálna profylaxia a terapia nie je dosiaľ známa. Jednotlivé typy hyperlipoproteínemii pozitívne ovplyvňujeme predovšetkým vhodne volenou diétou, ktorá je dvojakého druhu:

1. Zameraná na obmedzenie prívodu kalórií do organizmu.
2. Obmedzenie príjmu živín obsahujúcich tuky s nasýtenými mastnými kyselinami a živín obsahujúcich cholesterol (tabuľka uvádza zásady týchto diétnych opatrení podľa toho, o aký typ hyperlipoproteínémie ide).

Sekundárne hyperlipoproteínémie vyžadujú v prvom rade účinnú liečbu základného ochorenia, ktorú podľa typu hyperlipoproteínémie dopĺňame príslušnou racionálnou diétou a farmakoterapiou.

Pokiaľ ide o voľbu liečiv pri komplexnej terapii hyperlipidémie, z hľadiska racionálnej farmakoterapie treba brať do úvahy všetky známe faktory, ako je rodinná a lieková anamnéza, typ hyperlipidémie, vek pacienta, pohlavie (napríklad pri podávaní hormónov), prítomnosť pridružených ochorení a stupeň ich závažnosti, nežiaduce účinky uvažovaných liekov, možnosti interakcií pri súčasnom alebo následnom podávaní dvoch alebo viacerých liečiv (napríklad antikoagulancií, cholestyramínu a vitamínov, liečivá vyvolávajúce synergizmus účinku, alergické reakcie a pod.).

Komplexnou profylaxiou a terapiou (teda napr. úprava životosprávy, diéta, pohybové cvičenia primerané váhe, veku a zdravotnému stavu pacienta, farmakoterapia a pod.) snažíme sa o sústavné a kontrolované spomaľovanie progresie chorobných procesov na cirkulačnom systéme.

Niektoré možnosti racionálnej farmakoterapie hyperlipoproteínemii

Počet liečiv, ktoré sú indikované pri liečbe hyperlipoproteínemii je relatívne

obmedzený aj čo do počtu prípravkov, aj ich aplikačných foriem. Sú to najmä prípravky, ktoré svojím mechanizmom účinku ovplyvňujú resorpciu, tvorbu, ukladanie a mobilizáciu lipidov v organizme. V tejto práci sa snažíme uviesť liečivá s hypolipidemizujúcim účinkom, ktoré sú relatívne dostupné buď z tu-zemskej výroby, alebo z plánovaného dovozu, prípadne v ČSSR iba registrované. Pri ich opise sme sa snažili zohľadniť najnovšie poznatky o mechanizme ich účinku, i najnovšie pozitívne a negatívne klinické skúsenosti s nimi. Prehľad týchto látok uvádzame na tabuľke 2.

Podľa mechanizmu účinku môžeme hypolipidemicky pôsobiace látky klasifikovať do týchto skupín:

1. *Látky znižujúce hladinu triglyceridov v plazme*

Klofibrát

Po chemickej stránke je to aethylum 2-(4-chlorphenoxy)-isobutyricum]. Je účinný predovšetkým pri znižovaní endogénne syntetizovaných triglyceridov typu VLDL (lipoproteíny o veľmi nízkej hustote). Hladinu triglyceridov znižuje v závislosti od podávanej dávky a dĺžky užívania asi o 20 až 25 %. Dôležité je pripomenúť, že klofibrát podstatne menej znižuje hladinu cholesterolu v plazme a lipidy typu LDL (lipoproteíny o nízkej hustote). Najdôležitejší predpokladaný mechanizmus účinku klofibrátu je inhibícia syntézy a sekrécie VLDL v pečeni, pravdepodobne zvýšením aktivity alfa-glycerol-fosfát-dehydrogenézy, ktorá znižuje dostupnosť prekursorov glycerolu k biosyntéze triglyceridov [11]. Experimentálne sa tiež zistilo, že aj keď klofibrát inhibuje pečennú syntézu cholesterolu, jeho účinok na zníženie hladiny cholesterolu v krvnej plazme je nedostačujúci, najmä pri podávaní obvyklých terapeutických dávok.

O bežných nežiadúcich účinkoch klofibrátu píšeme na inom mieste [9]. Z najnovších poznatkov sa zmienime o výsledkoch prospektívnej klinickej štúdie, ktorá sa robila podávaním klofibrátu (ATROMID S) veľkému počtu pacientov v Prahe, Budapešti a Edinburgu v rámci WHO-projektu. Vo výsledkoch tejto štúdie sa uvádza, že pri dlhodobom podávaní klofibrátu sa môže objaviť zvýšený výskyt cholelitiázy a nádorových ochorení GIT a pľúc (na rozdiel od kontrolnej skupiny). Preto naše ústredné zdravotnícke orgány (MZ a ÚKÚF) pripravujú vydanie nových metodických pokynov, v ktorých budú vymedzené indikácie a dávkovanie klofibrátu (1. pri familiárnej hyperlipoproteinemii, 2. hypertriglyceridémii, 3. pri hypercholesterolémii nad 300 mg %).

Kyselina klofibrínová (klofibrová)

Je to štrukturálny analóg klofibrátu. Používa sa v NDR pod názvom REGADRIN drg 250 a 400 mg. Indikovaná je pri esenciálnej hyperlipidémii a pri cukrovke so zvýšením triglyceridov.

Kombinácie klofibrátu s inými liečivami

V zahraničí sa používajú aj kombinácie klofibrátu s inými hypolipidemizujúcimi látkami, čím sa dosahuje zvýšenie efektu, ale využíva sa aj ďalší mecha-

nizmus iného pridaného liečiva. Ako príklad môžeme uviesť kombináciu klofibrát + inozitol nikotínát (pozri tab. 2), ktoré sú známe pod firemným názvom NORMALIP a LIPOREDUCT caps.

Calcium pangamicum

Je to vápenatá soľ kyseliny pangamovej (synonymum: pangametín alebo vitamín B 15). Do ČSSR sa dováža v rámci riadneho plánu dovozu pod názvom CALGAM tabl. 100 × 50 mg. Okrem iných farmakologických účinkov kalcium pangamát zlepšuje aj metabolizmus lipoidov a zvyšuje utilizáciu kyslíka v tkanivách (8, 9). Bežne sa táto účinná látka zaraďuje medzi vitamíny skupiny B, avšak indikuje sa aj ako jeden z prípravkov skupiny antisklerotík.

Heparín

Je to sodná soľ heparínu, určená na parenterálne podávanie. Na dosiahnutie liečebného účinku pri hyperlipidémii sa odporúča podávať malé individuálne dávky (5000 m. j. dvakrát týždenne) niekoľko týždňov, prípadne mesiacov. Podávanie heparínu ako lipolytika treba voliť po dostatočnom uvážení, vo výnimočne ťažkých stavoch, ale iba na prechodný čas, za stáleho dodržiavania všetkých obvyklých postupov, kontrol a kontraindikácií pri podávaní heparínu všeobecne (pozri napr. Zoznam Spofa prípravkov na r. 1976—1978).

Heparinoid

Účinnou látkou je sodná soľ polysíranového esteru heparinoidu (synonymum: heparinum S). Používa sa vo forme sublingválnych tabliet. Heparinoid je toxickjší ako heparín (9). Podľa doterajších skúseností výsledky pri peronálnom podávaní nie sú dosť uspokojivé. Pri hyperlipoproteinémii alebo ateroskleróze sa pokladá za výhodnejšie injekčné podávanie heparínu (16). V praxi sa oveľa účinnejším ukázal hirudín — sekret zo slinných žliaz pijavice lekárskej — *Hirudo officinalis*, ktorý je však málo dostupný.

Anaboličné hormóny

majú určitý efekt u pacientov s hypertriglyceridémiou (11). Ich podávanie má však svoje riziká a nie sú vhodné pre ženy.

2. Látky znižujúce hladinu cholesterolu v plazme

Cholestyramín

Je to vysokomolekulová látka typu živcového vymieňača iónov (anexová živica), ktorá výmenou za vlastný chloridový anión môže v pevnom komplexe viazať iné anióny. Cholestyramín sa vo vodnom prostredí nerozpúšťa a z GIT sa neabsorbuje. Po perorálnom vymieňa v tenkom čreve svoj anión Cl^- za žlčové kyseliny a vzniká nerozpustný komplex. Tak dochádza k odstráneniu žlčových kyselín z enterohepatálneho obehu. Pri podávaní 16—24 g pro die nevyvoláva malabsorpciu tukov. Cholestyramín je teda určený na zníženie hla-

diny plazmatického cholesterolu a cholesterolu LDL. Osvedčil sa (okrem iných indikácií, uvedených v prospekte výrobcu) napríklad u pacientov s familiárnou hypercholesterolémiou (typ II.), keď je porušený katabolizmus LDL v organizme. V tejto indikácii znižuje LDL asi o 20 až 25 % [11]. Nežiadúce účinky a interakcie, ktoré môže cholestyramín vyvolať, uvádzame na inom mieste [9].

Colestipolum hydrochloricum

Aj to je vymieňač iónov — živica aniónového typu. Štruktúrou sa veľmi podobá cholestyramínu a má aj obdobný mechanizmus účinku. Ide o vývojový prípravok pod názvom COLESTID pulv (pozri tab. 2). DEAE — Sephadex je vymieňač iónov, ktorý pôsobí rovnakým mechanizmom účinku ako cholestyramín a cholestipol.

Dextro-thyroxinum natrium

Je to sodná soľ dextro-izoméru tyroxínu — hormónu štítnej žľazy. Pôsobí predovšetkým na zníženie hladiny plazmatického cholesterolu. V malej miere aj na pokles hladiny triglyceridov v plazme.

Kyselina L-askorbová

Experimentálne a klinické práce publikované u nás i v zahraničí ukazujú, že vitamín C v relatívne vysokých dávkach priaznivo pôsobí na pokles hladiny cholesterolu v krvi.

3. Látky znižujúce hladinu triglyceridov a cholesterolu v plazme

Kyselina nikotínová a jej deriváty

Kyselina nikotínová (acidum nicotinicum, niacín) pri vhodnom vyššom dávkovaní znižuje hladinu triglyceridov, cholesterolu, LDL a VLDL. Hypolipidemizujúci účinok majú aj niektoré deriváty tejto kyseliny, ktoré uvádzame v tabuľke 2. Poznáme však niektoré jej deriváty (napr. nikotínamid), ktoré tento efekt nemajú. Existuje teda vzťah medzi chemickou štruktúrou kyseliny nikotínovej (po chemickej stránke kyselina pyridín-3-karbónová) a jej farmakodynamickým, teda i hypolipidemickým účinkom. Hlavný farmakodynamický účinok niacínu je periférna vazodilatácia a v tejto indikácii sa aj najčastejšie ordinuje, najmä xantín nikotínát (XANIDIL tabl, retard a inj Spofa). Na nežiadúce účinky kyseliny nikotínovej upozorňujeme v inej našej práci [9].

V novších experimentálnych a klinických prácach nájdeme údaje aj o ďalších látkach s hypolipidemizujúcim účinkom. Terapeutický význam týchto nových látok bude však možno zhodnotiť až po ich dostatočnom klinickom odskúšaní.

LITERATÚRA

1. ANGELI, I.: Die Rolle der Lebensweise und Ernährung in Entstehen in der Verhütung und Behandlung der Hyperlipoproteinämie. *Therapia Hungarica* 26, 1978, č. 2, s. 51—56.

2. BÉDI, J. — KOSZTOVICS, A. — PÁLOS, L. Á.: Clinical and laboratory examinations with PRODECTIN. *Therapia Hungarica* 24, 1976, č. 3, 99—105.
3. FREDRICKSON, D. S. — LEES, R. S.: A system for phenotyping hyperlipoproteinaemia. *Circulation* 31, 1965, s. 321.
4. GANONG, W. F.: Přehled lékařské fyziologie, 6. vydání [1. české vydání], Avicenum, Zdravotnické nakladatelství, Praha 1976, s. 632.
5. GEIZEROVÁ, H. a spoluprac.: Multifactorial primary prevention on myocardial infarction and stroke. Abstracts, XI-th International Congress of Angiology, Praha, 2.—8. júla 1978.
6. HOŘEJŠÍ, J.: Základy klinické biochemie ve vnitřním lékařství. Avicenum, Zdravotnické nakladatelství, Praha 1970.
7. HUNYI, L.: Das Verhältnis der konservativen (Prodectin-) Behandlung und der Operation bei arteriellen Erkrankungen. *Therapia Hungarica* 26, 1978, č. 2, s. 81—85.
8. KIŠOŇ, Š.: Antisklerotiká. Zborník z lekárnických dní, Košice 1977, s. 75.
9. KIŠOŇ, Š. — HALKO, J. — LEHKÝ, M.: Nežiadúce účinky liekov I. a II. zväzok, Obzor, Bratislava, 1978, s. 955.
10. KOLESÁR, P.: O nadmernom hromadení tukov v krvi. *Výživa a zdravie* 16, 1973, č. 6, s. 134.
11. KUNEŠOVÁ, M. — SKOŘEPA, J.: Nové léky v terapii hyperlipidemí. *Čas. Lék. čes.* 116, 1977, s. 1498—1505.
12. MADERSPACHOVÁ, A. — ORBÁNKOVÁ, E.: Az arterioszklerózis patogeneze. *Gyógyszerészet* 22, 1978, s. 413—415.
13. REINIŠ, Z. a spoluprac.: Hyperlipoproteinemie v epidemiologii koronární nemoci. *Vnitřní lékařství* 22, 1976, č. 8, s. 729—735.
14. SKOŘEPA, J.: Cholesterol v lipoproteinu o vysoké hustotě a ateroskleróza. *Čas. Lék. čes.* 117, 1978, s. 33—35.
15. TRÁVNÍČEK, T. a spoluprac.: Speciální patologická fyziologie, Učebnice pro lékařské fakulty. Avicenum, Zdravotnické nakladatelství, Praha, 1978, s. 564.

Adresa autora: Dr. M. P., Rehabilitačné oddelenie, Dérerova nemocnica,
809 46 Bratislava — Kramáre

М. Палат, Ш. Кишонь
СОВРЕМЕННАЯ ПРОБЛЕМАТИКА
ГИПЕРЛИПОПРОТЕИНЕМИИ

Резюме

Гиперлипопротеинемии — это заболевания, характеризующиеся повышенными уровнями липидных веществ в крови, с типичной клинической симптоматологией. Авторы исходят из классификации гиперлипопротеинемий по фредриксону. Приводятся принципы комплексного лечения гиперлипопротеинемий и возможности рациональной фармакотерапии последних. В дальнейшем указываются отдельные группы веществ, понижающих уровень триглицеридов в плазме, уровень холестерина в плазме и уровень триглицеридов и холестерина в плазме.

M. Palát, Š. Kišoň
THE PRESENT PROBLEM OF HYPERLIPOPROTEINAEMIA

Summary

Hyperlipoproteinaemias are diseases which are characterized by the increased levels

of lipid substances in the blood with typical clinical symptomatology. The paper is based on the classification of hyperlipoproteinaemias according to Fredrickson. The principles of complex therapy of hyperlipoproteinaemia are quoted and possibilities of rational pharmacotherapy of hyperlipoproteinaemias. Next, individual groups of substances are mentioned which decrease the level of triglycerides in the plasma, the level of cholesterol in the blood and the level of triglycerides and cholesterol in the plasma.

M. Palát, Š. Kišoň

DIE HEUTIGE PROBLEMATIK DER HYPERLIPOPROTEINÄMIE

Zusammenfassung

Hyperlipoproteinämien sind Erkrankungen, die durch einen erhöhten Spiegel lipidöser Stoffe im Blut mit typischer klinischer Symptomatologie gekennzeichnet sind. In der Schrift wird von der Klassifikation der Hyperlipoproteinämien laut Fredrickson ausgegangen. Angeführt werden die Prinzipien der umfassenden Behandlung der Hyperlipoproteinämien sowie Möglichkeiten einer rationalen Pharmakotherapie der Hyperlipoproteinämien. Im folgenden werden die einzelnen Stoffgruppen angegeben, die den Spiegel der Triglyzeride im Plasma, den Cholesterolspiegel im Plasma sowie den Spiegel der Triglyzeride und auch des Cholesterols im Plasma herabsetzen.

M. Palát, Š. Kišoň

LA PROBLÉMATIQUE ACTUELLE DE L'HYPERLIPOPROTÉINÉMIE

Résumé

L'hyperlipoprotéinémie sont des affections caractéristiques par les niveaux supérieurs des substances organiques dans le sang avec symptomatologie clinique typique. L'article ressort de la classification des hyperlipoprotéinémies selon Fredrickson. Sont mentionnés les principes d'une thérapie complexe des hyperlipoprotéinémies et les possibilités de pharmacothérapie rationnelle des hyperlipoprotéinémies. Ensuite, sont mentionnés les divers groupes de substances qui abaissent le niveau des triglycérides dans le plasma, le niveau du cholestérol dans le plasma ainsi que celui des triglycérides et cholestérol dans le plasma.

HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ

Dne 11. ledna 1979 dožil se primár MUDr. Bohumil Chrást, CSc. šedesáti let. Z príležitosti tohoto životného jubilea dovoľujeme si popriať dr. Chrástovi mnoho ďalších rokov, mnoho životného elánu a dobrú atmosféru pro ďalší spolupráci v redakci našeho časopisu.

*Dr. Miroslav Palát,
vedoucí redaktor*

H. M. DUVERNOY

HUMAN BRAINSTEM VESSELS

Cievny mozgového kmeňa u človeka

Vydalo Vydavateľstvo Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York 1978, 188 strán, 110 obr., 2 veľké prílohy, cena DM 290,—. ISBN 3-540-08336-7.

Profesor Duvernoy z Anatomického laboratória Lekárskej fakulty Univerzity v Besançone vydáva vo vydavateľstve Springer-Verlag veľký atlas, zaoberajúci sa slovom i obrazom cievami mozgového kmeňa u človeka. Úvod k tejto anatomickej publikácii, určenej nielen anatómom, ale aj neurológom a neurochirurgom, napísal prof. Warwick z Guy's Hospital v Londýne. Publikácia je vlastne veľmi dokonalým atlasom cievneho systému, zäsobujúceho mozgový kmeň a jeho jednotlivé partie. Po úvodných kapitolách — po úvode a kapitole o materiáli a metódach, nasledujú kapitoly zaoberajúce sa opisom cievneho zásobenia jednotlivých častí mozgového kmeňa — predĺženou miechou, mostom a mesencefalom — tento oddiel monografie je označený ako prvá časť. Druhú časť predstavuje opis cievnej architektúry mozgového kmeňa.

Rozsiahlejšiu časť tejto reprezentatívnej monografie predstavujú ilustrácie, ktoré rovnako ako text sa zaoberajú v prvej časti cievnyim zásobením jednotlivých oddielov mozgového kmeňa, v druhej časti cievnu architektúrou tejto oblasti. Celkom 110 vynikajúcich obrázkov doplne-

ných schematickými nákresemi a farebne riešenými prehľadnými ilustráciami tvorí túto časť — vlastne anatomický atlas mozgového kmeňa s osobitným zameraním na cievny systém a jeho architektúru. Vecný register a dve prehľadné tabule ukončujú túto jedinečnú, obsahove bohatú, polygraficky dokonale vybavenú a prehľadne spracovanú monografiu o cievach mozgového kmeňa u človeka.

V súčasnej literatúre iste existujú stovky anatomických atlasov, desiatky špeciálnych atlasov, zameraných na čiastkové problémy anatómie človeka. Duvernoyova monografia, ktorá je vlastne veľmi inštruktívnym atlasom určitej oblasti mozgu, predstavuje iste vrchol nielen anatomickej názornosti, ale aj vysokej informatívnej hodnoty. Okrem toho, že prináša všeobecný pohľad na jednotlivé teritória mozgového kmeňa s jeho jednotlivými cievnyimi kmeňmi — artériami a vénami, nájdeme aj syntetický pohľad, dôležitý pre neurochirurga a neurológa. Monografia prof. Duvernoya sa stane iste základným dielom pre porozumenie anatómie mozgového kmeňa z hľadiska jeho cievneho zásobenia.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

R. B. TAYLOR

FAMILY MEDICINE. PRINCIPLES AND PRACTICE.

Rodinné lekářství. Základy a prax.

Vydal Springer-Verlag, New — York — Heidelberg — Berlin, 1978, stran 1366, obr. 204. Cena DM 79,—. ISBN 3-540-90303-8.

Dr. Taylor spolu s ďalšími štyrmi kolektory — dr. Buckinghamem, Donatellem, Jacottem a dr. Rosenem sestavili veľmi zaujímavé kompendium, ktoré se zabývá

všemi otázkami, se kterými se setkává domácí lékař. U nás, kde máme obvodní systém pro zajišťování lékařských služeb, funkci domácího lékaře vykonává obvod-

ní lékař. Na téměř 1400 stranách — kniha má ostatně velký formát — ve čtyřech dílech a celkem devadesáti kapitolách, pod vedením uvedených autorů, jsou rozzebrány všechny otázky, s kterými se setkává anebo může setkat lékař při zdravotní péči o rodinu — od otázek pediatrických po otázky vlastního vnitřního lékařství, neurologie, chirurgie, porodnictví a gynekologie, dermatologie, oftalmologie, onkologie, fyzikální medicíny a rehabilitace, plastické chirurgie atd. — prostě lékařské problémy všech medicínských oborů. Jsou zde řešeny i otázky postavení rodinné medicíny, výchova rodiny v otázkách zdravotních, otázky ošetřování doma, v nemocnici, otázky ošetrovatelské péče doma i v nemocnici, jednoduše všechny problémy, charakterizující zdraví i chorobu v rodině. Hovoří se zde o vztahu lékaře k rodině, o problému „compliance“, jak je představovaný současnými názory, o otázkách používání léků, výživy, o problematice předmanželských a manželských porad, o otázkách sexuálních a podobně. Diskutuje se o otázkách preventivní medicíny, pracovního lékař-

ství a průmyslové medicíny, školního lékařství a lékařství sportovního. V závěrečných kapitolách se poukazuje na stav rodinného lékařství v Kanadě, Spojených státech, ve Velké Británii i v ostatních zemích světa. Poslední kapitola se zabývá úvahou o rodinném lékaři v budoucnosti. Věcný rejstřík ukončuje knihu bohatou obsahem, doplněnou některými ilustracemi a představující kompendium současného poznání o tak důležitém problému, jako je problém medicíny v zdravotnictví.

Posoudit detailně vydané dílo je prakticky nemožné, protože recesentovi chybí podrobné znalosti v jednotlivých oborech zde uvedených právě tak jako možnost podrobně prostudovat tak rozsáhlé kompendium. Je však možno říci, že Taylorova kniha je bezesporu úspěšným pokusem shrnout do jediného i když rozsáhlého svazku všechny otázky moderní medicíny a současného zdravotnictví a představuje jistě základní dílo pro každého praktického lékaře.

Dr. M. Palát, Bratislava

ACETABULAR DYSPLASIA, SKELETAL DYSPLASIAS IN CHILDHOOD

Edited by U. H. Weil, Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1978 (with 133 Figures).

Publikácia je druhou knihou v sérii Progress in Orthopaedic Surgery (Pokroky v ortopedickej chirurgii), ktorej prvé dieľo o rozdiely v dĺžke končatín a úrazoch kolena (vyšlo 1977) sme už v časopise Rehabilitácia recenzovali.

Kniha, o ktorej teraz píšeme, odtláča v anglickom preklade väčšinu článkov publikovaných v periodiku NSR — Der Orthopädie.

Problémy dysplázie bedrového kĺbu, najmä sploštene jamky a strmosť jej striesky sú takým významným faktorom, že sa na ich riešenie podieľa celý rad autorov, ktorí sledujú vývoj jamky, alebo hľadajú optimálne metódy na jej plastickú korekciu. V poslednom období vypracovali viacerí autori nové chirurgické postupy pre rekonštrukciu acetabula, postupy, ktoré úspešne upravujú statiku aj funkciu kĺbu

alebo aspoň zabránia jeho predčasnému poškodeniu.

Prvé dva články publikácie sú venované problémom patologickej anatómie vrodenej „choroby“ bedrového kĺbu (napísal J. A. Ogden z Lekárskej fakulty univerzity v Yale, USA) a významu dysplastického acetabula pre vývoj a kliniku porúch bedrového kĺbu (od W. Degu, Poznaň, PLR).

Ogden upozorňuje, že v prvej gravidite je viacej prípadov chorôb bedrového kĺbu (Ch. b. k.), ako v ďalších graviditách. Obrátená poloha, oligo-hydramion môžu byť intrauterinnými príčinami ch. b. k. Kongenitálne deformity sú zriedkavé u plodov potratených pred 26. týždňom tehotenstva. Laurensen: normálne rtg indexy na acetabule nemusia zaručovať normálny kĺb. Puzdro kĺbu má úzky vzťah

k hormonálnej sústave dieťaťa a matky. Dunnova klasifikácia ch. b. k. vychádza z tvaru acetabulárneho okraja, everzcie, či inverzie limbú a z kontúry hlavice femoru. To sú nové poznatky, ktoré Ogden uvádza.

Dega sa opiera o svoj enormný kazuistický materiál, na základe ktorého hodnotí veľmi zaujímavé údaje Le Damanyho, Grafa a Harrensteina.

Zhoduje sa s ich názormi, dopĺňa ich vlastnými pozorovaniami (200 autopsických štúdií bedrového kĺbu) — opisuje vznik dysplázie acetabula, najmä vplyv mechanických faktorov a vplyv ultrafyziológických polôh dolných končatín.

Po pôrode sa môže dysplácia spontánne upraviť, alebo naopak rozvinúť sa do čiastočnej a plnej dislokácie. Uvádza možnosti ovplyvniť dyspláciu a vyratáva faktory, ktoré vývoj dysplázie podporujú. Pri perzistujúcej dysplácii opisuje efekty a hodnotí výsledky základných operácií — plastiky striešky, Collonovej, Salterovej operácie, transiliakálnej osteotómie a Chiariho osteotómie panvy.

Schuster (Rtg oddelenie, Univerzita v Erlangene, NSR) opisuje všetky aktuálne možnosti analyzovať rtg dysplastického acetabula, ale upozorňuje aj na škody, ktoré vznikajú ožiarovaním detí.

Ďalšie články sa zaoberajú jednotlivými základnými operatívnymi výkonmi, používanými pri dysplázii a jej vývojových formách.

Wagner H. (Ortopedická klinika, Nuremberg, NSR) podáva starú problematiku osteonómii v oblasti proximálneho konca femoru — v novom aspekte — na sutúru kostí po osteotómii používajú aj u detí kovový materiál (drôty, skrútky, ohnuté dlahy — podľa Altdorfa — Beckera). Používajú modifikovanú AO metódu — a rozličné kombinácie transpozície veľkého trochanteru a osteotómii femoru.

Morscher (Ortop. oddelenie Univerzity v Razole, Švajčiarsko) sa pokúsil zodpovedať otázku, kedy je indikovaná Salterova klinovitá osteotómia panvy, kedy Chiariho operácia a kedy acetabuloplastika. Vcelku sa nedá stanoviť indikácia všeobecne, ale podľa konkrétnych okolností. Výhoda Salterovej operácie: zachováva chrupku jamky. Nevýhoda: zvyšuje sa tlak acetabule a nedá sa dobre ovplyvniť uhol krčka.

Strauss (Ortoped. klinika, Nuremberg, NSR), analyzuje nálezy u 127 operovaných pacientov (104 bedrových kĺbov), Chiariho osteotómia je indikovaná pri dyspláziách, pri ktorých je Wibergov uhol menší ako 10° (výnimočne 10—20 $^{\circ}$). Výsledky — zväčši sa Wibergov uhol a strieška. Najlepšie výsledky mali u pacientov s dobrou kontúrou hlavice femoru a dobrou predoperačnou pohyblivosťou. Významné sú včasné pooperačné cvičenia.

H. Wagner (Ortopedická klinika, Nuremberg, NSR) podáva charakteristiku dysplastického acetabula a uvádza Paulwelsove štúdie porúch statiky, ktoré pri dysplázii vznikajú, aj význam Wibergovho uhla. Opisuje postup a analyzuje výsledky sférickej korekčnej osteotómie. Svoje skúsenosti opiera o výsledky 88 operácií, podľa ktorých určuje aj indikácie. Operácia je vhodná pre tie dysplastické stavy, ktoré majú zachovanú kongruenciu kĺbných plošok a dostatočne hrubú vrstvu artikulárnej chrupky.

D. C. Stephens, G. D. Mac Ewen (du Pont Institut, Wilmington, Delaware, USA) U detí, ktoré už chodia, boli navrhnuté už viaceré spôsoby korekčných osteotómii pri vrodennom vyklbení bedrových kĺbov. Autori opisujú výsledky so štyrmi z nich. Pembertonova osteotómia zaručuje dobrý rast a remodeláciu acetabula. U starších detí s ťažkou deformitou odporúčajú osteotómiu podľa Steela a Sutherlanda.

Ďalšia časť knihy sa zaoberá skeletárnymi dyspláziami.

J. Spranger (Detská klinika Univerzity v Mainzi, NSR) uvádza definíciu skeletárných dysplázií, frekvenciu ich výskytu a ich praktický význam. Potom opisuje a bohato ilustruje jednotlivé syndrómy a ich etiopatogézu.

H. Wagner (Nuremberg, NSR) uvádza ortopedické korekčné operácie u pacientov s vitamín-D-rezistentnou rachitídou. Vymenúva najčastejšie sa vyskytujúce deformity, uvádza ortopedické aspekty a operačné techniky. Najčastejšie z nich, ktoré sa používajú na korekciu deformít dolných končatín, opisuje podrobne.

Knihy je celkovo vhodná na štúdium uvedenej problematiky, ktorú uvádza v jej najmodernejších aspektoch.

Dr. V. Lánik, Bratislava

E. KERPEL-FRONIUS, P. V. VÉGHÉLYI, J. ROSTA
PERINATAL MEDICINE, PART I.—II.
Perinatálna medicína, časť I.—II.

Vydalo nakladateľstvá Akadémiai Kiadó, Budapest 1978. 1450 strán, väčšie množstvo obrázkov a ilustrácií, cena neudaná. ISBN 963-05-1413-3.

Vo vydavateľstve Maďarskej akadémie vied v Budapešti vychádza v roku 1978 pozoruhodná dvojdielna monografia venovaná problematike perinatálnej medicíny. Prvý diel obsahuje kapitoly 1—22, druhý diel kapitoly 23—61. V jednotlivých kapitolách sa venuje pozornosť všetkým otázkam perinatálnej medicíny od intrauterinného vývoja cez fetálny vývoj až po perinatálne obdobie novorodenca. Diskutuje sa tu o všetkých čiastkových problémoch tohto obdobia vývoja dieťaťa, o možnostiach diagnostiky a terapie v období.

V druhom diele sa venuje veľká pozornosť jednotlivým systémovým ochoreniam,

ktoré postihujú novorodenca a preberajú sa tu aj teoretické — fyziologické a patofyziologické, s moderným pohľadom na problematiku perinatálnej medicíny. V krátkej recenzii je ťažké dotknúť sa detailných oblastí vývoja ľudského jedinca, nebezpečenstva, ktoré ho ohrozuje a problémov, ktoré charakterizujú celú túto komplexnú problematiku.

Monografia maďarských autorov je jednoznačne vynikajúcim dielom, ktoré dokumentuje úroveň maďarskej medicíny všeobecne a úroveň maďarskej pediatrie špeciálne.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

R. DAWKINS
DAS EGOISTISCHE GEN
Egoistický gen

Vydal Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York, 1978, 246 strán. Cena DM 19,80. ISBN 3-540-08649-8.

V nemeckém preklade, ktorý pořídila Karin de Sousa Ferreira, vychádza v nakladateľstve Springer-Verlag v roku 1978 pôvodne anglická práca dr. Dawkinse z Oxfordu *The Selfish Gene*. Autor-zoolog se zabýva ve své originálně pojaté monografii teorií „egoistického genu“, který se ve vývojové linii jednotlivých druhů určitým způsobem manifestuje. Dawkins je přívržencem Darwinovy teorie a vysvětluje existenci tohoto genu přirozeným výběrem. V jednotlivých kapitolách této drobné monografie, velmi srozumitelně a zajímavě napsané, rozebírá autor otázky replikace, otázky genů jako nositelů dědičných vlastností, otázky agrese; v dalších kapitolách se zabývá bojem generací a bojem pohlaví a ukončuje toto dílo kapitolou o mémech, které definuje v analogii na gény, jako jednotky kulturního přenosu anebo jako jednotky „imitace“. Jistě je tato kapitola v určitém slova smyslu „science fiction“, avšak její logická

skladba a sled vývodů dr. Dawkinse jsou pozoruhodné.

Podle Dawkinse organismus každého jedince představuje určitý stroj na přežití — řekli bychom ochrannou schránku — kde jsou uloženy dědičné vlastnosti v podobě klasicky chápaných genů, a že celý vývoj živého jedinca představuje stále probíhající interakce mezi jednotlivými geny. Dawkins uvádí množství důkazů, rozebírá především evoluční stabilní strategii, tak jak ji zavedl Maynard Smith, a dotýká se pozorování různých dalších autorů — Triversa, Zahaviho, Hamiltona a podobně.

Dawkinsova monografie přináší vcelku nový pohled na některé otázky genetiky a sociální teorie v biologii a předkládá nové myšlenky, které v současném vývoji genetiky jistě představují nová hlediska, ale k všeobecnému jejich přijetí jsou ovšem potřebné ještě mnohé důkazy. Přes to je Dawkinsova kniha velmi zajímavá a podnětná.

Dr. M. Palát, Bratislava

G. WEISS

LABOR-UNTERSUCHUNGEN NACH SYMPTOMEN UND KRANKHEITEN

Laboratórne vyšetrenia pri jednotlivých symptómoch a chorobách.

Vydalo vydavateľstvo Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York 1978, 906 strán, cena DM 68,—.
ISBN 3-540-08567-X.

Vo vydavateľstve Springer-Verlag vychádza v roku 1978 príručka laboratórných vyšetrení podľa jednotlivých symptómov a ochorení, ktorá predstavuje veľmi cennú pomôcku pre dennú prax lekára. Malý formát tejto publikácie je vhodný pre denné používanie. Autor pri zostavovaní tejto príručky vychádzal z praktickej potreby. V abecednom poradí sú uvedené jednotlivé symptómy, symptómové komplexy a etiologické jednotky s navrhnutým príslušným programom a s prizretím na diferenciálnu diagnostiku. V doplnkových kapitolách sú v prehľadnej forme uvedené merné jednotky a normálne hodnoty s prihliadnutím na SI jednotky. Nie-

ktoré tabuľky a grafy dopĺňujú túto prakticky zameranú príručku.

Weissova publikácia je cenným prínosom pre prácu predovšetkým praktického lekára, ktorý tu nájde všetky potrebné informácie z hľadiska programu vyšetrenia i z hľadiska diferenciálnej diagnostiky. Jednotlivé heslá sú prehľadné, prinášajú dobrú komplexnú informáciu, aj keď často len telegrafickým spôsobom a ich štúdium nie je časovo náročné.

Príručku iste uvítajú všetci lekári širokej praxe, ktorým sa stane dobrým pomocníkom.

Dr. M. Palát, Bratislava

M. LIST

KRANKENGYMNASTISCHE BEHANDLUNGEN IN DER TRAUMATOLOGIE

Pohybové programy v traumatológii

Vydalo vydavateľstvo Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York 1978, 159 strán, 83 obrázkov, cena DM 35,—.
ISBN 3-540-08802-4.

Profesorka Listová pripravila pre širokú obec rehabilitačných pracovníkov a fyzioterapeutov prostredníctvom vydavateľstva Springer-Verlag pozoruhodnú publikáciu venovanú pohybovým programom v rámci rehabilitácie v traumatológii. V jedenadvadsiach kapitolách sa zaoberá postupne jednotlivými pohybovými programami pri rôznych typoch poranení mäkkých častí a kostí rehabilitačným programom po chirurgických zákrokoch na ruke s rehabilitačným programom u amputovaných. Početné obrázky a schémy dopĺňujú jednotlivé kapitoly, ktoré sú veľmi inštruktívne spracované a prehľadné. Každá kapitola obsahuje zoznam ďalšej literatúry. Na záver publikácie sú uvedené rozsiahlejšie diela a vecný register tú-

to pomerne malú publikáciu, vzorne polygraficky vybavenú.

Pohybová terapia v rámci rehabilitačných programov získala svoje pevné miesto v traumatológii. Úspechy modernej traumatológie pri súčasnej explózii najrôznejších úrazov spočívajú vo veľkej miere aj na nadväznej rehabilitačnej terapii, predovšetkým špeciálnymi cvičeniami, ktoré sa zameriavajú na odstránenie poruchy príslušnej funkcie následkom úrazu.

Listovej publikácia originálnym spôsobom pristupuje aj k názornému zvýrazneniu jednotlivých možností pohybovej terapie. Členenie jednotlivých kapitol je prehľadné, účelné a informujúce.

Dr. M. Palát, Bratislava

L. J. STONE, J. CHURCH

KINDHEIT UND JUGEND, Bd. 1 UND 2.

Detstvo a mladosť. Zv. 1 a 2.

Vydal Georg Thieme Verlag Stuttgart 1978.

*Bd. 1. 380 strán, 111 obrázkov, Cena DM 14,80
ISBN 3-13-5552-01-2.*

*Bd. 2. 412 strán, 95 obrázkov, Cena DM 14,80
ISBN 3-13-5553-01-9.*

V nemeckom preklade vydáva vydavateľstvo Georg Thieme v Stuttgarte v r. 1978 pôvodnú monografiu prof. Stonea a prof. Churcha, ktorá vyšla už v troch vydaniach v New Yorku a ktorá venuje pozornosť vývinovej psychológii. Monografia vychádza v dvoch zväzkoch, z ktorých prvý sa venuje (zaoberá) problematikou vývojovej psychológie u dočfaťa a batolaťa a druhý vývojovou psychológiou obdobia dieťaťa predškolského veku, školského veku a veku dorastového, práve tak aj problematikou dospeljej osobnosti. V prvom zväzku je zaradená kapitola o zákonoch a teóriách psychického vývoja. Druhý zväzok predkladá ako záverečnú kapitolu poruchy vývoja.

Mnohé fotografie a niektoré schémy dopĺňajú text monografie, usporiadaný v logickom rade a prinášajúci dostatok potrebných informácií a poznatkov z oblasti vývojovej psychológie. Prednosťou publi-

kácie je ucelená textová časť, dobre napísaná a informujúca. Ilustrácia, predovšetkým fotografie dokumentujú a dopĺňajú veľmi originálnym výberom základné otázky vývoja dieťaťa v rozličných životných štádiách.

Skutočnosť, že v pomerne krátkom čase dosiahla táto publikácia tri vydania svedčí o jej zaradení medzi štandardné diela tejto oblasti v odbornej psychologickej literatúre.

Vývoj dieťaťa, jednotlivé stupne tohoto vývoja, poruchy vývoja a z toho vyplývajúce klinické konzekvencie sú v súčasnosti otázky, ktorými sa zaoberajú nielen psychológovia, ale aj lekári, predovšetkým pediatri. Znalosť všetkých týchto problémov je teda *conditio sine qua non* pre ich riešenie. Stoneova a Churchova monografia svojím dielom prispieva k riešeniu tejto žeravej problematiky.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

M. WEINREICH

DER VERKEHRSUNFALL DES FUSSGÄNGERS

Dopravné úrazy chodcov

Vydalo vydavateľstvo Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York, 1979, 38 obrázkov, 62 strán, vyšlo ako Heft zur Unfallheilkunde, Heft 135.

Dr. Weinreich z Traumatologickej kliniky Mestskej nemocnice v Braunschweigu vydáva r. 1979 vo vydavateľstve Springer-Verlag v Berlíne pozoruhodnú malú monografiu, ktorá venuje pozornosť naliehavej problematike úrazov u chodcov. Ide o medicínsku analýzu dvetisíc úrazov, ktoré liečili na uvedenej klinike. V jednotlivých kapitolách venuje autor pozornosť predovšetkým všeobecným dátam vyšetrovaných prípadov, mechanizmu kolízie vozidiel s chodcom a zraneniam podľa lokalizácie. Autor analyzuje poranenia hlavy, končatín, panvy, hrudníka a brucha a poranenia chrbtice. Osobitnú pozornosť ve-

nije smrteľným dopravným nehodám. Monografiu dopĺňajú početné originálne obrázky, röntgenové snímky, schémy, tabuľky a grafy. Prehľad literatúry a vecný register dopĺňa túto nie veľmi rozsiahlu, ale veľmi zaujímavú Weinreichovu publikáciu.

Problematika autoúrazov je veľmi aktuálna najmä vo veľkých mestách. Preto je dôležité venovať jej pozornosť aj z medicínskeho hľadiska. Stručný text, dobrá dokumentácia a predovšetkým aktuálnosť zabezpečia tejto publikácií rozšírenie a záujem.

Dr. M. Palát, Bratislava

III. POLSKÉ SYMPOZIUM DEFEKTOLOGICKÉ A REHABILITAČNÍ PSYCHOLOGIE

20. a 21. listopadu 1978 se konalo ve Wroclawi III. polské sympozium defektologické a rehabilitační psychologie se značně rozsáhlou pracovní náplní, která byla rozdělena do čtyř jednacích sekcí: 1. cíle rehabilitace, sociální vývoj, adaptace u mentálně retardovaných; 2. cíle rehabilitace, socializace neslyšících a jejich integrace se slyšícími; 3. cíle rehabilitace nevidomých a rozvoj jejich osobnosti; 4. rehabilitace, reedukace osob s poruchami řeči (zvl. fatické poruchy) a postižením centrálního nervového systému. Tedy můžeme říci, že sympozium zahrnovalo jak mentální, tak senzoricke i fyzické defekty. Bylo pořádáno Institutem psychologie ve Wroclawi pod záštitou rektorátu university, spolu s krajskými stranickými a státními orgány a krajskou odbočkou Svazu invalidů.

Není možné ve stručné zprávně obsáhnout celou velmi různorodou problematiku, která byla přednesena ve více než 70 referátech a zvláště ve velmi živých, rušných a často kritických diskusích. Proto si všimneme jen podstatných otázek, které mohou být přínosné i pro naši domácí praxi i činnost výzkumnou. První den jednání byl zčásti věnován zasedání v plénu a referovali na něm i u nás známí odborníci jako prof. dr. Hulek z Varšavy, dr. Galkowski z Lublinu aj. Zvláště byla zdůrazňována nutnost interdisciplinárního přístupu k všem otázkám týkajícím se problematiky defektologie a rehabilitace, a to nejen na bázi psychologie, neuropsychologie, logopedie, medicíny, ale stejně tak dalších společenských věd jako lingvistiky (fatické poruchy), sociologie (otázky resocializace a socializace postižených) a řady dalších. Byla zdůrazňována tradičnost sepětí defektologie a rehabilitace v aspektu psychologickém, zvláště v polském pojetí, který často splývá s psychologií invalidity vůbec. V potřebě interdisciplinárního přístupu jak v teorii, tak v praxi se hranice jednotlivých specializa-

cí zužují i rozšiřují, a proto je nutné postupně se propracovávat k modelovým přístupům. Medicína, zvl. fyziologie zde podává nutný exaktní základ, avšak dané specializace defektologické a rehabilitační psychologie nelze redukovat, ale naopak rozšiřovat jejich metodický a předmětový pohled. Jde o oblast, ve které je stále ještě poměrně málo bazálních teoretických poznatků, a proto často dochází k poznávací nejistotě, kontroverzi mezi názory klinika a experimentátora. Velký přínos ve směru exaktnosti a specializace zaznamenává např. neuropsychologie, ve kterém měla polská věda velkého představitele v zemřelém žákovi A. R. Luriji, Marianowi Maruszewském, který se proslavil svými výzkumy reedukce fatických a gnostických poruch. Shodně s našimi zkušenostmi bylo též poukazováno na problém nedostatku vhodných standardizovaných testů pro různé druhy invalidity, a to ani ne tolik testů funkcionálních, jako především validních testů pro zjištění psychického stavu (např. hluchoněmých aj.) Bylo pozoruhodné, jak většinou referátů byla akcentována humanita, ohled na postiženého zvláště v procesu reedukce a rehabilitace, aby co nejméně docházelo k frustracím a stressům. To byl také jeden z hlavních motivů zdůrazňování participace i jiných společenských věd jako filosofie, etiky, axiologie (věda o hodnotách). Stejně tak byl velký důraz kladen na respektování a restrukturuaci osobností rehabilitovaného pacienta-člověka.

Velmi nás zaujalo jednání sekce o fatických poruchách CNS. Např. doc. Klimowski z Lublinu referoval o komplexním přístupu psychické rehabilitace u neurologických aj. pacientů. U těchto pacientů s těžkými poruchami centrálního nervového systému je třeba sledovat a reedukovat nejen tyto funkcionální poruchy samotné, ale souběžně též posuny v oblasti intelektu, sensoriky, emocí i aspekty sociálně psychologické. Zvláště byla v jed-

nání sekce fatických poruch CNS zdůrazňována komplexnost přístupu např. v tom, aby primární diagnóza (iktus aj.) byla brána jako rovnocenná s následnou fatickou poruchou. Fatickým a gnostickým poruchám CNS je nutné věnovat stále větší reedukační a rehabilitační pozornost, mj. proto, že jejich počet stále roste. Na tuto okolnost ostatně bylo upozorněno i v závěrech jednání sekce o rehabilitaci afazií, které zdůraznily větší spolupráci se zdravotnickými zařízeními, rozšiřování možností specializace v oblasti neuropsychologie, zvl. etipatogeneze a reedukace fatických poruch v komplexním rehabilitačním procesu. Společnými jmenovateli závěrečného usnesení všech čtyř jednacích sekcí III. polského sympozia defektologické a rehabilitační psychologie, stručně vyjádřeno, byly tyto body:

— u všech druhů defektů je nejpodstatnějším prvkem prevence;

— je třeba stále více usilovat o socializaci, resocializaci, adaptaci profesionálních podmínek pro postižené;

— ve všech oblastech společnosti usilovat o integraci defektních, invalidních lidí mezi zdravé a bojovat proti segregaci;

— v oblasti zdravotnické péče, poradenství, rehabilitace, reedukce usilovat o zintenzívnění činnosti jak v oblasti výzkumné, tak praktické.

Přes všechnu různost pojetí, kterou mají polští kolegové oproti naší praxi, dá se říci, že v některých směrech jsou dále. To se zvláště týká komplexnosti pojetí rehabilitačního, reedukačního procesu např. v oblasti neuropsychologie, spojení psychologie do léčby aj. Také praktická výškolenost studentů psychologie (neuropsychologie, klinické psychologie) z fakult je na některých univerzitách (Krakov, Varšava, Wroclaw) vyšší než u nás.

PhDr. V. Smítka, Praha

SYMPÓZIUM O TELESNÝCH CVIČENIACH A KRVNOM OBEHU

Slovenská rehabilitačná spoločnosť spolu so Slovenskou kardiologickou spoločnosťou usporiadali v dňoch 11. až 13. októbra 1978 v Bratislave sympóziu s medzinárodnou účasťou, ktoré venovalo pozornosť otázkam telesných cvičení a krvnému obehu. Sympóziu prebiehalo pod patronátom Svetovej zdravotníckej organizácie a Rehabilitačnej rady Medzinárodnej kardiologickej spoločnosti.

Otázky telesných cvičení v súčasnej rehabilitácii chorých s kardiovaskulárnymi chorobami predstavujú veľmi aktuálnu problematiku, o čom svedčí aj veľký záujem účastníkov tohto sympózia. Viac ako tristo zahraničných i našich odborníkov z 19 krajín celého sveta po celé tri dni so záujmom sledovali jednotlivé prednášky a diskusie v programe sympózia.

Tri tematické okruhy tvorili program sympózia. V prvom okruhu boli zaradené prednášky o otázkach tlaku a telesných cvičení, o problematike telesných cvičení pri hypertenzívnej chorobe, o problematike arytmií a telesných cvičení a konečne o telesných cvičeniach u chorých užívajúcich liečivá. Druhý tematický okruh sa zaoberal otázkami včasnej mobilizácie chorých s akútnym infarktom myokardu a konečne v treťom tematickom okruhu

sa venovala pozornosť metodickým aspektom námahových testov.

Celý rad zaujímavých prednášok, dobre dokumentovaných a prinášajúcich niektoré nové aspekty viedol k živým diskusiám a bohatej výmene názorov účastníkov.

Pozoruhodné boli práce o krvnom tlaku a telesných cvičeniach, ktoré hodnotili reakcie krvného tlaku pri aplikácii krátkodobých cvičení alebo dlhodobého tréningu u chorých s hypertenzívnou chorobou z pohľadu otázok hemodynamiky a metabolizmu.

Veľmi zaujímavá bola informácia o rehabilitačných programoch predstavujúcich pohybovú liečbu u chorých s akútnym infarktom myokardu. Pohybová liečba ako súčasť komplexnej starostlivosti o chorých s infarktom myokardu je dnes všeobecne prijatá, či vo forme včasnej mobilizácie na lôžko, alebo vo forme pohybových programov po prepustení z nemocnice. Otázkou však zostalo, kedy začať s pohybom ako s liečebným prvkom. Práce na bratislavskom sympóziu poukázali na nový prvok a to ten, že s relatívne malým rizikom a u vybraných pacientov po akútnom infarkte myokardu je možné robiť submaximálne telesné zataženie už po prvom týždni ochorenia. Je to nesporný predovšetkým psychologický význam a ďalej

dobrá základňa pre možné porovnávanie pri ďalších opakovaných zataženíach.

Inú problematiku načrtla predovšetkým diskusia k otázkam dlhodobých rehabilitačných programov — ide o otázku štandardizácie, ktorá doposiaľ nie je úplne a v celom svete vyriešená.

Tematický okruh, ktorý sa zaoberal metodickými aspektmi námahových testov a ktorý bol vyslovene prakticky zameraný, poukázal na aktuálne otázky, ako je hromadné vyšetrenie pomocou námahových testov v despítáži chorých alebo ohrozených koronárnou chorobou, ďalej otázky objektívneho merania telesnej aktivity v daných profiloch a podobne. Práve v programe tohto bloku sa zvýraznila nevyhnutnosť ďalšieho výskumu a potreba kriticky

prístupovať k otázkam liečebnej rehabilitácie u chorých s koronárnou chorobou.

Bratislavské sympóziu sa stalo miestom kritickej konštruktívnej výmeny názorov na otázky telesných cvičení v oblasti liečebnej rehabilitácie so zameraním na krvný obeh.

V rámci tohto sympózia udelili prof. Denolinovi, prezidentovi Európskej kardiologickej spoločnosti a dr. Dorosievovi, dlhoročnému priateľovi Československej kardiologickej spoločnosti a rehabilitácie čestnú medailu Slovenskej lekárskej spoločnosti.

Prajeme si len, aby ďalšie sympóziu s podobnou tematikou o tri roky malo podobný úspech.

*Dr. M. Palát, Bratislava
Prof. Dr. Z. Fejfar, Praha*

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

Ústav pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave, katedra rehabilitačných pracovníkov, usporiada v školskom roku 1979/80 tieto školiace akcie:

Kurzy:

1. Kurz pomaturitného špecializačného štúdia na úseku práce liečebná telesná výchova, prvý rok štúdia.

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov zaradených do pomaturitného špecializačného štúdia k 1. 9. 1979.

Termín: 24. 3. — 4. 4. 1980

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 25

Náplň: Vybrané kapitoly z klinickej morfológie a fyziológie vnútorných systémov. Vyšetrovacie metódy vnútorných systémov LTV. Vybrané kapitoly z fyzikálnej terapie, hygieny a epidemiológie. Odborná prax.

2. Kurz pomaturitného špecializačného štúdia na úseku práce liečebná telesná výchova, druhý rok štúdia.

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov zaradených do pomaturitného štúdia k 1. 9. 1978.

Termín: 15. 10. — 26. 10. 1979

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 25

Náplň: Vybrané kapitoly z klinickej morfológie a fyziológie pohybového ústrojenstva. Vyšetrovacie metódy pohybového ústrojenstva. Liečebná telesná výchova. Vybrané kapitoly z fyzikálnej terapie, hygieny a epidemiológie. Odborná prax.

3. Kurz o objektivizácii rehabilitačných programov a štandardizácii rehabilitačných metód — celoštátny.

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí sú určení pre evaluačné úseky rehabilitačných oddelení.

Termín: 10. 12. — 21. 12. 1979

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 20 [SSR: 10, ČSR: 10]

Náplň: Metódy objektívneho posudzovania rehabilitačného procesu pri jednotlivých chorobných stavoch. Funkčné, diagnostické a evaluačné metódy. Problematika štandardizácie a štatistické vyhodnocovanie výsledkov rehabilitačného procesu.

4. Kurz o rehabilitácii porúch pohybového systému.

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov po nástupnej praxi z vybraných pracovníkov.

Termín: 21. 4. — 2. 5. 1980

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 20

Náplň: Klinická morfológia a fyziológia pohybového systému, vyšetrovacie metódy pohybového ústrojenstva. Liečebná telesná výchova.

Školiace miesta:

1. Školiace miesto pre účastníkov pomaturitného špecializačného štúdia v liečebnej telesnej výchove.

Termín: v priebehu roka

Miesto konania: Bratislava

Náplň: podľa individuálneho študijného plánu na základe vstupného pohovoru.

2. Školiace miesto v testingu pri ochoreniach kardiovaskulárneho aparátu.

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí vykonávajú rehabilitáciu pri ochoreniach kardiovaskulárneho aparátu.

Termín: v priebehu roka

Miesto konania: Bratislava

Náplň: Metódy, ktoré slúžia na posúdenie funkcie kardiovaskulárneho aparátu a na evaluáciu výsledkov rehabilitácie. Metodické postupy testov.

3. Školiace miesto vo vyšetrovacích a evaluačných metodikách v rehabilitácii porúch pohybového systému.

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov s najmenej trojročnou praxou.

Termín: v priebehu roka

Miesto konania: Bratislava

Náplň: Teoretické a praktické oboznámenie sa s funkčnými metódami používanými v diagnóze a evaluácii chorých s poruchami pohybového ústrojenstva.

4. Školiace miesto v evaluácii funkcie dýchania v rámci rehabilitačných programov.

Určenie: pre rehabilitačných pracovníkov s najmenej trojročnou praxou.

Termín: v priebehu roka

Miesto konania: Bratislava

Náplň: Klasická a funkčná spirometria, problematika ergospirometrie. Praktické cvičenia.

M. Bartovicová, Bratislava

Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, katedra rehabilitačních pracovníků, vydal od roku 1971 učební texty pro rehabilitační pracovníky: *Masný Václav*: Přehled LTV v chirurgii a traumatologii

Brno, ÚDV SZP 1971

Kol. autorů: Facilitační techniky užívané při rehabilitaci hybnosti, Brno, ÚDV SZP 1972

Masný Václav: Vybrané kapitoly z léčby prací. [Po úrazech.] Brno, ÚDV SZP 1972

Pochopová Květa a kol.: Systematika a metodika LTV u vnitřních onemocnění.

Brno, ÚDV SZP 1974

Kolektiv autorů: Léčba prací.

Brno, ÚDV SZP 1977

Suchmanová Věra: Léčebná tělesná výchova nemocných po infarktu myo-

kardu v období rekonvalescence a po rekonvalescence.

Brno, ÚDV SZP 1978.

V roce 1979 vyjdou další učební texty:

Niepel Gustav: Fysikální terapie v praxi. *Kříž Vladimír a kol.*: Skupinová LTV u nemocných po úrazech a operacích na pohybovém ústrojí.

Piroch V., Šuchmanová V.: Léčebná tělesná výchova u diabetu.

Suchá H., Chlubnová B.: Rehabilitace v práci ženské sestry. Učební texty, které už vyšli, lze objednat na dobírku.

Adresa: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, prodejna kniha, n. p., Vinařská 6, 656 02 Brno

B. Chlubnová, Brno